PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO, ORAZ TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W CHICAGO.

REDAKTOR GŁÓWNY I ODPOWIEDZIALNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

ROK XLV. — 1906.

KRAKOW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.
W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Józefa Filipowskiego
1906.

SPIS RZECZY.

zawartych w Tomie XLV „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

A. Spostrzeżenia i opisy przypadków, zebrane w klinikach zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

B. Inne artykuły oryginalne.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Wyciągi.

IV. Odcinek.

V. Sprawozdania ze zjazdów naukowych.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Sekcya wadowicka Towarzystwa lekarzy galioyjskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Płace lekarzy szpitalnych galicyjskich 766. Organizacye pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej. Ambulatorya. W sprawie lekarzy dolno-austr. Korzystne warunki dla młodych lekarzy 766.
O zwalczaniu partactwa lekarskiego 795. Nowa ustawa aptekarska. Asystenci sanitarni. Nowela do ustawy organizacyi gminnej służby zdrowia w Galicyi. Lekarze gminni dolno-austr. Płace lekarzy szpitalnych w Czechach. Niedzielny wypoczynek lekarzy. Droższe oddziały dla chorych samopłacących z obowiązkiem wynagrodzenia lekarza. Leczenie bezpłatne i niedostateczne wynagrodzenie. Polikliniki berlińskie. Endemiczne pojawienia się raka 796. Znikanie żółtej febry w Rio de Janeiro. Dżuma 797.
Prezydyum państwowego związku organizacyi lek. Bojkot. Zerwanie stosunków koleżeńskich. Bezrobocie lekarzy i aptekarzy. Epizod z walki lekarzy dolno-austr. 810.
Nowa ustawa lekarska. Rodzaj strejku lekarzy. O walce lekarzy dolno-austr. Bezczelność 822.
Państwowy Związek organizacyi lekarskich austryackich. Organizacya lekarzy gminnych dolno-austr. Bezrobocie aptekarzy 834. Nowa ustawa aptekarska. Sprawa felczerów. Dobrowolne ofiary chorych szpitalnych. Odmowa środkom leczniczym ochrony patentowej. X. zjazd lek. i przyrodn. pols. we Lwowie w r. 1907 835.
Wydz. samopomocy. Państw. Związek org. lek. austr. Stowarz. lek. pols. w Warszawie. X. zjazd lek. i przyr. pols. 852.
Fundusz pensyjny dla lek. okreg. galic. Nowa ustawa o gmin. służbie zdrowia. Tow. samopomocy lek. Nowa ustawa aptek. austr. 853.
Ruch lekarzy dolno-austr. 869. Kasa ubezp. lekarzy niemieckich Stowarz. ochrony prawnej. Czy lekarz ma obowiązek ostrzegać chorego o niebezpieczeństwie chloroformowania. Jednorazowa nauka szkolna. Walka z rakiem. X. zjazd lek. i przyrodn. pols. 870.

VIII. Wiadomości bieżące.

W każdym numerze.

IX. Nekrologia.

Kazimierz Obniski, Henryk Fryde, Bozeman, Sachsalber, Rosanelli 27. Kwiryn Michalek; Józef Bett, John Juckhamson, Zygmunt Rosenberg, Józef Rudzki, Maryan Siedlewski, Józef Salmonowicz, Tadeusz Czaplicki 40. Filippi, Emil Wolfring, Siéchaud, Forbes 73. Wichmann, Prip Amann, Józef Strzeszewski, Juliusz Ksawery Łukaszewski 88, Kolaczek 100. Wernicki Józef, Żuchowski Antoni, Gusserow, Schelske 146. S. S. Rosenstein, Casarini, Moriggia, Pawłowski Kalikst 131. Popow, Nitze, Napieralski, Wincenty Kwiatkowski 175. A. Chrzczonowicz 187. Collin, Krytow, Fowter, Rogmann, Seweryn Schmidt 200. Ludwik Grün, Jan Szlipps, Oskar Wanscher, Luigi d'Amere 230. Stolper, Liubimow, Antoni Estreicher, Nestor Bucewicz, Zyhmunt Mundsztuk 246. Bordé 275. Stanisław Petrulis, Prof. Lobmayer 290. Ladislav Rakowac, Józef Wakulski, Julian Osmólski, Stembo, Ludwik Kloinwächter 300. Hirsch Friede, Erazm Napieralski 341. Vlemiencka, Prof. Haslund, Thome, Władysław Wróblewski 327. Prof. Fürstner, Mc. Fallum, Paulet, Buchanan 366. Władysław Skórski, Wolf Becher, Gustaw Doliński, Zygmunt Kaczorowski 381. Dr. Scheiber, Hecht, Prof. Tarnowski, B. Michowicz 395. Prof. Allard, Stanisław Turkiewicz, Michał Kaufmann 426. Ludwik Lutyński 454. Jan Gwiazdomorski 450. Feliks Rymowicz 483. Ferdynand Stankiewicz, Stanisław Jurkiewicz, Julian Szyszkowski, Polek, Latimar 466. Fryderyk Schaudinn 497. Manuel Garcia, Jakób Neufeld, Ludwik Ebner 499. Körösy 528. Hipolit Trembecki 540. Józef Richter, Józef Kotarski, Kamil Berer, Witzel 553. Feliks Rymowicz, Konrad Józef Zalejski, Owsiannikow, Bronardel 563. Castanx, Vincent, Peride, Chiarewski, Ballard 575. Feinstein 588. Radziszewski Józef, Kisielewski, Sokołowski, Bogdanoff 600. Gruenbaum, Feinstein, Kochanowski, Haberling, Bereza, Madeyski, Somaselli, Mackeg 601, Braunau 629. Herzen, Mordache 620. Neumann Izydor, Vierodt 633. W. Czermak, Zaleski J. K., Roller Fryderyk 646. Cohn 662. Högyes, Cooper, Aoamiuk Emil, Hejoukowski Zdzisław, Zaboklicki Antoni Emilian, Jastrzębski Waleryan 677. Wemlichner, Stanisław Płaskowicki, Jan Zduń 706. Krocker, Rezcati, Bystrow, Blaucas 722. Jan Stawski, Bainbridge, Grassberger, Mieczysław Grabowski, Włodzimierz Kulczycki, Kazimierz Panek 733. Januszkiewicz, Serwiński, Urich, Pugliatti, Hesse, Holst 744. Winogradow, Fenchini, Chrząszczewski, Rothmund 757. Cerny, Rossi 798. Końcowicz J., Planteau 812. Hajdukowski B., Jankowski J., Popow L. 824. Prof. Zabludowski, Prof. Lapponi, Satkowski 837. Prof. Archangielski, Sorastein, Reinbach 854. Prof. Zabłudowski, Prof. Schönborn, Szczęsnowicz, Karpiński J., Rokossowski A. 872.

X. Bibliografia

w każdym numerze, zawiera tytuły prac oryginalnych, pomieszczonych we wszystkich czasopismach lekarskich polskich, oraz w „Časopisie lékařu českých“, „Liečnickim Viestniku“, „Lékařskich Rozhledach“, „Presse médicale“, „Semaine médicale“, „Berliner klinische Wochenschrift“, „Wiener klinische Wochenschrift“, „Deutsche medicinische Wochenschrift“, „Münchener medicinische Wochenschrift“, „Medicinische Klinik“, „Russkij Wracz“.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

(Liczba tłusta oznacza artykuł oryginalny.

SPIS AUTORÓW.

Nr. 1. Kraków, 6 Stycznia 1906. Rok XLV.

Redakcya: ulica Wielopole 4. Telefon 93.
Administracya: ul. Podwale 9. Telefon Nr. 362
Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt ponosi w całości autor. Koszta klisz i tablic ponoszą autorowie w połowie.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya, w **Paryżu** V. de Raczkowski, 14 cité de Trévise Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO ORAZ TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W CHICAGO

wychodzi co Sobota.

Przedpłatę przyjmują: w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., w **Paryżu** V. de Raczkowski, 14 cité de Trévise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie $4^1/_2$ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal. numer podwójnej objętości 1 kor.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla prenumeratorów w Galicyi zamieszkałych dodatek: **„Sprawozdania z czynności Izb lekarskich Galicyjskich" Nr. 12 za rok 1905.**

Rok XLV. Kraków 6 Stycznia 1906. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Po dziesięcioletniej wytrwałej pracy kierowniczej ustąpił ze stanowiska naczelnego redaktora Ten, który swym trudem i zabiegami zachował i wzmocnił poważne stanowisko »Przeglądu lekarskiego« wśród pism lekarskich polskich, a pod którego doświadczoną ręką i opieką wyrabiała się część znaczna naszych współczesnych pisarzy lekarskich.

Dziś z dumą i zadowoleniem spoglądać może po za siebie, jak żniwiarz patrzy na plenne snopy, Jego zebrane znojem. Nad to zadowolenie i nad tę słuszną dumę, nad naznaczoną Jego nazwiskiem trwałą kartę w historyi »Przeglądu«, nic Mu większego dać nie możem.

W gronie redakcyjnem, w którego szeregach, rzadkim u nas przykładem, nie uchyla się od dalszej żmudnej pracy, wśród współpracowników, wzrosłych pod Jego okiem, i czytelników, których korzyść przyświecała całej Jego działalności, żegna Zasłużonego Redaktora hołd wdzięczności wraz z życzeniem, by jaknajdłużej mógł jeszcze pracować na ukochanej niwie z takim dla ogółu pożytkiem i tą pełnią sił, jaką aż do tej chwili przez lat trzydzieści poświęcał działalności na polu piśmiennictwa lekarskiego.

Zmiana naczelnego redaktora w polskiem czasopiśmie lekarskiem nie oznacza zmiany kierunku i ram pisma; jestto tylko powołanie na czas pewien do pierwszego szeregu jednego z grona tych, którzy stale około pisma się skupiając, stałe też pismu nadają cechy. W tem gronie od lat przeszło dziesięciu pracując, obrany obecnie wykonawcą jego woli, obejmuję »Przegląd lekarski« w dobie rozwoju; w latach ostatnich odźwierciedlały się w »Przeglądzie« coraz więcej postępy polskiej nauki lekarskiej we wszystkich dzielnicach naszej ziemi i coraz dokładniej i szybciej starał się »Przegląd« zdawać sprawę z ruchu piśmienniczego u nas i zagranicą, nie zaniedbując także i spraw stanu lekarskiego i jego stosunku do społeczeństwa.

Dotrzymanie kroku lekarskiemu ruchowi umysłowemu i stanowemu, oraz potrzebom lekarzy polskich, jest i będzie nadal dążeniem »Przeglądu lekarskiego«; zadanie to o tyle dziś trudniejsze, niż kiedykolwiek, że nadszedł dla całego polskiego społeczeństwa czas, nie sprzyjający pracy piśmienniczej, a uszczuplone przez to koła pracowników nietylko nie skupiają się, lecz przeciwnie rozpraszają i rozdrabniają.

Wpływu, jakiby zabiegi kierowników pism lekarskich wywrzeć mogły na ożywienie piór milknących, wyszukanie i wyrobienie nowych, na wydajność i powstawanie warsztatów pracy naukowej, lekceważyć nie można, ale nie należy przeceniać. Nietylko jaki oracz i jakie ziarno, ale także jaka gleba, taki i plon.

Budując na życzliwości dotychczasowych naszego pisma przyjaciół, na rosnącej u nas umiejętności zrzeszania się do wspólnej pracy, na coraz ściślejszem splataniu się związków szerokich kół czytelniczych z piszącymi, a przedewszystkiem — na niespożytej żywotności polskiego społeczeństwa, dla nowych zadań zdolnego zawsze świeże znaleźć w sobie siły i ze wszystkich przejść dźwigającego się rychło ku wyżynom tem żywszej i świetniejszej umysłowej twórczości — rozpoczynam mą służbę ochotnie i z otuchą. *Stanisław Ciechanowski.*

Kilka uwag o wycinaniu żołądka w 25 rocznicę pierwszego mego wycięcia odźwiernika.

Podał

L. Rydygier.

(Według wykładu klinicznego dnia 16 listopada 1905 r.)

Dziś właśnie mija 25 lat, kiedym pierwszą moją wykonał pylorektomię — i dziś znowu mamy przystąpić do tej operacyi. Zrozumiecie zapewne Panowie, że myśli moje dziś'aj wracają do owego dnia i momentu historycznego i że nie bez wzruszenia staję przed Wami.

Z pewnem zadowoleniem spojrzeć mogę na okres miniony, bo trudno zaprzeczyć, że w tym czasie chirurgia żołądka dopiero się rozwinęła i gorąco zajmowała umysły co najlepszych chirurgów wszystkich narodów, a przyznać musi każdy, że polska chirurgia w tych wyścigach naukowych i w tej pracy wytężonej przodowała. Według ostatniej pracy A. Gabszewicza („Gaz. lekar." 1904, Nr. 42) ogłaszali z polskich uczonych prace w tym przedmiocie oprócz mnie i byłego mego asystenta ś. p. Wehra: Matlakowski, Obaliński, Trzebicky, Barącz, Bartkiewicz, Ciechomski, Droba, Dobrucki, Fiederowicz, Kosiński, Karczewski, Krajewski, Kader, Krauze, Kučera, Majewski, Oderfeld, Raum, Rutkowski, Solman, Schramm, Szuman, Watten, Wertheim i Zagórski.

Wiadomą jest rzeczą, że Péan wykonał dnia 9 kwietnia 1879 r. pierwsze wycięcie odźwiernika, ja 16 listopada 1880 r. drugie, a 28 lutego 1881 r. Billroth — trzecie.

Ta jest wielka i zasadnicza różnica pomiędzy mną a Péanem, że Péan po wykonaniu tej operacyi, opisując ją, nie rokuje jej żadnej przyszłości i wprost przeciwko jej ogólniejszemu wykonywaniu się oświadcza; kiedy ja przeciwnie, mimo nieszczęśliwego zejścia mego przypadku, wyrażam swoje przekonanie, że operacya ta musi dać wyniki, byle ją wcześniej podejmować. Zaraz też w pierwszem mojem ogłoszeniu podaję wskazania do tej operacyi i dokładny opis jej wykonania, a w dalszym ciągu zabieram się razem z ówczesnym moim asystentem ś. p. prof. Wehrem do dalszego wydoskonalenia techniki.

Péan[1]) pisze: „*Quant a nous, autant nous sommes partisan de la gastrostomie pour les cas relativement simples, autant nous sommes peu disposés à pratiquer de semblables résections pour les tumeurs de nature cancéreuse*“.

Ja[2]) przeciwnie w swej pracy piszę: „Na zakończenie powyższego przypadku dodam tylko tyle, że z obserwacyi tej nabraliśmy przekonania, iż operacya wycięcia raka odźwiernika ma niewątpliwą przyszłość. Nie trzeba się zrażać pierwszemi niepowodzeniami“.

W pierwszej mej pracy podany sposób operowania w głównych zarysach utrzymał się do dziś dnia, jakkolwiek w szczegółach naturalnie z biegiem czasu i po większem doświadczeniu musiał się zmienić, i ja sam razem z moimi uczniami do tego się przyczynilem.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że co do tego sposobu operowania mnie się należy pierwszeństwo przed Billrothem i operacya wycięcia odźwiernika, przy której dwunastnica zostaje przyszytą wprost do ścian przeciętego światła odźwiernika, powinna się nazywać metodą Rydygiera, a nie I metodą Billrotha: 1) Nikt nie może datom zaprzeczyć, że operacyę tę wykonałem przed Billrothem.

2) „Cięcie w *linea alba*“, jakie zalecałem zaraz w pierwszej mej pracy (l. c. str. 638) zostało dziś ogólnie przyjęte, a nie skośne, ani poprzeczne cięcie, jakiego Billroth używał[3]) w pierwszych swych operacyach, a Wölfler[4]) w swej pracy następującemi słowy gorąco zaleca: „*Der Schnitt über der Geschwulst ist dem in der Linea alba entschieden vorzuziehen; der erstere gewährt den Vortheil, dass sich sofort der kranke Theil des Magens präsentirt, und dass nicht blos die rechte Hälfte des Magens, sondern auch Pylorus und Duodenum besser zu übersehen sind, als beim Schnitt in der Linea alba; ferner verhütet man dadurch viel leichter den Prolaps der Intestina (!)*“

Tak samo Mikulicz zaleca cięcie poprzeczne bardzo gorąco jeszcze w r. 1883 („Przegl. lek.“ Nr. 14, str. 169): „Do otwarcia jamy brzusznej użyłem cięcia poprzecznego; zalety jego, przytoczone już przez Wölflera, mianowicie łatwy dostęp do żołądka i dwunastnicy, wydają mi się bardzo ważne, a nie widziałem nigdy żadnej szkodliwości takiego cięcia“. Dopiero po kilkakrotnem odezwaniu się z mej strony i dowodzeniu, że mniemanych zalet cięcie Billrotha nie posiada, zostało powoli cięcie w linii białej ogólnie przyjęte, — nawet przez samego Billrotha i jego szkołę.

Tak więc nietylko przejąłem to cięcie od Péana, jak Stieda[5]) twierdzi, broniąc pierwszeństwa Billrotha, ale jako zasługę sobie policzyć muszę, że cięcie to uzyskało ogólne uznanie mimo tak gorącego zalecania cięcia skośnego lub poprzecznego przez szkołę Billrotha. Wprost śmieszną i zbyt niezgrabną jest chęć zmniejszenia mej zasługi, jeżeli Stieda podnosi, że też już Gussenbauer i Kaiser-Czerny — uczniowie Billrotha — przedemią używali cięcia w linii białej przy swoich eksperymentach na psach. To czemuż więc ich mistrz Billroth i jego szkoła uporczywie bronią u ludzi cięcia skośnego lub poprzecznego?

3. Tak samo II-gi akt operacyi wykonał Billroth sam i dziś wszyscy wykonywują tak, jak ja go zaraz w pierwszej swej pracy opisałem (l. c. str. 638): „Wydobycie zrakowaciałego odźwiernika na zewnątrz, o ile można i założenie elastycznego kompresoryum naszego pomysłu“. Wölfler pisze (l. c str. 19) dosłownie to samo: „*Nach vollendeter Orientirung wird der Magen gegen den Wundspalt, so gut es geht, hervorgezogen...*“ Billroth i Wölfler nie zalecają tylko używania kompresoryów; dziś prawie wszyscy chirurdzy ich używają, przynajmniej do zamknięcia światła żołądka, czy to w postaci pierwotnie przezemnie podanej, czy też według innych modeli. Wölfler w swym opisie (l. c. str. 21) podaje na korzyść niezakładania kompresoryów, że w czasie operacyi można po przecięciu żołądka treść jego gąbkami wymaczać, w razie gdyby przed operacyą nie był się dał zupełnie wypróżnić. Na to postępowanie dziś pewnie i sam Wölfler się nie zgodzi.

4) Nie różnimy się też zasadniczo z Billrothem przy wykonywaniu III-go aktu operacyi, wbrew ogólnie rozpowszechnionemu zapatrywaniu: ja przecinam żołądek skośnie-kątowato, Billroth skośnie; ostatecznie po zeszyciu nie widać prawie żadnej różnicy. Najlepiej tego dowodzą załączone ryciny, wyjęte z moich prac i pracy Wölflera (cfr. ryc. I *a* i *b* i ryc. II *a* i *b*). Sam Stieda przyznaje (l. c. str. 399), że niema różnicy istotnej pomiędzy mojem a Billrotha cięciem. Twierdzenie Stiedy, jakobym obecnie inaczej swoje cięcie rysował, niż pierwotnie, muszę stanowczo odeprzeć, bo ryc. III *a* i *b* są wykonane według rycin wprost z Langenbecka archiwu wyciętych — nawet nie kopiowanych.

5) Jeszcze raz chciałbym tu sprostować błąd, jakoby mój sposób operowania tem od sposobu Billrotha się różnił, że ja przyszywam dwunastnicę do małej krzywizny przeciętego żołądka, a Billroth do wielkiej, — błąd, który się w niektórych i najnowszych utrzymuje podręcznikach. Tymczasem nietylko ja w pierwszym swoim przypadku, ale i Billroth — i to w swoich dwóch pierwszych przypadkach — przyszyliśmy dwunastnicę do małej krzywizny, a obydwaj równocześnie i tego samego dnia (8/IV, 1881) na Zjeździe chirurgów niemieckich przyszywanie dwu-

[1]) Péan: Diagnostic et traitement des tumeurs de l' abdomen et du bassin. Paris 1880, pag 517.

[2]) Rydygier: Wycięcie raka odźwiernika żołądkowego, śmierć w 12 godzinach. „Przegl. lek.“ 1880 i po niemiecku: „Deut. Zeitschr. f. Chir.“ XIV tom

[3]) Billroth: Offenes Schreiben an Herrn Dr L. Wittelshöfer. „Wien. med. Wochensch.“ 1881.

[4]) Wölfler: Ueber die von Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus. Wien 1881.

[5]) A. Stieda: Zur Geschichte der circulären Pylorectomie. „Deut. Zeitsch f. Chir.“ Bd 59. Hft 5 u. 6.

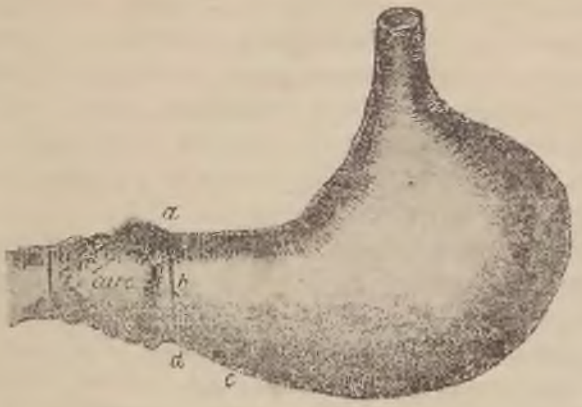


Fig. I *a*.

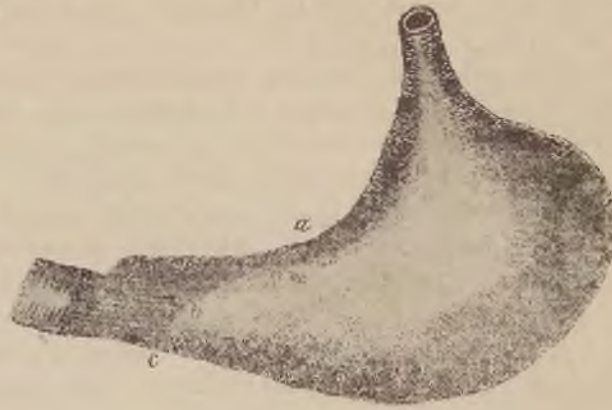


Fig. III *a*.



Fig. I *b*.

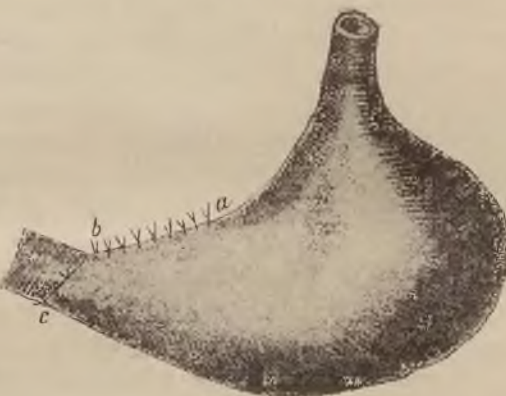


Fig. III *b*.

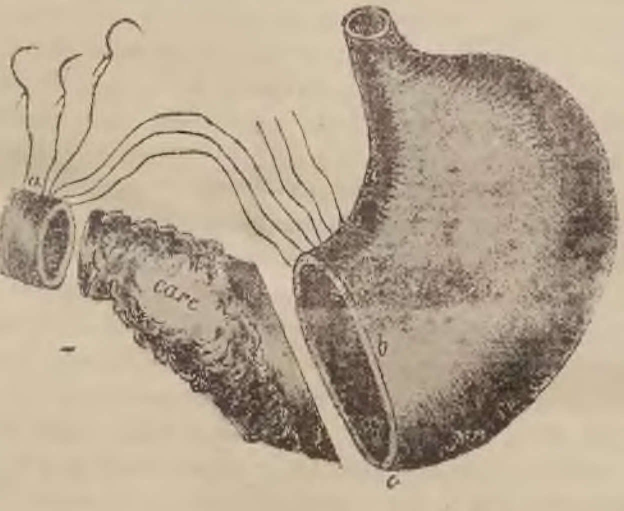


Fig. II *a*.



Fig. IV *a*.



Fig II *b*.



Fig. IV *b*.

nastnicy do wielkiej krzywizny zalecaliśmy: ja sam, a Billroth przez swego ucznia Mikulicza (cfr. ryc. III *a* i *b* i ryc. IV *a* i *b*).

6) Dodać muszę, że i zasługa wprowadzenia na nowo szwu kuśnierskiego do chirurgii żołądkowojelitowej mnie się należy. Wprawdzie Nussbaum go zalecał, a nawet długo przed Nussbaumem znano szew kuśnierski, ale dopiero po kilkakrotnem zaleceniu z mej strony znalazł on na nowo ogólniejsze zastosowanie, specyalnie w chirurgii żołądkowo-jelitowej; po mnie jeszcze Lauenstein, Jalagnier, Hartmann, Kocher i inni gorąco go zalecają.

7) Tak samo trójrzędny szew — szew: Czernego szew błony śluzowej (l. c. str. 638), jako i pokrycie rzędu szwów siecią wielką (l. c. str. 638), zaraz polecałem już w pierwszej swej pracy. Z przyjemnością słuchałem, jak na ostatnim międzynarodowym Zjeździe chirurgów Garré gorąco zalecał na nowo szew na błonę śluzową, jako mający chronić od powstawania wrzodów peptycznych po gastroenterostomii, nie wspominając naturalnie nic o tem, że ja już 25 lat temu to samo zalecałem. Tak samo, daleko później po mnie zalecał Senn z Chicago pokrywanie rzędu szwowego siecią, a teraz zwykle jego podają, jako tego, który pierwszy tak postępować radził.

Tak więc nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, że ogólnie dziś używana metoda wycięcia odźwiernika, gdzie przyszywa się dwunastnicę wprost do brzegów przeciętych ścian żołądka — i to do krzywizny większej, gdzie zbyt wielkie światło żołądka zmniejsza się za pomocą szwu zwężającego, wzoruje się dokładnie na pierwszym moim i pierwotnym opisie, ogłoszonym już w roku 1880, i nazywać się powinna sposobem Rydygiera, a nie pierwszym sposobem Billrotha. Sposobem Billrotha jest ten, gdzie po wycięciu guza zaszywa się osobno żołądek i osobno dwunastnicę i dodaje się gastroenterostomię.

Słusznie mógł Jalaguier w wielkiej chirurgii Duplay'a i Reclusa na str. 426 VI-go tomu powiedzieć: *„L' opération de la pylorectomie comprend d'après Rydygier, qui le priemer en a bien réglé la technique, cinq temps principaux, auxquels les chirurgiens, qui ont suivi, n'ont apporté que des modifications assez peu importantes“*.

Nie myślę zmniejszać zasług Billrotha i jego uczniów około chirurgii żołądkowo-jelitowej; pozostaną one wielkie i bez przypisywania mu sposobu, którego pierwszy nie podał.

A teraz po 25-letniem doświadczeniu na tem polu dorzucić chciałbym kilka uwag do chirurgii żołądka.

Przedewszystkiem zaznaczyć winienem, że pozostaję przy wskazaniach, jakie w pierwszych swoich pracach podałem, a mianowicie: 1) rak odźwiernika; 2) wrzód okrągły i blizny po nim; 3) krwotoki z wrzodu, często powtarzające się; 4) przedziurawienie ścian żołądka przez wrzód okrągły.

Z prawdziwą przyjemnością widzę, że w ostatnim czasie znajduje coraz więcej zwolenników przezemnie tak gorąco i kilkakrotnie bronione wskazanie wycięcia odźwiernika w przewlekłym wrzodzie żołądka, jak to widać z prac Maydla, Jedlički, Krogiusa, Brennera, Riedla, Hinterstoissera i wielu innych. Kiedym 21 listopada 1881 r. pierwszą pylorektomię z powodu wrzodu żołądka wykonał i później ogłosił[6]), dodał Volkmann nie bez złośliwości: *„Hoffentlich auch die letzte!“* Dziś mam zupełne zadośćuczynienie, jakkolwiek nieco spóźnione, — tem większe, że na ostatnim Zjeździe miedzynarodowym chirurgów w Brukseli mogłem przedłożyć fotografię tej samej pacyentki, cieszącej się najlepszem zdrowiem w 24 lat po operacyi.

Co do sposobu wykonywania tej operacyi, to także nie wiele zmieniłem, a więc:

Akt I. Przecięcie ścian brzusznych w linii białej zatrzymałem. W ostatnich czasach i do wycięcia odźwiernika zalecano podobne cięcie kątowate, jakie Kehr zaleca do operacyi na drogach żółciowych, ja jednak nigdy nie czułem do tego potrzeby. Zwracam uwagę, że w trudniejszych przypadkach znakomitą oddaje usługę przedłużenie cięcia aż na mostek.

Akt II. Wydobycie zrakowaciałego odźwiernika na zewnątrz, o ile można, i oddzielenie sieci wielkiej i małej zapomocą podwiązek *en masse*, założonych igłą Dechampsa. Trzymać się jaknajdalej od poprzecznicy (*colon transversum*), żeby jej odżywienie nie ucierpiało. Niestety, nieraz rak ją tak blizko podciągnie do żołądka, że trzeba odpowiedni kawałek również wyciąć; przypadki takie zwykle nie nadają się już do pylorektomii.

Akt III. Odcięcie guza od reszty żołądka i dwunastnicy. Postępujemy przy tem teraz zwykle tak, że naprzód przecinamy ściany żołądka: po podsunięciu kompresu z gazy wyjałowionej pod guz i żołądek zakładamy moje elastyczne uciskadła na żołądek od strony wpustowej, przy guzie zaś długie kleszczyki tak, że nic ani z jednej, ani z drugiej strony wypłynąć nie może. Żeby uciskadła nie mogły się zesunąć, zakładamy przed niemi u góry i na dole kleszczyki Chaputa. Co do samego przecięcia ścian żołądka, to teraz nie zważamy wcale, żeby je skośnie lub kątowato skośnie przecinać, a staramy się tylko o to, ażeby na pewno w częściach zdrowych daleko od guza cięcie poprowadzić.

Dwunastnicę albo zaraz następnie przecinamy, oddalając zupełnie guz, albo dopiero po założeniu tylnej części szwu Lemberta. Pozostawienie na razie guza nieodciętego przy dwunastnicy daje w trudniejszych przypadkach dobrą rękojmię do trzymania i przybliżania jej do przeciętych brzegów żołądka. Na dwunastnicę nie zakładamy już uciskadeł, a światło jej dostatecznie da się zamknąć, jeżeli założymy jedną pętlę u góry, a drugą u dołu blizko brzegu dwunastnicy i pętlami temi ku górze ją unosimy i zarazem rościągamy, jak to już dawniej zalecałem. Wobec nizkiego ciśnienia wewnątrz dwunastnicy wystarczy to celem zapobiegnięcia wypływaniu żółci,

Akt IV. Wobec zwykle istniejącego znacznego osłabienia chorego i długiego trwania operacyi opuszczam w ostatnich czasach osobny szew na błonę śluzową i przy pierwszym rzędzie szwu Czernego zabieram także błonę śluzową, jak to radzi Hartmann. W ten sposób osiągamy dokładniejsze złożenie się brzegów błony śluzowej, a zarazem tamujemy krwotok z przeciętych brzegów żołądka i dwunastnicy, mimo że zakładamy tylko dwa rzędy szwu.

Zwykle rozpoczynam szwem zwężającym u góry przy małej krzywiznie i to zakładając naprzód pierwszy rząd,

[6]) L. Rydygier: Pierwszy przypadek wycięcia odźwiernika celem usunięcia zwężenia wskutek wrzodu. Wyzdrowienie. („Przegląd lekarski“ 1881 i „Berl. klin. Wochenschr.“ 1882. Nr 3).

idący przez całą grubość brzegów. Potem zaraz zakładam drugi rząd — szew Lemberta, tak jednak, że zostawiam otwór w żołądku naumyślnie nieco za wielki, żeby mieć dogodne miejsce do wszycia dwunastnicy, — zmniejszyć zawsze jeszcze można otwór dodatkowym szwem.

Następnie przystępuję do szwu łączącego na tylnej ścianie u dołu przy krzywiznie większej i to zakładając naprzód drugi rząd Czernyego — szew Lemberta: zapomocą kilka kleszczyków Chaputa wywijam i przybliżam brzegi. Szew ten na razie nie obcinam, żeby później posłużył w dalszym ciągu do jaknajdokładniejszego zamknięcia kąta, gdzie się stykają szew zwężający i szew łączący.

Dalej rozpoczynam u dołu przy krzywiźnie większej na tylnej ścianie szew przez całą grubość ściany — szew Hartmanna, czyli zmodyfikowany pierwszy rząd szwu Czernyego.

W dalszym ciągu zakładam na przednią ścianę żołądka i dwunastnicy naprzód szew Hartmanna i staram się teraz, kiedy dojdę do góry, skrzyżować szwy zbiegające się tutaj z tylnej i przedniej ściany tak, żeby słaby ten punkt jaknajmocniej zamknąć.

Ostatecznie następuje szew Lemberta na przednią ścianę, także przebiegający od dołu ku górze. Znowu staramy się i na końcu tego rzędu jaknajdokładniej zaopatrzyć kąt, gdzie się stykają szwy.

Opisałem porządek, w jakim zwykle zakładam szwy, są jednak przypadki, gdzie od tego porządku odstępuję: operacya wycięcia odźwiernika — to nie dla chirurgów początkujących; — tam trzeba panować zupełnie nad techniką i odpowiednio do przypadku nieraz drobne odmiany zaimprowizować. Czasem może się zalecać zupełnie inny porządek w zakładaniu szwów: 1) na tylną ścianę szew Lemberta, rozpoczynając od dołu, a kończąc przy kącie; 2) szew Hartmanna, rozpoczynając na tylnej ścianie u dołu, a w kącie tylko go przerywając węzełkiem i przechodząc zaraz w górę w pierwszy rząd szwu zwężającego; 3) na przednią ścianę znowu od dołu naprzód szew Hartmanna, który się zakończy w kącie, krzyżując z poprzednim; 4) drugi rząd — szew Lemberta — na przednią ścianę, przerwany przy kącie, a potem dalej biegnący po skrzyżowaniu, jako drugi rząd szwu zwężającego.

Dodam tylko jeszcze tyle, że jeżeli różnica w świetle przeciętego żołądka i dwunastnicy nie jest zbyt wielka, jak np. czasem po wycięciu odźwiernika wobec wrzodu, tam najchętniej nie zakładam wcale szwu zwężającego, starając się albo skośnem przecięciem dwunastnicy sposobem Wehra, albo przez to, że zawsze nieco więcej biorę ściany żołądka w szew, niż ściany dwunastnicy, wyrównać różnicę. W ten sposób udaje się nieraz wprost zdumiewająco wielkie różnice wyrównać, a ma się tę wielką korzyść, że unikniemy słabego punktu w miejscu zetknięcia się szwu zwężającego ze szwem łączącym. Po założeniu szwów jeszcze i dziś unoszę sieć i kilku szwami węzełkowymi przytwierdzam ponad nimi. Ściany brzuszne łączę, jak we wszystkich innych laparotomiach obecnie, w ten sposób, że naprzód zakładam szew kuśnierski z katgutu na otrzewnę, zachwytując gdzie jest większe napięcie i powięź. Następnie zakładam 5—6 węzełkowych szwów mocnych jedwabnych przez całą grubość ściany brzusznej, z wyjątkiem otrzewnej. Przez wzgląd na to, że nie jesteśmy w stanie zupełnie na pewno odkazić skóry, używam sposoku Fritscha przy zakładaniu tych szwów. t. j. nawłóczy się dwie igły na każdą nitkę i wybija się je od wewnątrz ku zewnątrz, żeby nie zaszczepić z górnych warstw prątków w głębsze i tak uniknąć ropienia w szwach.

W sposób powyżej opisany najczęściej wykonywaliśmy w naszej klinice wycięcia odźwiernika.

Co do sposobu Kochera, to nie mam doświadczenia. Teoretycznie rzecz biorąc, ma on tę zaletę, że unika słabego punktu, gdzie się schodzą szew zwężający i łączący. Za to ma tę wadę, że robi zupełnie nowy otwór w żołądku w celu wszczepienia dwunastnicy, a zamyka dawny otwór po wycięciu guza. Czy czasem i wszycie dwunastnicy w miejscu położonem bliżej wpustu *(cardia)*, a więc bardziej oddalonem, nie sprawia trudności, obawiać bysię trzeba. Kocher twierdzi, że tego nigdy nie doznał.

Sposób Billrotha, gdzie się guz wycina i zaszywa tak światło żołądka, jak i dwunastnicy, a dodaje się gastroenterostomię, zalecałby się bardzo w przypadkach, gdy chodzi o wielkie nowotwory. Wykonywa się jednak wtedy dwie wielkie operacye odrazu na chorym, zwykle bardzo osłabionym. Dlatego słusznie radzono, żeby cały zabieg podzielić i naprzód wykonać gastroenterostomię, a dopiero po kilkunastu dniach, gdy chory się nieco wzmocni, na nowo otworzyć jamę brzuszną i wyciąć odźwiernik z nowotworem. Racyonalnego tego co do zasady sposobu, przynajmniej u nas, nigdy nie zdołałem wykonać, gdyż nie udało nam się ani razu namówić chorego do drugiej doszczętnej operacyi, dopóki był czas, bo po gastroenterostomii ustawały zwykle dolegliwości tak dalece, że chory czuł się zdrowym.

Dlatego to opisałem [7]) przed rokiem drugi mój sposób wycięcia odźwiernika, którego używam wobec guzów wielkich rozmiarów i znaczniejszego osłabienia chorego. Zmieniłem w ostatnim czasie nieco porządek wykonywania poszczególnych aktów: naprzód robię enteroanastomozę, a później dopiero przecinam żołądek; zresztą pozostało wykonanie tak, jak to opisałem w „Przegl. lek.“ (l. c.).

Nie ulega wątpliwości, że wycięcie odźwiernika jest i pozostanie jedną z najtrudniejszych, — a przyznajemy — i najniebezpieczniejszych operacyi, ale względnie wielkie jej niebezpieczeństwo zależy w znacznej części od tego, że zbyt późno przystępujemy do tego rękoczynu na chorych już wycieńczonych, kachektycznych. To jest też jedną z głównych przyczyn, dlaczego tak rzadko widzimy po niej doszczętne wyleczenie raka; a przecież mimo to są przypadki znane bardzo dlugo trwającego wyleczenia.

Na zakończenie tego jubileuszowego wykładu podaję spis prac moich własnych i uczniów moich, dotyczących operacyi na żołądku:

L. Rydygier:

1. *a)* Wycięcie raka odźwiernika żołądkowego, śmierć w 12 godzinach. („Przegląd lekarski“ 1880).
1. *b)* To samo po niemiecku („Deut. Zeitschr. f. Chir.“ XIV tom).
2. Ueber Magenresection mit Demonstration v. Praeparaten. („v. Langenbeck's Arch.“ XXVI tom, 3 zeszyt)
3. *a)* Pierwszy przypadek wycięcia odźwiernika celem usunięcia zwężenia wskutek wrzodu. Wyzdrowienie. („Przegląd lekarski 1881, Nr. 50).

[7]) L. Rydygier: Drugi mój sposób wycinania żołądka. („Przegląd lek.“ i „Centr. f. Chir.“ 1904).

3. *b*) To samo po niemiecku („Berliner klinische Wochenschrift" 1882, Nr. 3).
4. *a*) O wycinaniu odźwiernika. Wykład kliniczny. („Przegląd lekar." 1882, Nr. 32—42)
4. *b*) To samo po niemiecku. („Volkmann's-Sammlung klin. Vorträge" Nr. 220).
5. Vorstellung einer Falles von geheilter Pylorusresection wegen Magengeschwür nebst Demonstration des Praeparates. („Langenbeck's Archiv" Bd. XXVIII, Heft 2).
6. *a*) Przypadek gastroenterostomii. („Przegl. lek." 1883, Nr. 15).
6. *b*) To samo po niemiecku („Centralbl. f. Chir." 1883, Nr. 16).
7. *a*) Pierwszy przypadek gastroenterostomii wobec zwężenia dwunastnicy po wrzodzie. („Przegl. lek." 1884. Nr. 19).
7. *b*) To samo po niemiecku („Verhandlungen der Deut. Ges. f. Chir." 1884 i w „Centr. f. Chir." 1884, Nr. 23).
8. Demonstrationen von Magenresections-Präparaten. („Verhandlungen d. Dt. Gesellschaft f. Chir." 1884 i w „Centralbl. f. Chir." 1885, Nr. 24).
9. *a*) Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowej. („Przegląd lekarski" 1885).
9. *b*) To samo po niemiecku. („Deut. Zeitsch. f. Chir." XXI Bd).
10. Zur Frage der Colongangrän nach Durchtrennung des Mesocolon bei Pylorusresection. („Centr. f. Chir." 1885, Nr. 13).
11. Demonstration eines vor $2^1/_2$ Jahren wegen Carcinoma pylori resecirten Magens, nebst einigen Bemerkungen in Betreff der Indication zur Laparotomie bei perforirtem Ulcus ventriculi. („Centr. f. Chir." 1887, Nr. 25).
12. *a*) Przypadek gastroenterostomii z badaniem zachowania się czynności żołądka i jelit po wyzdrowieniu. Wspólnie z prof. Jaworskim. („Przegl. lek." 1889, Nr. 8 i 9).
12. *b*) To samo po niemiecku. („Deut. med. Woch." 1889, Nr. 14).
13. Zabiegi chirurgiczne w przebiegu chorób żołądkowych. („Medycyna" 1888, T. XVI).
14. *a*) Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej. („Przegl. lek." 1894).
14. *b*) To samo po niemiecku. („Wien. klinische Wochenschrift" 1894. Nr. 11, 12 i 13).
15. Przyczynek do techniki wycięcia odźwiernika. („Gazeta lekar." 1885, Nr. 39).
16. *a*) Mój najstarszy dotychczas żyjący przypadek wycięcia odźwiernika. („Przegl. lek." 1900).
16. *b*) To samo po niemiecku („Centr. f. Chir." 1900, Nr. 32).
17. *a*) Opérations sur l'estomac faites depuis 1880 jusqu'à ce jour. („XIII Congrès international de Médecine", Paris 2—9, Aout. 1900).
17. *b*) To samo po polsku. („Gaz. lek." 1901).
17. *c*) To samo po niemiecku. („Deut. Zeitsch. f. Chir." Bd LVIII).
18. Zur Geschichte der circulären Pylorectomie. („Deut. Zeitschr. f. Chir." Bd LX).
19. Jaki sposób gastroenterostomii najbardziej się zaleca? (Według odczytu na XII Zjeździe chirurgów polskich. „Medycyna" 1903).
20. Jak należy usunąć ewentualne zaciśnięcie poprzecznicy przez uniesioną pętlę przy gastroenterostomii sposobem Wölflera? („Medycyna" 1903).
21. *a*) Drugi mój sposób wycinania żołądka. („Przegląd lekarski" 1904. Nr. 46).
21. *b*) To samo po niemiecku. („Centr. f. Chir." 1904, Nr. 46).

W. Wehr:

22. Zur Operationstechnik bei Pylorus-Resection. („Centr. f. Chir." 1881. Nr. 10).
23. *a*) O resekcyi odźwiernika. („Pamiętnik Towarz. lekar. warszaw." 1882, tom 78).
23. *b*) To samo po niemiecku. („Deut. Zeitsch. f. Chir." Bd. XVII).

M. W. Herman:

24. Eine dreiblättrige Klemme zur Gastroenterostomie. („Wien. klin. Wochenschr." 1904, Nr. 8).
25. Trójlistne kleszcze w zastosowaniu praktycznem. („Przegląd lekarski" 1904).

* * *

O obrzezaniu rytualnem.

Podał
Dr. J. Fels.

Część pierwsza
wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa lekar. lwowskiego d. 27—X 1905 roku.

Początek i znaczenie obrzezania.

Obrzezanie, *circumcisio*, περιτομη, nazywa się po hebrajsku „milah". Powszechnie przez obrzezanie rozumiemy zwyczaj usunięcia narzędziem ostrem napletka męzkiego. Było ono prastarym zwyczajem ludów pogańskich i wykonywało je od niepamiętnych czasów wiele narodów Afryki i Azyi. Znajdujemy również obrzezanie u wielu szczepów Ameryki, Australii i na niektórych wyspach oceanu wielkiego i południowego. Do dnia dzisiejszego obrzezanie odbywają wszędzie żydzi, mahometanie, większa część ludów afrykańskich i australskich, jakoteż poniekąd szczepy amerykańskie, wogóle blizko 200 milionów ludzi. Największe jednak znaczenie otrzymało obrzezanie u żydów; ono też nas najbardziej zajmuje i dlatego główne nasze spostrzeżenia do niego odnosić się będą.

Początek i znaczenie obrzezania nie są zupełnie dokładnie wyjaśnione, gdyż w różnych czasach różnie je tłómaczono. Żydzi odnoszą początek obrzezania do praojca Abrahama, który na znak przymierza z Bogiem wiekuistym, jako pierwszy Hebrajczyk, dał się obrzezać. Biblia opowiada, że Bóg zawarł przymierze z Abrahamem i na znak tego przymierza nakazał obrzezanie. W księdze „Genesis", rozdział XVII, wiersz 9—14 brzmi: „I rzekł Bóg do Abrahama: Ty zaś przymierza mego przestrzegaj, ty i nasienie twoje po tobie w pokoleniach swoich. To jest przymierze moje, które zachowywać macie między mną i między wami i między nasieniem twojem po tobie: aby był obrzezany u was każdy mężczyzna. Obrzezać macie ciało waszych napletków i to będzie znakiem przymierza między mną i między wami. A syn po ośmiu dniach będzie obrzezany u was, każdy mężczyzna w pokoleniach waszych, tak w domu narodzony, jak i za pieniądze kupiony od jakiegokolwiek cudzoziemca, któryby nie był z plemienia twego. Obrzezany być musi urodzony w domu twoim i kupiony za pieniądze twoje, a będzie przymierze moje na ciele waszem jako przymierze wieczne. A mężczyzna nieobrzezany, któryby nie dał obrzezać ciała swego napletka, to niech będzie stracona dusza ta z ludu swego, albowiem złamał przymierze moje".

Jednak historya poucza nas, że obrzezanie jest znacznie starsze, że jeszcze przed Abrahamem Egipcyanie już dawno je wykonywali. I tak Herodot i Diodorus z Sycylii donoszą, że Egipcyanie, Etyopi i Kolchowie dokonywali obrzezania od czasów niepamiętnych i od nich to wzięli je Fenicyanie, Syryjczycy i Żydzi. Także historycy żydowscy Josefus Flavius i Filon opowiadają, że obrzezanie od dawna u Egipcyan było rozpowszechnione; prorok Jeremiasz mówi o Egipcyanach jako o obrzezanych (rozdział IX, w. 24 i 25), tak samo prorok Jecheskel (Ezechiel) o Faraonie (rozdział 31, w. 18 i rozdz. 32 w. 19). Ojciec kościoła Origines, sam w Egipcie urodzony, opowiada, że każdy, który pragnął być wtajemniczonym w wiedzę kapłanów egipskich, zwłaszcza w astrologię, geometryę i genesis (nauka o powstaniu świata), tak

samo, jak kapłani, musiał się dać obrzezać. I tak według Klemensa z Aleksandryi Pitagoras musiał się obrzezać, by mógł być dopuszczonym do tajemnic wiedzy kapłanów egipskich. Ojciec medycyny Hippokrates prawie nic nie podaje o obrzezaniu. Wreszcie głoszą opisy mumii egipskich, że znaleziono je obrzezane.

Wynika z tego wszystkiego, że obrzezanie wykonywali starzy Egipcyanie, którzy, jak wiadomo, są narodem o wiele starszym od Hebrajczyków. By zaś wyniki badań historycznych i podania biblijne ze sobą pogodzić, musimy przyjąć, że Abraham, który dopiero po swoim pobycie w Egipcie dał się obrzezać, przyjął ten obrzęd właśnie od Egipcyan i przeniósł go na swoje potomstwo, a mianowicie na Ismaelitów, jak i na Izraelitów. Również z tego szczegółu, że w Mezopotamii, pierwotnej siedzibie Abrahama i później w Kanaanie w Palestynie, gdzie on koczował, obrzezanie nie było znanem, wynika, że Abraham poznał obrzezanie dopiero w Egipcie. Także z przytoczonego miejsca biblijnego, w którem Abraham otrzymuje nakaz obrzezania bez żadnego objaśnienia tej operacyi, wynika pośrednio, że obrzezanie i jego wykonanie musiały być znane jeszcze przed czasami Abrahama; inaczej bowiem prosty rozkaz: „Obrzezajcie napletek waszego ciała“ byłby dlań zupełnie nie zrozumiałym. Według podania biblii (Genesis, rozdział XVII., wiersz 23—27) Abraham w jednym dniu dał obrzezać siebie i całą swą czeladź, która z wszystkimi niewolnikami i ich dziećmi stanowiła liczną gromadę. Kiedy Abraham jeszcze przed swojem obrzezaniem wyruszył przeciw Kadorlaomerowi, by uwolnić swego bratanka Lota, mógł on uzbroić 318 sług swoich (Genesis. rozdział XIV, w. 14). Obrzezanie więc tylu ludzi wymagało przecież kilku osób, obeznanych z tą operacyą. Dlatego Borheck [1]) twierdzi, że niewolnicy, których Abraham otrzymał w podarunku od Faraona (Genesis. rozdział XII. w. 16), obeznani dobrze z tą operacyą i jej korzyścią, ją Abrahamowi zalecali i też na nim, jego czeladzi i niewolnikach wykonali. Zapewne też i jego otoczenie dobrze znało tę operacyę, inaczej bowiem nie daliby się na oślep obrzezać, a może niejeden z nich był już obrzezany. Obrzezanie zjawia się w historyi Abrahama podobnie, jak tęcza w historyi Noego, która przecież musiała istnieć jeszcze przed potopem, skoro było słońce i chmury i ludzie, którzy ją widzieć mogli, pomimo, że biblia podaje, że pierwsze jej zjawienie się było po potopie jako znak przymierza Boga z ludźmi, że nigdy więcej potopu nie będzie [2]).

Zatem początek obrzędu obrzezania przedstawia się nam w sposób następujący: Pierwotnie istnieje ono u ludów środkowej Afryki i w Etyopii. Jak wiadomo z historyi, ci zajęli potem Egipt i stali się panami tego kraju, zatrzymując oczywiście zwyczaj obrzezania w swej nowej ojczyźnie. Z Egiptu zaś rozpowszechniło się obrzezanie na starożytny świat kulturalny i dostało się w ten sposób do Fenicyi, Syryi, Palestyny, Arabii i innych krajów. W Egipcie też obrzezanie na wszystkie czasy stało się zwyczajem powszechnym i do ostatnich czasów wykonywali je Koptowie chrześcianscy w Egipcie i Abisynii, dopełniając obrzezania chłopców przy chrzcie czterdziestego dnia po urodzeniu, lub też w dziesiątym roku życia i później. Tak też król abisyński Klaudyusz w swem wyznaniu chrześciańskiem z roku 1555 oświadcza wyraźnie: „Nasze obrzezanie nie jest symbolem religijnym, jak u żydów, lecz tylko obyczajem krajowym, podobnie jak nacięcia na twarzy u innych Etyopów i Nubejczyków, jak przekłucia uszu u Hindusów“. Obrzezanie więc powstało w czasach barbarzyńskich, podobnie jak inne tego rodzaju zabiegi u szczepów dzikich, np. przekłuwanie nosa, warg, policzków, jak nacięcia i nakłucia skóry, jak wyłamywanie dwu zębów przednich u innych, albo wyciąganie przekłutych płatków usznych, uciskanie głowy noworodków między dwoma deszczułkami w celu nadania rzekomo pięknego kształtu i t. d. Dlatego też obrzezanie odbywało się pierwotnie narzędziami kamiennemi [3]).

O wiele zawilsze, niż dociekanie początku obrzezania, są różne tłómaczenia o znaczeniu i powstaniu obrzezania rytualnego; niema chyba obrzędu religijnego, któregoby tak różnie niepojmowano, jak właśnie obrzezania i rzec można, że każdorazowy duch czasu i kierunek badań naukowych nadawały obrzezaniu inne tłómaczenie. W następującem zestawieniu pragnę tylko krótko omówić najważniejsze zdania o znaczeniu obrzezania, a mianowicie 1) znaczenie wojenne; 2) pojmowanie jako zastępstwo starohebrajskich ofiar ludzkich; 3) znaczenie zabobonne, jako środka do przebłagania złych duchów i demonów; 4) znaczenie społeczne, jako środka rozmnażającego; 5) znaczenie biblijne, jako znak przymierza i symboliczne, jako święcenie religijne; 6) znaczenie narodowe i obywatelskie i 7) znaczenie zapobiegawczo-higieniczne.

1. Nasamprzód z różnych stron podnoszono znaczenie wojenne obrzezania. Obrzezanie, tak mówili niektórzy, było pierwotnie odznaką niektórych kast egipskich, a zwłaszcza kasty wojennej, później i kapłańskiej. To też nietylko u Egipcyan, lecz także u Izraelitów obrzezanie było pierwotnie odznaczeniem wojowników, co wynika z księgi Jozuy, rozdział V, wiersz 2—9, gdzie wódz Jozua przed zajęciem kraju obiecanego obrzeza synów Izraela: „Onegoż czasu rzekł Pan do Jozuy: Uczyń sobie noże ostre i znowu obrzeź synów Izraela powtóre. I uczynił sobie Jozua noże ostre i obrzezał synów Izraela na pagórku Araloth (napletków). To zaś jest przyczyną, dlaczego Jozua ich obrzezał: Cały naród płci męskiej, który wyszedł z Egiptu, wszyscy mężowie wojenni pomarli w pustyni, w drodze z Egiptu. Bo obrzezany był cały naród, który wywędrował, zaś cały naród urodzony w pustyni, w drodze wędrówki z Egiptu, nie był obrzezany. Albowiem czterdzieści lat wędrowali synowie Izraela w pustyni, aż poginął cały lud mężów wojennych, którzy byli wyszli z Egiptu i nie słuchali głosu Pańskiego i którym przysiągł Pan, iż im nie chce pokazać ziemi, którą przysiągł Jehowa ojcom ich, że nam da kraj opływający mlekiem i miodem. Zaś synów ich, którzy nastąpili na ich miejsce, obrzezał Jozua, bo byli nieobrzezani, gdyż nie obrzezano ich w drodze. I kiedy cały lud był już obrzezany, zostali na miejscu w obozie, aż wyzdrowieli. I rzekł Pan do Jozuy: „Dzisiaj zdjąłem z was hańbę egipską i miejsce to nazwano „Gilgal“ (zdjęcie) do dnia tegoż“.

[1]) Borheck: Ist die Beschneidung ursprünglich hebräisch. Duisburg und Lemgo 1793. cytowane według Friedreicha.

[2]) Dr. v. Autenrieth: Abhandlung über den Ursprung der Beschneidung. Tübingen 1829, str. 45.

[3]) Autenrieth: l. c. str. 46.

Hańbę egipską ma znaczyć, że w Egipcie było hańbą dla wojowników być nieobrzezanymi, bo tam tylko lud prosty był nieobrzezanym. Ważnem jest też, powiada Autenrieth[4]), że przy tem obrzezaniu Izraelitów nie wspomina się ani kapłanów, ani przymierza z Bogiem, lecz dwa razy, w wierszu 4 i 6 mężów wojennych.

Inni znowu powiadają: ponieważ u obrzezanych ludów starożytnych, a tak samo u Egipcyan, odcięto pojmanym i zabitym napletki, co było trofeami zwycięstwa, dlatego i Izraelici się obrzezali, by ujść w ten sposób zhańbieniu podczas wojny. Zwyczaj brania napletków zabitych nieprzyjaciół jako trofee znajdujemy także później u Izraelitów, (Samuel, księga I, rozdział 18, wiersz 25—27), gdzie król Saul obiecuje Dawidowi swą córkę Michał za żonę pod warunkiem, że zabije dwustu Filistrów. Dawid spełnia ten warunek i jako znaki zwycięstwa przynosi Saulowi napletki[5]) dwustu Filistrów. Wreszcie u wielu ludów starożytnych panował zwyczaj wycinania części płciowych nieprzyjaciołom zwyciężonym i dlatego obrzezano własnych wojowników, by nie nadużywano i ich części płciowych za znaki zwycięstwa. Zwyczaj ten spotykamy jeszcze do niedawna u narodów dzikich i widział to jeszcze anglik Salt w roku 1805 u Abisyńczyków[6]). Zwyczaj wycinania nieprzyjaciołom części płciowych przypomina starych Scytów i dzikie szczepy Ameryki północnej, którzy skalpowali nieprzyjaciół i zabierali skórę z głowy jako trofee. Podobnie jeszcze Turcy na początku zeszłego stulecia odcinali głowy zabitych nieprzyjaciół; negrzy Aszanti przytwierdzali ich żuchwę do bębna wojennego. Znaczenie wojenne obrzezania wynika wreszcie z tego, że wiele szczepów obrzeza swych synów dopiero wtedy, kiedy stają się zdatni do walczenia.

(C. d. n.)

Zapiski lecznicze z kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

Przemysł chemiczny i aptekarski każdego dnia przynosi lekarzowi nowe środki i sposoby lecznicze. Codziennie zarzuca go poczta stosem bądź ćwiartkowych, bądź arkuszowych reklam terapeutycznych. Trudno znaleźć dość czasu na przeczytanie samozachwalań tych fabrykatów, nasyłanych przez producentów i lekarzy, związanych często z sobą w rozmaitych celach ubocznych. Reklama ta, głoszona nadto w sążnistych inseratach nawet dzienników lekarskich, których wiele zawdzięcza swój byt jedynie popieraniu marnych „specyfików“, — obliczoną jest na łatwowierność lekarza praktyka, aby podał pośrednio rękę do wzbogacenia przemysłu fabrycznego kosztem zdrowia i kieszeni swych pacyentów, a często bardzo i kosztem utraty swej reputacyi lekarskiej. Nie do pozazdroszczenia jest położenie lekarza, który, łaknąc nowości terapeutycznych, pójdzie na lep reklamy i zastosuje środek zachwalony, a klinicznie jeszcze nie wypróbowany. Zamiast oczekiwanego wyniku spotka go zawód. Wszak tuberkulina, zachwalona w swoim czasie, jako lek działający z matematyczną ścisłością, przez tak wytrawnego badacza jak R. Koch, okazała się przy krytycznem zbadaniu klinicznem środkiem zupełnie niepewnym. To też nowe leki wiodą krótki żywot. Zwykle już po jednorocznym bycie przechodzą w zasłużoną niepamięć, a na ich miejsce pojawia się cała rzesza „najnowszych środków“, dla których już w języku lekarskim brak nawet nazwy należytej. Ukuta zaś na prędce w sposób barbarzyński, razi ucho i obarcza niepotrzebnie pamięć lekarza. W tych warunkach znajduje się praktyk obecnie w kłopotliwem położeniu. Sążniste broszury, nasyłane przez fabryki i apteki, podnosząc znakomite wyniki lecznicze, zachęcają go do stosowania leku. Aby nie zostać w błąd wprowadzonym, potrzeba znów przeczytać rozwałkowane bez potrzeby spostrzeżenia kliniczne, krytykujące działanie leku. Dopiero po kilkunastogodzinnem wczytaniu się w piśmiennictwo, dowie się lekarz, że lek wcale tak nie działa, jak go zachwalono, a nawet, że okazał się szkodliwym.

Z powyżej przytoczonych powodów zamierzam wraz z moimi współpracownikami klinicznymi ogłaszać w tem czasopiśmie w odstępach kilkumiesięcznych do użytku kolegów praktyków zamiast rozwlekłych rozpraw, — tylko treściwe bezstronne wyniki, jakie otrzymamy ze zastosowania rozmaitych reklamowanych leków w klinice lekarskiej U. J. Uwzględniać będziemy nietylko leki „najnowsze“, ale i takie z dawniejszych, których skuteczność jest jeszcze sporną. Przy opisie leku znajdować się będzie jego skład, własności chemiczne, cena, sposób stosowania, otrzymane wyniki i wartość dla praktyki lekarskiej.

Te ogłoszenia uważamy jeszcze i z tego powodu za wskazane, że kliniki na to istnieją, aby nietylko kształciły uczniów na lekarzy, ale przyczyniały się także do dalszego ich kształcenia podczas wykonywania pracy zawodowej i przez to utrzymywały łączność z dawnymi swoimi wychowankami, pracującymi praktycznie dla dobra społecznego. Na żadne instytucye naukowe nie łoży społeczeństwo tak wielkich sum, jak na kliniki uniwersyteckie; to też spodziewać się słusznie musi, że mu też przyniosą stosowne korzyści praktyczne. Do takich należy między innemi i zapobieżenie, aby nasz kraj nie był wyzyskiwany przez zakupywanie bezwartościowych środków leczniczych, wyrabianych w fabrykach zagranicznych, które dla zbytu swego towaru za granicę dostają często umyślne poświadczenia pochwalne. Nie możemy jednak Szan. Kolegom obiecywać, abyśmy nasze zamiary w całym zakresie spełnili, gdyż środki materyalne zakładu, brak odpowiednich przypadków chorobowych, ograniczają nasze zadanie i prace, które jednak przez inne polskie zakłady mogłyby być uzupełnione.

Na początek niniejszych „Zapisków“ umieścimy niektóre środki lecznicze, stosowane w klinice w r. 1904 i 1905. W latach tych praca kliniczna nie szła prawidłowo, gdyż były to czasy ciężkiej choroby nieodżałowanego Nauczyciela i Kierownika zakładu, ś. p. prof. Edwarda Korczyńskiego, co z łatwo zrozumiałych powodów bardzo ujemnie wpływało na wydajność prac wszystkich współpracowników. Po zestawieniu wyników z podawania leków w ostatnich dwóch latach okazało się, że wiele z nich było stosowanych równocześnie i w innych zakładach, jak w klinice lekarskiej lwowskiej. Nasze spostrzeżenia będą ich potwierdzeniem, a przez to dodadzą Kolegom i byłym uczniom kliniki krakowskiej więcej pewności w stosowaniu ich w praktyce prywatnej. *Prof. Walery Jaworski.*

1) **Hontyna jako środek przeciwbiegunkowy.** Hontyna *(honthinum)* jest to przetwór garbnikowy, wytworzony przez chemika dr. Sztankaya, a fabrykowany na większą skalę przez firmę Hella i Skę w Opawie. Ze stanowiska chemicznego ten nowy przetwór jest keratynowanym garbnikanem białka, a ma posiadać tę wyższość nad pokrewną mu tannalbiną, że w soku żołądkowym jest trudniej od tannalbiny rozpuszczalnym, skutkiem czego większa jego ilość w stanie nierozpuszczonym, t. j. leczniczo podziałać mogącym, do jelita przechodzi. Przedstawia się jako proszek szaro-brunatny, bez smaku i woni, w wodzie nierozpuszczalny, rozpuszczalny natomiast częściowo w wyskoku i rozczynach alkalicznych, dający z solami żelazawemi niebiesko-czarne zabarwienie. Podawany wewnętrznie bywa

---

[4]) Autenrieth: l. c. 30.

[5]) Twierdzą niektórzy, że tu przez „orlos“ należy rozumieć nie same napletki, lecz całe członki.

[6]) Autenrieth: l. c. str. 35.

dobrze znoszony. nawet w dawkach aż do 10·0 dziennie i ma nie wywoływać ubocznych nieprzyjemnych przypadłości. Dawka dla dorosłych 1—2.0, 5—6 razy dziennie; dla dzieci 0.5 1.0 jużto w proszkach podzielonych, już też co lepiej *in scatula*, kilka razy dziennie na koniec noża; cena 10 grm 1,20 K. Zalecony jako środek przeciwbiegunkowy i szczmiący (*adstringens*) kiszkowy we wszelkich postaciach biegunek przez Kölbla, Reichelta, Tisona, Goldmanna i innych, był podawany w bieżącem półroczu w klinice lek. krak. u 5 chorych gruźliczych, cierpiących na biegunki jużto nieżytowe, jużto gruźlicze. Objawów ubocznych, jak nudności, wymiotów, odbijań, uczucia ucisku lub gorąca w żołądku, albo innych jakichś przykrych przypadłości nie spostrzegaliśmy ani razu. W przypadkach lżejszych nieżytowych wynik po małych nawet dawkach (0 5, 3—4 razy dz.) bywał pomyślny, stolce stawały się mniej częste, a zbitość ich rosła; w przypadkach cięższych, powikłanych owrzodzeniami, wynik bywał mniej pomyślny, choć dawki były większe; biegunka czasem ustępowała, czasem trwała dalej tak, że trzeba się było uciekać i do innych leków, a wzg. makowca. Wogóle wyniki nasze, jakkolwiek na skąpym materyale oparte, pozwalają nam już teraz na ten sąd, który — sądzimy — potwierdzi dalsze spostrzeganie, że hontyna jest środkiem zupełnie równorzędnej wartości z tannalbiną.

2) **Cytaryna** *(citarinum)*, **lek przeciwdnawy.** Jest to sól sodowa kwasu anhidrometylencytrynowego, wytwór kondenzacyi formaldehydu z kw. cytrynowym; jest proszkiem białym, ziarnistym, nieco higroskopijnym, w wodzie zimnej łatwo rozpuszczalnym (1:1.5), smaku słabo kwaśnego; przy ogrzaniu odszczepia formaldehyd i dlatego roztwory winny być sporządzane na zimno. Wytworzona syntetycznie przez „Farbenfabriken vorm. Bayer u. Co. Elberfeld", zaleconą została przez Leibholza z Berlina w r. 1903 jako środek przeciwdnawy na tej zasadzie, że związki kw. moczowego z formaldehydem są bez porównania łatwiej rozpuszczalne, niż kw. moczowy sam, a powiązany z nim cytrynian sodowy, spalając się na węglan, podnosi zasadowość krwi i jej zdolność utrzymywania kw. moczowego w roztworze. Wskazanie główne do stosowania cytaryny stanowi dna *(arthritis urica)* i to przedewszystkiem jej postać ostra, jak i zaostrzenia przewlekłej. Ma działać doskonale jako środek objawowy, kojący bole, jeżeli się podaje ją w dawkach dużych i to zaraz przy pierwszych oznakach grożącego napadu. Pojedyncza dawka wynosi 2.0, a podaje się ją pierwszego dnia 5-krotnie, w następnych dniach 4, 3 i 2-krotnie (*in charta cerata* lub w kołaczykach). W naszych 3 przypadkach dny przewlekłej, połączonej z silnymi bólami, które mieliśmy sposobność spostrzegać, nieprzyjemnych objawów ubocznych, nawet opisywanej biegunki, nie mieliśmy ani razu; skutek zaś objawowo-łagodzący był zawsze, i to prawie natychmiastowy. Na tej zasadzie możemy polecić cytarynę jako środek, być może niezawsze tak pewnie i szybko działający, ale w każdym razie godny dalszych prób.

3) **Eumidryna** *(eumydrinum)* **(jako środek przeciwpotny)** jest azotanem atropino-metylowym; farmakologicznie tem się ma różnić od innych alkaloidów z gromady tropeinów, że nie posiada wpływu drażniącego na układ nerwowy ośrodkowy, zatrzymuje atoli swoje działanie porażające na narządy obwodowe, jak źrenica, gładkie włókna mięsne, nerwy wydzielnicze gruczołów i t. d. Z powodu tej obniżonej jadowitości zaleconą została przez Erbego z kliniki Ziemssena, u nas przez Engländera z oddziału prym. dr. Krokiewicza — w miejsce atropiny tam, gdzie zamiarem naszym jest wpłynąć na pewne obwodowe narządy, jak w pewnych chorobach serca, dusznicy oskrzelowej, kolce jelitowej, potach suchotników i t. d. Eumidryna jest proszkiem białym, krystalicznym, bezwonnym, na powietrzu nie zmieniającym się, który w wodzie i wyskoku łatwo się rozpuszcza. Dawka jednorazowa 0·001—0·0025 może być w razie potrzeby podniesioną jeszcze wyżej. Stosowana w klinice lekarskiej jako środek przeciwpotny w kilkunastu przypadkach potów rozpływnych u suchotników w ostatnim okresie choroby w dawce 0·001 nie zadawalniała; skutek był niewielki i nietrwały. Z podawaniem jej w dawce 0·0025 czynimy dalsze próby i dlatego z orzeczeniem o wartości tego środka wstrzymujemy się na razie.

4) **Weronal** *(veronalum)* **(jako środek przeciwpotny)** jest związkiem mocznika z kw. dwuetylomalonowym; wprowadzony został do terapii w r. 1903 przez Fischera i Meringa jako środek nasenny i uspokajający *(hypnoticum, sedativum)*; doczekał się już rozległych ocen i opisów, oraz uznania w świecie lekarskim, a u nas pisał o nim dr. Pisarski z oddziału chorób wewnętrznych prof. dr. Pareńskiego. Średnia dawka wynosi 0,5—0·75—1 0 w opłatku lub co lepiej w gorącej herbacie lub wodzie, a cena niezbyt wygórowana: 1 grm = 48 h.

W klinice lekarskiej stosowanym był roku zeszłego na większym materyale (15 przypadków gruźlicy płuc) nietylko jako środek nasenny, ale równocześnie jako i przeciwpotny *(antihydroticum)*. I nie można powiedzieć, żebyśmy z wyników tych byli niezadowoleni. W dawce 0.30, podany wieczorem, obniżał, a nawet niezbyt obfite poty znosił u chorych gruźliczych; przy potach rozpływnych dawkę podnosiliśmy do 0·50. Działanie to przeciwpotne nie zawsze występowało i nie zawsze było trwałem; w większości atoli przypadków pewien wpływ osuszający skórę dawał się stwierdzić. A że spełniał on równocześnie i zadanie nasenne, więc z tego względu był on dla nas podwójnie cennym.

Dr St. Szurek.

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Schmidt **Nowe spostrzeżenia nad wyjaśnieniem i racyonalnem leczeniem przewlekłego nawykowego zaparcia stolca.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 41, 1905). Opierając się na licznych swoich własnych i Strassburgera badaniach, które wykazują, że kał u osób z nawykowem zaparciem stolca zawiera znacznie mniejsze ilości nietylko wody, ale i substancyi stałych i drobnoustrojów (²/₃ spotykanych w warunkach prawidłowych), a przy badaniu drobnowidowem wykazuje zaledwie ślady niestrawionych resztek pokarmowych, przychodzi Schmidt do przekonania, że przyczyną przewlekłego zaparcia stolca jest dokładne zużytkowanie i wessanie się pokarmów w jelitach, skutkiem czego powstaje zbyt twardy stolec w skąpej ilości; ponieważ pozostaje za mało niestrawionych resztek pokarmowych, rozwija się niewiele drobnoustrojów, a przetwory rozkładowe (gazy i wyższe kwasy tłuszczowe) nie wytwarzają się w dostatecznej ilości, aby mogły pobudzić jelito grube do ruchu robaczkowego. Doświadczenie poucza, że nawet odpowiednio dobrana dyeta (chleb żytni, sałaty, owoce i t. d.) nie zawsze odnosi pożądane skutki, gdyż wszystkie trudniej strawne pokarmy bywają tutaj dokładnie zużytkowane i wessane; mogą one wprawdzie sprawiać, że stolec staje się obfitszym, ale równocześnie nie staje się on miększym i wodnistszym — o co właśnie tutaj idzie, — jeżeli oddawanie stolca ma się odbywać z łatwością. Środkiem takim, który spełnia oba warunki (większa objętość i większy zapas wody w stolcu), a równocześnie nie działającym zupełnie drażniąco i szkodliwie, — jest używany w bakteryologii agar-agar (*gelatina japonica Tientjan*). Jak wiadomo, składa się ona głównie z łatwo pęczniejącej gelozy (pararabiny), a w stanie napęczniałym nie łatwo zwraca pobraną wodę nawet pod wpływem gnicia, któremu zresztą długo się opiera. Zeskrobane i drobno posiekane włókna agaru pęcznieją już w ustach, jeszcze więcej w żołądku i jelitach; w podobnym stanie niestrawione odchodzą stolcem, który skutkiem tego staje się wodnistym i miększym. Nawet po użyciu większych ilości agaru (do 25 grm. dziennie) nie daje się zauważyć objawów zadrażnienia jelit; tylko wtedy, jeżeli się podaje w postaci drobno sproszkowanej, w następstwie pojawiają się czasem bole brzucha i biegunki, jako skutek prawdopodobnie zbyt szybkiego i silnego pęcznienia. Obok czystego agaru używa autor (jeszcze agaru z dodatkiem małej ilości wodnego wyciągu kaskary, który pod nazwą „regulin" wyrabia chemiczna fabryka w Helfenbergu. Środek ten bez smaku zażywają

chorzy chętnie, nawet dzieci, najlepiej w kompocie lub marmoladzie z jabłek, lub też zarobiony z ziemniaczkami w ilości 1—2 łyżeczek, t. j. 1½—8 grm. codzień. W podobny zupełnie sposób, co czysty agar, działa także parafina płynna w ilości do 30 grm. dziennie. Przy używaniu jej stolec staje się również znacznie wolniejszy, a pod drobnowidem zawiera liczne) kulki parafiny. Aby spotęgować jej działanie, dodaje się do niej podobnie małe ilości (do 10 prc.) wyciągu wodnego kaskary; mieszaninę taką w kapsułkach żelatynowych 8 gramowych wyrabia taż sama fabryka w Helfenbergu pod nazwą „pararegulin". Działa on słabiej, aniżeli regulin, a to z tego powodu, że nie łatwo daje się go stosować w dostatecznie wielkiej ilości; 6—8 kapsułek dziennie, jakkolwiek zupełnie bez smaku, wywołuje czasem jednak po pewnym czasie u chorych odrazę. Natomiast z wielką korzyścią stosować można obok agaru, względnie regulinu, dla wzmocnienia ich działania, pararegulin w ilości 2—3 kapsułek. *Wilczyński.*

Blanck. **Doświadczenia nad cukrzycą nerkową.** (*Medizinische Klinik* Nr. 45, 1905). Autor robił doświadczenia nad cukrzycą, wywołaną zatruciem solami chromowemi (chromianami) i solami urowemi. Przy zatruciu temi substancyami występuje cukier w moczu, co już przed 50 laty wykazano. Autor jednak udowodnił, że we wspomnianych zatruciach ilość cukru we krwi się nie zwiększa, a jakość pokarmów nie wpływa wcale na ilość wydzielanego cukru. Na tej podstawie autor uważa ten rodzaj cukrzycy za cukrzycę nerkową, za czem obok braku hiperglikemii przemawiają zmiany miąższowe w nerkach. Posiadalibyśmy zatem cztery ciała, wywołujące cukrzycę nerkową; sposób ich działania jest jednak różny. Florydzyna pobudza nerki do czynnego wydzielania cukru; przy chromie i uranie sączek (filtr) nerkowy jest uszkodzony, stąd przy prawidłowej ilości cukru we krwi, cukier przechodzi do moczu. W zatruciu kantarydyną ilość cukru we krwi zwiększa się nieco, a ten czynnik usposabia wobec uszkodzonego miąższu nerki do wydzielania cukru drogą moczu. Ta ostatnia postać nie jest jednak czystą formą cukrzycy nerkowej, skoro jej towarzyszy hiperglikemia. *Mostowski.*

Engel. **Znaczenie refraktometrycznego oznaczania białka dla różniczkowego rozpoznania płynów zapalnych i przesączynowych.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 43, 1905). Autor zaleca do użytku klinicznego refraktometr Abbégo. Przez oznaczenie współczynnika załamania płynu, wydobytego z jamy ciała, można z większą dokładnością i przy użyciu mniejszej ilości materyału stwierdzić, czy mamy do czynienia z płynem zapalnym, czy ze zwykłą przesączyną. Zaletę tej metody, podanej zresztą już poprzednio przez Strubella, stanowi według autora większa dokładność. Najniższy współczynnik załamania płynów przesączynowych wynosi] 1,3348, najwyższy współczynnik załamania wysięków jest 1,3472. Różnica tych liczb, czyli miara dokładności metody wynosi 124 jednostek, podczas gdy na areometrze najwyższa różnica w ciężarze gatunkowym wynosi 25 jednostek (1005—1030). Współczynnik załamania jest ściśle proporcyonalnym do ilości białka, o której oznaczanie chodzi w tym wypadku; o ciężarze gatunkowym nie można tego powiedzieć. Na ciężar gatunkowy wpływa ilość składników morfotycznych, niema natomiast wpływu na współczynnik załamania. Dla oznaczenia wreszcie współczynnika załamania potrzeba tylko jednej kropli badanego płynu. Autor potwierdził dalej znany fakt, że ilość białka, wydzielonego w wysięku, jest zależną od ilości białka, w surowicy krwi się znajdującego, i stosunek ten jest tak samo stały, jak między ilością białka w przesączynie i surowicy krwi. Czasem należy zatem oznaczyć refraktometrem ilość białka surowiczego we krwi; gdy tu jest ilość mała, a ilość białka w płynie n. p. z jamy brzusznej jest także tak mała, że możnaby wziąć ów płyn za przesączynę, wówczas wykazanie małej ilości białka w surowicy krwi rozstrzyga, że płyn z jamy brzusznej mimo małej ilości białka jest pochodzenia zapalnego. Przy bardzo małej ilości białka w płynie badanym metoda ta staje się mniej dokładną, gdyż na współczynnik załamania działają wówczas silniej inne ciała, zawarte w płynie badanym, a także fakt, że mogą w płynach surowiczych występować w bardzo zmiennej ilości różne białka o różnym współczynniku załamania, utrudnia ścisłe rozpoznanie charakteru płynu. Zbadanie jednak współczynnika załamania przed i po strąceniu białka z rozczynu usuwa wszelkie trudności, gdyż pozwala bezpośrednio oznaczyć ilość białka w tym płynie zawartą, z dokładnością wystarczającą dla kliniki. *Mostowski.*

Van Calcar. **O dyalizie i niektórych jej zastosowaniach.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 43, 1905). Autor starał się rozświetlić, dlaczego badanie nad przenikaniem lub nieprzenikaniem przez błony zwierzęce pewnych ciał, stojących na granicy krystaloidów i koloidów, doprowadza do tak różnych wyników. Według jednych trucizny bakteryi przechodzą przez błony zwierzęce łatwo, według innych bardzo trudno. Różnicę tych wyników autor odnosi do materyału, z którego utworzoną jest błona, a i przy jednolitym materyale występują różnice zależnie od gatunku zwierzęcia, a nawet od jego wieku i od sposobu sporządzania błony. Autor wykazał dawniej, że toksynę błoniczą można oddzielić od toksonów przez poddanie dyalizie przez odpowiednio przyrządzoną ludzką błonę owodną (*amnios*). W pracy referowanej podaje autor sposób sporządzania bezgnilnego takiej błony i streszcza wyniki dalszych badań nad dyalizą. Dyalizę można przyspieszyć przez zwiększenie napięcia błony, co łatwo stwierdzić przyrządem Töplera, przez który można spostrzegać występowanie znanych drobnych cząstek drobinowych w płynie, względem którego dyalizujemy, w chwili, gdy napięcie błony doszło do pewnej granicy. Przyspieszyć można także dyalizę, gdy dany rozczyn soli dyalizujemy nie względem wody przekroplonej, ale względem rozczynu innych soli, i to najszybciej, gdy dyalizujemy względem ciał o wyraźnem powinowactwie chemicznem do ciała dyalizowanego. Sól kuchenna najszybciej dyalizuje względem rozczynu azotanu srebra, jad błoniczy najszybciej, gdy go dyalizujemy względem surowicy przeciwbłoniczej, czyli że oba ostatnie ciała mają do siebie chemiczne powinowactwo. Dla rozczynów soli można przez oznaczanie natężenia prądu elektrycznego, potrzebnego do przeszkodzenia powstawaniu strątów w płynie dyalizowanym lub poddanym dyalizie oznaczyć ilościowo stopień przyciągania drobinowego obu płynów, które to międzycząsteczkowe przyciąganie się sprowadza przyśpieszenie dyalizy. Poza tym ostatnim wpływem dyaliza jest zależną tylko od ilości i wielkości porów danej błony, czyli od materyału błony. *Mostowski.*

PEDYATRYA. Marfan. **Chronienie dziecka przed gruźlicą.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.* 1905, październik). Jeżeli dziecko nie mieszka z osobami gruźliczemi, ochrona polega: 1) na zapobieganiu zakażeniu przez mleko, podawanie mleka pasteryzowanego, lub przegotowanego; 2) na zapobieganiu zakażenia plwocinami w czasie, kiedy dziecko przebywa poza domem: unikanie zetknięcia z osobami podejrzanemi co do gruźlicy, niepozwalanie na całowanie dziecka przez obce osoby, zakaz bawienia się ziemią lub piaskiem w miejscach publicznych, odzwyczajanie od wkładania palców do ust lub nosa, dokładne mycie rąk po każdej przechadzce; 3) na zapobieganiu zakażeniu przy zmianie mieszkania: odkażenie nowego mieszkania. Jeżeli dziecko mieszka z kimś gruźliczym, a osoby gruźliczej usunąć nie można, ochrona staje się bardzo trudna mianowicie, jeżeli chodzi o gruźlicę otwartą. Przepisy byłyby następujące: 1) dla zapobieżenia zakażeniu bezpośredniemu osoba dotknięta gruźlicą ograniczy jak najbardziej stosunki z dzieckiem: przebywanie w innym pokoju, mianowicie w nocy, powstrzymanie się od całowania, zabaw wspólnych. Dla zapobieżenia zakażeniu drobnemi kropelkami wydzieliny, dostającemi się do powietrza przy kaszlu, kichaniu, głośnem mówieniu, osoba gruźlicza powinna trzymać chustkę przed ustami przy kaszlu i kichaniu, a mówić cicho i w pewnej odległości od dziecka; powinna przepłókiwać sobie jamę ustną płynem przeciwgnilnym i często myć ręce. 2) Dla zapobieżenia zakażeniu pośredniemu: odpluwanie tylko do spluwaczek z płynem antyseptycznym, używanie osobnych narzędzi stołowych, odkażanie ich przez zagotowanie. 3) Celem unikania robienia pyłu: czyszczenie podłóg nie przez zamiatanie, lecz przez wycieranie ścierką wilgotną, zmaczaną w rozczynie sublimatu (1·0 i 4·0 kwasu winnego na wiadro wody), co pewien czas przeprowadzane odkażenie mieszkania, wystawianie mieszkania na jak najenergiczniejsze działanie słońca. Do tego dodać należy w każdym przypadku ogólne przepisy higieniczne. U dzieci obciążonych przebywanie jak najdłuższe nad brzegiem morza, w górach, lub choćby na wsi. *L.*

Hamburger. **Biologiczne badania nad trawieniem mleka u osesków.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* tom 62, październik, 1905). Surowica królika, któremu wstrzykiwano innogatunkowe rozczyny białka podskórnie, daje z rozczynami białkowymi tego drugiego gatunku i to bez względu na ich pochodzenie, stràty. Tłómaczy się to obecnością swoiście działających precypityn. To zjawisko może służyć do wykazania na drodze biologicznej obecności istot białkowatych pewnego gatunku. Autor zastosował to do stwierdzenia, gdzie w przewodzie pokarmowym oseska rozłożonym zostaje sernik. Wyniki są następujące: U dzieci, żywionych sztucznie, sernika krowiego nie można stwierdzić w stolcach; w żołądku do-tajemy biologiczne oddziaływanie tylko tak długo, dopóki się nie ukaże wolny kwas solny. U dzieci przy piersi stolce z surowicą strącającą białka ludzkie dają strąt, co należy jednak odnieść nie do obecności sernika kobiecego, lecz do przymieszki białka z wydzielinami kiszek, gdyż i stolce dzieci żywionych sztucznie dają ten odczyn, a pokarm kobiecy w żołądku na końcu trawienia żołądkowego odczyn ten traci.

Lewkowicz.

M o r o. **Doświadczenie Schottelinsa na zwierzęciu zimnokrwistem.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* tom 62, paźdz., 1905). Chodzi o rozstrzygnięcie pytania, czy możliwem jest życie i prawidłowy rozwój bez udziału flory bakteryjnej przewodu pokarmowego? Na pytanie starano się odpowiedzieć otrzymaniem zwierząt aseptycznych: kurcząt (Nuttall i Thierfelder, Schottelius), larw żaby (Miecznikow). Odpowiedź wypadła pozornie twierdząco w doświadczeniach Nuttalla i Thierfeldera, przecząco w doświadczeniach Schotteliusa i Miecznikowa. Technika doświadczeń pozostawiała wiele do życzenia. Autor wykonał doświadczenie 35-dniowe z larwami pewnego gatunku ropuchy (*pelobates fuscus*). Hodował on te larwy równolegle w dwóch naczyniach wśród warunków zupełnie równych, z tą jedną różnicą, że w jednem naczyniu zupełnie jałowo, w drugiem jałowo aż do wylęgnięcia, poczem wodę naczynia zakażał stolcami dojrzałej ropuchy. Zwierzątka zakażone rozwijały się zupełnie prawidłowo i były bardzo ruchliwe, jałowe rozwijały się słabo: ich ciężar był trzy razy mniejszy, a długość ciała dwa razy; były przytem bardzo ociężałe. Autor wnioskuje, że bakteryom przewodu pokarmowego musimy przyznać ważną rolę w odżywianiu, chociaż na razie nie możemy skreślić ściślej, na czem ta rola polega.

Lewkowicz.

B o k a y. **Moje nowe doświadczenia nad Moserowską wielowartościową surowicą przy płonicy.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 62. Wrzesień, 1905). Autor zestawia dotychczasowe piśmiennictwo: przeważają w niej zdania dla surowicy Moserowskiej nieprzychylne. Do 11 przypadków, już dawniej zestawionych, dodaje autor 7 nowych spostrzeżeń i dochodzi do wniosku, że surowica działa wybitnie przeciwjadowo. Przeważnie następowały po zastosowaniu szybkie spadki ciepłoty, bez objawów zapadowych, polepszenie stanu ogólnego, blednięcie wysypki. Mniej wyraźny wpływ można było przyjąć także na zmiany w gardle, w gruczołach itd. Wstrzykiwano naraz 100—200 ctm.³ i ewentualne wstrzyknięcie na drugi dzień powtarzano.

Lewkowicz.

R e u s z. **Przyczynek do symptomatologii gruźlicy rdzenia.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 62. Wrzesień, 1905), Ognisko zniszczyło całe nabrzmienie lędźwiowe. Klinicznie początkowo były bole strzelające, potem niedowład i porażenie najprzód kończyny dolnej prawej, potem i lewej. Niemożność zatrzymania moczu i kału. Po kilku miesiącach wystąpiły bole i osłabienie także i kończyn górnych, oraz pewne zmiany w zakresie nerwów twarzowych. W mózgu znachodziło się także kilka gruzełków odosobnionych różnej wielkości, nie rozpoznanych za życia, gdyż objawy były zakryte objawami rdzeniowymi.

Lewkowicz

W i n t e r n i t z. **Wskazania do operacyjnego leczenia kamieni pęcherzowych u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 62. Wrzesień, 1905). Autor występuje przeciw cięciu międzykrocznemu, które wcale od cięcia wysokiego pęcherza nie jest bezpieczniejsze; owszem, połączone jest z większym krwotokiem, naraża na niebezpieczeństwo zakażenia rany kałem, musi być gojonem zawsze *per secundam intentionem*, a przedewszystkiem pozostawia zbyt często trwałe zboczenia w wydalaniu moczu (moczociek), w czynnościach płciowych (brak nasienia), lub niekiedy przetokę cewkowo-odbytniczą. Zatem autor uważa za dozwolone u dzieci tylko kruszenie kamienia i cięcie wysokie pęcherza. Pierwszy zabieg możliwy jest tylko, jeżeli 1) pęcherz i górne drogi moczowe nie są zakażone; 2) cewka moczowa przepuszcza z łatwością (ze względu na ewentualną konieczność kilkakrotnego wprowadzania przyrządów) litotryptor Collinowski 00 i cewnik ewakuacyjny Nr. 16 Charrièrea (zwykle od 4-go roku życia); 3) kamień jest wolny i ani jego wielkość, ani twardość nie stanowi przeszkody dla skruszania. Zabieg ten ma zaletę, że czas leczenia jest przy nim najkrótszy. W 18 przypadkach autora wynosił przeciętnie 9 dni. Gdy niema warunków do litolapaksyi, wykonuje autor cięcie wysokie. Po wyjęciu kamienia, albo zeszywa całkowicie pęcherz i drenuje tylko przestrzeń przedpęcherzową (w przypadkach bez zapalenia pęcherza, lub tylko z lekkiem zapaleniem nieżytowem: 6 przypadków: czas leczenia wynosił przeciętnie 10 dni), albo drenuje pęcherz lewarowo według Guyon-Dittela (4 przypadki z ciężkiem zapaleniem pęcherza; czas leczenia wynosił przeciętnie 22,6 dni).

Lewkowicz.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. F. Q u e r v a i n. **O wpływie alkoholu na gruczoł tarczowy.** (*La semaine médicale* 1905, Nr. 44). Gruczoł tarczowy przedstawia pewne typowe zmiany histologiczne przy pewnych zakażeniach, oraz jest czułym, jak to potwierdzają doświadczenia laboratoryjne, na różne substancye chemiczne, jak n. p. na jod lub fosfor. Odczyn gruczołu tarczowego jest taki sam przy działaniu zatrucia drobnoustrojami, jak i trucizn chemicznych. Autor stwierdził, że również zatrucie alkoholowe wywołuje zmiany w tym gruczole. Podczas gdy w stanie prawidłowym składa się on ze zrazików, na które przypada pewna liczba pęcherzyków, wysłanych warstwą nabłonkową i oddzielonych od siebie tkanką łączną, obficie unaczynioną, to przy zmianach, opisywanych przez autora, pod wpływem zatrucia alkoholowego powstaje pewien rodzaj ziarnistości z powodu pojawiania się licznych baniek w zawartości pęcherzyków, przemiana pęcherzyków w sieć drobnych nitek, a w końcu zupełny ich zanik. Treść pęcherzyków nie barwi się wcale lub chłonie tylko hematoksylinę, zamiast eozyny. Powyższym zmianom towarzyszy obfite złuszczanie się nabłonków, które wypełniają wnętrze pęcherzyków, oraz znaczne przekrwienie naczyń włosowatych. Zmiany powyższe spostrzegał Quervain w przypadkach obłędu alkoholowego (*delire alcoolique*), towarzyszącego zapaleniu płuc, a nadto przy czystym alkoholizmie, nie powikłanym chorobami zakaźnemi, gdzie do autopsyi przyszło z powodu udaru mózgowego, urazu, lub kamicy żółciowej. Zmiany gruczołu nie są przypadkowemi, lecz pochodzą z bezpośredniego działania trucizny na miąższ. Nadto zauważył autor, że gruczoł tarczowy u alkoholików znacznie mniej zawiera jodu, aniżeli zwyczajnie. Pewne światło na powyższy wpływ alkoholu na gruczoł tarczowy rzuca też znany oddawna fakt, że u dzieci zrodzonych z pijaków bywa częstym obrzęk śluzakowy, połączony z t. zw. „hipotyroidyzmem“, który stanowczo należy odnieść do bezpośredniego i pośredniego działania alkoholu na gruczoł tarczowy.

Dr. M. Blassberg.

C. v. N o o r d e n i L. S c h l i e p. **O indywidualizującem dyetetycznem leczeniu dny.** (*Berliner klinische Wochs.* 1905. Nr. 41). Leczenie dyetetyczne dny było dotąd czysto empirycznym schematem i dopiero obecnie, kiedy wyróżniamy kwas moczowy pochodzenia tkankowego (*endogeniczny*) i zewnętrznego (*exogeniczny*) można pójść drogą chemii środków spożywczych i doświadczenia biochemicznego w leczeniu dny. Przytem należy zwrócić uwagę na to, że u artrytyków istnieje zmniejszone wydzielanie i następowe zatrzymanie kwasu moczowego, oraz leniwe i niezupełne oddziaływanie na zwiększenie zawartości w pokarmach substancyi purynowych, wytwarzających kwas moczowy. Autorowie nie upatrują siedliska zatrzymania w nerkach, ani też nie dzielą zdania Minkowskiego, że kwas moczowy jest związany z pochodnemi kwasu nukleinowego. Badania Noordena i Schliepa zmierzały do tego, że wykazywali, jakie ilości substancyi purynowych przy podawaniu 400 gr. mięsa znosi artrytyk bez szkody, wydzielając je z łatwością ze swego ustroju. Obliczenie jest łatwe, albowiem 400 gr. mięsa wołowego odpowiada w przecięciu 0·24 gr. substancyi purynowej. Z tego 50 prc. znika w ustroju, częścią przez niedostateczną resorbcyę, częścią przez utlenienie, pozostałych 50 prc. należy oczekiwać w moczu, jako kwasu moczowego. O ile zatem występuje odpowiednie zwiększenie ilości kwasu moczowego w moczu po podaniu danej ilości mięsa, możemy wnosić o dobrej resorbcyi i dopuszczalnej ilości mięsa dla chorego dotkniętego dną.

Dr. M. Blassberg

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVI. Posiedzenie naukowe z dnia 24 listopada 1905 r.

Posiedzenie odbywa się w klinice chirurgicznej. Obecnych członków 60. Przewodniczy kol. W e c h s l e r.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof R y d y g i e r, z okazyi zebrania się posiedzenia w klinice, poświęca słów kilka opisaniu dziejów kliniki chirurgicznej lwowskiej. wykazuje jej braki i niedomagania. wreszcie podaje podział pracy i plan postępowania, jakiego się klinika trzyma. Ten ostatni. zastosowany do wymagań nowoczesnej chirurgii, bywa może niewygodny dla publiczności, stąd pojawiające się często objawy niezadowolenia z tej strony.

Następnie, jako w dniu 25-letniego jubileuszu swojej operacyi wycięcia odźwiernika, przytacza historyę tej operacyi i uzasadnia, dlaczego sobie, a nie Péanowi i Bilrotowi przypisuje pierwszeństwo.

III. Kol. doc. H e r m a n przedstawia chorą po operacyi z powodu ostrego zapalenia otrzewnej. Zdawało się, że przyczyna leży w zapaleniu wyrostka robaczkowego; przy operacyi pokazało się, że idzie tu o obustronne ropne zapalenie trąbek. Trąbki wycięto, jamy brzusznej nie szyto, tylko tamponowano. Pomyślny wynik, pomimo tego, że operowano dopiero piątego dnia, przypisuje prelegent temu właśnie tam-

ponowaniu brzucha, jakoteż hipodermoklizie, która działa jako środek skrzepiający i opóźniający resorbcyę jadu.

2. Przedstawia chorego ze źle wyleczonem złamaniem uda, u którego było skrócenie 5 cm., silnie łukowate wygięcie kończyny i bardzo znaczna abdukcya odłamka górnego. Osteotomia klinowa wyrównała abdukcyę, a skrócenie pozostało tylko na jeden cm.

Kol. prof. Ziembicki zwraca uwagę, że nietylko amatorom, ale i chirurgom się zdarzają wypadki nieudałych wygojeń przy złamaniach, zwłaszcza gdy nie mogą obserwować całego przebiegu. Stąd przestroga dla młodych lekarzy, aby nie brali odpowiedzialności w takich przypadkach. Co do drugiego przypadku, podnosi znaczenie pewnego i wczesnego rozpoznania.

Kol. prof. Rydygier nie może winić w tym przypadku lekarza, ponieważ złamanie leżało bardzo wysoko i skośnie, a na krętarz trudno wywrzeć odpowiedni wpływ.

IV. Kol. Buraczyński przedstawia chorą po operacyi kamicy żółciowej, cierpienia niezwykle rzadkiego we Lwowie. Obraz choroby przed operacyą przemawiał za rakiem żołądka

2. Przedstawia chorą po dekapsulacyi nerek obustronnej z powodu miąższowego zapalenia nerek.

V. Kol. prof. Rydygier czyta o leczeniu przerostu gruczołu krokowego. (Wykład przeznaczony do druku).

Dyskusya odłożona do następnego posiedzenia.

VI. Kol. Jedliczka przedstawia chorego po operacyi mięsaka strzałki i okazuje odpowiednie rentgenogramy.

VII. Następnie okazuje urządzenia rentgenograficzne, zaprowadzone w klinice chirurgicznej i objaśnia ich działanie. *Zawadzki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Co zdziałała dotąd organizacya lekarzy niemieckich?

Przed mniej więcej dwudziestu laty wyszła w państwie niemieckiem ustawa o Kasach chorych, bardzo życzliwie przyjęta przez wszystkich lekarzy, którzy oświadczyli gotowość służenia tak dobrej sprawie, jaką widzieli w ubezpieczeniu robotnika na wypadek choroby. Lekarze odrazu zrozumieli, jak wielką ma doniosłość ta ustawa dla całego stanu robotniczego; wszak nikt od nich, którzy codziennie u łoża chorego patrzą w lice nędzy, nie wie chyba lepiej, jaki się obraz przedstawia oczom w rodzinie robotnika, jeśli choroba i niemoc rzucą na łoże boleści żywiciela domu. Nikt z lekarzy jednak wtedy nie pomyślał, jaki wywrze wpływ ustawa ta na stan lekarski, publiczność zaś słysząc, że z powołaniem do życia ustawy o Kasach chorych otworzy się lekarzom cały szereg posad w Kasach, nabrała przekonania, że się dla lekarzy złoty wiek zaczyna. I dlatego wtedy rzuciła się młodzież tłumnie na wydział lekarski tak, że liczba lekarzy w kilku latach powiększyła się więcej niż w dwójnasób.

Oto dlaczego lekarze w państwie niemieckim musieli materyalnie coraz bardziej upadać. Na każdą, nawet i lichą posadę lekarza kasowego znalazły się dziesiątki kompetentów, z czego znowu Kasy chorych korzystając, obniżały coraz więcej honoraryа lekarskie. Lekarze, stający do konkursu o posadę w Kasie chorych, dopuszczali się czasem uczynków niegodnych i upokarzających dla osiągnięcia swego celu i dlatego musieli się wreszcie znaleźć w przykrej zależności od tej instytucyi, której narodziny tak życzliwie witali.

Kiedy zależność ta lekarzom coraz przykrzejszą się stawała i coraz bardziej ogół lekarski zaczął materyalnie podupadać, zaczęły się na zgromadzeniach zawodowych lekarzy, a więc w Izbach i na wiecach Izb — coraz częściej odzywać głosy, nawołujące do zaradzenia wspólnej niedoli. A skoro niedola stanu lekarskiego okazała się wynikiem państwowego ustawodawstwa, zatem rozprawiający na ten temat lekarze doszli do słusznego wniosku: „Ustawodawca i państwo powinni tu coś zaradzić“. Dlatego też różne stowarzyszenia lekarzy niemieckich, Izby lekarskie, wiece i wydział zarządzający związku niemieckich stowarzyszeń lekarskich poczęły kołatać do bram parlamentu, niezmordowanie przedkładając petycye i memoryały z żądaniami lekarzy, powziętemi w niezliczonych rezolucyach w całem państwie. Ale prośby ich nie znalazły nigdy życzliwego ucha, często nawet z wzgardą się spotykały. Wszak w parlamencie niemieckim oświadczył raz sekretarz państwowy v. Bötticher: „Już ja się postaram o to, żeby lekarze nie darli pasów z biednych ludzi“. (*Ich werde schon dafür sorgen, dass die Aerzte sich nicht Riemen aus der Haut der armen Leute schneiden*), a wydziałowi pruskiej Izby lekarskiej, proszącemu o wysłuchanie jego zdania z okazyi debaty nad ubezpieczeniem robotniczem, odpowiedziano: „Czego lekarze się domagają, to już dobrze wiemy; wszak nic nowego nie mogą zwiastować“. (*Was die Aerzte wollen, wisse man schon, sie können ja doch nichts Neues vorbringen*). Takie postępowanie władz otworzyło oczy lekarzom i przekonało ich, że nie mogą liczyć na pomoc władzy, że zgromadzenia, rezolucye, memoryały i podania do celu nie doprowadzą, że jedyne wyjście z tej niedoli leży w własnej sile, leży w organizacyi. Coraz głośniej i energiczniej poczęli się lekarze domagać organizacyi, coraz częściej na ten temat na wiecach rozprawiali, aż wreszcie w lecie r. 1900, po wiecu lekarzy we Fryburgu, równocześnie z trzech przeciwległych cesarstwa niemieckiego krańców ozwały się donośne stanowcze głosy, domagające się co rychlejszego stworzenia dzielnej, jednolitej i zwartej organizacyi. Głosy te powołały pośrednio do życia „Związek lekarzy niemieckich dla strzeżenia interesów materyalnych“. (*Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen*), który od jego siedziby w Lipsku zowią Niemcy krótko także: *Leipziger Verband*. (Związek lipski).

Na powstanie związku lipskiego nie odrazu wszyscy lekarze spoglądali życzliwem okiem, ale przeciwnie, nawet i wrogo się odnosili tak, że trzeba było mieć trochę cywilnej odwagi, żeby się w gronie kolegów do niego przyznawać. Wszak wydział Związku stowarzyszeń lekarskich niemieckich, cieszący się największą powagą w świecie lekarskim niemieckim, oświadczył uroczyście: „Poważne skrupuły i wątpliwości wstrzymują go od oświadczenia się za założeniem Związku, a w zastępstwie interesów materyalnych lekarzy kasowych może tylko tak daleko się posunąć, jak na to zezwala powaga naszego zawodu i niektóre etyczne względy“. Zapatrywania te jednak powoli zaczęły się zmieniać i ustępować innym. Już Wiec lekarski w Hildesheim w r. 1901 poleca wydziałowi zarządzającemu wysłać jednego ze swych członków do zarządu Kasy Związku lipskiego. Wiec z roku następnego, t. j. 1902, odbyty w Królewcu, uchwalił poraz nie wiem który, ale stanowczo ostatni, wysłać memoryał do rządu związkowego, zawierający żądania lekarzy w sprawie Kas chorych; nie zdobył się wprawdzie na to, żeby polecić lekarzom wstępowanie do Związku lipskiego, ale wyraźnie polecił wydziałowi zarządzającemu postarać się o natychmiastowe utworzenie Komisyi do zawierania ugód z Kasami przy przedstawicielstwach zawodowych. Uchwałą tą oficyalne przedstawicielstwo zawodowe lekarzy opuściło dawną drogę samopomocy, a wkroczyło na nową i zbliżyło się niejako, uznając racyę bytu, do Związku lipskiego. Tymczasem wypadki dnia szły wartkim prądem. Z początkiem roku 1903 Rada związkowa przedłożyła parlamentowi nowelę do ustawy o Kasach chorych; w motywach do noweli między innymi podniesiono, „że żądania i życzenia lekarzy nie nadają się jeszcze do dyskusyi, a więc ani do spełnienia, ani odrzucenia“. To spowodowało, że wydział zarządzający zwołał co rychlej wiec lekarzy na nadzwyczajne zgromadzenie do Berlina i tutaj 341 delegatów z całych Niemiec uchwaliło jednogłośnie: „Ze względu na dotychczasowe bezowocne zabiegi lekarzy, by skłonić państwo do uwzględnienia ich słusznych życzeń, wzywa Związek niemieckich stowarzyszeń lekarskich lekarzy niemieckich, by aż do chwili zadowalniającego załatwienia sprawy lekarzy kasowych w zwartej organizacyi stosowali z naciskiem środki samopomocy“. Wobec tego zlanie się w jedną całość obu Związków (lipskiego i Związku niemieckich stowarzyszeń lekarskich — *Verband zur Wahrung der wirtschaftlichen Interessen i Deutscher Aerztevereinsbund*) stało się samo z siebie wypływającą koniecznością; Związek lipski istotnie połączył się z Związkiem stowarzyszeń lekarskich, jako osobny oddział, zastrzegając sobie swobodę działania i konieczną samodzielność. I odtąd na wiecach lekarzy niemieckich już nikt nie wspomina słowem o ustawodawcy i państwie, ale mówi się wyłącznie o środkach samoobrony. I związek lipski porósł w pierze, liczy dziś 18.000 członków.

A jeśli teraz kto ciekaw, czego już dokonał związek lipski w tych kilku latach swego istnienia, niechaj przeglądnie oficyalne sprawozdanie, jakie tego roku dnia 20 czerwca złożył jeneralny sekretarz Związku lipskiego Dr. Kuhns na zebraniu walnem w Strasburgu. Następujące słowa przytaczam dosłownie:

„Z roku 1903 przejęto niezałatwionych sporów (jest tu mowa o sporach z Kasami chorych w kwestyach wynagrodzenia za czynności lekarskie) 69, w r. 1904 przybyło nowych 108. — Z tej wielkiej sumy sporów 177, załatwiono w ciągu roku 115, a mianowicie wygrano sporów 111, a przegrano 4.

Niejednokrotnie wysokie podwyższenie honoraryum kasowego uzyskano w 71 przypadkach, przyczem należy zaznaczyć, że podwyższenie honoraryum nie było przedmiotem sporu we wszystkich walkach. Roczny dochód lekarzy z Kas wzrósł przez to o 800.000 marek.

Wedle zestawienia naszego interweniował Związek od chwili założenia w 318 starciach, z tych rozstrzygnięto na korzyść lekarzy 248, a na korzyść Kas tylko 8.

Wygrana w liczbach przedstawia się jako 2,000.000 marek zwyżki w rocznych dochodach lekarzy niemieckich. Muszę na tem miejscu wyraźnie podkreślić, że podana wyżej zwyżka dochodów jest tylko bezpośrednim wynikiem walk, toczonych przez Związek z Kasami; zwyżka, jaką uzyskali we wszystkich Kasach niemieckich lekarze drogą pokojową, co należy policzyć na karb ruchliwej działalności Związku, będzie, nie przesadzając, trzy razy większa, a więc 6 milionów marek. A więc roczny dochód lekarzy kasowych niemieckich podniósł się o około 8 milionów marek.

Wynik ten jest doniosłego znaczenia i ze względu na ocenę działalności Związku lipskiego — jakoteż słuszności zasad samopomocy".

Zważywszy, że do Związku lipskiego należało z końcem roku 1904 17.000 członków, wynosi zwyżka dochodu, obliczona na głowę i rok, 470 marek.

Myśl organizacyi i samopomocy padła zatem, jak widzimy, w Niemczech na żyzną glebę i w czterech latach dała bujny owoc: zwyżki w dochodach rocznych lekarzy kasowych 8 milionów marek.

Walki, jakie podejmował w tych kilku latach Związek lipski z Kasami chorych, były raz mniej, raz więcej gorące, niejednokrotnie dochodziło w walce do ostrej scysyi, jak w Solingen, Kolonii i Lipsku, co nie było wyłączną winą lekarzy, ale głównie nieugiętego stanowiska, jako zajmowały w walce poszczególne zarządy Kas chorych. Dziś już w Niemczech inaczej Zarządy Kas chorych myślą o lekarzach i inaczej do nich się odnoszą. Tylko zatem jednolitą, karną i zwartą organizacyą zdołają lekarze dzisiaj poprawić swą dolę.

Stahr.

Wiadomości bieżące.

Kraków, 4 stycznia.

Sprawy redakcyjne załatwia od dnia 1 stycznia b. r. Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski (Wielopole 4, II p., telefon 93), administracyjne zaś wyłącznie Dr. Wojciechowski (Podwale 9, I p., telefon 362).

— Pisma lekarskie warszawskie, które z kilku tygodni naraz odebraliśmy dopiero 1 stycznia b. r., podają następującą wiadomość:

»W dniu 3 grudnia na zgromadzeniu lekarzy w Resursie Obywatelskiej zawiązano stowarzyszenie, mające na celu zrzeszyć lekarzy warszawskich w sprawach zawodowych, społeczno-zawodowych i towarzyskich. Stowarzyszenie będzie wolne od specyalnej barwy politycznej i ma stać poza stronnictwami. Komisya balotująca i organizacyjna zostały wybrane i zapisują kandydatów«.

»Dla ścisłości musimy zanotować«, — dodaje *Gazeta lekarska* z dnia 9 grudnia — »czego we właściwym czasie uczynić nie wolno jeszcze było, iż od kilku miesięcy istnieje i funkcyonuje już związek lekarzy polskich, który za cel wytknął sobie zjednoczenie lekarzy polaków dla wspólnej obrony praw narodowych, politycznych i społecznych. Oba te zrzeszenia lekarzy warszawskich, różniące się tem, iż drugie wyłączyło ze swej ustawy kwestye polityczne... będą starały się, między innemi, o polski wydział lekarski w uniwersytecie, zreformowanie szpitali w duchu wymagań obecnych, obsadzenie polakami urzędów lekarskich państwowych i społecznych w kraju i t. d.«.

Z dwóch tych organizacyi jedno przybrało nazwę »Stowarzyszenie«, drugie »Związek« lekarzy, a programy ich szczegółowe podały pisma codzienne warszawskie.

Niezależnie od tego zapowiedziała *Kronika lekarska* jeszcze d. 15 listopada, że wkrótce ogłosi projekt ustawy Izb lekarskich w Królestwie.

Potrzeba i pożytek zawodowych związków lekarskich bez względu na sprawę kształtowania się miejscowych stosunków politycznych są rzeczą oczywistą. Brak ich w krajach polskich, pod panowaniem rosyjskiem zostających, mający za przyczynę jedynie anormalne warunki bytu społecznego, był wielką społeczną szkodą i stanu lekarskiego krzywdą. To też witać je należy z uczuciem ulgi i radości i życzyć potężnego, a szybkiego rozwoju.

Do »Stowarzyszenia« i »Związku lekarzy polskich« zwróciły się też odrazu, jako do naturalnych swych opiekunów, żony i rodziny lekarzy polskich, pozostałych na Dalekim Wschodzie, z gorącą odezwą, aby te świeże organizacye lekarskie, dopomogły im w staraniach o powrót tych niedobrowolnych wygnańców z byłego teatru wojny. Niechżeby to wdzięczne i humanitarne pierwsze działanie gron lekarskich uwieńczył jak najrychlejszy skutek.

— Z chwilowej ulgi w stosunkach prasowych w Rosyi skorzystała i prasa lekarska polska, bo i ona nieraz dotkliwie odczuwała cenzurę prewencyjną. *Kronika lekarska* n. p. podaje, że nie wolno było nawet lekarskim pismom podawać wiadomości o jubileuszu Wszechnicy jagiellońskiej, otwartej krytyki urządzeń lekarskich w Rosyi i t. p. Miejmy nadzieję, że wnet minie obecna powrotna fala reakcyi i pismom lekarskim warszawskim i prowincyonalnym będzie dano w pełnej mierze służyć sprawie publicznej, dla której mogły dotąd przez całe szeregi lat pracować tylko wśród trudności i ograniczeń. Za wytrwałość i skuteczność tej pracy wśród najtrudniejszych warunków winno im jest całe społeczeństwo uznanie i wdzięczność.

— Pierwszy numer *Tygodnika lekarskiego* lwowskiego opuścił prasę z datą 4 stycznia b. r. W słowie wstępnem Redakcya uznając, że teraźniejsza polska prasa lekarska czyni wogóle zadość wymaganiom społeczności lekarskiej i spełnia wzorowo swoje zadanie, uzasadnia założenie nowego czasopisma tem, że nowe pismo, to »nowe ognisko naukowe, około którego bezpośrednio skupić się mogą lekarze z najbliższego okręgu, to szkoła praktyczna dla zachęcania i wyrabiania nowych pracowników pióra, bodziec i zachęta do pracy naukowej, wreszcie łącznik lekarzy tej części kraju ze wszystkimi kolegami polskimi«. — Oprócz artykułów oryginalnych prof. Rydygiera i prof. Raczyńskiego zawiera pierwszy numer *Tygodnika* streszczenie poglądowe pióra Dr. Frankego, liczne krótkie wyciągi z piśmiennictwa i wiadomości bieżące. Komisyę redakcyjną tworzą koll. Beck, Sieradzki, Herman, Mars, Raczyński, Rencki, Feuerstein, Opolski, Eljasz-Radzikowski i Świątkiewicz. Nowemu pismu przesyłamy szczere koleżeńskie powitanie.

— Szkoła położnych przy warszawskim Instytucie położniczym, niedawno zamknięta, ma być wkrótce ponownie otwartą z językiem wykładowym polskim.

— Dr. Józef Pawiński z Warszawy uzyskał na publicznem dorocznem posiedzeniu akademii lekarskiej w Paryżu d. 12 grudnia 1905 zaszczytne wyróżnienie *(mention honorable)* w konkursie Desportesa na najlepszą pracę praktyczno-leczniczą, a to za ogół swych prac o leczeniu chorób serca. To niezwykłe odznaczenie naszego rodaka i nauki polskiej tem większą budzi radość, że wyróżnianie cudzoziemców przez naukowe instytucye francuskie zdarza się wogóle rzadko.

— Doc. Dr. Kučera ze Lwowa oświadczył gotowość urządzenia jednotygodniowego bezpłatnego kursu o cholerze dla lekarzy okręgowych w lutym, marcu lub kwietniu r. b., jeżeli zgłosi się najmniej 10 uczestników. Zgłoszenia przyjmuje Dr. Laskiewicz w Niżniowie lub Redakcya *Głosu lekarzy*.

— Miasto Lwów nie posiada ani jednej akuszerki gminnej. Rada miejska na wniosek dr. Piska uchwaliła jednak wreszcie zaradzić temu brakowi. Na wniosek zaś dr. Mikołajskiego organizuje miejska Komisya zdrowotna we Lwowie bezpłatną wypożyczalnię przyborów do pielęgnowania chorych. (*Głos lek.*).

— Między 10 a 16 grudnia stwierdzono w Tarnowie jeden przypadek ospy. W tymże czasie zaszły nowe przypadki duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: kałuskim, kamioneckim, jarosławskim, myślenickim (po 1 gm.), nadwórniańskim (5 gm.), rawskim (1 gm.), starosamborskim (2 gm.), stryjskim (3 gm.).

— Ministeryum spraw wewn. w Wiedniu wydało rozporządzenie, aby nazwiska lekarzy i pomocników, zajętych przy operacyach chirurgicznych, zapisywano w historyach choroby, podając zarazem czynność, którą każdy z nich przy operacyi spełniał. Powodem tego zarządzenia był przypadek śmierci wskutek pozostawienia przy operacyi (w jednej z lecznic prywatnych wiedeńskich) w jamie otrzewnej kompresu, gdzie winowajcy przy dochodzeniu sądowem wykryć nie zdołano.

— W Münster powstaje nowy Wydział lekarski wspólnym kosztem miasta i rządu.

— W Bonn utworzono katedrę medycyny społecznej i powierzono wykłady tego przedmiotu profesorowi medycyny wewn. Rumpfowi.

— W Bazylei na 140 słuchaczy medycyny przypada tylko 2 słuchaczki i to Szwajcarki, gdyż słuchaczkom zagranicznym, zwłaszcza z Rosyi, utrudniono znacznie wstąpienie na studya.

— We Wrocławiu utworzył się Komitet budowy pomnika Mikulicza.

— VI międzynarodowy Zjazd antropologii kryminalnej odbędzie się 28 kwietnia 1906 w Turynie pod przewodnictwem prof. Lombroso. Zgłaszać się należy do sekretaryatu (Turyn, via Michael Angelo 26).

— IV międzynarodowy Zjazd lekarski w sprawach ubezpieczeń odbędzie się w Berlinie 11—15 sierpnia 1906. Wyjaśnień udziela dr. Manes, Berlin W. Spichernstr. 22.

Otrzymujemy następujące pismo:

Kolegów lekarzy, którzyby zamierzali ubiegać się o opróżnione przezemnie stanowisko w zakładzie szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie, proszę, by zechcieli (we własnym interesie) porozumieć się ze mną.

Zygmunt Klemensiewicz, Biskupia 14 (1—2).

Mianowani: Dr. Wołyński ordynatorem szpitala dla dzieci przy ul. Aleksandrya w Warszawie; dr. Fronczak, autor kilku prac naukowych, ruchliwy działacz społeczny wśród Polaków amerykańskich, zastępcą naczelnego lekarza w Buffalo (gdzie Polacy tworzą $^1/_3$ ludności 200.000); dr. Józef Daimer naczelnym referentem sanitarnym w min. spraw wewn. w Wiedniu.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 44, 45, 46, 47. Szpanbok: O wahaniach pobudliwości ośrodków ruchowych w mózgu i o zmianach przejawów, otrzymanych przez podrażnienie kory mózgowej przy działaniu rozmaitych czynników. Gabszewicz: Z kazuistyki chirurgicznej chorób żołądka. Rzut oka na 25-letni okres rozwoju chirurgii chorób żołądka (c. d. i dok.). Weisberg Balbina: O zatrzymaniu się w macicy martwego płodu (c. d. i dok.) Poczobut: Dyagnostyczne i prognostyczne znaczenie stosunku ciepłoty ciała zewnętrznej do wewnętrznej. Bikeles i Franke: O umiejscowieniu ruchowem w rdzeniu pacierzowym dla nerwów kończyny przedniej i tylnej u małpy *(cercopithecus)* [z uwzględnieniem wyników, otrzymanych u psa, a po części i u kota]. Sławiński: Przypadek krwotoku z więzadła obłego wątroby.

— *Medycyna* Nr. 47, 48, 49, 50, 51. Goldflam: O nagłej śmierci u dotkniętych wiądem. Róbin: Stan obecny dyagnostyki chorób kiszek (o badaniu czynności kiszek zapomocą dyety próbnej i o jego znaczeniu rozpoznawczem i leczniczem). Blumental: W sprawie leczenia suchot krtaniowych na drodze tracheotomii. Grosglik: Przypadek skruszenia ciała obcego w pęcherzu. German: Przypadek powikłania ciąży i porodu guzem jajnika. Leśniowski: Kilka słów w sprawie zboczeń w budowie organow moczowych. Rzętkowski: Postawy leczenia dyetetycznego t. zw. skazy moczanowej (dny, kamicy nerkowej moczanowej).

— *Lwowski Tygodnik lekarski* Nr. 1. L. Rydygier: O leczeniu przerostu gruczołu krokowego. J. Raczyński: Leczenie płonicy wielowartościową surowicą przeciwpłoniczą Mosera. Franke: Sposoby wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc (referat zbiorowy).

— *Głos lekarzy* Nr. 1. Mikołajski: Kodeks deontologii lekarskiej. Dziesięciolecie Izb lekarskich (c. d.). — Próba upaństwowienia pomocy lekarskiej w Austryi. — Stan szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1905. — Mikołajski: Partactwo lecznicze w Galicyi. — Langie: Hipokrates o lekarzach.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 12. Joanović: Morfologija i biologija gonokoka (Neisser), te njegov odnošaj prema bolestima. Hercog: Dvije ozlede čovječjega zubala uslijed indirektne traume.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 52. Polák: Nové anaesthetikum Stovain. Lašek: O narkose somnoformové. Chalupecký: Glaukom v lékařstvi úrazovém (c. d.). Chvojka: Missed labour při centrálni vcestne placentě (dok.) Jeništa: Periherniálni flegmona.

— *La Presse médicale* Nr. 102. Meunier: Zuwki *(masticatoires)* jako lek przeciw nadmiernej kwaśności żołądkowej. Letulle: Badanie szczytów płucnych. — Nr. 103. Bué: Ochronki w zabudowaniach fabrycznych. Bourgeois: Nos i połyk a gruźlica płuc.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 52. Jung: Przyczynek do leczenia zapaleń narządów miednicy gorącem powietrzem. Krause: Leczenie tuberkuliną chorych przychodnich, oraz chorych gorączkujących. Brassert: Rwa ramienna. Brunk: O zastosowaniu acetonu do zatapiania. Nassauer: Ugniecenie narządów moczowych przez guzy przydatków macicy. Hoffmann: Nosze połączone z wyciąganiem. Baureisen: O hebotomii (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 52. Brugsch i König: Przyczynek do sprawy zapaleń trzustki. Hirschfeld: O schorzeniach trzustki w przebiegu cukrzycy. Campe: Leczenie i zapobieganie płonicy Salkowski: Przyczynek do nauki o nierozpuszczających się w wyskoku substancyach azotowych moczu, zwłaszcza koloidalnych (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 52. Scheimpflug: Odzwyczajanie od morfiny w ciężkich przewlekłych chorobach. Frischauer: Porażenie n. wstecznego w przebiegu zwężenia ujścia żylnego lewego. Göllner: Przypadek matołectwa.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 52. Rumpf: Leczenie nerwic serca. Schick: O dalszych skutkach surowiczego leczenia płonicy. Schütz: Wpływ chloru na spożytkowanie wapna u oseskôw. Kowalewski: Zmiana pierwotna na powiece z demonstracyą krętków bladych. — Nr. 1. Neisser: Próby przeniesienia kiły na małpy. Ribbert: O gruźlicy prosówkowej. Stintzing: Leczenie porażeń. Schlesinger: Kiłowe i histeryczne wrzekome zmięknienie kości. Braun: Sprawność i granice znieczulenia miejscowego. Küttner: Co wynika dla praktyka-lekarza z postępów chirurgii nerek. Werner i Lichtenberg: Działanie wstrzykiwań choliny na liczbę leukocytów krwi królików. Schmidt-Rimpler: Leczenie rtęciowe chorób ocznych. Schulz: Wiewiórowe zapalenie naczyń chłonnych i wiewiórowe przerzuty bez jawnego wiewióra błony śluzowej

---

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 52 (od dnia 24/XII do 30/XII) **urodziło się** dzieci: żywo chł. 21, dziew. 38; nieżywo: chł. 2, dz. 5. — **Zmarło:** miejscowych męż. 18, kob. 22; zamiejscowych: męż. 18, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 9, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci. miej. 3, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. 1. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 8, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 9, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 2, ob. —. **Razem:** miejscowych 40, obcych 25.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

II Walne zgromadzenie członków polskiego Towarzystwa balneologicznego odbędzie się dnia 14 stycznia b. r. o godzinie 5 po południu w sali posiedzeń Tow. lek. krak. (Dom Towarzystwa, ul. Radziwiłłowska 4).

L: 4.395.

KONKURS.

Wadowicki Wydział powiatowy ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Kalwaryi Zebrzydowskiej z roczną płacą 1.000 Kor. i ryczałtem na objazdy w kwocie 700 Kor.

Ubiegający się o powyższą posadę prócz dostatecznej fizycznej zdolności winni wykazać, że posiadają następujące warunki: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej; 3) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Do okręgu sanitarnego w Kalwaryi Zebrzydowskiej należą następujące gminy i obszary dworskie: Barwałd średni, Barwałd górny, Brody ze Solczą, Bugaj, Kalwarya Zebrzydowska, Leńcze, Podolany, Stanisław górny, Stanisław dolny, Wysoka, Zebrzydowice, Beneczyn, Brzezinka ad Kopytówka, Paszkówka z Pobiedrem Sosnowice, i Wielkie drogi z Trzebolem. Prawa i obowiązki lekarza okręgowego określa dokładnie ustawa z dnia 2 lutego 1891 Nr. 17. dz. u. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do 31 stycznia 1906 r.

Wadowice, dnia 29 grudnia 1905 r. 112

Z Wydziału powiatowego.

Prezes: *Przecław Sławiński.* Sekretarz: *Jan Stopczyński.*

L. 4.808.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej w Drohobyczu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Podbużu z płacą roczną w kwocie 1.200 (tysiąc dwieście) Kor. i ryczałtem na podróże w kwocie 730 (siedmset trzydzieści) Kor.

Do okręgu sanitarnego w Podbużu należy 15 gmin z ludnością 14.008 na obszarze 304 kilometrów. Lekarz okręgowy w Podbużu obowiązany jest utrzymywać aptekę domową, przyczem stosować się ma do rozporządzenia c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 26 grudnia 1882 r. Nr. 182. dź. p. p.

Kandydaci wykazać się mają: 1) obywatelstwem austryackiem; 2) dyplomem doktora wszech nauk lekarskich; 3) świadectwem zdrowia przez c. k. lekarza powiatowego wydanem, lub przez niego potwierdzonem; 4) świadectwem moralności; 5) znajomością języków krajowych; 6) najmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim.

Otrzymujący posadę tę winien stosować się ściśle do przepisów instrukcyi służbowej dla lekarzy okręgowych a o zamierzonem opuszczeniu tej posady zawiadomić Wydział powiatowy przynajmniej na dwa miesiące przed jej opuszczeniem. Pierwszeństwo mają kandydaci posiadający dwuletnią praktykę szpitalną lub egzamin fizykacki.

Termin do wnoszenia podań, które do Wydziału Rady powiatowej w Drohobyczu wnosić należy, upływa z dniem 31 stycznia 1906 r. 111

Z Wydziału powiatowego.

W Drohobyczu, dnia 20 grudnia 1905.

Treść:

Administracya »Przeglądu lekarskiego« zaprasza do przedpłaty na rok 1906, która wynosi rocznie:

w Austryi 20 Kor., w Król: polskiem i Ces. rosyjskiem 7 Rubli, w Niemczech 16 Marek, we Francyi 30 Fr. w Ameryce półn. $4^1/_2$ Dol.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XLV. Kraków 13 Stycznia 1906. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Cukrzyca i boczne skrzywienie kręgosłupa po urazie, czy też od rażenia piorunem?

Podał

Doc. Dr. W. Chlumský.

W lecie 1905 r. Kraków nawiedzały przez kilka tygodni prawie codzienne, nagle zrywające się burze i nawalnice. Pewnego gorącego dnia (3 sierpnia 1905) nadciągnęła burza tak nadzwyczajnie niespodzianie i szybko, że przechodnie i zwiedzający parki nie mieli nawet czasu schronić się. Na plantacyach krakowskich uderzył piorun w stare drzewo kasztanowe i zdruzgotał go. W tej właśnie chwili przechodziły tamtędy dwie osoby, matka i córka, które natychmiast zemdlały, bądź wskutek rażenia piorunem, bądź też wskutek urazu, zadanego odłamkami strzaskanego drzewa. Matka opowiadała, że gdy po uderzeniu pioruna przyszła znów do przytomności i chciała się podnieść, wtenczas spadła na nią i dziewczynkę gruba gałąź tak, że straciła po raz drugi przytomność. Przechodnie i wezwane pogotowie Towarzystwa ratunkowego uwolniło nieszczęśliwe z pod konarów, zaopatrzyło i przewiozło do mieszkania.

Lekarz domowy dr F. Eichhorn, opodal mieszkający, polecił mnie wezwać, tak że w godzinę może po wypadku miałem sposobność zobaczyć obie skaleczone panie. Starsza pani, licząca około 35 lat, już się przechadzała; doznała ona tylko nieznacznych zdarć naskórka i kontuzyi prawie na całem ciele. Młodsza, dziewczynka 11-letnia, leżała w łóżku blada i drżąca. Obydwie kończyny dolne były bezwładne; prawe podudzie mniejwięcej w środku (obydwie kości) było złamane; prawa strona miednicy plasko wgłębiona i prawa kość biodrowa również w środku złamana. Nadto liczne zdarcia naskórka na lewej kończynie, wykręcenie lewego stawu stopowego i ciężkie kontuzye kolana i grzbietu, jednak, jak się zdawało, bez uszkodzeń głębiej leżących i wewnętrznych narządów. Kończyny górne, głowa i klatka piersiowa nie doznały obrażeń. Na prawej stronie miednicy znajdowało się podbiegnięcie krwawe, rozciągające się na dolną przednią ścianę brzuszną do pępka i linii środkowej; ku tyłowi na całą okolicę kości krzyżowej, a ku dołowi na przednią górną połowę prawego uda.

Badanie było nader trudne, gdyż chora ledwo pozwalała się dotknąć. Krzyczała przy najostrożniejszem nawet dotknięciu i uskarżała się ciągle na bole. Nie było można jej również posadzić i dokładnie zbadać na grzbiecie. Dlatego założyliśmy tu tylko wilgotny opatrunek (3% roztwór sody), a na złamane podudzie opatrunek ustalający, ale również wilgotny. Stłuczone miejsca opatrzono częściowo na sucho, częściowo opatrunkami wilgotnymi.

Opatrunki wilgotne zmieniano 3—4 razy dziennie, z wyjątkiem opatrunku na podudziu, który zmienialiśmy raz tylko dziennie. Podczas pierwszego opatrywania oddała chora nieco moczu. Natychmiastowe zbadanie w jednym z tutejszych zakładów (Dr. Blassberg) wykazało obok nielicznych ciałek czerwonych 3·9% cukru. Z tego powodu zalecono dyetę przeciwcukrzycą, zresztą odżywiano chorą obficie. Ciepłota podniosła się w pierwszych 2 dniach do 38·5°, później wahała się przez kilka dni pomiędzy 37·2 a 38·0. Nieznaczne podwyższenie, nie przekraczające 37·5°, spostrzegano jeszcze prawie przez 3 tygodnie.

Również tętno było w pierwszej chwili przyśpieszone i małe — wynosiło 100 do 130 uderzeń na minutę. Wszystkie te objawy jednak ustępowały zwolna i również ilość cukru w moczu zmniejszała się z dnia na dzień: na drugi dzień wynosiła już tylko 2%, czwartego 1%, a szóstego tylko nieznaczne ślady. Od dnia ósmego nie było już cukru, tak, że zaniechano dyety przeciwcukrzycej. I stan ogólny również się poprawił. Chora skarżyła się wprawdzie bardzo na bole, które występowały także podczas spokojnego leżenia, jednakowoż coraz bardziej się uspakajała w tym kierunku. Piątego dnia założono na złamane podudzie opatrunek gipsowy. Obie kończyny, o ile się dało, poddano ostrożnemu codziennemu mięsieniu, a od 6 dnia elektryzowaniu.

Przy takiem leczeniu pogoiły się powierzchowne rany, które wszystkie były zakażone i dawały znaczną wydzielinę, również ustąpił i bezwład. Najprzód pojawiło się poruszanie palców na kończynie lewej, która powracała do stanu prawidłowego szybciej tak, że w przeciągu 3 tygodni osiągnęła zupełną ruchomość. W prawej kończynie dolnej pierwsze pojedyncze ruchy palców pojawiły się dopiero w 3 tygodnie po wypadku, — w kilka dni później również ruchy mięśnia czworogłowego i ustaliły się mniejwięcej dopiero po upływie 5 tygodni. Czucie nie ucierpiało od tego urazu. Na prawej stronie miednicy i w najbliższem otoczeniu, powyżej już oznaczonem, wystąpiło naprzód bardzo silne obrzmienie, które wykazywało na zewnętrznej stronie miednicy chełbotanie. Cała okolica była już przy słabem poruszaniu bolesna. Mięsienie, które ostrożnie tu wykonałem, było dla chorej nader dotkliwe.

Przez mniejwięcej 14 dni chora leżała w tem samem położeniu tak, że tylko z trudem można było zmienić bieliznę. W 5-tym tygodniu zdjęto opatrunek gipsowy. W miejscu złamania wytworzyła się dość silna kostnina, utrzymująca końce złamanej kości w należytem przystosowaniu. Jednakowoż zatrzymano stary gips jeszcze przez dalszych 14 dni, zmieniano go tylko codziennie; masowano i elektryzowano pilnie, przez co także ruchomość doprowadzono do prawidłowych granic. Najdłużej utrzymywało się

obrzmienie i bolesność prawej połowy miednicy i grzbietu. Dopiero w 3 tygodnie można było chorą posadzić z podparciem i zmienić pościel. Już wówczas wpadło nam w oczy, że pacyentka uderzająco krzywo się trzyma; ponieważ jednak uraz był świeży, uważaliśmy to jako naturalne następstwo osłabienia i bolu. Kiedy jednak w szóstym tygodniu podniosła się i próbowała stanąć, podstawa pochylona nie zmieniła się. Oparta głównie na lewej kończynie, przechylała się silnie na lewo tak, że prawa połowa miednicy znacznie wystawała. Kręgosłup tworzył silny łuk na lewo, z odległością około 3 cm. wierzchołka od linii środkowej, oraz z odległością od poziomej, pociągniętej przez karby odbytu, około 5 cm. od tego miejsca. W dolnej części klatki piersiowej kręgosłup skierowany był na prawo i tworzył tam drugi łuk z wierzchołkiem na prawo. Łuk ten był prawie tak znaczny, jak dolny. Jednem słowem mieliśmy przypadek daleko posuniętego zboczenia bocznego kręgosłupa (*scoliosis*). Jednego tylko tu brakowało: odpowiednio znacznego skręcenia (rotacyi) kręgów. Istniało ono wprawdzie, ale w tak nieznacznym stopniu, że nie mogło być mowy o wytworzeniu się garbu. Zagięć łuków żebrowych napewno nie było. Skrzywienie kręgosłupa ustępowało szybko bez szczególnego leczenia tak, że w 8 tygodniu istniało jeszcze tylko bardzo nieznaczne boczne skrzywienie, które miało cechy stanu przejściowego. Ale i to przy odpowiedniem traktowaniu polepszyło się; dzisiaj w 3 miesiące po wypadku znajduje się na tułowiu dziewczynki tylko nieznaczne obrzmienie prawej połowy miednicy, kręgosłup natomiast jest zupełnie prosty.

Dalszy przebieg leczenia był prawidłowy. Od szóstego tygodnia mogła chora samodzielnie chodzić, a w tydzień później także bez opatrunku.

Częściowe bole oraz chelbotanie zupełnie ustąpiły w prawej połowie miednicy, jak również zmniejszały się i obrzmienia Pozostałe obrzmienie odpowiada znacznie rozwiniętej kostninie kości biodrowej.

W opisanym wypadku urazu dwie rzeczy były godne uwagi: pojawienie się c u k r u w m o c z u i b o c z n e z b o c z e n i a k r ę g o s ł u p a z d z i w n y m p r z e b i e g i e m.

Występowanie cukru w moczu po zranieniach nie jest rzadkością; ale zdarza się zwykle po ciężkich urazach głowy i brzucha, a tylko bardzo rzadko po złamaniu kości. W naszym przypadku narządy wewnętrzne były, jak się zdaje, nie naruszone. Obrażenia wprawdzie były wielkie i połączone z wielkiem broczeniem krwi, jednakowoż ta wielkość urazu nie dała według naszego zdania powodu do wystąpienia cukrzycy. Zwłaszcza nie mogliśmy zrozumieć, dlaczego cukrzyca tak prędko ustąpiła, skoro podbiegnienia krwi i obrzęk w pierwszych dniach wciąż zwiększały się. Może cukrzyca powstała wskutek uderzenia piorunu, lub z powodu wielkiego przerażenia w czasie doznania obrażeń. Według wszelkiego prawdopodobieństwa, jak wspomniałem, pacyentka została najpierw ogłuszoną piorunem, a następnie przywaloną spadającymi konarami. Za tem przemawiają zeznania matki, która szła nieco dalej od tego drzewa i podczas uderzenia piorunu padła zemdlona. A gdy chciała następnie powstać, została przez spadającą gałąź po raz drugi na ziemię rzuconą. Jednakowoż żadna z pacyentek nie okazywała zranień, któreby można uważać jako zranienie specyalne, pochodzące od rażenia piorunem. Młodsza pacyentka zapomniała o wszystkiem, co się z nią działo na krótko przed zranieniem i w czasie odniesienia ran. Jest ona osobą nerwową i wrażliwą, która przez pierwszych parę tygodni przy każdej burzy popadała w straszne rozdrażnienie. Przed zranieniem nie okazywała żadnych objawów cukrzycy. Nieco przedtem była leczona przez bardzo sumiennego lekarza chorób dzieci z powodu nieżytu pęcherza i wtedy nie stwierdzono u niej ani śladu cukrzycy. Nie ulegała też innym objawom cukrzycy, jak częste picie, lub częste oddawanie moczu.

Jeszcze bardziej dziwnem, aniżeli tak szybko znikająca cukrzyca, było boczne s k r z y w i e n i e k r ę g o s ł u p a, które z pewnością w tak wysokim stopniu zostało wywołane dopiero przez doznany uraz. Pacyentka robiła wrażenie, jakby uległa zboczeniu kręgosłupa po rwie kulszowej. Skrzywienie kręgosłupa było znaczne, a oprócz tego tylko bardzo małe skręcenie bez zniekształtnienia żeber. Wraz z leczeniem uszkodzeń ustąpiło to zboczenie kręgosłupa, podobnie jak takież zboczenie wskutek rwy kulszowej po leczeniu głównego cierpienia, bez jakichkolwiek specyalnych zabiegów ortopedycznych. Możliwem jest, że istniało jakieś lekkie zboczenie już przed odniesieniem obrażeń, chociaż rodzice twierdzą, że dziecko było proste, jak świeca. Lekkie skrzywienie mogło ujść uwagi rodziców, ale tak bijące w oczy skrzywienie, jakie było po opisanym urazie, musiałoby zwrócić uwagę otoczenia. Że to zboczenie było wywołane przez wypadek, za tem przemawia szybkie i samoistne polepszenie. Dziś w 3 miesiące po odniesieniu obrażeń kręgosłup pacyentki jest zupełnie prosty, tylko prawe biodro jest nieco odstające, co powstało wskutek wytworzenia się kostniny i lekkiego nieznacznego przesunięcia części kostnych.

O ile mi wiadomo, podobna postać zboczenia kręgosłupa nie była jeszcze spostrzeganą po doznaniu urazu.

W sprawie leczenia przepuklin pępkowych u dzieci.

(Z powodu artykułu doc dr. C h l u m s k y e g o, „Przegląd lekarski“, 1905, Nr. 46.)

Podał

Fr. G r o d e c k i.

W zupełności uznając zalety obmyślonego przez Dr. C h l u m s k y e g o paska, chciałbym na tem miejscu zaznaczyć, że stosowanie paska u małych zwłaszcza dzieci napotyka wiele niedogodności. Popierwsze, szczególnie w praktyce wiejskiej, zdobyć odpowiadający wszystkim wymaganiom pasek jest nadzwyczaj trudno, nie posiadamy bowiem odpowiednio uzdolnionych majstrów, ktorzyby potrafili paski owe sporządzać; zazwyczaj bowiem sprężyny bywają niewłaściwej mocy: raz za silne, to znowu za słabe, nadto często ulegają złamaniu; peloty również najczęściej pozostawiają bardzo wiele do życzenia. Ciągłe noszenie paska, zwłaszcza przez dzieci do 2 lat życia, jest bardzo uciążliwe, gdyż często ulega on zamoczeniu, ociera skórę, powodując wypryski. To też osobiście od szeregu lat stosuję pasek tylko przy przepuklinach pachwinowych, wszystkie zaś przepukliny pępkowe stale leczę zapomocą przylepca amerykańskiego. Statystyka moja za ostatnie 10 lat obejmuje 132 przypadki przepuklin pępkowych u dzieci od 2 miesięcy do 3 lat; wszędzie otrzymałem wyniki zupełnie dobre, gdyż po krótszym lub dłuższym stosowaniu opatrunku przylepcowego przepuklina zawsze ginęła.

Sam opatrunek przylepcowy jest b. prosty tak, że matki, którym go raz pokazałem, zazwyczaj zmieniają go same co 4—6 dni, przyczem, o ile na skórze ujawni się najlżejsze nawet podrażnienie, między jednym a drugim opatrunkiem zalecam jednodniową przerwę.

Opatrunek, jaki stosuję stale, wykonywam w sposób następujący: obmywszy dokładnie pępek, przysypuję go zlekka talkiem, kładę nieduży kłaczek waty, poczem zbieram skórę w dwie typowe podłużne fałdy w ten sposób, by pępek znalazł się w zagłębieniu; zbliżam fałdy jedna do drugiej możliwie ściśle i ponad nimi w kierunku poprzecznym nakładam szereg (5—7) dachówkowato na siebie zachodzących pasków przylepca, $1\frac{1}{2}$ cm. szerokich, do 15 cm. długich. W ten sposób nałożony opatrunek usuwa wszelką możność dalszego powiększania się otworu przepuklinowego, który stopniowo zwęża się, aż wreszcie przepuklina ginie. O ile plaster jest dobry, kąpiele nawet co drugi dzień bynajmniej opatrunku nie uszkadzają. W celu kontrolowania, ażali skóra nie uległa zadrażnieniu, polecam co kilka dni unosić zewnętrzne końce pasków. Dla uniemożliwienia zdzierania opatrunku u starszych dzieci zalecam na przylepiec szeroki bandaż płócienny.

Taniość tudzież prostota tego opatrunku są tak zrozumiałe, że uważam za zbyteczne je udowadniać, otrzymane zaś wyniki tak dobre, że śmiało go wszystkim kolegom pracującym na wsi polecić mogę.

Na powyższe uwagi Dr. Grodeckiego nadesłał Doc. Dr. Chlumský następującą odpowiedź:

Dr. Fr. Grodecki opisuje i poleca opatrunek przylepcowy (z przylepca amerykańskiego) dla leczenia przepuklin pępkowych, który również i ja uważam za jeden z najlepszych. Ponieważ jednak przy zastosowaniu tego opatrunku spostrzegałem czasem pewne niedogodności, poczuwam się tedy do obowiązku zaznaczenia co następuje: Przedewszystkiem muszę zaprzeczyć, jakoby zakładanie opatrunku przylepcowego było tak bez zarzutu, jak to podaje Dr. Grodecki. Miałem możność stwierdzić kilka razy złe wyniki, które nastąpiły pomimo starannego postępowania lekarza. Jako przykład przytaczam przypadek, który niedawno widziałem i który był tu zbadany przez kilku kolegów. Dotyczył on czteromiesięcznego dziecka pewnego radcy sądowego z większego miasta prowincyonalnego; przepuklina pępkowa wystąpiła u tego dziecka zaraz po urodzeniu. Przywołany lekarz domowy założył opatrunek przylepcowy, tak jak to opisuje Dr. Grodecki. Po pewnym czasie wytworzył się wyprysk tak, że tego rodzaju opatrunek na jakiś czas trzeba było usunąć. Małe owrzodzenia uległy zakażeniu, wytworzył się długotrwały wrzód, który po pewnym czasie wygoił się, pozostawiając szeroką cienką bliznę. Leczenia zapomocą przylepca musiano zaniechać, a inne opaski okazały się nieskutecznemi. Tymczasem jednak przepuklina powiększyła się aż do wielkości pięści i przez kilkakrotne lżejsze i cięższe uwięźnienia sprowadzała różnorodne zaburzenia w trawieniu. Słowem, dziecko cierpiało bardzo, a rodzice zwalili całą winę na ordynującego lekarza, oczywiście zupełnie niesłusznie, za to, że zastosowano zwykły opatrunek przylepcowy. To wszystko stało się pod surową i sumienną kontrolą lekarza, a o ile gorszy obrót może wziąć taka sprawa, jeżeli się ją powierzy laikom. W opisanym przypadku moja opaska przepuklinowa sprowadziła natychmiastową poprawę.

Przy tworzeniu się wyprysku, co przyznaje i Dr. Grodecki, często nie wystarcza jeden dzień do jego wyleczenia. Jeżeli pomimo wystąpienia wyprysku leczymy przepuklinę dalej tym samym sposobem, to wyprysk powiększa się tylko, a odłożenie opatrunku choćby tylko na jeden dzień nie jest bez ujemnego wpływu na postęp leczenia przepukliny.

Jeżeli wrota przepuklinowe pozostają choćby kilka godzin otworem, to wnętrzności wstępują w nie i rozszerzają na nowo, przez co leczenie przepukliny opóźnia się. Wreszcie musi opatrunek przylepcowy ucierpieć także w kąpieli, staje się luźniejszym i nie trzyma się tak dobrze, jak przedtem.

Opatrunki ze skóry i ze stali, tak jak to je sporządzają bandażyści, ulegają zepsuciu, co słusznie zaznacza Dr. Grodecki, wskutek wilgoci. Radzimy sobie jednak w ten sposób, że sprawiamy dwa, ewentualnie trzy opatrunki i używamy ich naprzemian. Próbowaliśmy również sprężynę stalową obwijać woskowem płótnem lub woskowym papierem, a skórę przepajać dobrze tłuszczem.

O otrzymanych wynikach doniesiemy później.

Chlumský.

O obrzezaniu rytualnem.

Podał

Dr. J. Fels.

(Ciąg dalszy.)

II. Ghillany tłómaczył obrzezanie u żydów, jako zastępstwo ofiarowania chłopców pierworodnych Molochowi. Bogiem pierwotnym starych Hebrajczyków był Moloch (melech — król), lub też zwany Baal (pan). Przedstawiano go, według opisów w talmudzie, jako statuę spiżową z głową byka i wielkim brzuchem, służącym za piec dla rozniecenia ognia, a skoro statua była rozżarzona, kapłan kładł ośmiodniowe dziecko na rozwarte ramiona Molocha. Było siedm kaplic, w których ofiarowano różne zwierzęta domowe, a w siódmej kaplicy ofiarowano pierworodnych chłopców. By zaś rodzice nie słyszeli krzyku dziecka, uderzano w bębny i dlatego miejsce to nazwano „tofet", to znaczy bęben, albo zwano też to miejsce „hinnom", to znaczy krzyk, od krzyku dziecka. O podobnych statuach w Kartaginie wspominają Diodorus i Scipio, a odkrywcy Ameryki znaleźli coś podobnego w r. 1518 na jednej z wysp zatoki meksykańskiej [7]).

Odcięcie i ofiarowanie całego członka u kapłanów fenickich tłómaczono właśnie jako przejście od ofiarowania ludzi do obrzezania. Daumer także pojmuje obrzezanie jako łagodzące zastępstwo trzebienia mężczyzn, które w starożytności uważano za święty i bogom miły czyn. Panujący w niektórych gminach żydowskich zwyczaj palenia obrzezanego napletka miał również przypomnieć pochodzenie obrzezania od ofiar ludzkich; tak samo oznaczenie ósmego dnia, jako dnia obrzezania, gdyż ósmego dnia ofiarowano pierworodnych Molochowi. Przez obrzezanie więc obdarza się dziecko na nowo życiem i dlatego obrzezak po dokonanej operacyi dotyka warg dziecka palcem, umoczonym w winie, mówiąc „Bóg rzekł do ciebie: dla tej krwi żyj!" Także wysysanie krwi z rany miało według niektórych tłómaczeń przypominać picie krwi przy dawnych ofiarach dla uzyskania pojednania. To samo miał przypominać niepraktykowany już zwyczaj trzymania dziecka świeżo obrzezanego nad miednicą z wodą, by nieco krwi doń ściekło, a otoczenie myło sobie twarz tą wodą krwawą, do której dla uprzyjemnienia dodawano także różne pachnidła. Ofiary ludzkie ma również przypomnieć dawniejszy zwyczaj ubierania dziecka do obrzezania w czerwony płaszczyk barwy krwi, a noworodka nazywano krwawym narzeczonym (*Blutmantel* i *Blutbräutigam*).

Według niektórych obrzezanie miało także przypomnieć obrzęd Lingama u Lingaitów w Indyach południowych, u któ-

[7]) J. B. Friedreich: Ueber die jüdische Beschneidung. Ansbach 1844. str. 39 i dalsze.

rych symbolem Boga Siwy jest członek męzki; noszą oni ten symbol ze sobą w pudełku srebrnem Sekta ta, obejmująca wiele milionów wyznawców w Indyach południowych, powstała w wieku dwunastym i według niektórych pierwowzorem jej miał być grecki obrzęd Phallosa (φαλλος, członek męzki), który w Grecyi i we Włoszech się utrzymał do upadku pogaństwa. Przy uroczystych obchodach Phallosa noszono jego symbol, uszyty z czerwonej skóry na drążku. Phallos był właściwością bogów Pana, Priaposa i pod niejakim względem także Hermesa i noszono to godło także jako amulet dla odpędzenia czarów.

III. Strabo i Origines podają, że obrzezanie powstało z zabobonu i bojaźni, jako środek odpędzenia złych duchów i demonów; także chrztowi przypisywano podobne znaczenie. Myśl tę spotykamy także w Kabale [8]). Przez zranienia noworodków, szczególnie ich części rodnych, które w starożytności otaczano szczególną czcią, chciano zjednać sobie złe duchy. W tym samym celu zjednania sobie złych duchów Meksykanie robili nacięcia na częściach płciowych noworodków; szczepy dzikie nad rzekami Orinoko i Apure w południowej Ameryce poddawały ich obrzezaniu, mieszkańcy Kapuli, jednej z wysp Filipińskich, przebijali przez żołądź noworodków mały gwoździk cynowy, a Hottentoci trzebili chłopców po jednej stronie, rzekomo by mogli lepiej biegać [9]). Dla ciekawości przytoczę jeszcze, że misyonarz pater Gumila sądził, iż dzicy Indyanie nad rzeką Orinoko i Apure są potomkami owych dziesięciu szczepów ludu izraelskiego, których Salamanasser odprowadził do niewoli assyryjskiej, ponieważ widział, że są obrzezani, a wiadomo, że po odkryciu Ameryki uważano ją za wschodnie wybrzeże Azyi [10]).

O powstaniu obrzezania u tubylców Australii daje Dr. Trazer w „Brit. med. Journal" wyjaśnienia następujące: U tubylców bardzo rozpowszechniony jest zabobon dotyczący krwi. Krwi ludzkiej używa się do różnych obrzędów religijnych, a nawet jako środek wzmacniający chorych. Wprawdzie nie musi się pić krwi, lecz używanie jej jest często symboliczne. Przed wyprawą bojową wojownicy skrapiają siebie swoją krwią, wydobytą z żył podskórnych części płciowych: potęguje się przez to rzekomo siłę osobistą i równocześnie zabezpiecza się od zdrady. Obrzezanie wykonywają wszystkie szczepy Australii środkowej, lecz dopiero na młodzieńcach dorastających, a krewni obrzezanego piją krew przytem płynącą, lub znaczą nią swoja pierś i czoło. U szczepu Arunty daje się napletek młodszemu bratu operowanego do zjedzenia w przesądzie, że przez to wyrośnie i zmężnieje. W Kinslandzie we wschodniej części Australii używa się krwi z obrzezania do celów leczniczych; obrzezają oni i kobiety. Inne szczepy używają krwi z obrzezania i napletki do ofiar dla podniesienia urodzaju swych pól i wydajności wód. U innych znowu przeznacza się napletek drzewu świętemu, odgrywającemu rolę w wierze o przechodzeniu dusz [11]).

IV. Niektórzy przypisywali obrzezaniu znaczenie społeczne, jako środkowi podnoszącemu mnożenie się ludności, na co we wszystkich czasach zwracano baczną uwagę. Borheck [12]) sądzi wprost, że niewolnicy, których Abraham otrzymał w podarunku od Faraona, polecili mu obrzezanie, by mógł on jeszcze mieć dzieci i rzeczywiście urodził mu się po obrzezaniu Izak, a po śmierci Sary miał jeszcze sześciu synów z nałożnicą Keturą (Genesis, rozdział 25, w. 1, 2). Powiedziano więc, że płodność jest wydatniejsza po obrzezaniu, lecz doświadczenie poucza, że porody u ludów obrzezanych nie są liczniejsze, niż u nieobrzezanych.

V. Obrzezanie, dziś prawie najważniejszy obrzęd rytualny u żydów, uważane bywa za święcenie i znak przynależności do przymierza kapłanów Izraela. Szczególnie rozwinął potem tę myśl [13]) sławny lekarz i talmudysta Majmonides [14]), nadając obrzezaniu znaczenie religijne. Atoli u dawnych Izraelitów obrzezanie nie zawsze miało ową głęboką myśl religijną i n. p. podczas czterdziestoletniej wędrówki przez pustynię Izraelici wcale się nie obrzezali, aż dopiero przed zajęciem Kanaanu Jozua ten obrzęd odnowił (Jozua, rozdział V, w. 2—8). Możemy stąd wnioskować, jakie stanowisko wobec obrzezania musiał zajmować sam Mojżesz, który przecież w tem czterdziestoleciu był uznanym i najbardziej wpływowym wodzem Izraelitów. Zważywszy bowiem, że Mojżesz przez czterdzieści lat zaniedbywał zupełnie obrzezania, że w piątej księdze Mojżesza, gdzie on powtarza wszystkie najważniejsze rozkazy, niema wzmianki o obrzezaniu, a szczególnie brak tego przepisu w dziesięciorgu przykazań, a dalej ten szczegół, że Mojżesz sam syna swego nie dał obrzezać i dopiero, kiedy on w drodze z Midjanu do Egiptu ciężko zaniemógł, żona jego Cipora, sądząc, że niechęć boska z powodu nieobrzezania syna była przyczyną choroby męża, sama go obrzezała; te więc szczegóły dowodzą dostatecznie, że sam Mojżesz nie przywiązywał do obrzezania tak wielkiego znaczenia i że według jego pojęć można być wyznawcą prawdziwego Boga i bez obrzezania [15]).

Obrzezanie ma być znakiem symbolicznym przymierza i uroczystego przyjęcia do gminy żydowskiej i odpowiada sakramentowi chrztu. Lecz błahość tego porównania wynika odrazu, gdy zapytamy, czem właściwie oznacza się przynależność kobiet do kościoła żydowskiego, które się u chrześcian chrzci, a u żydów nie obrzeza? [16]) I niesłuszna byłaby odpowiedź, że kobiet obrzezać nie można, gdyż widzimy, że niektóre szczepy w Afryce, Ameryce i Australii, a zwłaszcza Arabowie, Egipcyanie, Abisyńczycy i niektórzy Persowie jeszcze do dnia dzisiejszego obrzezają i dziewczęta. Obrzezanie zatem nie ma właściwie tego znaczenia biblijno-religijnego, które mu chcą nadać i przez obrzezanie można się stać nietylko żydem, ale i Arabem lub Turkiem. Flavius Josefus opowiada, że król assyryjski Izates mimo odradzania swego nauczyciela żydowskiego Ananiasza i swej matki Heleny dał się obrzezać z powodu nalegań żydowskiego fanatyka

[8]) Kabałą (Kabbala = podanie) nazywamy księgi, zawierające mistyczną filozofię religijną Żydów średniowiecznych.

[9]) Friedrich: l. c. str. 44.

[10]) Autenrieth: l. c. str. 20.

[11]) Deutsche medicinische Wochenschrift 1905, str. 354.

[12]) Friedreich: l. c. str. 51.

[13]) W More Nebuchim, rozdział 49.

[14]) Mojżesz ben Majmun, czyli Majmonides, także Ramban zwany urodził się 30 marca 1135 roku w Kordowie, umarł 13 grudnia 1204 roku w Kairze jako lekarz przyboczny Saladyna i nauczyciel medycyny. Pozostawił wiele pism medycznych i talmudycznych; zob. „Przegl. lekar.", 1905, str. 82.

[15]) Dr Samuel Holdheim: Ueber die Beschneidung. Schwerin 1844. przytoczone według Friedreich i Lowensteina.

[16]) Dr L. Löwenstein: Die Beschneidung im Lichte der heutigen medicinischen Wissenschaft. Trier 1897, str. 2).

Eleazara. Ananiasz jednak powiedział do Izatesa, że czczenie Boga prawdziwego Izraelitów, polega jedynie na uznawaniu go, a bynajmniej nie na obrzezaniu". Wypada też w tem miejscu powtórzyć, że obrzezania dokonywają narody czczące Boga pod rozmaitemi postaciami i nie przypisują mu wcale znaczenia religijnego. Tyczy się to nietylko, jak wyżej wspomniano, Abisyńczyków, lecz także tubylców Ameryki, Australii, Kafrów na północno-wschodniem wybrzeżu Afryki i niektórych szczepów Negrów, będących jeszcze prawdziwymi bałwochwalcami.

Niektórzy tłómaczyli też obrzezanie jako symbol oczyszczenia moralnego i ograniczenia zmysłowości ludzkiej. Dlatego spotykamy też często w biblii starego i nowego zakonu użytą przenośnię „obrzezania serca i umysłu" i być nieobrzezanego serca znaczyło tyle, co być grzesznym, upartym, zaciętym. Wspomnę tu krótko, że w pierwszych czasach chrześciaństwa tylko obrzezani mogli być ochrzczeni, lecz wkrótce poczęto zaniechiwać obrzezania i chrzest jako obrzęd o wiele łagodniejszy stał się znakiem symbolicznym chrześciaństwa. Ale przez zaniechanie obrzezania odłączono się od przymierza starego i chrzest stał się godłem przyjęcia do przymierza nowego [17]). Chrzest zaś pochodzi również od starego obrzędu palestyńskiego Izraelitów, mocą którego każdy, który z pogaństwa chciał przejść na mozaizm, prócz obrzezania musiał się poddać obrządkowi chrztu przez zanurzanie w wodzie wobec trzech świadków [18]).

VI. Zatem obrzezanie godłem religijnem pierwotnie nie było; natomiast jako widomy znak żydostwa miało ono w starożytności znaczenie narodowe i polityczne. Według danego Abrahamowi rozkazu, nietylko wszyscy synowie Izraela musieli się obrzezać, lecz także wszyscy niewolnicy, tak urodzeni w domu, jak i kupieni, jako też cudzoziemcy, skoro chcieli być przyjęci do zboru żydowskiego i uczestniczyć w uroczystości Paschy (Exodus, rozdział XII, wiersz 48 i 49). Zaś święto Paschy, jako uroczyste obchodzenie uwolnienia i wyjścia z Egiptu i niejako odrodzenia narodu izraelskiego, było najważniejszą uroczystością narodową. Historyk żydowski Flavius Josefus opowiada, że kiedy król żydowski Hyrkanus w r. 129 przed narodzeniem Chr. zdobył kraj Idumejczyków (Edomitów), zażądał od nich, by się obrzezali albo kraj swój opuścili. Idumejczycy dali się obrzezać, pozostali w swym kraju i tworzyli od tego czasu „jeden naród z Izraelitami". Również Tacyt widział w obrzezaniu tylko narodową odznakę żydów. Wogóle musiał się każdy cudzoziemiec obrzezać, skoro chciał zostać poddanym i uzyskać prawa obywatelstwa w państwie żydowskiem i ważne znaczenie polityczne obrzezania wynika jeszcze z tego, że jeśli obrzezani innych narodów chcieli zostać poddanymi w Palestynie, musieli się poddać bodaj zadraśnięciu pozostałego jeszcze napletka. Natomiast nieobrzezani składali ofiary w świątyni Boga izraelskiego.

Dziś również każdy, który chce przejść do żydostwa, musi się poddać obrzezaniu i na cmentarzu żydowskim nie zostanie nikt pochowany, kto nie jest obrzezany. Dlatego i noworodki męzkie, zmarłe przed obrzezaniem, muszą być obrzezane, lecz czyni to zwykle grabarz, kalecząc tylko napletek szkłem lub ostrą trzciną, oczywiście bez jakichkolwiek błogosławieństw. Widzimy więc, że obrzezanie dawniej nie było znakiem religijnym i najważniejsze jego znaczenie w starożytności było raczej jako godło narodowe. Czy jednak dziś naród oświecony potrzebuje zabiegu operacyjnego, bądź co bądź poważnego, jako godła narodowego? Dlatego obrzezanie, powiada Friedreich i z nim wielu innych, nie ma już dziś żadnego znaczenia. „Tylko urodzony z rodziców żydowskich należy do gminy żydowskiej, jak długo nie przeczy wierze w Boga jedynego".

VII. O wiele później zaś zaczęto pojmować obrzezanie jako przepis higieniczny, lecz tłómaczenie to nie wytrzymuje krytyki. Bo skoro obrzezanie ma być środkiem sanitarnym dla zapobiegania chorobom, to dlaczego obrzezani innowiercy musieli być powtórnie obrzezani, skoro przeszli na żydostwo, dlaczego obrzeza się trupa noworodka i dlaczego obrzeza się pozornie w razie wrodzonego braku (*aplasia*) napletka lub nieprawidłowości rozwojowych części płciowych, gdyż według przepisów talmudu należy w tych przypadkach przynajmniej zadrasnąć prącie dla upływu kilku kropli krwi na znak przymierza. Wogóle późniejsi obrońcy obrzezania jako przepisu zdrowotno-higienicznego przypisywali mu szereg korzyści, które jednak później poruszę, mając zamiar w dwu poszczególnych rozdziałach zestawiać korzyści i niebezpieczeństwa obrzezania, by na podstawie tego zestawienia wystąpić z krytyką obrzezania ze stanowiska medyczno-humanitarnego, co jest właściwym celem tej pracy.

(C. d. n.).

[17]) Renan: Apostołowie.

[18]) Friedreich: l. c. str. 37 i 34.

Zapiski lecznicze z kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

II.

5) **Gwakamfol** *(guacampholum)* **przeciw potom.** Przetwór ten, wyrabiany przez fabrykę chemiczną dr. Henninga w Berlinie, jest estrem kwasu kamforowego i gwajakolu. Przez to powiązanie jednoczy on w sobie działanie gwajakolu, korzystne w gruźlicy, z przeciwpotnem działaniem kamfory. Badany klinicznie jeszcze w r. 1900 przez Laskera, a potem Littena, Kaminera, a podawany w dawkach po 0.2 do 1.0 na noc, okazał się dzielnym środkiem przeciwpotnym u chorych gruźliczych, zwłaszcza podany w ilości 0.50; działanie to miało się nierzadko utrzymywać przez kilka tygodni po odstawieniu środka, a objawów ubocznych miał lek ten nie wywoływać. Zwłaszcza Stadelmann wyraził się o nim entuzyastycznie, ogłaszając go za najlepszy wśród podobnie działających środków.

Gwakamfol jest proszkiem białym, bez smaku i zapachu, który nie rozkłada się w żołądku, a rozpada się dopiero w jelicie na oba swoje składniki. Zapisuje się go w proszku w dawce średniej 0·50 na noc; $^1/_2$ grm. kosztuje 65 hal. Stosowany w naszej klinice przed 2 jeszcze laty i przed rokiem w kilkunastu przypadkach suchot płucnych z potami rozpływnymi, nie zawiódł pokładanych oczekiwań; działał często pewnie i szybko, a w 3 przypadkach wywarł pożądany skutek, którego inne środki przeciwpotne nie wywierały. Żywo stoi nam dotąd w pamięci student medycyny z naciekami w szczytach płuc i obfitymi potami, u którego po wielu bezowocnych próbach z innymi środkami, jeden gwakamfol zdołał sprowadzić skutek doraźny. *Dr. St. Szurek.*

6) **Digalen** *(digitoxinum solubile Cloetta)* jest składnikiem liści naparstnicy. Znajduje się w handlu w flaszeczkach po 15 cm³ rozczynu digitoksyny w wodzie z 25% dodatkiem gliceryny; 1 flaszeczka kosztuje 4 kor. Jeden ctm. sz. rozczynu zawiera 0.3 miligrama *digitoxini solubil. Cloetta*

(a zatem 0.15 grm *fol. digital.*). Dla łatwego dawkowania dodana jest szklana rurka kalibrowana. Digalen posiada własności naparstnicy, a przewyższa ją co do szybkości działania, a czasem i skuteczności, działa bowiem w tych przypadkach, w których napar lub liście naparstnicy już nie działają, lub chorzy ich nie znoszą. Ważną jest również okoliczność, iż digalen daje się zupełnie ściśle dawkować, a można go nawet podskórnie wstrzykiwać.

Dawka pojedyncza wynosi od $^1/_2$ do 1 ctm sz. digalenu, dzienna 2—4 ctm³. Podskórnie wstrzykuje się 1—2 ctm³ digalenu, po wstrzyknięciu należy pocierać okolicę wstrzyknięcia i zastosować okład z octanu glinowego. Digalen polecało już wielu autorów, a między innymi pisał o nim Turnheim w tem czasopiśmie. Digalen stosowaliśmy w całym szeregu przypadków przez ostatnie dwa lata (45 przypadków niedomogi i zwyrodnienia mięśnia sercowego), i możemy orzec, iż digalen jest pewnym środkiem sercowym, który bardzo rzadko zawodzi i działa nawet w tych przypadkach, gdzie naparstnica zawiodła (2 przypadki: 1) *pericarditis, myocarditis, oedem. ascites.* 2) *insuff. mitralis, stenosis ostii ven. sin., ins. tricuspidal., insuff. cordis, oedem.*). Digalen działa szybko i już w kilka dni (4—7) sprawia wyrównanie wady serca wśród obfitego wydzielania moczu (2—3 litrów dziennie). W osłabieniach mięśnia sercowego w przebiegu chorób zakaźnych działa również szybko i skutecznie.

Objawów ubocznych nie wywołuje, przypadłości żołądkowych u naszych chorych nie spostrzegaliśmy zwykle, jedynie tylko u 2 chorych wystąpiły nudności i wymioty po 2-tygodniowem zażywaniu digalenu (30 ctm³). Przy dłuższem podawaniu digalenu widzieliśmy często znaczne zwolnienie tętna, do 40 uderzeń na minutę.

7) **Digitalinum dyalysatum Bürger** stanowi podobny przetwór do znanego od kilku lat *dialysatum digitalis Golaz*, a ma również zastąpić napar naparstnicy. Na podstawie naszego doświadczenia możemy orzec, że działa bardzo niepewnie i nie można go zalecać.

8) **Strophantine Catillon** znajduje się w handlu w pigułkach, zawiera strofantynę, a działanie jej według naszych doświadczeń klinicznych jest również bardzo niepewne. Skuteczności tego leku nie widzieliśmy wcale.

9) **Teocyna** (*theocin, theophyllinum crystalinum*) **jako środek moczopędny.** Jest to dwumetyloksantyna, otrzymana przez Kossela; zalecali ją Minkowski, Schlesinger i inni autorowie. Syntetycznie otrzymana przez Emila Fischera (1 grm. kosztuje 60 fenigów). Teofilina, wyrabiana przez Boehringera, jest tańszą od teocyny, wyrabianej przez Beyera, a jest tym samym przetworem chemicznym. Tworzy igiełki bezbarwne, trudno rozpuszczające się w wodzie zimnej, łatwiej w wodzie gorącej. Przetwór ten stosuje się w małych dawkach po 0.20—0,40, 3—4 razy dziennie. Ponieważ podrażnia układ nerwowy, podają go z dodatkiem hedonalu lub naparu miłka wiosennego. Działa silnie moczopędnie. Na czynność serca nie wpływa, liczba tętna i ciśnienie krwi nie zmieniają się. Aby usunąć niekorzystne działanie uboczne na żołądek, podaje się ją w odpowiednich podwójnych solach.

Zapisuje się: Rp. *Theocini* 0.2—0.4
Dtur tal. dos. N. X
S. 3 r. dz. proszek.

Rp. *Theocini* 0.2
Hedonal 0.5
Dtr tal. dos. N. X
S. 3 r. dz. proszek.

Rp. *Theocin* 0.6(—1.00)
Infus. Adonid. vern. e 5.0:180.0
Syr. simpl. 20.0
Mds. Co godzinę łyżkę.

Stosowaliśmy teocynę i teofilinę w przypadkach niedomogi mięśnia sercowego z ogólnymi obrzękami (20 przypadków) i w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek z obrzękami (4 przypadki). W przypadkach znacznego osłabienia serca środek ten nie działa moczopędnie, dopiero gdy przedtem wzmocnimy czynność serca zapomocą naparstnicy lub digalenu, rozwija i teocyna działanie moczopędne, a ilość moczu wzrasta często nawet do 4 lub 5 litrów dziennie. Po usunięciu teocyny zmniejsza się ilość moczu nawet przy podawaniu naparstnicy, działanie więc moczopędne trzeba przypisać teocynie. W chorobach nerkowych działania teocyny na zwiększenie ilości moczu nie zdołaliśmy stwierdzić.

Teocyna wywołuje objawy uboczne, jak palenie w żołądku i nudności po zażyciu, często też zdarzało się w naszych przypadkach ogólne rozdrażnienie, drżenie kończyn lub drgawki.

Wogóle stosowanie tego środka wymaga ostrożności.

10) **Maretyna** (*maretinum*) **jako środek przeciwgorączkowy w gruźlicy płuc.** Jest to metolylhydrazid kwasu karbaminowego; kryształki drobne, trudno w wodzie i wyskoku rozpuszczalne; podawana w chorobach gorączkowych w celu obniżenia ciepłoty przez Baryanskyego, Maia, Littena, Pisarskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie i innych. Dawka jednorazowa wynosi 0.25—0.50 grm, dawka dzienna najwyższa wynosi 1.50 grm. Na podstawie naszego doświadczenia u chorych gruźliczych należy zwrócić uwagę, iż przetwór ten wywołuje obniżenie ciepłoty wśród objawów zapadu i rozlewnych potów, szczególnie w przebiegu gruźlicy płuc i że trzeba równocześnie stosować leki pobudzające, aby zapad zwalczyć. Dalej działa niepewnie, bo gdy w jednych przypadkach po 0.25 obniżyła się ciepłota o 3—4 stopni, w innych przypadkach nie było obniżenia ciepłoty po tej samej dawce. Dawek wyższych od 0.25 (*pro dosi*) nie należy zdaniem naszem wcale próbować. Maretyna wywoływała objawy zapadu nietylko u suchotników, lecz także u chorych z zakażeniem ropnem.

11) **Lecytyna** (*lecithinum*), składnik fizyologiczny żółtka jaj, oddawna znany, jednak co do składu chemicznego dopiero w ostatnich czasach dokładnie zbadany. Przy gotowaniu z rozcieńczonymi kwasami rozpada się na cholinę i ester distearylofosforoglicerynowy; lecytyna jest zatem solą chinolową tego połączenia. Preparat ten polecano jako naturalną postać fosforu na podstawie prac teoretycznych lekarzy francuskich, jak również na podstawie faktu, że przy używaniu lecytyny zmniejsza się ilość wydzielanego fosforu. Przetwór ten był stosowany przez rozmaitych lekarzy francuskich, włoskich, a później niemieckich w niedokrwistości, błędnicy, gruźlicy, cukrzycy, zołzach i krzywicy. Lecytyna, wyrabiana z żółtek jaja, jest płynem żółtawym lub czerwonawym, w wodzie nierozpuszczalnym, rozpuszcza się w wyskoku i chloroformie. Podawać ją można w pigułkach, wyrabianych przez Clina w Paryżu i przez Riedla w Berlinie, zawierających 0.05 grm lecytyny (2—5 pig. dziennie). Również można stosować podskórnie w roztworze oliwnym po 0.05 grm na dawkę, (fabryki wyrabiają zatopione rurki, zawierające 0.05 grm lecytyny).

W klinice stosowano wewnętrznie lecytynę w postaci pigułek w przebiegu niedokrwistości, gruźlicy i neurastenii. Chorzy znosili przetwór ten dobrze, czasem skarżyli się na gniecenie w okolicy żołądka po użyciu pigułek lecytynowych. Wybitnego wpływu na przebieg choroby i podniesienia odżywienia nie zawsze można było zauważyć tak, że po tym przetworze szczególniejszych skutków nie można się spodziewać. *Dr. J. Latkowski.*

Oceny i sprawozdania.

O powstawaniu gruźlicy płuc wskutek zakażenia jelita.

Calmette et Guérin. **Origine intestinale de la tuberculose pulmonaire.** (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1905, Nr. 10). — Vallée. **De la genèse des lésions pulmonaires dans la tuberculose.** (*Ibidem*).

Już w roku 1868 Chauveau wyraził przypuszczenie, że zarówno u człowieka, jako też i u bydła rogatego

przewód pokarmowy stanowi wrota dla zakażenia gruźlicą i że zakażenie tą drogą jest nawet, być może, częstsze, niż zakażenie przez drogi oddechowe. Jak wiadomo, ostatnimi czasy wystąpił Behring z twierdzeniem, że osobniki dorosłe nie zakażają się gruźlicą przez drogi oddechowe, a tylko przez przewód pokarmowy i że gruźlica płuc jest prawie zawsze skutkiem zakażenia przewodu pokarmowego, przebytego w wieku dziecięcym. Sprawdzenie tego twierdzenia zapomocą doświadczeń na zwierzętach stanowi przedmiot badań Calmettea i Guérina oraz Vallée'go.

Calmette i Guérin używali do doświadczeń młodych koźląt, oraz starszych kozłów i kóz, które zakażali prątkiem gruźlicy bydlęcej, prątkiem gruźlicy ludzkiej, prątkiem gruźlicy ptasiej, oraz prątkiem gruźlicy wrzekomej Moellera. Koźlęta zrodzone z matek, których wymiona w ostatnich miesiącach ciąży zakażono powyższymi prątkami, a zatem zwierzęta, które przy ssaniu uległy zakażeniu w sposób naturalny, okazywały wybitne zmiany gruczołów krezkowych; ale tylko u tych koźląt, których matki zakażono prątkiem gruźlicy bydlęcej lub gruźlicy ludzkiej, wytworzyły się w gruczołach gruzełki, a tylko u koźląt, zrodzonych z matek zakażonych prątkiem gruźlicy bydlęcej, gruzełki te uległy zserowaceniu i powstały liczne gruzełki w płucach; zaś u zwierząt, zakażonych przy ssaniu prątkiem gruźlicy ptasiej, powstały zmiany gruźlicze stawów.

W dalszym szeregu doświadczeń zakażano młode koźlęta przez wprowadzenie do żołądka małej ilości zawiesiny powyżej wymienionych prątków zapomocą sondy żołądkowej. Tylko u zwierząt, zakażonych w ten sposób prątkiem gruźlicy bydlęcej, powstawała gruźlica gruczołów krezkowych, po których zserowaceniu tworzyły się gruzełki w płucach, gruczołach śródpiersiowych, oraz okołooskrzelowych. Zakażenie młodych koźląt pozostałymi trzema gatunkami prątków nie sprowadzało ani zmian gruźliczych, ani też odporności na zakażenie gruźlicą bydlęcą.

A zatem w doświadczeniach tych u młodych koźląt gruźlica płuc występowała stale jako zmiana wtórna po zakażeniu przewodu pokarmowego.

Przez nakarmienie prątkami gruźlicy bydlęcej, rozpostartymi na kromkach chleba, i to nawet w wielkiej ilości, bo wynoszącej 20 g. czystej ich hodowli na bulionie glicerynowym, nie można było zakazić zwierząt dorosłych; natomiast zwierzęta takie stale ulegały zakażeniu po wprowadzeniu zapomocą sondy do żołądka tychże prątków w bardzo drobnej zawiesinie. U zwierząt dorosłych po zakażeniu przewodu pokarmowego nie powstawały jednak wybitne zmiany w gruczołach krezkowych; natomiast zmiany gruźlicze w płucach powstawały u nich już w bardzo krótkim czasie po zakażeniu, przyczem gruczoły śródpiersiowe, okołotchawiczne, okołooskrzelowe i pozagardłowe zmian patologicznych nie okazywały.

Ten odmienny przebieg zakażenia, oraz różne zachowanie się gruczołów po zakażeniu gruźlicą przewodu pokarmowego u zwierząt młodych i dorosłych, tłómaczą Calmette i Guérin przez różnicę w budowie ich gruczołów limfatycznych, która sprawia, że u zwierząt młodych prąd limfy w gruczołach jest wolniejszy i że gruczoły dokładniej zatrzymują doprowadzone do nich prątki, jak u zwierząt starszych. To też u zwierząt dorosłych prątki łatwo dostają się do przewodu piersiowego, a stamtąd przez żyłę podobojczykową lewą, serce prawe i tętnicę płucną do naczyń włosowatych płucnych, gdzie zatrzymują się jakby na sączku i dają początek powstawaniu gruzełków. U osobników młodych prątki gruźlicze dostają się również z rozpadłych zserowaciałych gruczołów krezkowych do naczyń włosowatych płuc, nie zatrzymują się jednak w nich tak łatwo, jak u osobników dorosłych, a natomiast zatrzymują się w naczyniach włosowatych narządów, których podścielisko stanowi bardziej zbita tkanka łączna. Stąd pochodzi częste umiejscowienie gruźlicy w wieku młodocianym w stawach, kościach, błonach surowiczych, a głównie w oponach mózgowych. Zarówno u osobników starszych, jako też i młodszych, przy rozpadzie zserowaciałych gruzełków uwalniają się zawarte w nich prątki i sprowadzają nową erupcyę gruzełków w płucach. Takie następowe zakażenie płuc powstaje albo wskutek dostania się prątków do przewodu piersiowego i krwi żylnej z rozpadłego zserowaciałego gruczołu krezkowego, albo też przy rozpadzie zserowaciałych gruzełków w płucach wskutek zakażenia przewodu pokarmowego, jakie powstaje przez połykanie wykrztusiny, zawierającej prątki gruźlicze.

Na podstawie powyżej streszczonych badań, potwierdzają Calmette i Guérin pogląd Behringa, że w przeważnej części przypadków zakażenie gruźlicze płuc powstaje nie wskutek wdychiwania prątków swoistych, ale wskutek ich połykania; natomiast zbijają twierdzenie Behringa, jakoby gruźlica płuc w wieku dorosłym powstawała wskutek zakażenia przewodu pokarmowego w wieku dziecięcym. Wyniki doświadczeń Calmettea i Guérina świadczą bowiem, że, conajmniej u kóz, gruźlica płuc powstaje wskutek zakażenia przewodu pokarmowego u osobników starszych nawet łatwiej, niż u osobników młodych, których gruczoły limfatyczne chronią od zakażenia inne narządy lepiej, niż w wieku późniejszym.

Wobec tego, że u osobników dorosłych przez połykanie wydalanych z wykrztusiną prątków stale ulega zakażeniu przewód pokarmowy, z którego prątki Kocha, łatwo przechodząc przez ścianę jelita, oraz przez gruczoły krezkowe, dostają się do płuc i sprowadzają coraz to nową erupcyę gruzełków, Calmette i Guérin wysnuwają ze swoich doświadczeń następujące wnioski praktyczne:

U chorych, dotkniętych gruźlicą płuc, należy w początkach cierpienia przez częste badanie bakteryologiczne wykrztusiny stwierdzić chwilę, w której prątki zaczynają się w niej ukazywać; należy pouczyć chorych, by nigdy wykrztusiny nie połykali, a zawsze ją wypluwali, oraz polecić im, by przed każdym posiłkiem i, o ile to byłoby możliwem, po każdem wykrztuszaniu dokładnie przepłukali sobie usta wodą przegotowaną lub przesączaną. Zresztą na podstawie wyników powyższych badań nie można nic zmienić w stosowanej obecnie profilaktyce i terapii gruźlicy płuc, badania te wskazują bowiem tylko to, że wszelkie pyły, zawierające prątki gruźlicze, stanowią niebezpieczny materyał zakaźny nie dlatego, że się je wdycha, ale dlatego, że się je połyka.

Za tem, że przewód pokarmowy stanowi wrota dla zakażenia płuc prątkiem gruźliczym, przemawiają również doświadczenia Vallėego. Vallée robił doświadczenia na cielętach, które zakażał prątkiem gruźlicy bydlęcej w rozmaity sposób. Po wprowadzeniu tego prątka do tchawicy powstawało ognisko gruźlicze w miejscu nakłucia tchawicy, oraz występowały nieliczne gruzełki na opłucnej płuc, w płucach zaś ani też w gruczołach oskrzelowych i śródpiersiowych zmian gruźliczych nie można było wykryć. Po wdmuchiwaniu kilku miligramów jadowitej hodowli prątków gruźliczych do jamy nosowo-gardłowej powstawały zmiany gruźlicze głównie w gruczołach pozagardłowych, niekiedy także w gruczołach szyjnych i tchawicznych, w płucach zaś, w gruczołach oskrzelowych i śródpiersiowych zmiany gruźlicze nie powstawały. Brak zmian gruźliczych w ostatnio wymienionych gruczołach jest ważny z tego względu, że u cieląt gruźliczych te właśnie gruczoły niezmiernie często są zajęte, gdy tymczasem gruczoły krezkowe zmian gruźliczych nie okazują. Z powyższych doświadczeń wynika przeto, że po zakażeniu gruźlicą górnych dróg oddechowych zmiany gruźlicze w gruczołach oskrzelowych niełatwo powstają.

Inaczej rzecz się przedstawia po zakażeniu przewodu pokarmowego. U czterech cieląt, które dwukrotnie ssały krowę, dotkniętą gruźlicą wymienia, powstały wybitne zmiany gruźlicze w gruczołach oskrzelowych i śródpiersiowych, a u trzech z nich wystąpiły także zmiany gruźlicze w gruczo-

łach krezkowych; zmiany te były tu jednak naogół znacznie słabsze, niż w gruczołach klatki piersiowej. W płucach gruzełków wprawdzie nie było, ale zmiany gruźlicze na przedniej powierzchni przepony świadczyły, że zakażenie szło tu z jamy brzusznej przez naczynia limfatyczne do klatki piersiowej.

Po wprowadzeniu 1.5 mg. hodowli prątka gruźlicy bydlęcej do gałązki żyły krezkowej cielęcia zwierzę padło w 30 dni, a przy sekcyi stwierdzono ostrą gruźlicę wątroby, oraz gruczołów oskrzelowych i śródpiersiowych; po podobnem zakażeniu gruczołu krezkowego innego cielęcia, stwierdzono oprócz wybitnej gruźlicy zakażonego gruczołu zmiany gruźlicze gruczołów oskrzelowych.

Na podstawie powyższych doświadczeń dochodzi Vallée do wniosku, że gruźlica gruczołów oskrzelowych i śródpiersiowych powstaje najpewniej i w najkrótszym czasie po wprowadzeniu swoistego zarazka do przewodu pokarmowego; że prątek gruźliczy może przejść przez ścianę jelita, nie sprowadzając w niej zmian widocznych, że podobnie może on przejść również i przez gruczoły krezkowe, oraz zatrzymać się dopiero w gruczołach oskrzelowych i tutaj zmiany swoiste sprowadzić. Vallée uważa, że i u człowieka gruźlica płuc powstaje często wskutek zakażenia jelita; proponuje on ze względu na ważność sprawy przeprowadzenie odpowiednich doświadczeń na szympansach, które należałoby karmić mlekiem krów gruźliczych, ażeby stwierdzić, czy i u tych zwierząt, tak zbliżonych pod względem zoologicznym do człowieka, powstają wskutek spożywania mleka, zawierającego prątki swoiste, zmiany gruźlicze w gruczołach oskrzelowych, z których drogą naczyń krwionośnych może nastąpić zakażenie płuc i różnych innych narządów.

Doświadczenia takie mogą istotnie dać wyniki interesujące, pokazuje się bowiem, że po zakażeniu gruźlicą przewodu pokarmowego zakażenie to u różnych gatunków zwierząt w niezupełnie jednakowy sposób dalej się szerzy.

K. Klecki.

Wyciągi.

CHIRURGIA. Försterling. **O pojedynczych podskórnych szczelinach długich kości.** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 41, 1905). Urazowe podskórne szczeliny długich kości są cierpieniem bardzo rzadkiem. Dawniej bez pomocy promieni Röntgena nie można było poprostu ich rozpoznać i dlatego brano je za silne stłuczenie, choć uderzało to w oczy, że chorzy n. p. na nodze stanąć nie mogli. Dopiero badania *X*-promieniami pouczyły nas, że spotyka się czasem urazowe szczeliny, biegnące wzdłuż, spiralnie lub skośnie, obejmujące tylko jedną ścianę rury kostnej i nie wywołujące żadnego przesunięcia, ani nadmiernej ruchomości. Cechuje je tylko bardzo silna bolesność kości w miejscu rozszczepu. Rokowanie naturalnie jest dobre, leczenie podobne jak przy złamaniu. Szczeliny należy nie prześwietlać, lecz fotografować i to w dwóch pozycyach, jak to autora doświadczenie własne pouczyło. Autor spostrzegał dwa podobne przypadki. Pamiętając o tem, odkryjemy może w niejednem stłuczeniu także szczeliny. *Dr. A. Klęsk.*

Haeckel. **Podwiązanie żył nasiennych i podbrzusznych przy ropnicy połogowej.** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 41, 1905). Chirurgia stosuje już oddawna z dobrym skutkiem podwiązywanie żył, sąsiadujących z ogniskiem ropnem, mogącem każdej chwili rozsiać się po ustroju. Do rzędu tych operacyi, dających bardzo pomyślne wyniki, należy n. p. otwieranie zatok żylnych i podwiązywanie żyły szyjnej przy ropnych sprawach w uchu. Podobny sposób postępowania nadaje się także w przypadkach ropnicy połogowej. Operacyi tej wskazał drogę Trendelenburg, wykonawszy ją z pomyślnym skutkiem po raz pierwszy. Po nim wykonał zabieg ten również z pomyślnym skutkiem Michels, a w najnowszych czasach ogłosił podobne dwa przypadki, również wyleczone, Bumm. Zachęcony tymi wynikami podwiązał też autor w jednym przypadku ropnicy połogowej o charakterze przewlekłym żyły nasienne i podbrzuszne; chora wyzdrowiała. Drugą podobną operacyę, ale ze skutkiem niepomyślnym, wykonał autor w przypadku ostrej ropnicy połogowej. Z powodu anomalii układu naczyń nie był pewny przy operacyi, czy podwiązał żyłę podbrzuszną prawą. Chora miała dreszcze dalej, z tego też powodu 20-go dnia po pierwszej operacyi podwiązał jeszcze żyłę biodrową wspólną. Operacya pozostała bez skutku. Podwiązanie nie wpłynęło zupełnie na krążenie. Wyniki dotychczasowe, szczególnie w przypadkach przewlekłej ropnicy połogowej, zachęcają bardzo do tego zabiegu. *Dr. A. Klęsk.*

Simon. **Śródbrzuszne skręcenie sieci.** (*Münchener med. Wochs.* 1905, Nr. 41). W ostatnich czasach zwrócono uwagę na wydarzające się niekiedy skręcenie śródbrzuszne sieci. Wogóle opisanych dotąd w literaturze jest 29 podobnych przypadków. Skręcenia poza jamą brzuszną, n. p. w workach przepuklinowych, są naturalnie zdarzeniem bardzo częstem. Statystykę tę powiększa jeszcze autor o 2 swoje przypadki. Jeden z nich jest o tyle zajmujący, że powodu skręcenia absolutnie wykazać nie było można. Badanie jamy brzusznej wykazywało guz, zajmujący prawą dolną część brzucha tak, że rozpoznano przed operacyą zapalenie wyrostka robaczkowego. Operacya wykazała dwukrotne skręcenie sieci w sensie ruchu zegara. W drugim przypadku sieć skręconą była śródbrzusznie, istniała jednak przytem stara przepuklina. Payr studyował przyczyny skręcania się narządów jamy brzusznej, umieszczonych na szypułach i obwinia o to głównie żyły, które mają przebieg kręty i są znacznie dłuższe od tętnic. Przy silniejszem napełnieniu dążą do wyprostowania, a nie mogąc tego uczynić, skręcają szypułę. *A. Klęsk.*

Gebele. **Leczenie złamań kości.** (*Münch. med. Wochft.*, 1905, Nr. 39). Dopiero promienie Röntgena pouczyły chirurgów, jak często kości złamane zrastają się źle w opatrunkach gipsowych, zakładanych na czas dłuższy. Jeżeli dodamy do tego inne wady tych opatrunków, jak wywoływanie zaniku mięśni, zesztywnienia stawów i złą w następstwie czynność kończyny, musimy dojść do przekonania, że korzyści z nich nie mamy żadnej, a szkody nader wiele. Fakta te sprawiły, że zaczęto złamania leczyć wprost przeciwnie, t. j. wczesnem mięsieniem i wykonywaniem ruchów bez ustalania kości. Jordan postąpił pośrednio, bo zakłada opatrunek ustalający do zdejmowania (do mięsienia). Kończynę poddaje mięsieniu zaraz po złamaniu, przeskakując z początku bardzo bolesne miejsce złamania. Wielkim postępem w leczeniu złamań kończyny dolnej są opatrunki ustalające do chodzenia. Zapobiegają one zanikowi mięśni i stawiają chorego zaraz na nogi. Gebele opiera się na materyale 2000 złamań kości, leczonych od r. 1900 do 1 czerwca 1905 w klinice chirurgicznej monachijskiej. Postępują tam w następujący sposób: przy złamaniach typowych kości promieniowej zakłada się szynę Schedego na 6—8 dni. Potem mięsienie podług Jordana 4 dni łącznie z kąpielami; potem ruchy czynne, w końcu mięsienie miejsca złamania i ruchy bierne. Czas leczenia i gojenia się trwa 3 tygodnie. Podobnie postępuje się przy złamaniach kości sprychowej lub promieniowej (wyżej), dalej przy złamaniach dolnej i górnej nasady kości ramieniowej, z tą różnicą, że opatrunek ustalający leży 14 dni. W złamaniach obu kości przedramienia lub złamaniach kości ramieniowej pierwszy opatrunek pozostawia się 3 tygodnie, zresztą leczenie jak wyżej. Wyjątkowo (w razie wielkiej skłonności do przesuwania się) stosuje się w złamaniach kości ramieniowej wyciąganie. Złamanie łokcia leczy się w szynie (w położeniu prawie wyprostowanem w stanie łokciowym) z ustaleniem odłamków plastrami przez 14 dni, potem mięsienie. Złamanie podudzia leczy się przez pierwszy tydzień ewentualnie mięsieniem, potem zakłada się opatrunek gipsowy do chodzenia wprost na ciało. Przy złamaniach kostek opatrunek taki zostaje 2—3 tygodni, przy złamaniach podudzia 3—4 tygodni (ewentualne kilkakrotne zmiany wśród tego). Leczenie złamań uda i jego szyjki odbywa się głównie z pomocą wyciągania (obciążenie 25 kilo) przez 3 tygodnie, potem szyna Thomasa. Złamanie rzepki leczy się zachowawczo; jedynie w razie wytworzenia się stawu rzekomego lub w braku połączenia szew następowy. Złamanie, powikłane ranami, leczy się w opatrunkach ustalających z oknami. Wyniki wszystkie bardzo pomyślne. *Klęsk.*

Joseph. **Działanie naturalnego a wywołanego sztucznie obrzęku.** (*Münch. med. Wochft.*, 1905, Nr. 40). Pomimo, że obrzęk należy do czterech kardynalnych objawów zapalenia, mało dotąd zwracano na niego uwagę. A jednak obrzęk ten jest bardzo ważnym czynnikiem leczniczym przyrody. Badania wykazały, że mimo istnienia w okolicy i w ognisku zapalnem drobnoustrojów, w obrzęku nie spotykamy ich nigdy, jest on zawsze jałowym. Obrzęk, powstający po ukąszeniu węża, występuje bardzo szybko i celem jego nie jest chyba nic innego, jak rozcieńczenie jadu. Bakterye wytwarzają też podobne jady, wywołujące obrzęk. Jady te rozpuszczają się w obrzęku i nie rozchodzą się po ustroju. W roztworach własnego jadu drobnoustrój żyć nie może i dlatego obrzęki są jałowe. Autor wywoływał sztuczny obrzęk podług Biera na kończynach królików i następnie w miejsca te wstrzykiwał strychninę w śmiertelnej dawce. Z 7 zwierząt 6 pozostało przy życiu, użyte zaś do kontroli wszystkie zginęły. Wywoływanie sztucznego obrzęku i przesiąku do

rany powoduje jak gdyby naturalne tejże płukanie, przez co tamponada ran ropnych staje się zbyteczną, zwłaszcza, że tampon często nie spełnia swego zadania, a zasychając, uszkadza nieraz tkanki, szczególnie np. ścięgna i ich pochewki. Duży obrzęk, zbierający się w tkance, nieraz w ilości kilku litrów, rozcieńcza więc jad i wiąże go na miejscu, utrudniając przez to nagłe dostanie się jego do reszty ustroju. *Klęsk.*

PEDYATRYA. Hamburger i Sluka. **Przyczynek do znajomości gruźlicy w wieku dziecięcym.** (Według sekcyi wykonanych przez prof. Ghona). (*Jahrbuch f. Kinderh.* tom 62, paźdz. 1905). Częstość gruźlicy w materyale sekcyjnym szpitala św. Anny w Wiedniu wynosiła 40 prc., t. j. 160 razy na 401 przypadków stwierdzono obecność zmian gruźliczych. U dzieci, zmarłych na ostre choroby, lub skutkiem obrażeń, częstość gruźlicy wynosiła 21 prc. Przypadków, w których gruźlica była przyczyną śmierci, było 110; na pierwszy plan wysuwa się tutaj zapalenie gruźlicze opon (67 przyp.) i gruźlica prosówkowa ostra (13 przyp.); resztę (30 przyp.) stanowią gruźlica uogólniona przewlekła i gruźlica płuc. Przypadków, w których gruźlica nie była przyczyną śmierci, z ogniskami gruźliczemi czynnemi, było 40, z nieczynnemi 10. W pierwszych miesiącach życia gruźlica jest rzadką, ale nawet w pierwszym kwartale się zdarza (6 prc. sekcyi); chodzi tu zawsze o gruźlicę, prowadzącą do śmierci i nie okazującą nigdy skłonności do wyleczenia (zwapnienia). Z wiekiem częstość gruźlicy wzrasta, poczynszy od 3-go roku wynosi 40 prc. sekcyi, jednak częstość gruźlicy jako przyczyny śmierci opada, śmiertelność przy zapadnięciu na gruźlicę zmniejsza się. Zajęcie gruczołów oskrzelowych stwierdzono w 157 przypadkach (98 prc.), krezkowych w 36 prc., szyjnych w 30 prc. Autor jednak tylko z pewną rezerwą wyzyskuje te liczby dla wystąpienia przeciw twierdzeniu, że zakażenie gruźlicą odbywa się drogą przewodu pokarmowego. *Lewkowicz.*

Pirquet. **Nowe spostrzeżenia tyczące się zaburzeń posurowiczych.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* tom 62, paźdz. 1905). Chodzi o przypadłości występujące po wstrzyknięciu surowicy różnogatunkowej, przedewszystkiem końskiej. Do znanych oddawna objawów: gorączki, różnego rodzaju wysypek skórnych, bolów stawowych i mięśniowych, dodaje autor nowe: obrzęki gruczołów chłonnych na tułowiu, głównie w blizkości miejsca wstrzyknięcia surowicy, obrzęki ogólne, dające się głównie wykazać wagą, białkomocz (do $^1/_4$‰ białka), leukopenia, odnosząca się głównie do ciałek wielojądrzastych i mogąca dosięgnąć wysokich stopni obecność precypityny swoistej we krwi. Przypadłości posurowicze odnosi autor do zetknięcia się surowicy końskiej ze swoistymi niwecznikami przeciwkońskimi, jednak nie ze swoistą precypityną. Zetknięcie się tych dwóch odczynników może nastąpić w różnym czasie. Po pierwszem wstrzyknięciu surowicy końskiej (n. p. celem leczenia błonicy) zetknięcie następuje dopiero wtedy, gdy niweczniki się samoistnie wytworzą, t. j. w 8—12 dni po wstrzyknięciu. Jeżeli wstrzykujemy powtórnie w 2—12 tygodni po pierwszem wstrzyknięciu, t. j. w czasie, w którym niweczniki, wytworzone skutkiem pierwszego wstrzyknięcia, krążą we krwi, otrzymujemy odczyn natychmiastowy. Możemy przytem wtedy przy wstrzyknięciu podskórnem dostać silny i rozległy obrzęk miejscowy, robiący wrażenie ropowicy, zaś przy wstrzyknięciu śródżylnem, jak to było w jednym przypadku autora skutkiem przypadkowego wprowadzenia igiełki do żyły, objawy zapadu, a nawet, o ile można wnosić z doświadczeń na królikach (Arthus), zejście śmiertelne. Tłómaczyłoby się to nagłem wytworzeniem się istot trujących przez szybkie wymięszanie obu wspomnianych odczynników. Jeżeli wstrzykujemy powtórnie w dłuższy czas po pierwszem wstrzyknięciu, kiedy niweczników we krwi już niema, to skutkiem tego, że ustrój już te swoiste niweczniki wytwarzał, wytworzenie następuje szybciej, niż za pierwszym razem i odczyn jest przyspieszony, t. j. występuje po 4—6 dniach. Autor przestrzega przed stosowaniem śródżylnem surowicy tam, gdzie istnieje podejrzenie, że osobnikowi wstrzykiwano surowicę poprzednio przed niedawnym czasem. *Lewkowicz.*

Jehle. **Nowe przyczynki do bakteryologii i epidemiologii czerwonki w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch für Kinderh.* tom 62, paźdz. 1905). Do przypadków dawniej opisanych dodaje autor 9 nowych, wywołanych odmianą Flexnerowską zarazka czerwonkowego. Odznaczały się one w przeciwieństwie do poprzednich znaczną śmiertelnością, która nawet w jednej endemii, złożonej z trzech przypadków, dosięgła 100 prc. Przypadki Flexnerowskie odznaczałyby się wielką zaraźliwością. Przypadki odosobnione miałyby powstawać często po spożyciu zakażonych potraw. Przy innych schorzeniach kiszkowych, niestrawnościach, biegunkach letnich, cholerze dziecięcej autor nie stwierdzał nigdy ani zarazka czerwonkowego, ani swoistego odczynu surowiczego. *Lewkowicz.*

Hamburger i Sperk. **Badania nad trawieniem żołądkowem u noworodków przy piersi.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* tom 62, paźdz., 1905). Autorowie potwierdzają znane już szczegóły, że kwas solny wolny nigdy nie zjawia się przed końcem pierwszej godziny po nakarmieniu, że kwasu mlecznego nigdy się nie stwierdza w warunkach prawidłowych. Szczególną uwagę i po raz pierwszy zwrócili autorowie na t. zw. „deficyt“ kwasu solnego, t. j. tę ilość kwasu solnego, którą musimy dodać do treści żołądkowej, aby otrzymać oddziaływanie kwasu solnego wolnego (floroglucyn waniliną, tropeoliną 00, albo papierkami kongo); 100 cm.³ mleka kobiecego wiąże mniejwięcej 60 cm.³ $\frac{n}{10}$ HCl (decinormalnego kwasu solnego). Jeżeli w treści znajdziemy kwasotę ogólną (oddziaływanie na fenolftaleinę), którą odnosimy głównie do związanego kwasu solnego, 30, deficyt, w przypuszczeniu, że treść nie uległa rozcieńczeniu, ani zagęszczeniu, musiałby wynosić także 30. Tymczasem oznaczenie wykazuje, że jest on z reguły wyższy. Autorowie nie są w stanie wytłómaczyć tego zjawiska w sposób wystarczający. *Lewkowicz.*

Dr. Bleibtreu. **Dwa rzadkie spostrzeżenia wśród płonicy.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 37, 1905). Pierwszy dotyczy nawrotu płonicy przy końcu 6 tygodnia. Autor podaje historyę choroby siedmioletniej dziewczyny, która przechodziła płonicę zupełnie typową, tylko o przebiegu lekkim. Choroba wystąpiła 14 listopada; 19-go rozpoczęło się łuszczenie i chora pozostawała w szpitalu do 21 grudnia jako zdrowiejąca. Właśnie 22 grudnia, kiedy miała opuszczać szpital jako zupełnie zdrowa, wystąpiła gorączka, tętno 146, nadto pojawiły się wymioty i rozwolnienie, a następnego dnia z wystąpieniem ogólnej wysypki i zmian w gardle, stwierdził autor nawrót choroby. Nawrót ten różnił się tylko tem od pierwotnej choroby, że był daleko silniejszy i dłużej trwał. W stosunku do nawrotów duru, płonica rzadko występuje po raz drugi. Nawroty takie pojawiają się czasem w 2-gim, 3-cim, lub 4-tym tygodniu choroby. Przypadek ten jest więc bardzo ciekawy już sam przez się, jako nawrót choroby i to przy końcu 6-go tygodnia. Drugi przypadek dotyczy blizn pasmowych po płonicy. Za jedną z cech przebytego duru, i to ciężkiego, uważano blizny około stawu kolanowego, podobne do blizn poporodowych. Jednakże, jak się okazuje według spostrzeżeń autora, podobne blizny mogą występować i po, a względnie wśród przebiegu płonicy. Takie blizny widział autor u jednej chorej na płonicę i to nietylko około obu stawów kolanowych, ale i na obu pośladkach. Blizny te były symetryczne i jeszcze wydatniejsze i liczniejsze, niż obok stawów kolanowych. Zaznaczyć przytem należy, że przebieg płonicy w tym przypadku był bardzo lekki, więc blizn tych nie można odnosić ani do zatrucia ustroju silnymi jadami, ani do zmian w zakresie nerwów odżywczych, bo skóra w ich obrębie zmian nie przedstawiała ani pod względem czucia, ani odruchów. Różni autorowie podają różne teorye powstawania takich blizn: jedni tłómaczą je zmianami w nerwach odżywczych, drudzy niestosunkiem rozwoju kośćca a skóry; inni zaś na drodze czysto mechanicznej przez rozciągnienie i t. d. W tym jednak przypadku żadną teoryą nie można sobie wytłómaczyć powstania tych blizn, tembardziej, że jest to przypadek pierwszy w przebiegu płonicy. *Dr. A. Kozaczka.*

OKULISTYKA. Rohmer. **O powikłaniach ocznych w następstwie wstrzykiwań parafinowych dla utworzenia nadstawki nosowej.** (*Annal. d'oculist.* Wrzesień, 1905). U kobiety 42-letniej z nosem zapadłym wskutek przebytej kiły wykonano pięć wstrzyknięć parafiny w odstępach czasu 2 do 3-tygodniowych. Przy ostatniem wstrzyknięciu wystąpiła nagle utrata wzroku oka lewego. Badanie wziernikowe, dokonane w dzień po wypadku, miało stwierdzić istnienie zatoru tętnicy środkowej siatkówki. Po upływie roku miał R. sposobność badać chorą, u której wystąpiły ponadto guzy i obrzęki parafinowe po obu stronach nosa, rozprzestrzeniające się w okolicy powieki dolnej i policzka. Po przytoczeniu tego przypadku omawia autor częstość powikłań ocznych przy wstrzykiwaniach parafiny w okolicy nosa w porównaniu z wstrzykiwaniami w którejkolwiek innej okolicy ciała, gdzie niebezpieczeństwo, zagrażające oku, znacznie jest mniejsze i zastanawia się nad właściwą naturą powikłań. Obrazy chorobowych zmian w oku w ogłoszonych dotychczas przypadkach przeważnie nie są dokładnie opisane; przypadki zatoru tętnicy środkowej siatkówki wydają się autorowi mniej prawdopodobne, gdyż trzebaby tu przyjąć istnienie przewodu Botala, umożliwiającego cząsteczkom parafiny przejście z krążenia żylnego do tętniczego. Powstanie zaś zakrzepu żyły środkowej siatkówki może nam prędzej wytłómaczyć anatomia topograficzna okolicy nosowo-oczodołowej. Podczas gdy tętnice w tej okolicy są zbyt cienkie, by mogły przepuścić igłę strzykawki, światło żył dosięga średnicy 2—3 mm. tak, że cząsteczka mieszanki para-

finowo-waselinowej łatwo może się dostać do żylnego prądu krwi i spowodować zakrzep w żyle ocznej, a następnie w żyle środkowej siatkówki. W końcu podaje autor wskazówki, według których postępować należy, by zapobiedz przykrym powikłaniom, które zawsze sprowadzają zupełną utratę wzroku. Autor jest zwolennikiem parafiny o niższym stopniu topliwości, nie przekraczającym 41—42°, gdyż ta po wstrzyknięciu natychmiast się ścina i tworzy zbity wał na miejscu wstrzyknięcia. Wstrzykiwania parafiny o wyższym stopniu topliwości (do 60°) sprowadzać mogą oparzenia i obumarcia skóry, a ponadto nie można parafinie twardej nadać już po wstrzyknięciu odpowiedniego kształtu. Wstrzykiwać należy ilości małe pod słabem ciśnieniem i uciskać równocześnie kąt wewnętrzny powiek w miejscu, gdzie żyła twarzowa wchodzi do oczodołu, by zapobiedz powstaniu zakrzepu żylnego. Nadawanie kształtu ręcznem modelowaniem jest według R. odpowiedniejsze, aniżeli sporządzanie odlewu z części, przeznaczonych do wypełnienia parafiną i zastosowanie go przy wstrzykiwaniu. *Dr. W. Reis.*

Uhthoff w „Berl. klin. Wochs.“ Nr. 47, 1905 zaleca przeciwnie wstrzykiwania parafiny o wyższym stopniu topliwości, przytaczając przypadek, w którym z powodu przypadkowego zbytniego rozgrzania się ciała stopiła się nadstawka parafinowa nosa i wystąpiły rozległe guzy parafinowe w powiekach i najbliższem ich sąsiedztwie. (*Przypisek sprawozd.*).

E. Landolt. **Niedomoga mięśni prostych wewnętrznych.** (*Archives d'Ophtalmologie.* Nr. 7, 1905). Nie po raz pierwszy występuje autor przeciwko tenotomii, wykonywanej w celu usunięcia niedomogi mięśni ocznych. Wykazuje on, że operacya ta nietylko nie usuwa niedomogi antagonisty, ale stwarza w dodatku nowe zaburzenie, t. j. niedomogę mięśnia, na którym tenotomię wykonano. Przytacza on przypadek, gdzie z powodu osłabienia zbieżności (konwergencyi) została wykonana tenotomia mięśnia prostego zewnętrznego. Skutek był taki, że konwergencya nic nie zyskała na sile, a w zamian powstał zez zbieżny przy patrzeniu w dal. Wszystko naprawiła antepozycya jednego z mięśni prostych wewnętrznych, nietylko bowiem doprowadziła stopień zbieżności do stanu prawidłowego, ale usunęła zarazem niedomogę mięśnia prostego zewnętrznego, osłabionego przez tenotomię. Autor przypomina swoją teoryę o oddziaływaniu tenotomii i antepozycyi na działalność gałki ocznej. Tenotomia któregokolwiek z mięśni prostych sprawia, że oko wysuwa się nieco z lejka mięśniowego. Skutkiem tego nietylko mięsień przecięty, ale wszystkie inne mięśnie proste tracą na sile działania, zmniejsza się bowiem długość łuku, na której mięśnie te ścięgnami swemi obwijają się o obwód gałki ocznej. Wprost przeciwnie działa antepozycya. Sprawia ona, że oko wciska się głębiej w lejek mięśniowy, a skutkiem tego jest, że nietylko mięsień ku przodowi przeszyty, ale zarazem wszystkie inne mięśnie proste zykują na sile działania. *K. W. Majewski.*

Dupuy-Dutemps. **O swoistej postaci zaniku tęczówki i jego stosunku do zaburzeń ruchowych źrenicy w przebiegu wiądu rdzenia i ogólnego porażenia postępującego.** (*Annal. d'oculist.* Wrzesień, 1905). Oglądając prawidłową tęczówkę pod szkłem powiększającem, zauważyć można w utkaniu jej liczne wypukłości i fałdy, które znajdują się przy brzegu wewnętrznym tęczówki i pochodzą od skurczu zwieracza, lub też na obwodzie pierścienia tęczówkowego, zależne od skurczu rozwieracza. Wśród tych rozmaitych wypukłości powstają znane dołki (krypty) o rozmaitej postaci. Cienie, rzucone przez owe wypukłości i gra światła w zagłębieniach wraz z ruchami tęczówki, nadają jej właściwy blask. Zaburzenia, spostrzegane przez autora, dotyczą głównie owej budowy anatomicznej tęczówki, przy równoczesnem istnieniu objawu Argyll-Robertsona. Gdy tęczówka znajduje się w okresie zaniku, wypukłości i krypt nie można rozpoznać; przez wygładzoną powierzchnię tęczówki przebiegają tylko cienkie i niewyraźne paski. Tęczówka traci swój blask, staje się zupełnie matową. Zmiany te zajmować mogą pojedyncze odcinki tęczówki i stopniowo dopiero rozprzestrzeniać się na całą tęczówkę. Część obwodowa i brzeg źreniczny tęczówki są w równej mierze chorobowo zmienione. Część brzegu źrenicznego, przynależna do warstwy zanikłej tęczówki, posiada zawsze większą krzywiznę; gdy dwa przeciwległe odcinki są zanikłe, wówczas posiada źrenica kształt owalny, którego oś większa znajduje się w linii obu zanikłych odcinków. Zmiany ruchowe źrenicy w przebiegu wiądu rdzenia i porażenia postępowego występują według autora w następującym porządku: zniesienie odruchu świetlnego, akomodacyjnego i odruchu powiekowego źrenicy, polegającego według Galassa na zwężeniu źrenicy podczas zamykania powiek. Zanik tęczówki spostrzegać się daje zawsze już po zupełnem zniesieniu odruchu świetlnego tak, że stwierdzenie zaniku tęczówki przy badaniu anatomicznem może *a priori* potwierdzić brak odruchu świetlnego. Odruch akomodacyjny przy zaniku tęczówki może być jeszcze utrzymany, lecz w każdym razie jest znacznie osłabiony, podczas gdy zniesienie odruchu powiekowego stwierdzić dopiero można przy najwyższym stopniu zaniku tęczówki. Zanik tęczówki postępuje powoli, w przeciągu lat kilku i jest on zupełnie niezależny od porażeń jądrowych nerwu okoruchowego. Przy rozpoznaniu etyologicznem porażeń tęczówki nabiera ten czynnik różniczkowy wielkiej wartości, szczególnie ze względu na rokowanie i na medycynę sądową. Stwierdzenie bowiem zaniku utkania tęczówkowego zwrócić może uwagę na główną przyczynę cierpienia (wiąd rdzenia lub porażenie postępujące). Również potwierdza autor niezależność zaniku tęczówkowego od zmian w nerwie współczulnym. Badanie histologiczne mógł D. wykonać tylko w jednym przypadku: tęczówka przedstawiała obraz zwykłego zaniku, obejmującego wszystkie warstwy tęczówki, bez śladów przebytego zapalenia. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych i doświadczeń przypuszcza autor, że przyczyny zaniku tęczówki szukać należy w zmianach chorobowych neuronu obwodowego (*n. ciliares*), które oprócz zaburzeń ruchowych mogą sprowadzać zaburzenia odżywcze. Możnaby w tym przypadku znaleźć analogię z innemi chorobami nerwowemi. Podczas gdy porażenie tęczówki porównaćby można z porażeniem jednej kończyny bez zaniku mięśniowego wskutek zmian w korze mózgowej, to zanik tęczówki odpowiadałby porażeniu kończyny wskutek zapalenia nerwu obwodowego lub rogów przednich, którym zawsze towarzyszy zanik kończyny. Podobny zanik tęczówki, rozlany lub ograniczony, spostrzegać można czasami w przewlekłej jaskrze, gdzie również mają być schorzałe nerwy rzęskowe. *Dr. W. Reis.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Działanie **maretyny** w gośćcu stawowym badał na klinice Neussera w Wiedniu Kirković (*Wr. klin. Wochens.*, 1905, 37), dochodząc do następujących wniosków: 1) W ostrym gośćcu obniża maretyna wybitnie gorączkę, usuwa obrzmienia i bole, nie wywołując uciążliwych potów (częstych po salicylanach). W podostrym gośćcu jest maretyna skuteczniejszą od przetworów salicylowych. 2) W niektórych nerwobólach działała maretyna tak dobrze, jak żaden inny lek, co zachęca do dalszych prób w tym kierunku. 3) Najstosowniejszą dawką jest 0,25 2—3 razy dnia. 4) Ubocznych skutków podmiotowych nie wywiera maretyna nawet w ilości 1,0 na dawkę, 2,5 na dzień. U trzech chorych pojawiło się lekkie żółtaczkowe zabarwienie spojówek i skóry, które znikło po 10 dniach. Spostrzeżenie to nakazuje przy podawaniu maretyny starannie badać mocz, by można wcześnie przerwać leczenie, gdyby zagrażało żółtaczką. *B.*

Helmitolu używał z powodzeniem Franceschini (*Gaz. d. osped.*, 1905, 64) do leczenia ostrego i przewlekłego wiewióra cewki moczowej, podając do 4 g. dziennie. W ostrym wiewiórze nadaje się ten lek w tych przypadkach, w których gwałtowne objawy nie pozwalają jeszcze zacząć leczenia miejscowego. Najwięcej zachwala F. działanie helmitolu w wiewiórze tylnej części cewki, oraz w zwykłych nieżytach pęcherza, będących najwłaściwszem polem dla tego leku. *B.*

Somatozę przekłada nad inne podobne przetwory Federici (*Stomaco*, 1905, 1), zwłaszcza w praktyce dziecięcej, utrzymując, że nawet w toku chorób przewodu pokarmowego lek ten działa dobrze, i że jedna n. p. 10-miesięczna dziewczyna, chora na dyzenteryę, znosiła somatozę lepiej niż mleko. F. potwierdza też zdanie, że u karmiących przysparza somatoza pokarmu. *B.*

Isopral u obłąkanych podawali Tambroni i Maggiotto (*Giorn. di psich. clin.*, 1904, 3 i 4). Lek ten działał u chorych takich nasennie w dawce 0,75—1,0; w cięższych podnieceniach wypadło jednak nieraz podać aż do 2,5. Kołaczyki miały działać lepiej, niż roztwór. Ustrój przyzwyczaja się do isopralu tak samo, jak do innych leków nasennych. W chorobach serca i nączyń jest isopral przeciwwskazany; na zdrowe serce nie działa jednak szkodliwie. Korzystnie wyrażają się też o isopralu Frey (*Arch. intern. de pharm.*, 1905, str 445) na podstawie porównania z innymi lekami nasennymi, oraz Wassermeyer (*Berl. klin. Wochs.*, 1905, 37). *B.*

Ferratozę arsenową, przetwór, wyrabiany przez firmę Boehringer i S. w Mannheim, podawał Bardach (*Therap. Monatsber.* 1905, 8) w 20 przypadkach; za wskazania dla tego leku uważał B. wszystkie sprawy, rozwijające się na tle zołzów, różne postacie niedokrwistości, wycieńczenie po ciężkich chorobach i różne choroby skórne. Chorzy zażywali chętnie przetwór, odznaczający się dobrym smakiem i dobrze go znosili. Skuteczności leku dowodził

szybki wzrost wagi i poprawa stanu ogólnego. Działającym składnikiem ferratozy arsenowej jest arsenferratyna, w której 94·5 prc. arsenu znajduje się w związku organicznym. Dzienna dawka ferratozy arsenowej, 3 łyżki (50 gr.), zawiera 2·5 ferratyny i 0·0015 arsenu. Dawkę dzienną można bez obawy podwoić. Lek ten podaje się kwadrans po jedzeniu, unikając w dyecie potraw ostrych i surowych jarzyn i owoców. *Zt.*

Fersan podawał Docent Eichwald (*Russk. Sowremenn. Terapia* 1904, 7 i 8) w szeregu przypadków błednicy, neurastenii, gruźlicy, prostej niestrawności i niedokwaśności soku żołądkowego przez 6—8 tygodni po 2 łyżeczki dziennie w mleku lub wodzie mineralnej. Przy tem wzrastała wybitnie liczba ciałek czerwonych i ilość hemoglobiny, a lek nawet u osobników wrażliwych łatwo się wchłaniał i działał podniecająco na łaknienie. Jako wygodną postać leku, zwłaszcza dla dzieci, poleca E. kołaczyki fersanowe, w południe i wieczorem przed jedzeniem po 3. E. sądzi, że fersan, związek acidalbuminów z żelazem, zasługuje wśród podobnych przetworów na wyróżnienie. *Mf.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

XV. Kongres międzynarodowy w Lizbonie (od 19—26 kwietnia 1906.

Czas już niezbyt odległy dzieli nas od Kongresu, który budzić powinien w każdym lekarzu zajęcie naukowe i towarzyskie. Dotychczas udział Polaków wedle tego, co zgłoszono Komitetowi narodowemu, nie przedstawia się obiecująco. Dlatego Komitet ponownie zwraca się do Szanownych Kolegów z prośbą, by co prędzej zgłaszali prace naukowe na ręce sekretarza Komitetu p. doc. dra Majewskiego, Kraków, ul. Szczepańska 11, a celem uzyskania kart uczestnictwa przesłali skarbnikowi drowi Wilhelmowi Słapie, Kraków, ul. Kolejowa 4, zgłoszenia z przesyłką pieniężną. Karty uczestnictwa kosztują 25 franków = 25 koron = 25 marek = 10 rubli, do czego dodać trzeba dla pokrycia kosztów przesyłki i administracyi jedną koronę.

W sprawie udogodnień podróży przypominamy raz jeszcze to, co było przedmiotem naszych poprzednich ogłoszeń, jak i to, co jest wynikiem naszych najnowszych zabiegów w tym kierunku podjętych. A mianowicie:

1) Firma Cook and Son w Londynie organizuje podróż dla członków Kongresu parowcem. Krzyżowiec pierwszej klasy kursować będzie — jak Komitet centralny donosi — pomiędzy Londynem a Lizboną, gdzie się zatrzyma w czasie trwania Kongresu i służyć będzie uczestnikom za hotel. Parowiec opuści Londyn we czwartek 12 kwietnia 1906, zatrzyma się w Hawrze dla zabrania pasażerów francuskich, a dalej wyruszy do Coruna, gdzie zatrzyma się na czas jakiś dla umożliwienia członkom zwiedzania ważniejszych miejscowości, podobnie wysadzi pasażerów na ląd we Vigo i Oporto, a do Lizbony przybędzie popołudniu we środę dnia 18 kwietnia, gdzie zatrzyma się aż do 26 kwietnia, by już prosto powrócić przez Havre do Londynu.

2) Linia Hamburg-Ameryka zamierza dla wygody kongresistów urządzić podróż jednym z większych pocztowych parostatków „Oceania" mogącym pomieścić 300 pasażerów. Kongresiści będą mieli sposobność w podróży na tym statku nietylko poznać zajmujące wyspy Maderę i Teneryfę, a zwiedzić także Tanger i Gibraltar, a w Lizbonie, gdzie niewątpliwie będzie wielki brak pomieszkań, używać statku za hotel. Szczegóły co do podróży parowcem „Oceania« są następujące: Wyjazd z Hamburga 7/IV 9 g. rano, z Cuxhaven 7/IV 2 g. pop., z Duver 8/IV. Funchal 12/IV rano, odjazd stamtąd 13/IV wieczorem. Przybycie do St. Cruz (Teneriffe) 14/IV, pobyt 28 godzin. Przybycie do Tangeru 17/IV, pobyt 5 godzin. Przybycie do Gibraltaru 17/IV wieczorem, pobyt 20 g. Przybycie do Lizbony 19/IV. Odjazd z Lizbony 26/IV. Odjazd z Duwru 29/IV pop. 1 g. Powrót do Hamburga 30/IV.

Cena włącznie z zupełnem pożywieniem, także w czasie Kongresu w Lizbonie, ale z wyłączeniem napojów, wynosić będzie 700 do 2100 marek, zależnie od położenia kabiny zajętej. Prospekt szczegółowy wyjdzie dopiero w połowie stycznia 1906, a interesowani zechcą się zglosić wprost do Hamburga pod adresem: Hamburg-Amerika-Linie, Abteilung für Vergnügungsreisen.

3) Komitet polski znosił się dalej z firmą Cook and Son we Wiedniu, która skłonną jest, jak to swego czasu donosiliśmy, urządzić podobnie jak linia hambursko-amerykańska podróż pierwszoklasowym parowcem „Thalia" austryackiego Llyodu, w przypuszczeniu, iż z niego w pierwszej linii austryaccy i rosyjscy kongresiści skorzystać zechcą. Parowiec ten mógłby przeważnie służyć uczestnikom polskim, byle się wczas zgłosili; wspólna podróż powinna być dla nas tem większą przynętą. Plan jazdy byłby następujący: Odjazd z Tryestu 10/IV o g. 9 rano; przyjazd do Lizbony 18/IV. a stamtąd odjazd 26/IV; Gibraltar 28/IV, 5 rano wycieczka do Granady i Sewilli; odjazd z Gibraltaru 3/V. Powrót do Tryestu 10/V.

Cena od osoby za podróż pierwszą klasą do Lizbony i napowrót z pierwszoklasowem zupełnem utrzymaniem wynosiłaby 895 franków. Cena ta obejmuje: 1) Jazdę okrętem z Tryestu do Lizbony pierwszą klasą tam i napowrót. 2) Całkowite pierwszoklasowe utrzymanie w czasie jazdy, składające się ze śniadania, obiadu i wieczerzy (Levante-Menu), z wyłączeniem napojów. 3) Jednorazowe wylądowanie w Lizbonie i wzięcie napowrót na pokład. 4) Napiwne dla personalu okrętowego.

Ze względu na rozmaite uroczystości, odbywające się w Lizbonie i wskutek tego utrudniony powrót na statek dla zwykłych posiłków, firma Cook nie obejmuje w czasie Kongresu od 19—26 kwietnia powyżej oznaczoną ceną pożywienia, natomiast można posiłki brać na statku w tym czasie, lecz winno się je opłacać wprost do rąk stewarda.

Z powrotem zarzuci statek kotwicę koło Gibraltaru, aby dać uczestnikom sposobność urządzenia wycieczki do Granady w celu obejrzenia Alhambry, oraz do Sewilli. Wycieczka ta odbyłaby się pod okiem wydelegowanego przez firmę inteligentnego przewodnika, znającego dobrze okolicę i język miejscowy. Zajęłaby ona 6 dni czasu, a koszta, wliczając w to bilet kolejowy pierwszej klasy, utrzymanie, wynagrodzenie dla przewodnika etc., wyniosłyby na osobę około 250 koron. Parowiec „Thalia" będzie oczekiwał uczestników wycieczki w Algeciras; po powrocie zabierze na pokład i popłynie, nie zatrzymując się nigdzie, z powrotem do Tryestu. Zgłoszenia, do których trzeba dołączyć zadatek w kwocie 300 koron, można nadsyłać najpóźniej do 20 stycznia 1906.

Tak więc dla uczestników Kongresu nadarzają się prócz podróży zwykłej lądem, trzy sposoby dostania się do Lizbony na Kongres na pokładach statków i zwiedzenia przy tej sposobności po drodze rozmaitych miejscowości. Dla Polaków najponętniejszą zdaje się będzie wycieczka, jaką za inicyatywą Komitetu polskiego projektuje firma Cook we Wiedniu. Przyjść ona może jedynie do skutku przy zgłoszeniu się dość licznem przed 20 stycznia. Dlatego prosimy o niezwłoczne objawienie choćby tylko kartą korespondencyjną chęci udziału w tej podróży na ręce sekretarza lub skarbnika Komitetu polskiego, a zgłoszenia się wprost do firmy Cook and Soon Wien, Stephansplatz 4, dla zapewnienia sobie kajuty.

4) Jeneralny sekretarz Komitetu organizacyjnego prof. Bombarda donosi nam, że Komitetowi kongresowemu udało się pozyskać dla kongresistów książeczki z kuponami podróży wprost z Paryża do Lizbony i z powrotem z opustem 50 prc. zwykłej ceny, wogóle zaś koleje portugalskie, hiszpańskie i francuskie obniżą dla kongresistów taryfę osobową o 50 prc. Signor Giovanni Chiari we Florencyi organizuje podróż dla lekarzy włoskich, względnie austryackich na podobieństwo podróży, urządzanej przez firmę Cook. Nie przesądzając jednakże o dobrych zamiarach p. Chiariego, nie możemy się do włoskich przedsiębiorstw w tym kierunku zbytnio zapalać.

Tyle w sprawie ułatwień komunikacyjnych na Kongres. Towarzystwom i korporacyom naukowym przypominamy raz jeszcze, iż czas najwyższy wyznaczyć urzędowych delegatów. Skoro tylko nazwiska będą nam podane przez zarządy Towarzystw lekarskich, zakomunikujemy je Centralnemu Komitetowi w Lizbonie.

„Nowe" projekta ostemplowania recept.

W marcu 1902 roku wniósł zarząd Towarzystwa samopomocy lekarzy petycyę do Rady państwa i do Rządu z wypracowanym w najdrobniejszych szczegółach projektem opodatkowania recept, celem wprowadzenia drogą ustawy przymusowego zabezpieczenia na starość lekarzy w Austryi, jak niemniej pensyi wdowich i sierocych.

Dzięki energii i osobistym staraniom prezesa Towarzystwa, profesora Jordana, głównego twórcy projektu, powiodło się zyskać dla petycyi tej życzliwe przyjęcie w parlamencie, oraz u ówczesnego prezydenta ministrów, Dra Koerbera, a tak szefowie sekcyi, jak i wybitni posłowie przyrzekli sprawie chętne poparcie. Czy to jednak skutkiem wiadomego wszystkim zastoju parlamentarnego, czy też dla braku dalszej agitacyi ze strony austryackich Izb lekarskich, z których wprawdzie niektóre poparcie sprawy przyrzekły, ale też i do obietnicy tylko się ograniczyły, — ubiegło lat cztery, a o dalszych losach petycyi, przekazanej wówczas parlamentarnej komisyi socyalno-politycznej i złożonej w aktach ministerstwa spraw wewnętrznych, dotąd nic nie słychać. Co więcej nawet lekarze, poza obrębem Galicyi mieszkający, widocznie zapomnieć musieli, że

rzecz ta w tej formie przez nasze Towarzystwo zainicyowaną została, jeżeli obecnie wypłynęły w Wiedniu na raz dwa jakoby „nowe“ projekta, oparte na tej samej zasadzie, którą rozwinięto szeroko w naszej petycyi.

Na grudniowem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego wiedeńskiego wniósł dr. L. Stricker, członek Izby lek., projekt opodatkowania recept na rzecz funduszu emerytalnego, a zgromadzenie z niemałem zdziwieniem dowiedziało się podczas dyskusyi z ust obecnego na posiedzeniu polaka dra Ebla, że lekarze galicyjscy rzecz tę już po części wykonują praktycznie, zaprowadziwszy dobrowolne stemplowanie recept znaczkami, wydawanymi przez Tow. Samopomocy.

W numerze 23 czasopisma »*Oesterreichische Aerzte-Zeitung*« z 5 grudnia 1905 roku pojawił się obszerny artykuł zatytułowany: »*Zur Einführung einer Rezept-Stempelsteuer*«, w którym autor, podpisany pseudonimem „Justus“, wzywa „Związek lekarzy austryackich“ i Izby lekarskie, aby zajęły się energicznie przeprowadzeniem ustawy o podatku receptowym. Projekt swój uzasadnia szeroko w podobny sposób, jak uczyniliśmy to przed 4 laty w naszej petycyi, żąda zaprowadzenia znaczków receptowych 1-halerzowych, wykazuje obfite, stąd płynąć mogące dochody, obala wszelkie nasuwające się wątpliwości i dowodzi wreszcie, że tam, gdzie idzie o zabezpieczenie bytu przedstawicielom zawodu tak dla społeczeństwa pożytecznego, jak lekarski, nieznaczna ta ofiara ze strony ogółu na opór napotkać nie powinna.

Oba te głosy są dla sprawy wielce pomyślne, gdyż dowodzą, że w dalszej akcyi zabiegi nasze liczyć mogą na pomoc ze strony szerokich kół lekarzy, już nietylko galicyjskich, oraz, że myśl, przez nas pierwszych poruszona, mimo niechęci, jakiej jej niektórzy koledzy nie szczędzą, przecież musi być dobrą, a nawet jedyną w danym przypadku, jeżeli zrodziła się też i gdzieindziej zupełnie niezależnie i bez świadomości tego, co my zrobiliśmy.

Wydział Samopomocy, wprowadziwszy w Galicyi od $1^1/_2$ roku dobrowolne stemplowanie recept, rozporządza już doświadczeniem, jak rzecz ta wygląda w praktyce, co oczywiście bardzo ułatwić może dalsze zabiegi. Chodzi więc tylko o to, aby zastrzegłszy sobie pierwszeństwo tak pomysłu, jak i częściowego wprowadzenia go w życie, wejść obecnie w porozumienie z kolegami wiedeńskimi, a oddawszy kierownictwo Izbie krakowskiej, jako Izbie zarządzającej, nadać całej akcyi jednolity kierunek i wspólnemi siłami wszystkich Izb austryackich przywieść do skutku szeroko zakreślony projekt.

Wiedząc, że artykuł wyżej wzmiankowany zainteresował obecnego prezydenta zachodnio-galicyjskiej Izby, który nawet oświadczył gotowość zajęcia się tą sprawą, sądzę, że na razie wypadałoby przedewszystkiem obmyśleć jak najrychlej na wspólnem posiedzeniu Wydziału Izby i Wydziału Samopomocy plan dalszego działania, mającego na celu wciągnięcie do akcyi wszystkich Izb austryackich, aby już na najbliższym ich Wiecu, który odbędzie się bieżącego roku w Krakowie, wystąpić z konkretnymi wnioskami.

Dr. Adam Langie.

— Sprawozdanie z działalności **lekarzy szkolnych w Berlinie** za rok 1904/5 stwierdza, że mało które z miast niemieckich posiada stosunkowo tak mało tych ważnych urzędników zdrowia, jak Berlin: jeden bowiem lekarz szkolny w Hannowerze n. p. ma nadzór nad 12 klasami szkół, w Akwisgranie nad 30, w Berlinie nad 127. Wskutek tego lekarze szkolni berlińscy badają przy przyjęciu do szkoły to tylko dzieci, które wskaże kierownik szkoły jako chorowite; resztę dzieci badają dopiero w ciągu pierwszych 6 tygodni szkoły, przez co niejedno dziecko, z początku przyjęte, zostaje później wydalone. Każdy lekarz szkolny berliński musiał w ciągu roku wykonać aż 960 badań. Ze zbadanych dzieci nie przyjęto do szkół 8·5 prc., a 20·4 prc. uznano za potrzebujące nadzoru lekarskiego. Oprócz badań ogólnego stanu zdrowia i kwalifikowania dzieci na kursa dla jąkałów, orzekać musieli lekarze szkolni o higienicznej wartości urządzeń szkolnych. Dalej zajmowali się sprawą zwalczania chorób zakaźnych i gruźlicy w szkole, rozpowszechnienia się alkoholizmu u dzieci (w jednej ze szkół stwierdzono, że 31·9 prc. dziewcząt, a 34·4 prc. chłopców codziennie piją piwo!) i t. p. Zadania lekarzy szkolnych okazały się wogóle tak rozległe, że sprawozdanie domaga się, by jednemu lekarzowi przydzielać najwyżej 6 szkół.

Zajmujące jest porównanie niektórych szczegółów tego sprawozdania z datami o **higienicznych stosunkach** domowych **dziatwy szkolnej we Lwowie,** zebranemi przez lwowską Radę szkolną okręgową, a przytoczonemi przez *Przegląd higieniczny* (1906, 1). Tak n. p. stwierdzono, że na 545 uczniów szkoły ludowej im. Kordeckiego, 152 (28 prc.) używa stale wyskoku, 355 czasami, a tylko 38 (7 prc.) wcale go nie używa. 13·5 prc. chłopców (7—8 letnich!) przyznało się, że bodaj raz w życiu nadużyli wyskoku. Niektóre dzieci przynoszą ze sobą do szkoły wódkę na śniadanie podczas przerwy. Z innych szczegółów lwowskich badań przytoczyć należy stwierdzenie, że większość tamtejszych dzieci szkolnych śpi ledwo 6—7 godzin na dobę; tylko 44·5 prc. sypia oddzielnie, reszta we wspólnych łóżkach z rodzicami lub rodzeństwem. Kąpie się 42 prc. chłopców, 55 prc. dziewcząt; zmywa się do pasa zimną wodą 26·5 prc. chłopców, 48·7 prc. dziewcząt; czyści zęby 33 prc. chłopców, a 55 prc. dziewcząt. 19 prc. dzieci niema w domu stołu do pisania zadań, które pisze na stołku, kufrze, lub na ziemi i t. d.

— Berliński oddział związku lekarzy niemieckich, (t. zw. lipskiego) otworzy w najbliższym czasie **seminaryum medycyny społecznej** dla obznajomienia lekarzy z istniejącemi urządzeniami socyalno-lekarskiemi. Program seminaryum obejmuje wykłady, praktyczne ćwiczenia seminaryjne i zwiedzanie rozmaitych zakładów; seminaryum rozpocznie się z początkiem lutego 1906, udział w niem jest bezpłatny dla wszystkich lekarzy zgłaszających się. Wyjaśnień udziela dr. A. Peyser, Berlin C. 54, Hackescher Markt 1. *K.*

Wiadomości bieżące.

Kraków, 11 stycznia.

— Redakcyę »Przeglądu higienicznego« objęli po ustąpieniu prof. Szpilmana — prof. M. Grabowski i doc. K. Panek.

— Redakcyę »Časopisu lekařů českých« prowadzić będzie w r. b. wyłącznie dr. J. Semerád.

— Dr. Heryng z Warszawy wykończył dzieło o chorobach nosa i gardła, które wyjdzie z druku w r. b.

— Na Wydział lekarski lwowski zapisało się w bieżącym roku szkol. 120 słuchaczy zwyczajnych, w tem 17 kobiet, 16 nadzwyczajnych, w tem 2 kobiety.

— Na fundusz wdów i sierót Towarzystwa lekarzy galicyjskich złożyli lwowscy koledzy zamiast wieńców na trumnę ś. p. dr. Juliana Zajączkowskiego kwotę 245 koron.

— Utworzenie przez gminę biura mamek w celu urzędowej kontroli nad ich kwalifikacyą na mamki zaproponował w lwowskiej komisyi zdrowotnej dr. Mikołajski.

— Między 17 a 23 grudnia 1905 stwierdzono w Galicyi 1 nowy przypadek ospy w Krakowie, a 4 w powiecie mieleckim, zaś 18 przypadków duru osutkowego w 10 gminach 9 powiatów (po 1 w powiatach: Brzeżany, Buczacz, Dolina, Jarosław, Przemyślany, Stary Sambor, 3 w powiecie nadwórniańskim, 4 w jaworowskim, 5 w stryjskim).

— Między 24 a 30 grudnia 1905 stwierdzono dalszych 18 przypadków duru osutkowego w 9 gminach 7 powiatów (Kamionka, Mielec, Nadwórna po 1, Dobromil, Jaworów, Stary Sambor po 2, Stryj 8) i w mieście Lwowie (1 przyp.).

— Śmiertelność z gruźlicy we Lwowie stale się zwiększa, z 22·4 prc. ogólnej liczby zmarłych w r. 1896 wzrosła w ciągu dziesięciolecia do 26·3 prc. w r. 1904 (w Krakowie w tymże roku 1904 — 24·6 prc., w Tryeście 18·5 prc., w Wiedniu 22·4 prc.).

— Nagminne zapalenie opon mózgowych zaczyna się znowu, choć zrzadka, pojawiać na Slązku pruskim.

— W Düsseldorfie tworzy się akademia medycyny praktycznej, na której profesorów mają być m. i. powołani: Witzel (chirurgia), Hoffmann (med. wewn.), Sellheim (ginekologia), Schlossmann (chor. dzieci), Wendelstadt (higiena), Keimer (laryngol.). Otwarcie akademii ma nastąpić z wiosną 1907 r.

— II międzynarodowy Zjazd dla higieny szkolnej odbędzie się 5—10 sierpnia 1907 w Londynie. Austr. ministeryum spraw wewn. wzywa Towarzystwa pedagogiczne, lekarskie i techniczne do zawiązania komitetów miejscowych i krajowych dla spraw tego zjazdu.

— Zjazd Towarzystw balneologicznych niemieckich i austryackich odbędzie się w marcu r. b. w Dreźnie.

— Towarzystwo lekarskie w St. Louis uchwaliło założyć »czarną księgę« pacyentów, nie mających zwyczaju płacić lekarza.

Mianowani ordynatorami w warszawskich szpitalach: dr. W. Wróblewski w szpitalu Ewangelickim, dr. Ettinger w szpitalu Dzieciątka Jezus, dr. S. Orłowski i dr. Zembrzuski w szpitalu Jana Bożego; profesorem laryngologii doc. dr. Neumayer w Monachium, profesorem klinicznej terapii dr. Robin w Paryżu, profesorem anatomii patolog. we Fryburgu prof. Schmorl z Drezna. Tytuł profesora otrzymał znany chirurg dr. Karewski w Berlinie.

Zmarli: Dr. Kazimierz Obniski utonął w bitwie pod Cuszimą; ur. w r. 1876, praktykował od r. 1901 w gubernii chersońskiej jako lekarz ziemstwa. Dr. Henryk Fryde, l. 44, w Będzinie, zmarł z duru osutkowego. Padł ofiarą zawodu, w którym używał powszechnego szacunku i wzięcia. W N. Yorku znany ginekolog Bozeman w 80 r. ż.; okulista prof. Sachsalber w Grazu; patolog b. prof. Rosanelli w Padwie.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Nr. 12. Od Redakcyi: Nowa epoka Bieliński: Pierwsze promocye doktorskie w Warszawie. Kramsztyk: Rola lekarza w „Panu Tadeuszu".

— *Przegląd higieniczny* Nr. 1. Kicki: Wyniki badań chorób ocznych i bystrości wzroku u młodzieży szkół ludowych we Lwowie. Gargas: Miasta ogrodowe.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 53. Zikmund: Vzácný případ porodu conduplicato corpore. Kubr: Kazuistický příspěvek ku poranění bleskem. Kozlowsky: Linimentum mentholi chloroformiatum compos. orig. Sedláček. — 1906. Nr. 1. Kukula: O chirurgické therapii cholelithiasy. Veselý: Topografická perkusse srdce a methody určování skutečných rozměrů srdce. Štýbr: Purpura fulminans. Bouček: Úvahy a zkušenosti porodnické praktického lékaře.

— *Sborník klinický* Nr. 2. Hnátek: Příspěvek ku poznání pathogenesy nemoci Raynaudovy. Thomayer: K symptomatologii zánětu srdečníka. Vanýsek: Paroxysmální bigeminie s vlivem vůle na činnost srdeční. Souček: Příspěvek k otázce o renalním původu urobilinu. Rössler: Klinický příspěvek k nauce o pathogenese a prognose ikteru při prudké otravě fosforem. Vozábova: O souboru příznaků Ménièrových.

— *La Presse médicale* Nr. 105. Letulle: Kliniczne badanie kału. Carrel: Przeszczepianie żył i jego chirurgiczne zastosowanie. Badania doświadczalne. — 1906. Nr. 1. Reclus: Stowaina. Desfosses: Dziecięce skrzywienie kręgosłupa boczne. — Nr. 2. Wallich: O białkomoczu w ciąży. Méry: Żłobki w szpitalach dla dzieci. Guérin: O metodzie Behringa.

— *Semaine médicale* Nr. 1. Blanchard: Spirilla, spirochaete i inne prątki kręte.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 1. Hoffa: O urazowem zapaleniu stawu kolanowego. Lüdke: O uzyskiwaniu jadu dysenterycznego. Buschke i Fischer: O położeniu krętka bladego w tkance. Hymans v. d. Bergh i Grutterink: Sinica pochodzenia jelitowego. Ostwalt: O głębokich wstrzykiwaniach wyskoku kokainowego lub stowainowego przy iwach n. trójdzielnego i innych. Cohn: Znaczenie promieni Röntgena w leczeniu mięsaków limfatycznych. Bordet: Uwagi o antykomplementach. Lubliński: Odma opłucna i porażenie n. krtaniowego dolnego. De la Camp: Leczenie nawykowego zaparcia stolca. — Nr. 2. Pfeiffer i Moreschi: O pozornem antykomplementowem i antyamboceptorowem działaniu surowic strącających w ustroju zwierzęcym. Apolant, Ehrlich i Haaland: Doświadczalne przyczynki do nauki o nowotworach. Bickel: Doświadczenia co do wpływu wód mineralnych na czynność wydzielniczą żołądka. Salomon: Rozpoznawcze nakłucie brzucha. Rothmann: O przewodzeniu czucia w rdzeniu. Gutzmann: W sprawie fizyologii i patologii ruchów oddechowych. Lüdke: (dok. z Nr. 1). Bosse: O ropnem ogólnem zapaleniu otrzewnej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 1. Wagner v. Jauregg: W sprawie obciążenia dziedzicznego. Halban J: O pomijanym dotąd objawie ciąży *(hypertrichosis graviditatis)*. Braun-Fernwald: Rzadki przypadek gruźlicy macicy. Hinterstoisser: W sprawie leczenia wrodzonego rozszczepienia pęcherza.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 1. Sauerbruch: Sprawozdanie z pierwszych operacyi, wykonanych w komorze pneumatycznej na klinice wrocławskiej. Dungern: W sprawie gruźlicy na zasadzie doświadczeń na małpach człekokształtnych. Weichardt: O toksynie i antytoksynie znużenia. Werner: Nabyta promieniotwórczość tkanek jako czynnik biologicznego działania promieni i jego naśladowania. Müller: O stosunku wrażeń duchowych do zaburzeń sercowych. Bruns: Uwięźnięcie przydatku tłuszczowego w przepuklinie. Lotze: O istocie i działaniu jadów wężowych z przyczynkami kazuistycznymi. Fromme: O zapobiegawczem i leczniczem użyciu surowicy przeciwpaciorkowcowej. Winckelmann: Leczenie włóknikowego zapalenia płuc surowicą pneumokokową Römera. Freund: Nieprzepuszczający promieni Röntgena giętki zgłębnik.

Redakcya otrzymała. Bogdanik: Über die Torsion des Samenstranges. Odb. z „Wiener med. Presse".

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 1 (od dnia 31/XII do 6/I) **urodziło się** dzieci żywo: chł. 27, dziew. 25; nieżywo: chł. —, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych męż. 22, kob. 18; zamiejscowych: męż. 8, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 13, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —. ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 9, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 40, obcych 16.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się w *„Domu Towarzystwa"* (Radziwiłłowska 4) we środę 17 b. m., o godzinie 6 wieczór. Na porządku dziennym sprawozdanie urzędników Towarzystwa z czynności w r. 1905.

Rok XLV. Kraków 20 Stycznia 1906. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek liszajca pryszczykowego *(Impetigo herpetiformis).*

Podał

Dr. Eugeniusz Borzęcki

prymaryusz oddziału.

W roku 1872 ogłosił Hebra kilka przez siebie spostrzeganych przypadków choroby, nie wyróżnionej dotąd jako jednostki, którą nazwał liszajcem pryszczykowym (*impetigo herpetiformis*). Chociaż od tego czasu ogłoszono szereg przypadków tego cierpienia, to jednak mimo to etyologia i patogeneza jego nie zostały rozjaśnione.

W roku 1892 zestawił Dubreuilh (1) w monografii wszystkie ogłoszone przypadki w liczbie 16. Z liczby tej ogłosił Hebra (2) pięć (jeden wspólnie z Geberem), Kaposi 8, po jednym przypada na Mareta (3), du Mesnila (4) i Dubreuilha. Ogłoszone jako liszajec pryszczykowy przypadki Heitzmanna (5), Patakyego (6) i Schwarza (7) nie zostały uwzględnione, jako zbyt odbiegające całym przebiegiem klinicznym, postacią zmian na skórze, od tego obrazu chorobowego, jaki skreślili Hebra i Kaposi. Od pracy Dubreuilha, t. j. od r. 1892, zdołałem w dostępnem mi piśmiennictwie wyszukać jeszcze dalszych 12 przypadków. Ostatni ogłosił Gunsett w roku 1901 w *Arch. f. Derm. u. Syph.*

Rzadkość choroby z jednej strony, wiele ciemnych stron w jej etyologii z drugiej, są powodem, że ogłaszam przypadek, spostrzegany w oddziale chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza.

M. A., kobieta, lat 44. z Krakowa. Rodzice nie żyją; matka umrzeć miała na cholerę, ojciec z powodu choroby piersiowej. W r. 27 wyszła za mąż. Ma 6 zdrowych dzieci. Chora podaje, że w przebiegu III ciąży miała cierpienie skórne na dolnych kończynach, wywołujące silny swiąd, które bez leczenia ustąpiło. Chora jest obecnie w VII miesiącu VII ciąży. Przed 2 miesiącami doznawała bolów w okolicy lędźwiowej, a przyzwany lekarz miał stwierdzić cierpienie nerek i pęcherza. Od 4 tygodni doznawała chora na wewnętrznej stronie ud silnych bolów i pieczenia skóry, zresztą niezmienionej, które jej spać nie pozwalają. Przed 2 tygodniami spostrzegła na tych miejscach zmiany na skórze, które skłoniły ją do zasięgnięcia porady. Chora została przyjętą do oddziału dnia 15 lipca 1904.

Stan obecny: Chora źle odżywiona, blada; w narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Czuje się zmęczoną, osłabioną od czasu obecnej ciąży; podczas ciąży dawniejszych czuła się zdrową. Mocz: c. g. 1·008, oddziaływa kwaśno, 0·03% białka; w osadzie nabłonki płaskie i ciałka ropne; ciepłota 37·3, tętno 120.

Głównie zajęta część skóry przedstawia się przy złożonych udach w postaci trójkąta, którego podstawę stanowi u góry linia pozioma, biegnąca nieco powyżej owłosienia wzgórka łonowego, boki zaś — dwie linie, biegnące mniej więcej od połowy więzadła Pouparta skośnie po wewnętrznej powierzchni ud do ich połowy. Przy rozstawionych udach zauważa się, że granice ogniska chorobowego zachodzą na tylna powierzchnię ud, sięgając aż do pośladków. Obwódkę opisanego ogniska stanowi pasek skóry, silnie zaczerwienionej, nieco nad powierzchnię wyniosłej, którego obwodowa



część na szerokości 1—2 ctm. pokryta jest pęcherzykami i krostkami od wielkości prosa do wielkości główki od szpilki. Im więcej ku obwodowi, tem drobniejsze są te wykwity tak, że w części najbardziej na zewnątrz leżącej zaledwie spostrzedz je można. Powierzchnia skóry, objętej powyżej opisanym pasem, jest pokryta częściowo strupami, łuskami przyskórka, po których usunięciu ukazuje się albo powierzchnia skóry prawidłowej, przekrwionej, albo sącząca, przypominająca obraz wyprysku sączącego. Podobne ogniska, wielkości pomarańczy, znajdują się ponad lewem więzadłem Pouparta, pod oboma sutkami,

w przegubach łokciowych. Porozrzucane mniejsze ogniska stwierdzono na udzie lewem, po zewnętrznej stronie stawu kolanowego prawego. Błony śluzowe jamy ust i części rodnych prawidłowe.

17/VII. C. r. 37·3, — w. 37·9, t. 120. Ogniska chorobowe powiększają się, o ile w miarę zasychania pęcherzyków dawniejszych pojawiają się na obwodzie świeże. Ogólny stan zły, dreszcze, bezsenność.

20/VII. R. 37·2, w. 38·0. Ognisko ponad lewem więzadłem Pouparta zlało się z ogniskiem w okolicy wzgórka łonowego. Chora uskarża się na silne pieczenie skóry w różnych miejscach.

23/VII. R. 37·1, w. 38·1. Na grzbiecie i przedramionach ogniska jakby rumienia, zasiane to pojedyńczo, to w gromadkach ułożonymi pęcherzykami wielkości prosa — Bezsenność, niepokój, ruchy płodu słabe.

26/VII. R. 37·3, w. 38·1. Ponad pępkiem świeże ognisko z temi samemi zmianami, jak dawniejsze.

28/VII. R. 37·2, w. 37·9. Na bokach klatki piersiowej ogniska rumienia, które sprawiają chorej silne pieczenie. Dreszcze, poty w nocy.

29/VII. R. 37·3, w. 38·0. Rumień zajął większą część tułowia, tylko jednak na części grzbietowej rozsiane drobne pęcherzyki. Ruchów płodu chora nie czuje.

30/VII. R. 37·8, w. 38·2, t. 110. Ogniska pierwotnie zajęte (w okolicy wzgórka łonowego, nad więzadłem Pouparta, pod sutkami) częściowo pokryte naskórkiem; świeżych ognisk nie ma. Stan ogólny lepszy.

1/VIII. R. 37·7, w. 38·0. Nowych ognisk nie stwierdzono.

3/VIII. W. 38·6. W środkowych częściach już zagojonych ognisk na udach nowe pęcherzyki, w gromadki ułożone. Wczoraj wieczór dreszcze.

Od tego czasu nie dostrzegano nowych ognisk; nieznaczne podniesienie ciepłoty utrzymywało się do dnia 13/VIII.

13/VIII. Ciepłota prawidłowa. Ogniska chorobowo zajęte przedstawiają po odpadnięciu strupów, usunięciu łusek naskórka, powierzchnię skóry pokrytej naskórkiem, przekrwioną lub silnie zabarwioną. Stan ogólny chorej poprawiał się stopniowo; ruchy płodu wyraźne.

26/VIII opuściła oddział w dobrym stanie. Miejsca na skórze, zajęte chorobowo, odróżniają się od otoczenia ciemniejszem zabarwieniem.

W leczeniu ograniczono się do podawania 2 razy dnia po 0·4 *Chin. muriat.*, kilkakrotnie *Chloral. hydrat.* Do opatrunków użyto 3% maści borowej. Ze względu na znaczny upadek sił, przyspieszone tętno, kąpieli nie stosowano.

W lutym 1905 odszukałem chorą w mieście. Opowiedziała mi, że d. 17 września powiła zdrowe dziecko. Sama czuje się zdrową, na skórze prócz słabo zaznaczonych większą ilością barwika plam na miejscu dawnych ognisk, nic nieprawidłowego nie stwierdziłem.

Badaniem histologicznem uprzejmie zajął się doc. Fran. Krzyształowicz, za co Mu na tem miejscu składam podziękowanie.

W tym celu dnia 21 lipca przy znieczuleniu chlorkiem etylu wycięto kawałeczek skóry, pokrytej świeżymi pęcherzykami. Do barwienia użyto celem wyróżnienia części składowych badanej tkanki, jak i w celach bakteryologicznych, różnych sposobów. Badanie stwierdziło, że pęcherzyki leżą powierzchownie, t. j. w obrębie warstw naskórka w ten sposób, że dach pęcherzyka stanowią utrzymane komórki naskórka, a dno jego komórki sieci Malpighiego. Wnętrze pęcherzyka jakby podzielone na pola przez utrzymane, porozdzielane od siebie komórki warstwy kolczastej (*str. spinosum*), w polach tych nieliczne ciałka ropne. W pęcherzykach, zaledwie zaznaczonych, dostrzedz można jak gdyby zwisające ze ściany ich górnej w pasemkach komórki sieci Malpighiego, co czyni takie wrażenie, jak gdyby siedziba pęcherzyka była głębiej. W skórze właściwej naciek drobnokomórkowy, zwłaszcza około naczyń. W niektórych (sposobem Grama) barwionych preparatach znajdują się we wnętrzu pęcherzyków nieliczne gromadki ziarenkowców, które zdają się być gronkowcami.

Badanie bakteryologiczne zostało wykonane przez dra Filipa Eisenberga, asystenta zakładu higieny, za co Mu serdeczne podziękowanie składam.

W tym celu po dokładnem odkażeniu powierzchni pęcherzyków alkoholem, eterem i wodą karbolową, przeniesiono ich treść na agar, agar z surowicą, do bulionu, bulionu z surowicą; wyhodowano w ten sposób gronkowca białego i paciorkowca ropotwórczego. W tym samym dniu odsłonięto żyłę łokciową i postępując ściśle przeciwgnilnie zaszczepiono wydobytą z żyły krwią różne pożywki. Na agarze i agarze z surowicą wyhodowano liczne kolonie paciorkowca i mniej liczne gronkowca białego.

Od ukazania się w r. 1891 monografii Dubreuilha ogłosili przypadki liszaja pęcherzykowego Freyhan (8) 2 przypadki, Sabolotzky (9), Breier (10), Dauber (11), Schultze (12), Whitehouse (13), Hartzell (14), Gross (15), Rille (16), Tommasoli (17), Pollack (18) i Gunsett (19). Celem łatwiejszego przeglądu zestawiłem je obok siebie (patrz tablica str. 31).

Z powyższego zestawienia okazuje się, że od pierwszego spostrzeżenia Hebry z r. 1872 do dziś dnia ogłoszono 34 spostrzeżeń, które dotyczą 28 osobników. Nawroty choroby spostrzegano tylko u kobiet, mianowicie: w przypadku Kaposiego jeden nawrót, u chorej Maret-Gunsetta 3 nawroty, w przypadku du Mesnila i Marxa du Mesnila i Daubera (wszystkie trzy spostrzeżenia odnoszą się do tej samej chorej) dwa nawroty. W ten sposób liczba 26 przypadków, spostrzeganych u kobiet, obejmuje tylko 20 osobników. W ośmiu przypadkach, dotyczących mężczyzn, nawrotu nie spostrzegano.

Liszajec pryszczykowy uznany przez Hebrę i Kaposiego za jednostkę chorobową, nie został przez wszystkich przyjęty za taką. Pierwszym był Duhring, który w kilku pracach (20) występował przeciw takiemu wyodrębnieniu, a raczej włączyć chciał tę chorobę, jako odmianę „pęcherzykową", do pojęcia swego zapalenia skóry liszajowatego *(dermatitis herpetiformis)*. W tym samym roku (1884) Besnier (21) wystąpił przeciw wywodom Duhringa, wytykając w swej pracy nie dosyć krytyczny sposób, w jaki Duhring usiłował tak ściśle określoną i tyloma znamiennymi objawami nacechowaną chorobę, jak liszajec pryszczykowy, weisnąć jako pewną odmianę w ramy swego, wśród różnych zmian chorobowych przebiegającego „zapalenia skóry liszajowatego". Tem mniej mógł uznać słuszność wywodów Duhringa, Kaposi. Brocq (22) przyznał również odrębne miejsce liszajcowi pryszczykowemu. W r. 1889 na jednem z posiedzeń międzynarodowego zjazdu dermatologów w Paryżu odczytał Brocq list, przysłany mu przez Duhringa (23), w którym ten zmienia swoje zapatrywanie i uznaje „liszajec pryszczykowy" za chorobę odrębną.

Autor	Ilość przyp.	Ilość spostrzeż.	Kobieta	Ciężarna lub położnica	Mężczyzna	Badanie moczu	Ciepłota	Wyleczenie	Śmierć	Nawrót	Badanie bakteryologiczne	Wynik oględzin pośmiertnych	Uwagi
Hebra	5	5	5	Wszystkie ciężarne lub w połogu	—	w większości przypadków białko	We wszystkich przypadkach gorączka z typem zwalniającym.	—	5	—	Z treści krostek różne drobnoustroje (ziarenkowce)	W I przyp. obraz posocznicy z ostrym obrzękiem śledziony Endometr. purul. W II prz. Endometr. et periton. W III przyp. Peritonitis tbc.	—
Kaposi	7	8	7		1			1	7	u jednej chorej			Tę samą chorą spostrzegano w r. 1880 i z nawrotem w 1884. U drugiej — według jej podania — miała być ta sama choroba przy poprzedniej ciąży.
Maret	1	2	3	ciężarna	—	brak białka		2	—	4 nawroty	nie podane	—	I. i II. raz choroba wystąpiła podczas ciązy; III. i IV. raz po ustaniu miesiączki (menopausis) i wtedy opisał ją Gunsett i M.
du Mesnil i Marx	1	1	1	nie	—	„		1	—	3 nawroty, trzeci spostrzegany przez Daubera	Wyhodowano: gronkowca ropotwórczego, złotego i żółtego czworniaka	—	—
du Mesnil		1	1	ciężarna	—	„		1	—	—	brak wzmianki	—	—
Dubreuilh	1	1	—	—	1	białko		1	—	—	ujemne	Anasarca. Emphysema pulmonum	—
Freyhan	1	1	1	położnica	—	białko, liczne wałeczki		—	1	—	ujemne	Nephritis parenchym.	—
Freyhan	1	1	—	—	1	białko		—	1	—	—	nic uderzającego	—
Sabolotzky	1	1	1	ciężarna	—	—		nie ma wzmianki			ujemne	—	Chorą przedstawiono na posiedzeniu Towarzystwa dermat. w Moskwie.
Breier	1	1	1	ciężarna	—	białko		—	1	—	Hodowle gronkowca złotego	Bronchopneumonia duplex. Nephritis parench. tumor lienis.	—
Dauber	—	1	1	nie	—	prawidłowy		—	1	—	Nic znamiennego nie wyhodowano	Tbc. pulmonum et intestini crassi.	Tę samą chorą spostrzegał Du Mesnil, aby więc uniknąć błędu — nie liczę jej osobno.
Schulze	1	1	1	ciężarna	—	białko		1	—	—	brak wzmianki	—	—
Whitehouse	1	1	—	—	1	?		—	1	—	„	Nie ma wzmianki	—
Hartzell	1	1	1	nie	—	?		—	1	—	—	„	—
Gross	1	1	1	ciężarna	—	białko, wałeczki		1	—	—	brak wzmianki	—	Chory z oddziału pr. Mracka przedstawiony na posiedzeniu Towarz. dermatolog. wied. 1898.
Rille	1	1	—	—	1	—		—	1	—	ujemne	Liczne owrzodzenia w przełyku.	Chorego przedstawiano na posiedzeniu Towarz. dermat. wiedeń. 1898.
Tommasoli	1	1	—	—	1	Zwiększona ilość eteru etylowego i lotnych fenoli		1	—	—	brak wzmianki	—	—
Pollack	1	1	—	—	1	prawidłowy		1	—	—	„	—	—
Gunsett	1	3	2	nie	1	„		3	—	—	Pożywki po zaszczepieniu treści krostek jałowe	—	Dwa spostrzeżenia dotyczą tej samej chorej, którą opisał Maret — dlatego nie liczę ich jako nowego przypadku.
Przypadek mój	1	1	1	ciężarna	—	białko		1	—	—	Z treści krost i krwi: gronkowce białe i paciorkowce	—	—
Razem	28	34	26	—	8	—		14	19	— u Sabolotzkyego brak wzmianki	—	—	34 spostrzeżeń odnosi się ze względu na nawroty do 26 przypadków.

(Dok nast.)

O obrzezaniu rytualnem.

Podał

Dr. J. Fels.

(Ciąg dalszy).

Obrzezanie u różnych narodów.

Wspomniałem już wyżej, że obrzezanie jeszcze do dnia dzisiejszego jest dość rozpowszechnione i prócz żydów i mahometan wykonywa je jeszcze wiele innych narodów w krajach gorących, natomiast nigdy nie dokonywały go narody północne. Przypatrzmy się nieco, jakie znaczenie ma obrzezanie u niektórych innych narodów i w jaki sposób one je wykonywają? U Arabów, wywodzących początek obrzezania od Ismaela, syna Abrahama z nieprawego łoża z Hagarą, było ono od dawna starym obyczajem ludowym i Mahomet zatrzymał go, nie dając o nim żadnych przepisów w koranie. Tak więc przyjęło się obrzezanie jako obrzęd religijny także u Persów i Turków. Wiadomości o obrzezaniu u innych narodów czerpałem po części z opisów podróżujących, starałem się jednak także o wiarogodne wiadomości z czasów ostatnich i w tym celu prosiłem kilku lekarzy, osiadłych w krajach wschodnich, o dokładne opisy dzisiejszego stanu obrzezania u ludów oryentalnych. Z tych nadesłali mi wyczerpujące odpowiedzi Turek dr Reszad, asystent cesarsko-ottomańskiej kliniki Gülhane w Konstantynopolu i rodak nasz dr J. Batko, dyrektor stacyi sanitarnej w Suezie, za co im w tem miejscu szczere wyrażam dzięki. Dr Reszad pisze więc: Wszyscy muzułmanie, do jakiejkolwiek należą narodowości, ulegają obrzezaniu. Nie jest to przepisem religijnym, lecz radą, którą udzielił Mahomet swym wyznawcom. W koranie niema też żadnej wzmianki o obrzezaniu, lecz mimo to każdy przestrzega tej rady. Tylko w ostatnim czasie niektórzy z sekty Kurdów w Kurdystanie, w północno-zachodniej Persyi u źródlisk Tygrysu, nie poddają się obrzezaniu, skoro zaś ci wstępują do wojska, muszą się natychmiast poddać obrzezaniu przez lekarza w szpitalach wojskowych. Nie istnieją też dla mahometan żadne przepisy co do wieku, w którym obrzezanie ma się wykonać, lecz zwykle dzieje się to między 6 a 10 rokiem, bardzo rzadko zaś później do 15 roku życia. Natomiast Arabowie poddają obrzezaniu obecnie swe dzieci już w drugim tygodniu, lub drugim miesiącu, rzadko w drugim roku. (Niesłusznem jest więc rozpowszechnione mniemanie, że Turcy, wyprowadzając swój ród od Ismaela, poddają swych synów obrzezaniu dopiero w 13 roku życia, ponieważ Ismael dopiero w 13 roku był obrzezany. Genesis, rozdział XVII, w. 23—27). Jak u żydów, tak u mahometan obrzezanie połączone jest z wesołą uroczystością rodzinną.

Do niedawna dokonywali obrzezania w Turcyi wyłącznie obrzezacy, należący zwykle do ludzi nieoświeconych, którzy często nawet swej ojczystej mowy czytać i pisać nie umieją. Lecz mniej więcej od dziesięciu lat, kiedy lekarze wojskowi zaczęli dokonywać obrzezania Kurdów i inni w większych miastach zaczynają poruczać tę operacyę wogóle lekarzom chirurgom. Zawsze jednak obrzezanie odbywa się w domu rodzicielskim.

Z biegiem czasu i w Turcyi wynaleziono różne narzędzia do obrzezania, lecz do dziś dnia najstarsze z nich są najlepsze, bo najprostsze i dlatego też tak przez obrzezaków, jak i przez lekarzy najwięcej używane. Są niemi szczypczyki żelazne, tępy pręcik (sztylecik) gałkowaty z kości słoniowej i brzytwa. Tylko, że chirurdzy używają zamiast prostych żelaznych szczypczyków pincety Kocherowskiej lub uciskadła jelitowego, albo też pincety do obrzezania Collina. Sposób obrzezania jest ten sam u obrzezaków, jak i u lekarzy, tylko że chirurdzy robią je bezgnilnie, obrzezacy zaś naturalnie tego nie przestrzegają i posługują się prócz tego do tamowania krwi ściągającymi proszkami roślinnymi. U Persów n. p. felczerzy, wykonywający obrzezanie, opatrywali ranę spalonym papierem.

Obrzezanie zaś odbywa się w Turcyi w sposób następujący: uchwyciwszy dwoma pierwszymi palcami lewej ręki napletek, obrzezający naciąga go ku przodowi. Równocześnie wprowadza on tępy sztylecik z kości słoniowej między napletek i żołądź, by się przekonać, czy niema jakich zrostów. Jeśli takowe istnieją, rozdziera je zapomocą silnych ruchów tegoż sztylecika. Zostawiwszy sztylecik na swem miejscu, zakłada obrzezający szczypczyki między sztylecikiem i żołędzią, ukośnie z dołu ku górze, by nie tykać wędzidełka napletka i odcina odgraniczony uciskadłem napletek brzytwą. Pozostały napletek odwija się ku tyłowi, by zbliżyć go do skóry prącia. Obrzezacy, pokrywając ranę grubą warstwą proszku ściągającego, obwiązują ją. Chirurdzy zaś wykonywają operacyę według wszelkich przepisów aseptyki, tamując krew uciskającym opatrunkiem jałowym. U dorosłych lekarze podwiązują tętnice i zeszywają ranę. Po obrzezaniu przez obrzezaków przychodzi nieraz do zapalenia tak, że żołądź, prącie i gruczoły brzękną i dziecko ma gwałtowne bole przy moczeniu. Zapalenia te kończą się zwykle po dwu tygodniach bez wszelkich następstw. Wysysania rany, jak u żydów, mahometanie nie znają; usta zresztą są u muzułmanów świętym narządem.

O obrzezaniu w Egipcie donosi mi kolega dr Batko co następuje: Obrzezania dokonywają tam golarze, felczerzy, lekarze arabscy i w lepszych domach nawet lekarze europejscy, nigdy zaś duchowni arabscy. Najczęściej obrzezanie wykonywa się w Egipcie między 3 a 4 rokiem życia, zawsze zaś przed dojściem do dojrzałości płciowej. Urządza się przytem małe przyjęcie w rodzaju chrzcin. Ponieważ do obrzezania używa się zwykłej brzytwy, przeto zdarzają się nieraz zakażenia ropne lub kiłowe, nie jest to jednak zbyt częstem.

Według Salomona[19]) dr J. G. Gmelin tak opisuje obrzezanie u Tatarów. Obrzędowi obrzezania poddaje się tam zwykle kilku chłopców razem, którzy mogą być różnego wieku, od 6—14 lat. Obrzęd rozpoczyna się ucztą i piciem herbaty, poczem układa się chłopców pokotem na szerokiej ławce, pokrywając ich lekką pokrywą. Z kobiet zwykle tylko matki chłopców są obecne. Obrzezak, abdul zwany, trzyma w ręku miseczkę drewnianą, w której znajduje się mały pręcik drewniany, szczypce drewniane, nóż i nieco palonej bawełny. Obrzezak klęka u nóg chłopca, trzymając je mocno między swemi udami, podczas gdy inni trzymają ręce. Odsłoniwszy części płciowe abdul bierze prącie chłopca do rąk i odsunąwszy napletek do połowy żołędzi podnosi

[19]) Dr M. G. Salomon: Die Beschneidung. Braunschweig 1884, str. 20.

na jej grzbiecie zapomocą pręcika drewnianego fałd napletka, który ujmuje szczypcami drewnianemi i ścina nożem, poczem odsuwa znowu napletek do połowy żołędzi i przykłada nieco palonej bawełny na ranę dla zatamowania krwi. Po skończonej operacyi zgina i rozszerza kolana chłopca tak, że prącie zostaje z wszystkich stron wolne i przykrywszy znów chłopca przystępuje do następnego, postępując tak kolejno z wszystkimi. Podczas operacyi przy każdym chłopcu otoczenie podnosi wielki krzyk radosny dla wyrażenia uciechy, że chłopcy stają się prawdziwymi muzułmanami. Nieraz uderzają także w mały bęben ręczny, bądź również z radości i dla nadania chłopcom otuchy, bądź też dla przegłuszenia, jeśli płaczą lub krzyczą. Częściej chłopcy tatarscy są podczas operacyi zupełnie spokojni, niektórzy zaś płaczą i krzyczą i wtedy napychają im usta łakociami.

Wycięty kawałek napletka, mający kształt trójkąta długości 5 mm, abdul oddaje matce, która zawija go w bawełnę i chowa na pamiątkę. Przez następne ośm dni abdul ogląda codziennie ranę i odciąga zawsze napletek, by nie pokrywał na nowo żołędzi. Jeśli zaś później napletek się ściąga i na nowo pokrywa żołądź, wtedy obrzezanie z wszelkiemi ceremoniami się powtarza. Collin spostrzegał podczas wojny w latach 1813—1815 u kilku żołnierzy rosyjskich wyznania mahometańskiego, umieszczonych w szpitalach w Dreźnie, że mimo obrzezania mieli oni prawie cały napletek. Tatarzy nie uważają całego obrzędu za coś świętego, zawsze jest to obrzęd, połączony z jedzeniem i piciem, a u bogatych odbywają się nawet uroczyste zabawy, jak przy weselu tatarskiem, dlatego też cały obrzęd nazywa się po rosyjsku „swad'ba", t. j. wesele.

Wogóle obrzezanie nie miało w dawnych czasach i dziś nie wszędzie ma znaczenie religijne; często jednak jest ono symbolem cielesnego i moralnego oczyszczenia. U ludów dzikich obrzezanie odbywa się zwykle wtedy, kiedy chłopcy stają się mężnymi i zdatnymi do władania bronią. Tylko Indyanie nad rzeką Orinoko obrzezali swe dzieci wyjątkowo już ósmego dnia, inne szczepy Ameryki południowej i Meksyku dopiero w 10—12 roku życia.

C. Marsh Beddnell opisuje w „Brit. med. Journal" z 29 kwietnia 1905 r.[20]) obrzezanie i wycięcie łechtaczki (*clitoridectomia)* u tubylców Afryki wschodniej: Obydwie te operacye odbywają się tylko raz na 6 do 8 lat wśród wielkich ceremonii. Chłopca goli się na całem ciele, zostawiając tylko rzęsy, paznokcie również ścina się krótko i naciera się całe ciało mieszaniną z gliny białej i tłuszczu. Wykąpany chłopiec siada w środku wsi hotentockiej (po holendersku „kraal") na skórze zwierzęcej, za nim usadawia się osoba asystująca, trzymając ręce chłopca, operator zaś siada między rozłożonemi jego nogami. Naznaczywszy sobie najpierw kredą na zewnętrznej stronie napletka miejsce rowka zażołędnego, przecina wędzidełko, wprowadza palec między napletek i żołądź i w miejscu naznaczonej linii przecina poprzecznie napletek. Przez ten otwór obrzezacz wyprowadza żołądź, którą zapomocą kolców w tem miejscu przytwierdza, poczem odcinanie potrzebną część napletka; ranę zmywa mlekiem i wodą. Napletek troskliwie należy przechować, gdyż jego utrata ma spowodować śmierć chłopca. Tylko mężczyźni mogą być obecni przy tej operacyi. Mężczyzna nieobrzezany może obcować płciowo tylko z dziewczyną nieobrzezaną. Początek obrzezania tak mężczyzn, jak i kobiet, widzi C. M. Beddnell w dawnych ofiarach ludzkich, których postacią łagodną dla przebłagania bóstwa jest obrzezanie. Często chłopcy przed obrzezaniem muszą złożyć bardzo bolesne próby męstwa i po ceremonialnem gromadnem obrzezaniu na oddalonych miejscach nabierają praw mężów. Podobnie dzieje się w Australii, gdzie obrzezają chłopców, kiedy pierwszy porost na twarzy się zjawia i u Kafrów; tak samo na niektórych wyspach oceanu południowego, gdzie obrzezanie wykonywa się w ten sposób, że wprowadza się patyczek owinięty płatkiem pod napletek, który się rozcina ostrym kamieniem i wciera się w ranę sok roślinny. Często powstaje po tem silne zapalenie. Chrześcianie w Egipcie i Abisynii, oraz Koptowie, którzy dawniej obrzezali swych chłopców przy chrzcie albo dopiero w 10 roku życia lub jeszcze później, obecnie jednak, jak mi donosi dr Batko, nie obrzezają się więcej.

[20]) Referowane w „Münch. med. Wochenschr." 1905, str. 1355.

Obrzezanie dziewcząt.

Obrzezanie dziewcząt, polegające zwykle na wycinaniu łechtaczki z napletkiem, a niekiedy także i części warg mniejszych, rozpowszechnione jest w Arabii, w niektórych okolicach Persyi, w Egipcie, Nubii, Abisynii, wogóle u wielu Negrów w Afryce i u Malajczyków, szczególnie na wyspie Jawie, jakoteż u Indyan w Peru, u Australczyków w Kinslandzie, a szczep Panos w południowej Ameryce obrzeza tylko dziewczęta. Nigdzie obrzezanie dziewcząt nie jest obrzędem religijnym, lecz rzekomo zdrowotnym obyczajem krajowym i nigdzie też nie wykonywają go n. p. kapłani, lecz kobiety, wędrujące po wsiach i miasteczkach i wywołujące, że „przyszła dobra obrzezaczka, czy są dziewczęta do obrzezania" i t. d. podobnie jak u nas ci, co zwierzęta wałaszą.

W Arabii obrzezanie dziewcząt jest prastarym zwyczajem i już Strabon o niem wspomina. Polega ono tam na wycinaniu napletka łechtaczki, jeśli ten napletek jest za długi. Dokonywa się operacyi zwykle po dziesiątym roku życia. Korzyść tego obrzezania, jak sądzi Niebuhr[21]), polega prawdopodobnie na tem, by kobietom wygodniej było się myć, zwłaszcza że mahometanom do mycia ciała wolno użyć tylko jednej ręki. Lecz niektórzy Arabowie podali mu jeszcze inny powód, a mianowicie ten, żeby łechtaczka się nie podniosła, gdyż Arabowie sądzą, że obyczajność ich kobiet wymaga, by się zawsze biernie zachowały. W Persyi obrzeza się dziewczęta tylko w niektórych okolicach.

W Abisynii chrześcijanie usiłowali usunąć obrzezanie dziewcząt, uchodzące tam za konieczność klimatyczną, a nawet jako środek upiększania. Obrzezało się też tam tak kobiety mahometańskie, jak i kopckie, między 3 a 10 rokiem życia, a mianowicie obcina się w Abisynii wargi mniejsze ostremi nożyczkami i posypuje się proszkami ściągającymi, a nawet popiołem; w niektórych okolicach obrzeza się dziewczęta żelazem rozżarzonem. Podobnie jak w starożytności było dla mieszkańców wschodu zniewagą powiedzieć komu „ty nieobrzezańcze", tak jeszcze do niedawna u niektórych Arabów i Abisyńczyków było obrazą dla dorosłych dziewcząt, być nazwaną „nieobrzezana". W Senegambii i koło Port-

[21]) Niebuhr: Beschreibung von Arabien, cytowane według Salomona l. c. str. 36.

Natalu obrzezanie dziewcząt połączone jest z ceremoniami, przy których wystrojone gromady dziewcząt biczują rówieśnych młodzieńców. Według opisu C. Marsh Bednella[22]) obrzezanie dziewcząt u tubylców Afryki wschodniej odbywa się w okresie pokwitania również wśród różnych ceremonii raz na 6—8 lat. Dziewczęta, taksamo jak chłopców, golą na całem ciele i wszyscy młodzieńcy ją przestrzegają, że wypędzą ją ze wsi, jeśliby krzyczała. Dziewczyna leży na skórze zwierzęcej, jedna kobieta trzyma jej głowę na swem łonie, dwie inne rozszerzają i trzymają nogi, a kobieta stara odcina nożem sierpowatym wargi mniejsze i łechtaczkę. Mężczyźni, kobiety i dzieci przypatrują się całej operacyi, podczas której kobiety obecne wznoszą wielki krzyk, by przegłuszyć stękanie operowanej. Rana jest po miesiącu zagojona, przykre powikłania rzadko tylko się zdarzają. Po tej operacyi dziewczyna już może wyjść za mąż; dziecko urodzone z dziewczyny nieobrzezanej ulega śmierci. Tylko kobieta obrzezana może nosić tak zw. „ogon“; jest to ogon zwierzęcy, zwisający między pośladkami i stanowiący najważniejszą część ubioru. Rozpowszechniony jest w Afryce także okrutny zwyczaj powtórnego obrzezania i zeszycia warg sromnych u młodych dziewcząt i kobiet, by zapewnić ich dziewiczość do ślubu lub wierność, n. p. w czasie dłuższej nieobecności męża.

Faktem, stwierdzonym przez różnych lekarzy i podróżujących, jest, że tak samo jak napletek u mężczyzn, tak łechtaczka i wargi sromne u kobiet w krajach gorących są znacznie dłuższe. Jest to skutek wiotkości tych części, pochodzącej w pierwszej linii z klimatu; lecz prawdopodobnie także ze smarowania różnymi tłuszczami i maściami i z próżniactwa. Hottentotki n. p. mają sobie tak przedłużać wargi większe przez smarowanie i rozciąganie nawet zapomocą zawieszonych ciężarków, że z czasem stają się one na 14 do 18 cm. długie, co dało kilkakrotnie powód do opisu „naturalnego fartucha Hottentotek“. Uchodziło to u nich za ozdobę, podobnie jak w okolicach, gdzie wól jest rodzimym, uważano go za piękny i konieczny.

Oto jeszcze, co mi pisze dr Batko o obrzezaniu kobiet w Afryce: W lepszych domach egipskich dziewczętom łechtaczek już się nie wycina, praktykuje się to jeszcze u ludu. Zajmują się tem kobiety znachorki (rhagarije), które wędrując po wsiach i miastach, wykrzykują: „nebajen rejn we neszuf el barkt nedok nettaher“ (przewiduję szczęście, przepowiadam przyszłość, tatuuję i dokonywam obrzezania). Dokonywają tego brzytwą lub nożyczkami i zalewają alkoholem. U dziewcząt nubijskich wycina się czasem wargi i zeszywa się brzegi ran ze sobą, zostawiając mały otwór dla przejścia moczu. Czynią to podobno w celu dochowania dziewiczości aż do zamążpójścia. Wtedy przecina się brzytwą miejsce, gdzie był dawniej szew, by uczynić wolny przystęp do pochwy. (C. d. n.).

Zapiski lecznicze z kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

III.

12) **Nadmanganian potasowy przeciw ukąszeniu przez żmiję.** W kilku (5) przypadkach ukąszenia przez żmiję w kończyny dolne stosowaliśmy wstrzykiwania 1% roztworu nadmanganianu potasowego (*kali hypermanganicum*) w okolicę ukąszenia, po poprzedniem wymyciu rany, przyżegnięciu ługiem potasowym i nasiekaniu (skaryfikacyi) okolicy rany. Wstrzykiwano nadmanganian potasu w kilka godzin po ukąszeniu. We wszystkich przypadkach (wiek chorych od 13 lat do 81 lat) wyzdrowienie. Należy jednak podnieść, iż we wszystkich tych przypadkach przewiązano silnie kończynę zaraz po ukąszeniu powyżej zadanej przez żmiję ranki.

13) **Woda utleniona** (*hydrogenium hyperoxydatum*) **w otruciu fosforem.** Dwutlenek wodoru H_2O_2, wyrabiany przez fabrykę Mercka w roztworze wodnym, zawierającym 30% H_2O_2 na wagę, co równa się 100% H_2O_2 na objętość, używany jest do gojenia i leczenia ran.

W klinice bywa woda utleniona używaną do płukania ust w roztworze 1%, szczególnie przy zapaleniu błony śluzowej jamy ustnej, n. p. przy zatruciu rtęciowem.

W jednym przypadku zatrucia fosforem podawaliśmy wewnętrznie i podskórnie 1% wodę utlenioną, co godzina łyżeczkę (około 15 grm.)

Chora M. U. wypiła dnia 8/4 1905 nastój wyskokowy 26 paczek zapałek fosforowych; przez pierwszy dzień nie była wcale leczoną, a żołądka chorej nie płukano; w drugim dniu po otruciu podawano (w domu) siarkan miedziowy; do kliniki przyjęto chorą dnia 13/4 1905. Przy badaniu stwierdzono osłabienie serca, powiększenie stłumienia w wymiarze poprzecznym. Tony ciche, tętno słabo napięte, 90: wątroba była powiększona, sięgając 2 palce niżej łuku żebrowego; na spojówkach żółtaczka.

Podano digitalysat. Bürgera 3 r. dz. po 10 kropli, wodę utlenioną w 1% roztworze co godzina łyżeczkę i wstrzykiwano podskórnie po 1 c³. (4—5 r. dz.). Później podawano jeszcze *coffein. natriosalicyl.* 2: 200 co dwie godziny łyżkę i stare wino.

Do 20/4 stan się pogarszał, stłumienie serca powiększało się i doszło aż do prawego brzegu mostka, tony ciche, tętno szybkie, słabo napięte (l. t. 100—130), żółtaczka zwiększała się stale i powtarzały się krwotoki nosowe. Od 20/4 stan poprawia się i chora po długim okresie ozdrawiania opuszcza klinikę zupełnie wyleczona.

Przypadek ten, aczkolwiek zbyt późno po zatruciu stosowano wodę utlenioną, kiedy czystego fosforu prawdopodobnie już nie było, — to jednak ze względu na pomyślny wynik pomimo ciężkiego przebiegu zatrucia zasługuje na wzmiankę i zachęca do dalszego wewnętrznego i podskórnego stosowania H_2O_2 w przypadkach zatrucia fosforem. H_2O_2 podaje się również do płukania żołądka przy zatruciu fosforem, gdyż wtedy zamienia fosfor na nietrujący kwas fosforowy. *Dr. J. Latkowski.*

14) **Leki w chorobie Basedowa (mleko kozie, rodagen, antytyreoidyna Möbiusa).** Poznanie związku pomiędzy zaburzeniami czynności gruczołu tarczowego, a charłactwem z braku gruczołu tarczowego (*cachexia strumipriva*) i obrzękiem śluzowatym (*myxoedema*) stały się podstawą nowej teoryi, mającej wyjaśnić pochodzenie choroby Basedowa. Twórcą i głównym obrońcą tej nowej teoryi jest Möbius. Zwróciwszy uwagę na przeciwieństwa objawów obrzęku śluzowatego, a choroby Basedowa, doszedł do przekonania, że przyczyną choroby Basedowa, jest przewlekłe zatrucie ustroju zmienioną wydzieliną gruczołu tarczowego. Teorya Möbiusa stała się bodźcem do prób leczniczych, szukających podstawy w nowem pojmowaniu istoty choroby. Usiłowano uzyskać przetwory organoterapeutyczne, któreby zobojętniały trujące działanie zmienionej wydzieliny gruczołu tarczowego.

Drogą, prowadzącą do tego, miało być operacyjne usuwanie zwierzętom gruczołu tarczowego. Spodziewano się bowiem, że w ustroju zwierzęcym, pozbawionym gruczołu tarczowego, wytwarzają się substancye, wywołujące charłactwo, jak w obrzęku śluzowatym i że wprowadzenie tych substancyi do ustroju ludzkiego, nawiedzonego chorobą Basedowa, zobojętni trującą wydzielinę gruczołu tarczowego. Rozumo-

---

[22]) „Brit. med. Journal“ z 29 kwietnia 1905.

wanie to opierało się na przeciwieństwie objawów obrzęku śluzowatego i choroby Basedowa.

Pierwsze próby lecznicze w tym kierunku podjęli Ballet i Enriquez w Paryżu, a Lanz w Bernie. Pierwsi wstrzykiwali chorym na chorobę Basedowa surowicę krwi psów, u których powstały objawy tężyczki (*tetania*) po wycięciu gruczołu tarczowego. Lanz podawał mleko z kóz, które pozbawiono gruczołu tarczowego w przypuszczeniu, że mleko ich zawierać będzie substancye, niweczące trujące działanie gruczołu tarczowego w chorobie Basedowa.

Dalszym krokiem w uzyskaniu trwalszych, a skutecznych przetworów organoterapeutycznych, opartych na tej samej zasadzie, było ukazanie się głośno reklamowanego *rodagenu*. Rodagen ma być działającym składnikiem mleka kóz, pozbawionych gruczołu tarczowego. Wyrabiają go w postaci białej mączki, pod nadzorem lekarskim, „Vereinigte chemische Werke“ w Charlottenburgu, w cenie 15 fenigów za 1 grm. Ma działać, przy dziennem podawaniu 10—15 grm po kilku tygodniach. Główne objawy choroby Basedowa mają w znacznej mierze ustępować. Burghardt, Rydel, Leyden, bądź pochlebnie, bądź też z zastrzeżeniem wyrażają się o tym środku.

W ostatnich czasach poczęła fabryka E. Mercka w Darmstadzie na polecenie Möbiusa wyrabiać surowicę pod nazwą „*Antithyreoidinum Möbius*“. Surowica ta pochodzi z krwi zwierząt (baranów), którym wycięto gruczoł tarczowy na 6 tygodni przed pierwszym upustem krwi. Przetwór ten, znajdujący się w obiegu handlowym, jest zaprawiony 0·5% kwasu karbolowego i ma być nieograniczenie trwałym; przedstawia się jako płyn wodojasny, a sprzedawany bywa we flaszeczkach pojemności 10 cm³, w cenie 6 marek za flaszeczkę. Surowicę tę stosował Möbius początkowo podskórnie, lecz bez skutku. Następnie począł ją podawać wewnętrznie po 5 cm³ co drugi dzień i po kilku tygodniach uzyskiwał w chorobie Basedowa bardzo dobre wyniki, objawiające się zmniejszeniem się gruczołu tarczowego, zwolnieniem tętna, uspokojeniem się chorych. Spostrzeżenia swe ogłosił na zjeździe neurologów niemieckich w r. 1901. Od tego czasu ukazało się kilka prac, tak z praktyki prywatnej, jakoteż ze szpitali i klinik niemieckich, oceniających działanie surowicy Möbiusa wogóle pochlebnie (Lomer, Dülig, Hempel, Thiengier, Leyden, Josionek i inni).

Wspomnianych środków leczniczych używaliśmy w dziewięciu przypadkach choroby Basedowa. W trzech przypadkach podawano mleko z kozy, pozbawionej gruczołu tarczowego, w czterech przypadkach rodagen i w czterech przypadkach antytyreoidynę Möbiusa. O ile to było możliwem, obserwowano chorych najpierw przy podawaniu leków obojętnych, a następnie dopiero rozpoczynano leczenie swoiste, stosując się do przepisanych dawek, a podając lek przez czas bardzo długi.

Mleko z kóz (3 przypadki) nie sprawiło żadnej zmiany w przebiegu choroby, a nawet w jednym przypadku chora straciła $1^1/_2$ klgr. ciężaru ciała.

Przy podawaniu **rodagenu** zauważono, że w jednym przypadku lek ten wcale nie zmienił stanu choroby; w dwóch przypadkach nastąpił w czasie podawania tego leku wyraźny spadek ciężaru ciała, w jednym tylko przypadku gruczoł tarczowy pomniejszył się, waga ciała wzrosła, biegunka ustąpiła, inne zaś objawy nie uległy zmianie. W czterech przypadkach, a z tych w dwóch przypadkach, z powodu gwałtownego przebiegu bardzo nadających się do oceny swoistego działania jakiegokolwiek leku, stosowano **antytyreoidynę.** Surowica ta w wspomnianych dwóch przypadkach, użyta w przepisanych dawkach w całkowitej ilości 100 i 190 cm.³, nie wywarła żadnego działania na dalszy niepomyślny, w jednym przypadku śmiertelny, przebieg choroby. U innej chorej po 100 cm³ surowicy nastąpiło zwolnienie tętna i obwód szyi zmniejszył się, lecz równocześnie ubyło $3^1/_2$ klgr. wagi ciała z powodu biegunki. Tylko u jednej chorej nastąpiło polepszenie tak co do ciężaru ciała, jak i co do liczby tętna i wielkości gruczołu tarczowego. Polepszenie to stało się znacznie wyraźniejszem po leczeniu klimatyczno-zdrojowem w Krynicy.

Że spostrzeżeń naszych wynika, że działanie przetworów organoterapeutycznych w chorobie Basedowa nie jest ani pewnem, ani swoistem. Działania szkodliwego stosowanych przetworów nie zdołaliśmy zauważyć. Wyniki lecznicze, uzyskane przez nas przy podawaniu tych przetworów, nie dadzą się użyć do poparcia teoryi Möbiusa o chorobie Basedowa. *Dr. E. Męsowicz.*

Oceny i sprawozdania.

Die Gesundheit, ihre Erhaltung, ihre Störungen, ihre Wiederherstellung. Ein Hausbuch, herausgegeben von Prof. Dr. R. Kossmann (Berlin) und Privatdocent Dr. J. Weiss (Wien). Union, Deutsche Verlagsgesellschaft Stuttgart, Berlin, Leipzig. Cena 19 kor. 20 hal.

Leży przed nami spory tom (870 stron) dzieła, którego doniosłe znaczenie dla społeczeństwa określa już dostatecznie tytuł, a przedewszystkiem jego przeznaczenie, wynikające z określenia „książka domowa“ (ein Hausbuch). Nikt z nas nie zaprzeczy, że od niepamiętnych czasów pomoc lekarska spoczywała i dotąd niestety spoczywa w znacznej części w rękach osób niepowołanych, t. j. partaczy. Ile szkody wyrządzają ci domorośli lekarze i partacze społeczeństwu, poucza tylko w małej mierze kazuistyka sądowo-lekarska. Lecz »*vulgus vult decipi*« i dlatego nie wierzy nam lekarzom, gdy przestrzegamy społeczeństwo przed praktykami leczniczemi osób do tego niepowołanych, wychodząc z założenia, że głos nasz jest stronniczym, podniesionym w obronie własnego interesu.

Nie dziwimy się wcale, gdy w odległym zaścianku nieoświecony jego mieszkaniec zasięga porady u znachora, lecz zdumienie musi nas ogarniać, gdy osoby wykształcone spieszą w chorobie o pomoc do partaczy, zręcznie reklamujących swe sposoby „naturalnego leczenia“ i bezwzględnie pomyślne ich wyniki, a przemilczających liczne niepowodzenia i szkody, czego prawdziwa nauka, tak zwana „urzędowa medycyna“, czynić nie zwykła. Tym pociągiem publiczności do darzenia większą wiarą ludzi, niepowołanych do leczenia, niż właściwych lekarzy, tłómaczyć sobie należy ów jedyny w swoim rodzaju przypadek, zaszły niedawno w Paryżu, w którym pewien rzekomy partacz, pociągniony do karnej odpowiedzialności za nieprawne zajmowanie się leczeniem, wykazał się wobec sądu dyplomem lekarskim. Powagi tego dyplomu nie używał on jednak w swych ogłoszeniach dlatego, że, jak twierdził, bez dyplomu można mieć o wiele większe powodzenie w wykonywaniu swego zawodu.

Nie dość było partaczom, nie znającym budowy i czynności ciała ludzkiego, zajmować się leczeniem zapomocą różnych obosiecznych zabiegów wodoleczniczych, naparów z ziół nieraz silnie trujących i t. d.; zapragnęli jeszcze sławy autorskiej i stąd wypływają rok rocznie w setkach tysięcy egzemplarzy wydawane podręczniki i poradniki leczenia wszystkich ludzkich niemocy „niezawodnymi sposobami i środkami, udzielonymi przez przyrodę“. Według tych dzieł niema choroby, któraby nie mogła być uleczoną (przypominają się tutaj usiłowania starożytnych tyranów stworzenia uniwersalnej odtrutki na wszystkie trucizny, uniwersalnego lekarstwa na wszystkie choroby), a jednak mimoto i przy pomocy tych leków ludzie umierają, jak umierali, a często umierają lub stają się kalekami właśnie dlatego, że zbytnio zaufali przyrodolecznictwu i na czas nie zwrócili się o pomoc, opartą na rzetelnej wiedzy i doświadczeniu.

Ażeby temu szkodliwemu dla społeczeństwa piśmiennictwu przeciwdziałać, powierzyła głośna firma wydawnicza napisanie wymienionego w nagłówku dzieła prof. Kossmannowi z Berlina i docentowi J. Weissowi z Wiednia przy współudziale 53 wybitnych lekarzy i autorów lekarskich. Każdy z działów tego dzieła powierzono specyaliście w najściślejszem słowa znaczeniu, to też rozdziały, tyczące się chorób wewnętrznych, opracowali między innymi tak głośni uczeni, jak np.: Prof. Eichhorst, Basch, Leyden i t. d., rozdziały chirurgiczne prof. Czerny, Mosetig, rozdziały o chorobach skórnych i płciowych prof. Lesser i Finger, rozdziały o chorobach kobiecych, macierzyństwie i chorobach dzieci prof. Kleinwächter, Gusserow, Herzfeld, Johannesen, Loos, rozdziały o chorobach oka, ucha i t. d. prof. Raehlmann i Hauk, wreszcie choroby układu nerwowego i umysłowe prof. Sommer, Seeligmüller i t. d.

W liczbie 53 współpracowników znajdujemy 50 niemieckich uczonych, z 3 pozostałych jest jeden norwegiem (prof. Johannesen

z Chrystyanii), a dwóch naszych rodaków, t. j. prof. Jurasz z Heidelbergu i prof. Wachholz z Krakowa.

Tom pierwszy obejmuje część ogólną, t. j. omawia budowę i czynności zdrowego ustroju (prof. Fritsch z Berlina), pojęcie choroby i jej przyczyny (prof. Lubarsch), jej rozpoznawanie, zapobieganie, opiekę państwową i społeczną nad zdrowiem, stosunek lekarza do chorego, środki i sposoby lecznicze, jak leczenie przetworami leczniczymi, wodą, mięsieniem, przyrządami i narzędziami, kąpielami, zabiegami operacyjnymi i wpływem psychicznym, wreszcie trucizny i otrucia z podaniem sposobów pierwszej pomocy przed przybyciem lekarza (prof. Wachholz). Nadto obejmuje ten tom z części szczegółowej choroby narządu ruchowego, krążenia, oddychania (choroby krtani i tchawicy przez prof. Jurasza), trawienia, wydzielania i choroby płciowe, z poddziałem o popędzie płciowym i jego zboczeniach, prostytucyi, małżeństwie i niezdolności płciowej.

Tom II dzieła, który już wychodzi, podobnie jak pierwszy, w zeszytach, obejmie choroby kobiece, macierzyństwo i jego zaburzenia, choroby niemowląt i dzieci, choroby nerwowe, umysłowe, skórne, narządów zmysłowych, wreszcie choroby krwi, zakaźne i wymiany materyi.

Tak więc obejmie dzieło, na rzetelnych oparte podstawach, całokształt wiedzy lekarskiej, podany w sposób przystępny dla każdego. To też książka ta wydana pod względem typograficznym wzorowo, bogato ilustrowana licznymi (350) rycinami i 12 kolorowanymi tablicami o wykwintnem wykonaniu, musi przez swoją bogatą i przystępną treść oddać rzetelną społeczeństwu usługę i zasługuje na rozpowszechnienie, dopóki w naszem piśmiennictwie nie pojawi się podobne dzieło. *P.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Koeppe. **Badanie krwi i uodparnianie.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* t. 62, listopad, 1905). Autor przestrzega, żeby zawsze przy przyjmowaniu swoistej aglutynacyi krwinek lub hemolizy wyłączyć aglutynacyę i hemolizę, wywołaną czynnikami fizycznymi lub chemicznymi. Ciałko krwi otoczone jest według badań autora błoną, przepuszczającą wodę, nie przepuszczającą jednak rozpuszczonych w niej składników. I tak krwinki czerwone zawierają głównie sole potasowe, osocze tylko sole sodowe. Szczelność błonki może być naruszoną przez zmniejszenie zewnętrznego ciśnienia osmotycznego (wprowadzenie krwi do wody przekroplonej), skutkiem czego błonka zostaje rozdętą i pęka. Naruszają ją także wszystkie czynniki działające na tłuszcz: ogrzanie, kwasy, zasady, chloroform i t. d. Stąd wniosek, że błonka zawiera w znacznej ilości jakąś istotę tłuszczową, prawdopodobnie cholestearynę lub lecytynę. Niektóre ze wspomnianych czynników w mniejszem stężeniu wywołują nie hemolizę, lecz aglutynacyę. *Lewkowicz.*

G. Lovel Gulland. **Nowy sposób robienia preparatów ze szpiku kostnego** (*Folia haematol.* I. 689, 1905). Autor odradza robić ze szpiku kostnego preparaty cięte, natomiast gorąco zaleca robić preparaty ze szpiku roztartego między szkiełkami. W preparatach ciętych dostaje się taką olbrzymią moc komórek, a nadto zatraca się ziarnina leukocytów tak, że uzyskane tą drogą obrazy nie są w stanie dać nam dokładnego pojęcia o sprawie chorobowej. Aby uniknąć tych trudności, należy szpik rozcierać. W tym celu bierze się kawałek szpiku kostnego z długiej kości w przypadkach, w których szpik jest przerosły (?), albo wyjmuje szczypczykami z końca naciętego żebra, rozciera następnie między dwoma szkiełkami nakrywkowemi i albo suszy na szkiełkach i potem ustala, albo ustala bez poprzedniego suszenia. Czasami szpik kostny jest dość płynny, a wtedy da się zrobić ładny preparat; przeważnie jednak jest szpik zbity i nie jednolity. A wtedy strzępki szpiku trzeba albo rozetrzeć, używając dostatecznej siły, albo też można je rozciągnąć na szkiełkach. W jednym i drugim przypadku wypadają preparaty źle. Jeśli się strzępy rozciera, to delikatniejsze komórki, a szczególnie neutrofilne myelocyty, łatwo pękają i pola zasiano są ziarniną. W drugim przypadku wypadają preparaty nierówno, niegładko i mała tylko część preparatu nadaje się do badania. Autor radzi robić ze szpiku zawiesinę. Bierze strzępek szpiku, zalewa go równą co do objętości ilością rozczynu soli kuchennej 0·9 prc. i rozciera płyn wraz z strzępkiem na gładkiej płytce szklanej, aż się utworzy jednolita zawiesina. A wtedy albo szkiełkiem nakrywkowem dotyka tej zawiesiny, albo pręcikiem szklanym przenosi odrobinę zawiesiny na szkiełko nakrywkowe. Na szkiełko z zawiesiną kładzie drugie szkiełko, rozciera i suszy. Potem należy jeszcze preparat ustalić. Ustalić można w dowolny sposób, autor najbardziej radzi płyn Jennera. Sposób autora ma dawać piękne obrazy i oszczędzać wiele czasem. *Stahr.*

C. T. Noeggerath i R. Staehelin. **W sprawie wykazania krętka bladego we krwi chorych na kiłę.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 31, 1905). W krwi kiłowych trudno znaleźć było dotąd krętka bladego dlatego, że do badania używali badacze małej ilości krwi. Autorowie polecają postępować w sposób podany przez Staubbliego dla badania krwi na włośnicę. Krew, otrzymaną z nakłucia żyły lub z ucha i to w ilości co najmniej 1 cm.³ mięszali co najmniej z 10 cm. sz. $^1/_3$ prc. rozczynu kwasu octowego. Roztwór należy scentryfugować, następnie sporządzali preparaty krwi na szkiełkach z różnych warstw cieczy centryfugowanej i barwili za poradą Schaudinna i Hofmanna, metodą Giemsy. Rozczyn barwika Giemsy należy za każdym razem sporządzać świeży i pozostawić w nim preparaty przez kilka godzin. W ten sposób znaleźli zawsze w osadzie centryfugowanej krwi kiłowych krętki i to 1—3 egzemplarzy na jakie 30 pól widzenia. Doświadczenia swe przeprowadzili na 3 kiłowych z wtórorzędną kiłą nieleczoną. Dla kontroli zaś badali krew innych chorych niekiłowych, — zawsze z wynikiem ujemnym. *Stahr.*

Berestnew. **Papier odczynnikowy do wywoływania aglutynacyi i jego zastosowanie do rozpoznania przecinkowców cholery.** (*Russki Wratsch* Nr. 22 *v. Bioch. Centralbl.* Bd. IV. Nr. 8 i 9, 1905). Autor poleca papier odczynnikowy do rozpoznania przecinkowców cholery, sporządzony w następujący sposób: na krążki papierowe, służące do filtrowania, fabryki Schleichera i Schülla Nr. 571, albo lepiej Nr. 575, naznacza się tępą stroną noża kwadraty wielkości $2^1/_2$ cm. i na każdy z nich nalewa się pipetą pasterowską kroplę (około $^1/_{10}$ cm.³) surowicy, wywołującej aglutynacyę, pozostawia się je przez 20—30 minut celem wysuszenia, a potem dla jeszcze dokładniejszego wysuszenia umieszcza się krążki papierowe na płytkach szklanych w suszarkach nad kwasem siarkowym. Po 2—3 godzinach tnie się papierki na kwadraciki, zawierające po jednej kropli surowicy i przechowuje w ciemnych dokładnie uszczelnionych flaszeczkach. Chcąc otrzymać potrzebną surowicę, robi się wyciąg z papierków w ten sposób, że do probówki, w której umieszcza się krążek, daje się 14·3 cm.³ rozczynu soli kuchennej (0·85 prc.) i w ten sposób otrzymuje się surowicę w rozcieńczeniu 1: 1000. Tak otrzymaną surowicę wlewa się do hodowli, w której mamy wywołać aglutynacyę. Wyniki otrzymane przez autora były zupełnie zadowalniające. Papierki odczynnikowe mają jeszcze i tę zaletę, że przez długi czas można je przechować bez zepsucia. *Gertler.*

W. Erb *jun.* **Doświadczalne i histologiczne badania nad zmianami w tętnicach po wstrzykiwaniach adrenaliny.** (*Archiv f. experimentelle Pathol. und Pharmakol.* 1905. Bd. 53, H. 3). Nie upłynęło jeszcze dwóch lat od czasu, w którym Josué ogłosił swe badania nad zmianami w tętnicach króliczych po wstrzykiwaniach do żył adrenaliny, a już posiadamy sporo w tej sprawie prac. Jedną z najgruntowniejszych jest bezsprzecznie praca Erba. U królików, którym rzeczony autor wstrzykiwał adrenalinę do żył, znajdował w tętnicach zmiany charakterystyczne. Głównem siedliskiem zmian była aorta piersiowa, lubo i w aorcie brzusznej i tętnicach nerkowych można było, acz nie we wszystkich przypadkach, stwierdzić zmiany. Nie były one jednak tak rozległe, jak w aorcie piersiowej. Natężenie zaburzeń chorobnych w aorcie zależne było od liczby wstrzykiwań i od dawek adrenaliny, czyli od ogólnej ilości wstrzykniętej adrenaliny. Do wywoływania zaburzeń w aorcie wystarcza czasem jedna dawka adrenaliny. U jednego n. p. królika, który padł w 14 dni po jednorazowem wstrzyknięciu 0,3 mgr. adrenaliny, aorta w niesłychanie wybitnym stopniu była zmieniona. Zmiany w tętnicach po wstrzykiwaniach adrenaliny do żył były następujące. Komórki mięśni gładkich w błonie średniej ogniskowo obumierały, poczem szybko w ogniskach tych następowało zwapnienie. Wskutek zaniku komórek mięśniowych między dużemi blaszkami sprężystemi aorty, ostatnie wyprostowywały się i układały się jedne na drugich. Zmiany powyższe przyczyniały się do tego, iż błona średnia stawała się cieńszą i mniej sprężystą, w następstwie czego powstawało wyrównawcze zgrubienie błony wewnętrznej, z nowo utworzonych włókien sprężystych, komórek mięśniowych i nabłonkowych. Wreszcie powstawały w ścianie naczynia liczne tętniakowe wypuklenia. W błonie zewnętrznej i naczyniach naczynnych zmian histologicznych Erb nie stwierdził. Zmiany zatem w tętnicach króliczych, powstałe wskutek śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny, nie odpowiadają bynajmniej zmianom, charakteryzującym miażdżycę tętnic u ludzi. Natomiast są one zbliżone do zwapnienia błony średniej, które się spotyka u ludzi w tętnicach kończyn. Co się tyczy powstawania rzeczonych zmian w tętnicach króliczych

pod wpływem wstrzykiwań adrenaliny, to Erb przypuszcza, iż powstają one wskutek bezpośredniego działania jadowitego adrenaliny na komórki mięśni gładkich w ścianie naczynia. Ważną rzeczą byłoby zbadać, czy i u innych zwierząt prócz królików, których krew zawiera stosunkowo dużo wapnia, powstaje również zwapnienie błony średniej naczyń po wstrzykiwaniach adrenaliny do żył. Chcąc tę sprawę wyświetlić, wstrzykiwał Erb dwom małpom (Macacus rhesus) do żył adrenalinę. Obydwie małpy zdechły, jedna po 30 dniach, druga po 35. Pierwszej małpie zrobiono 10 wstrzyknięć po 0,1—0,3 mg. adrenaliny, drugiej — 19 po 0,2—0,4 mg. Sekcya nie wykazała żadnych zmian ani w aorcie, ani w dużych naczyniach krwionośnych.

A. Wrzosek.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. T. Sasaki. **Doświadczalne badania nad wpływem herbaty na wydzielanie soku żołądkowego.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1905. Nr. 49). Na podstawie swych doświadczeń na psach zestawia autor krzywe, wykazujące, że herbata hamuje wydzielanie soku żołądkowego. Spostrzeżenie to uzupełnia kliniczne doświadczenie, że przy upośledzonej czynności wydzielniczej żołądka źle znosimy herbatę, podczas gdy w stanach przeciwnych napój ten dobrze działa. Oczywiście, że ten wpływ na wydzielanie soku żołądkowego nie zmienia ogólnych własności herbaty i jej wpływu na układ nerwowy. Spostrzeżenia autorów, że żołnierze, pobierający herbatę codziennie, tracą na wadze ciała, oraz doświadczenia Pawłowskiego *in vitro*, że herbata osłabia siłę proteolityczną pepsyny, potwierdzają spostrzeżenia autora. Autor zwraca też uwagę na to, że przy tak zwanem śniadaniu próbnem celem zbadania czynności wydzielniczej żołądka podaje się chorym herbatę, co nie zdaje się być odpowiedniem wobec tego, że herbata bądź co bądź nie stwarza *optimum* dla siły wydzielniczej żołądka.

Dr. M. Blassberg.

R. Bovis. **O zapaleniu wyrostka robaczkowego u osobników starszych.** (*La semaine médicale* 1905. Nr. 21). Na podstawie zjednoczonej statystyki różnych autorów, obejmującej 2781 przypadków, dochodzimy do wniosków, że między 11-tym a 20-tym rokiem życia przypada 51·8 prc. schorzeń; od 21—30 37·3 prc.; od 31—40 roku 16·8 prc.; od 41—50 roku 8·7 prc.; od 51—60 roku 3·7 prc.; powyżej 61 roku 1·6 prc. U jednostek zatem starszych powyżej 50-go roku życia zdarza się 5—6 prc. przypadków chirurgicznego zapalenia wyrostka robaczkowego. Ze zdaniem powyższem nie zgadza się Rostowcew, który porównywując ogólną liczbę chorych danego szpitala z liczbą zapaleń wyrostka robaczkowego, dochodzi do wniosku niezupełnie racyonalnego, że tyleż osób choruje w wieku starszym, co młodszym. Porównanie bowiem stosunku zaludnienia ogólnego z równoczesną liczbą zapaleń wyrostka robaczkowego potwierdza wnioski powyższe Bovisa. Co do płci, to zarówno u osobników starszych, jak u młodszych, częściej, i to w stosunku 4 : 3, dotknięci są mężczyźni. Czynniki przyczynowe są te same dla wieku starszego, co i młodszego, liczba napadów ostrych bywa w wieku późniejszym wybitnie mniejszą. Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych u starszych, to wszyscy autorowie zgodnie znajdują zanik wyrostka pod względem długości i szerokości, oraz stwierdzają, że z postępem wieku wyrostek zawiera coraz mniej nieprawidłowych produktów i bywa najczęściej pusty, albo zarośnięty, a tkanka jego okazuje cechy zaniku fizyologicznego. W wieku starszym rzadsze bywają zapalenia wyrostka zwyczajne lub ropne, bez przedziurawienia i zgorzeli ścian; natomiast częstsze bywa następowe ropienie na talerzu biodrowym, prowadzące często do ropienia mięśnia biodrowo-lędźwiowego (*psoitis*). Kamyki kałowe w miarę późnego wieku napotyka się w wyrostku robaczkowym coraz rzadziej. Tak samo rzadsze bywają w wieku starczym postacie przewlekłe zapalenia z nawrotami bez ropienia wyrostka lub okolicy wyrostka. W oczy bijącym jest fakt, że chorzy starsi wiekiem w znacznie późniejszym czasie podlegają operacyi. Ciepłota bywa częściej wyższą w wieku starczym, co jest również w związku z późniejszem poddawaniem się operacyi w tym wieku. Bolesność punktu Mc. Burneya zachowuje się w wieku starczym tak samo, jak w młodym. W wieku starszym częste bywa zapalenie wyrostka robaczkowego w postaci, podobnej do nowotworowej. Powikłanie z zapaleniem otrzewnej bywa w wieku starczym w takim samym odsetku przypadków, co w wieku młodszym. Inne powikłania, jak żółtaczka, żółty zanik wątroby, ropnie wątrobowe, zapalenie żyły wrotnej, wymioty krwawe i pooperacyjna niedrożność jelit bywają częstsze w wieku starszym. Rokowanie pooperacyjne w zapaleniach wyrostka robaczkowego jest po pięćdziesiątym roku życia dwa razy gorsze, aniżeli w wieku młodszym.

Dr. M. Blassberg.

Lindenstein. **O leczeniu zapalenia płuc włóknikowego surowicą swoistą.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 39, 1905). Autor na podstawie czterech przypadków poleca surowicę swoistą w leczeniu zapalenia płuc włóknikowego. Surowica, jaką stosował, podana przez Römera, a do handlu wprowadzona przez Mercka, pochodzi z rozmaitych zwierząt, przedtem uodpornianych różnej jadowitości hodowlami. Przeciwnie, niż Knuth i Pässler, którzy zastosowywali surowicę już w czasie procesu chorobowego, kiedy objawy groźnymi być poczynały. lub sprawa naprzód postępowała, wstrzykuje autor bezpośrednio, t. j. w pierwszym lub drugim dniu choroby, z chwilą, gdy rozpoznanie nie przedstawia wątpliwości. To opóźnienie uważa autor za główny błąd w seroterapii zapalenia płuc i tem tłómaczy fakt, że wyniki dotychczasowe uważać musimy za ujemne. Z czterech wspomnianych przypadków, trzy odnoszą się do dzieci od 5—16 lat: czwarty dotyczy 30-letniego mężczyzny. W pierwszych trzech stosował autor 6—10 cm.³, w czwartym 2 razy 10 cm.³ surowicy z powodu zajęcia płuc obustronnego. Przełom wystąpił we wszystkich przypadkach w 7-mym dniu choroby. W przypadku ostatnim, bardzo ciężkim. w którym proces chorobowy z płuca lewego, pomimo zastrzyknięcia 10 cm.³. dalej się posunął i zajął płuco prawe, wystąpił w 9-tym dniu przełom rzekomy, poczem w 11-tym dniu przełomowy spadek ciepłoty. Ciepłota po wstrzyknięciu opadała o 1°—2°, efekt nie długo trwający. bo w parę godzin dochodziła znowu do pierwotnej wysokości. Główny objaw dodatni, który autor podnosi, to wybitna euforya u chorych, której przy objawowem leczeniu nie spotykamy. Zazwyczaj pacyent robi wrażenie ciężko chorego. Wpływ dodatni surowicy da się stwierdzić i w narządzie krążenia: we wspomnianych przypadkach tętno było regularne, pełne i dobrze napięte; dało się to stwierdzić przez cały czas trwania choroby.

Łapiński.

Meyer-Westfeld. **Kardyoliza przy włóknistem zapaleniu śródpiersia i osierdzia.** (*Münchener med. Wochenschr.* Nr. 40, 1905). Zrosty osierdziowe, o ile są wiotkie i na małej przestrzeni, nie wywołują groźnych objawów; jeżeli natomiast zrosty te są silne i krótkie, przychodzi do zrostu listka zewnętrznego osierdzia ze ścianą klatki piersiowej na większej przestrzeni, występują zaburzenia w ustroju: obraz wątroby i śledziony zastoinowej i puchlina brzuszna. W przypadku Meyer-Westfelda chodziło o chorego, u którego po przebyciu zapalenia opłucnej i osierdzia nastąpiły silne zrosty ze ścianą klatki piersiowej, sprowadzające zwykłe objawy: stłumienie na większej przestrzeni. zapadanie się okolicy serca przy skurczu, rozkurczowe zapadanie się żył; brak było natomiast tętna dziwacznego: (*pulsus parodoxus*) i tonu, odpowiadającego rozkurczowemu wypukleniu się okolicy serca. Objawy niedomogi serca były wyraźne; podanie naparstnicy i teocyny nie odniosło wielkiego skutku, znak, że i mięsień sercowy nie był prawidłowy. Pomimo tego przystąpiono do kardyolizy: usunięto IV-te i V-te żebro od nasady mostkowej po linię pachową przednią. W 13 tygodni wszelkie objawy niedomogi znikły. Chory z wyrównaną wadą opuścił klinikę. W przypadkach zlepnego zapalenia osierdzia serce wykonywa zupełnie zbyteczną, a przecież ciężką pracę, pociągając klatkę piersiową na ograniczonej przestrzeni ku wewnątrz, to znów wypuklając ją na zewnątrz. Stąd objawy niedomogi, których środki sercowe nie usuwają. Dlatego autor we wszystkich takich przypadkach poleca kardyolizę, zwłaszcza że operacya sama nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa dla chorego.

Łapiński.

Oefele. **Przyczynek do chemicznego składu plwociny.** (*Wiener klinisch-terapeutische Wochs.* 1905, Nr. 48). Plwocina, jako mieszanina wytworów rozmaitych gruczołów, może w sobie mieścić odpowiednio do natury choroby najrozmaitsze patologiczne produkty cierpienia. Dotąd nie uskuteczniano ilościowych rozbiorów plwociny. Ponieważ 24-godzinna ilość plwociny bywa zmienna i może dojść od 800—1000 gramów, a główną jej zawartość stanowi śluz lub ropa, przeto ustrój wskutek ubytku obu powyższych składników ponosi nieraz ciężką stratę w przemianie materyi. Stwierdzić, czy głównie śluz, czy też ropa powoduje wzmożenie plwociny, można przy pomocy ciężaru gatunkowego, który wynosi 1·0043—1·0080 przy śluzowych, a 1·0155—1·0260, a nawet do 1·0375 przy ropnych plwocinach. Mucyna z błony śluzowej dróg oddechowych zawiera 35 prc. glukozaminy. Ropa znowu daje obfitą zawartość fosforu w popiele. Należałoby tedy badać suchą pozostałość plwociny w kierunku substancyi redukujących i kwasu fosforowego. Jeżeli w suchej pozostałości plwociny obliczać będziemy substancyę redukującą ze zważonego tlenku miedziawego, jako dekstrozę, a przynajmniej 35 prc. mucyny jako dekstrozę, to możemy w przybliżeniu z bardzo małym błędem obliczyć mucynę, a reszta przypadnie na albuminy i nukleiny. Autor przytacza trzy analizy chemiczne plwocin, a mianowicie pierwsza z przypadku nieżytu oskrzelowego u starca, druga po świeżo przebytem zapaleniu gruźliczem opłucnej, i trzecia z gruźlicy przewlekłej. Różnica składu chemicznego plwocin w tych przypadkach okazała się wybitną. Badanie fosforu w plwocinie musi nas szczególnie zainteresować ze względu na

nowoczesne podawanie przetworów fosforowych, n. p. fityny w gruźlicy, w celu ustalenia wskazań podawania tych przetworów.

Dr. M. Blassberg.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. F. Neugebauer. **Dwa nowe spostrzeżenia ciąży bliźniaczej z różnem umiejscowieniem obu jaj, po jednem w macicy i poza macicą.** (*Zentr. fkr Gyn.* 1905, Nr. 46). *Przyp. 1.* Wieloródka 32-letnia, od 2 miesięcy z górą w ciąży. Po zabawie, na której nie tańczyła, wystąpiło silne parcie na mocz, potem gwałtowne bole w brzuchu, biegunka, wymioty, bladość. Wezwany lekarz myślał o zatruciu rybami i zastosował gorące okłady i kofeinę. Gdy stan się nie poprawiał, a tętno zaczęło niknąć, wezwano N. Stan groźny. Macica odpowiada III. miesiącowi ciąży. Brzuch wzdęty, lecz miękki; guza lub oporu obok macicy, względnie stłumienia wybadać nie można. Rozpoznano krwotok wewnętrzny, bez bliższego określenia źródła. Wśród przygotowań do operacyi chora w ciągu niespełna godziny zmarła. Sekcya wykazała: w jamie otrzewej kilka litrów krwi; ciąża maciczna 10 tygodniowa, nieznaczne zgrubienie odcinka macicznego trąbki prawej i szczelinka w tejże trąbce długości 8 mm, w której to szczelince leży młodziutkie 2—3 tygodniowe jaje; w lewym jajniku 2 ciałka żółte różnej wielkości. Do trąbki prawej dostało się jaje z lewego jajnika, najprawdopodobniej drogą wędrówki zewnętrznej. Wiek obu jaj wydał się być różnym. Chodziłoby zatem o t. zw. zastąpienie dodatkowe (*superfoetatio*). Trudno przypuścić, by oba jaja zapłodnione zostały równocześnie, a tylko jedno z nich rozwijało się wolniej z powodu mniej dogodnych warunków. Jest dalej prawdopodobnem, że na wędrówce swej powstrzymane zostało jaje w trąbce prawej wskutek przeszkody mechanicznej, t. j. obrzęku błony śluzowej, towarzyszącego już ciąży macicznej, gdyż nie można wyszukać którejkolwiek ze znanych przyczyn chorobowych w narządzie rodnym lub otoczeniu. Śmiertelne rozmiary krwotoku, trwającego około 2 godzin, tłómaczą się przekrwieniem w czasie ciąży; gorące okłady mogły przyczynić się do powiększenia krwotoku.

Przyp. 2. Mężatka 22-letnia straciła od 2 miesięcy miesiączkę. Od 2 tygodni krwawi atypowo. Nagle wystąpił krwotok wewnętrzny, lecz zarazem stwierdzono macicę powiększoną, ciężarną. Pod wpływem lodu, kofeiny i t. d. stan ogólny polepszył się widocznie już dnia następnego. Po 4 dniach odeszło z macicy jaje, a z powodu krwawienia wyskrobano następnego dnia grubą doczesnę. Po 6 dniach wystąpiły ponownie groźne objawy krwotoku wewnętrznego. Chora nie zgodziła się na natychmiastowe przewiezienie do zakładu, wskutek czego operowano dopiero dnia następnego. Stwierdzono duży krwiak okołotrąbkowy. Trąbka prawa nie pęknięta, lecz w połowie zgrubiała, zawiera jamkę. Chodziło więc o poronienie trąbkowe, potwierdzone zresztą badaniem drobnowidowem. W prawym jajniku jedno ciałko żółte, lewy przedstawiał się prawidłowo. Chora wyzdrowiała.

W obu przypadkach obecność ciąży macicznej utrudniała rozpoznanie istotnej przyczyny krwotoku wewnętrznego.

B. Wojciechowski.

Rühl. **O wydaleniu w macicy pozostałej oderwanej główki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 48). Polecony przez Bensingera sposób wydobycia główki, t. j. uchwycenie jej kleszczykami i obciążenie trwające godziny, a nawet dnie całe, (*vide* ref. w „Przegl. lek.“ 1905, Nr. 39) może być usprawiedliwionym wyjątkowo tylko przy bardzo mało rozwartem ujściu; jako sposób zaś zasadniczy nie wytrzymuje krytyki, gdyż grozi matce zakażeniem, a w razie pozostawienia łożyska — krwotokiem. Jak najszybsze wydalenie oderwanej główki jest najwłaściwszem postępowaniem, tembardziej, że zazwyczaj nie sprawia wiele trudności technicznych. R. przytacza 4 własne przypadki. W 1-szym wydobył główkę przez wprowadzenie 2 palców do ust i ucisk od zewnątrz; w 2-gim wykonał trepanacyę podstawy czaszki przez usta i założył kranioklast: w 3-cim zastosował wobec silnego ściągnięcia się szyi *hysterotomiam vaginalem ant.*, trepanacyę przez jamę oczną i wydobył główkę palcem i kleszczykami; w 4-tym trepanował od strony ciemienia dużego i założył kranioklast. Wszystkie chore wyzdrowiały; połóg tylko w 3-cim przypadku trwał 3 dni i był połączony z gorączką. Za najlepszy sposób uważa R. wprowadzenie palców do ust i wydobycie główki przy pomocy ucisku od zewnątrz, przyczem niezbędnym warunkiem jest naśladowanie mechanizmu porodowego. Kleszcze, założone na główkę nad wchodem, ześlizgują się zwykle; natomiast w małej miednicy działają dobrze. W razie nieudania się wygniecenia zastosować należy trepanacyę i kranioklast, przyczem umiejętne ustalenie główki jest niezbędnem. Ściągnięta szyja daje się zwykle narzędziem Bossiego łatwo rozszerzyć do potrzebnych granic, t. j. do 3—4 palców. Wyjątkowo uciec się trzeba do innych większych zabiegów.

B. Wojciechowski.

L. Gigli. **Krytyczne uwagi nad nauką o mechanizmie porodowym.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 47). G. podnosi konieczność zastosowania graficznych metod badania do studyów nad mechanizmem porodowym. Rzecz tę uważa za możliwą do przeprowadzenia. Ogólnie przyjęty podział mechanizmu porodowego wymaga uzupełnienia przez wtrącenie pojęcia t. zw. „projekcyi ku przodowi“ pomiędzy „zstąpienie“ i „zwrot wewnętrzny“ części przodującej. Stanowić to będzie klucz do zrozumienia dotąd niewytłómaczonej kwestyi zwrotu wewnętrznego, na którego powstanie zdaniem Gigliego nie dno, lecz przednia ściana miednicy ma wpływ rozstrzygający.

B. Wojciechowski.

A. Calmann. **Zwyrodnienie torbielowate jajnika, pozostawionego przy operacyi doszczętnej (torbiel ciałka żółtego.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 47). Sprawa pozostawiania lub wydalania jednego lub obu jajników w przypadkach operacyi doszczętnych z powodu zmian zapalnych nie zdołała się doczekać zasadniczego wyjaśnienia, a to dla zupełnie nieobliczalnego późniejszego wpływu na stan ogólny operowanych. Ponadto mnożą się przypadki, w których pozostawiony jajnik uległ zwyrodnieniu torbielowemu i zniewolił do powtórnej operacyi. C. opisuje taki przypadek, w którym wyciął przez pochwę macicę włókniakową, guz zapalny przydatków prawych i zgrubiałą trąbkę lewą, pozostawiając jednak z umysłu zdrowo wyglądający jajnik lewy. Po 3 latach zmuszony był usunąć drogą cięcia brzusznego torbielowato zwyrodniały jajnik lewy, wielkości główki dziecięcej.

B. Wojciechowski.

HIGIENA. Berger. **Wzrost młodzieży w okresie szkolnym, a ławki.** (*Zeitschrift f. Hyg.*, B. 47, 1905). Autor zadał sobie pytanie, ile gatunków ławek potrzeba w szkole ludowej i wydziałowej z 8-letnią nauką, chcąc pogodzić wymagania higieny z wymaganiami praktycznemi, które w szkołach dadzą się urzeczywistnić? W tym celu zbadał wysokość wzrostu 7277 dzieci w 37 gminach okręgów miejskich Hannoweru i Neustadt. zamieszkałych przez rasę Sasów nizinnych (*nieder-sächsischer Volksstamm*), zawierającą mało obcej mieszaniny, i uznaje za potrzebną czworaką wielkość ławek o wysokości 1·19 m., 1·26 m, 1·35 m. i 1·45 m., a mianowicie ławki o wysokości 1·19 m. dla dzieci o wzroście 1·12 do 1·24 m.: ławki 1·26 m. wysokie dla dzieci od 1·25—1·29 m.; trzecią wysokość ławek dla dzieci 1·30—1·40, czwartą dla dzieci, mających wzrostu od 1·41 do 1·54 m. Stosunek odsetkowy powyższych 4 odmian wysokości wśród młodzieży badanej wynosił 30: 14: 28: 20 prc., prawie 5 prc. przypadało na dzieci o wzroście poniżej 1·12 m., zaś około 3 prc. na dzieci, wyższe nad 1·54 m., a dla nich wobec zbyt małej ich liczby nie można zdaniem B. sprowadzać dla szkół ławek odmiennej wysokości od wyżej podanej. Obecność lub brak obuwia nie zmienia zdaniem B. powyższych liczb. Prócz wymiarów wzrostu badał B. stopień przyrostu w wysokości i wadze u tych dzieci. Przyrost w wysokości największy objawia się w pierwszych 3 latach nauki, najmniej w 4 i 5-tym, wzmaga się później znowu, a w 8 roku szkolnym najwybitniej, jednakowo u chłopców i dziewcząt. Przyrost wagi w odwrotnym pozostaje stosunku do przyrostu na długość, najwybitniej objawia się w 4 i 5 roku nauki szkolnej.

L. Bie...

Beythien, Hempel i Kraft. **Czynniki, wpływające na pojawianie się *crenothrix polyspora* w wodach studziennych.** (*Zeitschrift f. Untersuchung der Nahrungs- und Genussmittel*, 1904, Nr. 4). W drugim wodociągu, zaopatrującym Drezno w wodę studzienną z okolicy gminy Tolkewitz, poczęła się szybko rozwijać bakterya żelazista, znana pod nazwą *crenothrix polyspora*, wywołując z powodu trudności w jej zwalczaniu równie w Dreznie, jak swego czasu w Berlinie i niedawno w Krakowie, wielkie zaniepokojenie w mieście. Zawartość żelaza, które według dotychczasowych pojęć naukowych uchodzi za główny czynnik, ułatwiający rozwój tego grzyba, wynosiła od 0·12 do 0·42 mgr. Fe w 1 litrze wody poszczególnych 11 studzien; *crenothrix* zawierały poszczególne studnie w stopniu niejednakowym, w 3 brakowało go zupełnie. Analiza chemiczna plechy *crenothrix*, wykonana na 5 próbach, stwierdziła w nich 4.33—6·58 prc. Fe_2O_3 i 22·46—49·98 prc. tlenku manganawego (Mn_3O_4), obliczone na suchą substancyę; względnie 5·85—8·94 prc. Fe_2O_3 i 30·49—66·59 prc. Mn_3O_4 w popiele. Znaczna zawartość manganu w masie, złożonej prawie całkowicie z nitek *crenothrix*, zawartość, wynosząca w 2 próbach prawie połowę suchej pozostałości, w popiele zaś $^2/_3$ całości i przewyższająca 10-krotnie zawartość żelaza w suchej pozostałości i popiele, zwróciła szczególniejszą uwagę badających i nasuwała prawdopodobieństwo odmiennego od dotychczasowego tłómaczenia rozwoju grzybka tego w wodach studziennych. Badanie wód studziennych w Tolkewitz nową metodą miareczkową Knorra na zawartość w nich manganu, wykonane równolegle z badaniem wód studziennych, wolnych od *crenothrix* z wodociągu pierwszego z Saloppe i ze studzien pr...

bnych w Hosterwitz, porównane z dłuższą obserwacyą mikroskopową osadu w studniach, dało wynik, stwierdzający ścisły związek rozwoju *crenothrix polyspora* z zawartością manganu w wodzie. Dla lepszego uwidocznienia tego związku przytaczam liczby z pracy autorów:

Numer porządkowy studni	1 litr wody zawiera mg. (Fe) żelaza	(Mn) manganu	Zawartość *crenothrix*
1	0·14	0·063	nie zauważono wybitnych nitek
2	0·12	brak	brak
3	0·27	0·794	bardzo wybitna
4	0·12	0·542	wyraźna
5	0·12	0·046	nie zauważono wybitnych nitek
6	0·13	brak	brak
7	0·42	1·150	bardzo wybitna
8	0·16	0·470	wyraźna
9	0·28	0·250	nieznaczna
10	0·26	brak	brak
11	0·22	0·138	nieznaczna
Wodociąg Saloppe.			
IV.	0·22; 0·30	nie da się oznaczyć	brak
V.	0·20; 0·28	brak	brak
Studnie próbne w Hosterwitz.			
II.	0·44	nie da się określić	brak
III.	0·33	brak	„
8.	0·19	nieda się określić	brak
15.	0·17	„ „ „	„
16.	0·17	„ „ „	„

L. Bier.

Levy i Sergius. **Czy wobec ospy należy szczepić ochronnie dzieci w pierwszych miesiącach życia?** (*Hygien. Rundschau* 1905, Nr. 19). Wbrew zdaniu Gasta, który na podstawie własnych spostrzeżeń przebiegu po zapobiegawczem szczepieniu ospowem przemawia za wczesnem ile możności szczepieniem ospy u dzieci, autorowie zestawiają swoje spostrzeżenia nad przebiegiem po szczepieniu u dzieci w 3 okresach: do 5 miesiąca życia, do 18 miesięcy i ponad tym wiekiem, podając wyniki spostrzeżeń dłuższe, niż dni 7, jak to uczynił Gast. Spostrzeżenia stwierdzają łagodny i normalny przebieg wrzodzianki ospowej u dzieci w okresie pierwszym w 85 prc., w okresie drugim w 74 prc., zaś tylko 39 prc. u dzieci w okresie trzecim, z rzadziej (36 prc.) występującą gorączką u dzieci najmłodszych, aniżeli u starszych (50 prc.); wyniki te otrzymano jednak przy kontroli w pierwszym tygodniu od zaszczepienia tem wybitniej, im dzieci były młodsze. Dłuższa 14 dniowa obserwacya dała wynik o wiele gorszy, stwierdzając w 34 prc. u dzieci okresu pierwszego następową po 7 dniu występującą reakcyę w miejscu szczepienia, wobec występującej tylko w 22 prc. u dzieci okresu drugiego, reakcyę, pojawiającą się tem silniej, im dziecko było młodsze. Na podstawie tej obserwacyi przemawiają L. i S. za szczepieniem dzieci po 5 miesiącu; w razie zaś szczepienia dzieci młodszych za koniecznością obserwacyi szczepionych dłuższej niż dni 7. *L. Bier.*

Benda. **W sprawie odkażania wypożyczanych książek.** (*Zeitschrift f. Schulgesundheitspflege* 1904, Nr. 2 i 3). Autor podaje wyniki pracy Dra Mitulesku, wykonanej w pruskim zakładzie dla badania chorób zakaźnych na prośbę magistratu berlińskiego. Badania M. odnoszą się głównie do przenoszenia się gruźlicy drogą książek z wypożyczalni. Zwierzęta, którym wprowadzono pod skórę kartki książek nowych, będących od 2 lat w ruchu, pozostały wszystkie zdrowe; natomiast szczepione kartkami książek, używanych 3—6 lat, uległy w $^1/_3$ części gruźlicy. Z wyniku tego wnosi M., że zarazki utrzymują się tylko na książkach starych i przepojonych brudem wilgotnym; na książkach nowych nie znajdują zaś dla siebie warunków. Zaleca przeto niszczenie książek brudnych, unikanie ślinienia palców dla przewracania kartek i mycie rąk po dokonanem czytaniu, w końcu dezynfekcyę parą formaliny, która jednak trwać winna dni kilka, jeżeli ma być pewną; dla braku odpowiedniej i krótkiej metody odkażania książek bez ich zniszczenia konieczne są inne środki zapobiegawcze i na wzór Anglii kontrola wypożyczalni książek w tym kierunku, czy u zgłoszonych chorych zakaźnych nie posiadają książek wypożyczalnie.

L. Bier.

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Arhovinę zachwala między innymi dr. Silberstein jako środek przeciwrzeżączkowy. (*Monatschrift für die Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene* 1905, Nr. 3). Środek ten, wyrabiany przez instytut chemiczny dra Horowitza w Berlinie, posiada własności bakteryobójcze salolu, tylko w wyższym jeszcze stopniu. Znajduje nietylko zastosowanie wewnętrzne, lecz i zewnętrzne. Arhovina podawana w rozmaitych formach nieżytu pęcherza sprawiała, że mocz szybko stawał się jasnym, wydzielina się zmniejszała, a gonokoki znikały. U kobiet poleca się obok wewnętrznego zażywania równoczesne zakładanie pręcików cewkowych. Szczególnie dobre usługi oddaje ten środek w przypadkach ostrych, w których z powodu bolesności cewki leczenie miejscowe natrafia na trudności. Przy nieżycie pęcherza działa tam najskuteczniej, gdzie niema jeszcze zmian anatomicznych w postaci owrzodzeń lub wyrośli polipowatych. W przypadkach zapalenia błony śluzowej pochwy lub macicy oddają gałki pochwowe dobre usługi. Zdaniem S. nadaje arhovina moczowi własności silnie bakteryobójcze. W ostrych przypadkach poleca się dawki duże (6—8 kapsułek dziennie po 0·25), aby osłabić siłę zakażenia, lub też je przytłumić w zarodku. Znanych środków balsamicznych należałoby unikać z powodu wpływu drażniącego na nerki. Arhovina nie wywołuje nigdy objawów żołądkowych, jakie się spostrzega po środkach balsamicznych. *Hr.*

Validol (w postaci koniaku i likieru valid.) poleca ponownie G. Schwersenski (*Berl. klin. Wochs.* 1905, Nr. 39) jako *analepticum i antihystericum*, — zaś Zingher (*Med. chirurg. Centralbl.* 1905, Nr. 42) w leczeniu choroby morskiej.

Euchininę stosował Brown z dobrym skutkiem przeciw ciężkim postaciom zimnicy w Afryce zachodniej.

Wskazania do leczenia ostrych schorzeń przewodu oddechowego podaje M. Bass (*Wien. klin. Rundschau* 1905, Nr. 48). Jeżeli środek jakiś ma dobrze działać na choroby przewodu oddechowego, to musi się wymagać od niego. aby ułatwiał wydalanie wydzieliny i uspokajał kaszel. Ipecacuanha, senega, jodek potasu, makowiec, kodeina, dionina, heroina, herba thymi i t. d. są to środki, odpowiadające jednemu tylko z obu wskazań. Najlepiej odpowiada tym wymaganiom apomorfina, lecz wywiązuje przykre działania uboczne. Środkiem zbliżonym co do działania, a zarazem zupełnie wolnym od wszystkich niepożądanych działań ubocznych, właściwych apomorfinie, jest **pyrenol,** nowy silny środek wykrztuśny i uspokajający, który oddaje znakomite usługi. Na dowód służy szereg spostrzeżeń i historyi chorób, podanych przez B., który tak streszcza swe doświadczenia: 1. Przy schorzeniach głębszych dróg oddechowych rozcieńcza pyrenol wydzieliny, działa wykrztuśnie i uspokaja kaszel, — odpowiada zatem wszelkim wymaganiom. 2. Działanie uspokajające ujawnia się przez ustanie napadów krztuśca i dychawicy, jakoteż przez ustąpienie nerwowego bicia serca. 3. Przez zawartość salicylu może pyrenol przynieść korzyść w tych przypadkach, w których podawanie innych przetworów salicylowych z powodu idyosynkrazyi natrafia na przeszkodę.

Dorosłym podawać najlepiej 1 kołaczyk dziennie (po 0·5), dzieciom 3—5 razy dziennie łyżeczkę kawową lub dziecięcą rozczynu 2—4 prc. *Hr.*

Przy **rentgenowaniu pęcherza** nadaje się do jego wypełniania według Völckera i Lichtenberga (*Münchener med. Wochs.* 1905, 33) **kolargol** w rozczynie 2 prc. Wbrew obawom autorów nietylko nie działał on przytem drażniąco, lecz przeciwnie wpłynął korzystnie na stan pęcherza w kilku przypadkach przewlekłego nieżytu. Na zasadzie tego przypadkowego spostrzeżenia stosują teraz autorowie kolargolowe wstrzykiwania w takich przypadkach zamiast wszelkich innych środków przeciwgnilnych, używając n. p. 100 grm. 1 prc. rozczynu na raz, które pozostawia się w pęcherzu dowolnie długo. Wstrzykiwania nie są bolesne. *H.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVII Posiedzenie naukowe z dnia 15 grudnia 1905 r.

Obecnych członków 40. Przewodniczący kol. Wechsler.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Na członków Towarzystwa przyjęto dra Wolfa, Mincera, Buraczyńskiego i Kobryńskiego.

III. Kol. prof. Ziembicki okazuje **niezwykłych rozmiarów tłuszczaka,** który trwał u młodego chłopca od lat siedmiu i był usadowiony na tylnej stronie całego uda i częściowo na pośladku, sięgając aż do krętarza. Guz ten, ważący $10^1/_2$ klg., miał powierzchnię gładką i sprawiał zupełne wrażenie chełbotania, tak że rozpoznanie przed nakłuciem wahało się między torbielem a tłuszczakiem. Tego rodzaju nowotwory mieszczą się często koło kości, i stąd Francuzi, przypisując im przyczynę urazową, nazywają je *fibrolipome periostite.* Przy sposobności opisuje prelegent guz, ważący 15 kl., który operował na głowie młodej dziewczynki, a który prawdopodobnie począł się rozwijać już w życiu płodowem.

IV. Kol. Wolf przedstawia chłopca, operowanego za trzema nawrotami na **ropień mózgu.** Ropień powstał po skaleczeniu w głowę bez uszkodzenia kości i to bardzo szybko, bo już piątego dnia. W ciągu leczenia chory przebył zakażenie krwi z zajęciem opłucnej i z przerzutami ropnymi. Wynik bardzo dobry, bo pomimo tego, że ropień zajmował okolicę psychoruchową, nie pozostały żadne ubytki czynnościowe.

Kol. Obtułowicz nadmienia, że chorego badał z polecenia sądu i uznał to uszkodzenie za bardzo ciężkie i życiu zagrażające. W praktyce sądowo-lekarskiej widział jednego skaleczonego szklanką w głowę, u którego obdukcya wykazała drobniuchną tylko i ledwo dostrzegalną szczelinkę w sklepieniu czaszki, która jednak wystarczyła, by stać się punktem wyjścia ropnego zapalenia opon mózgowych. W innym przypadku po uderzeniu cegłą w głowę przez grubą czapkę baranią, powstał bez pęknięcia czaszki krwotok śródczaszkowy. Chory zginął dopiero po czterech tygodniach, a sekcya wykazała, że cała półkula prawa była zupełnie zatopioną w olbrzymim krwotoku.

V. Kol. prof. Beck mówi: **„O zjawiskach elektrycznych w korze mózgowej po częściowem jej zniszczeniu“.** Prelegent chcąc ściślej określić ośrodki bólu i ich stosunek do ośrodków dotyku, niszczył pewne części kory mózgowej i doszedł do przekonania, że prócz korowych znajdują się i w zwojach podstawowych mózgu ośrodki czucia bólu.

VI. Kol. Krzyszkowski wygłosił rzecz p. t.: **„Zestawienie wszystkich przypadków róży z ostatnich lat dziesięciu leczonej na oddziałach skórnych w szpitalu lwowskim, oraz uwagi ogólne na tem zestawieniu oparte“** (drukowane w *Przeglądzie lek.* Nr. 51, 1905).

Kol. Pisek sądzi, że z ilości zgłaszających się do szpitala nie można wnosić o częstości przypadków choroby, bo na to wpływają różne czynniki, podobnie i długość pobytu w szpitalu nie jest miarą wartości metody leczniczej. A co do metod leczenia jest tego zdania, że ta jest najlepszą, która najmniej dokucza choremu, bo żadna niema wpływu na samą chorobę. Jeżeli występują powikłania w płucach, a występują bardzo często, to dlatego, że serce było przedtem słabe, — więc skrzepienie serca jest tam ważną rzeczą. Jeżeli się ma używać środków zewnętrznych, to pewną podstawę ma alkohol, wcierany od obwodu ku środkowi, bo przez to unika się rozszerzenia się choroby. Kol. prof. Łukasiewicz jest również zdania, że niema środka, działającego na samą sprawę chorobową, nie jest jednak obojętnem, jak się chorobę traktuje. I tak jest stanowczym przeciwnikiem leczenia suchego, bo wtedy powstają szczeliny, które stają się ogniskami nawrotów choroby. Natomiast okłady z płynu Burowa (niesączonego) i szczelny opatrunek niosą ulgę choremu, sprawiają, że sprawa szybko się ogranicza i zakażenie nie przenosi się na otoczenie. Leczenie chirurgiczne, jak wstrzykiwania i nacięcia, ma także tę ujemną stronę, że pozostawia ranki, tak niekorzystne przy leczeniu. Kol. Obtułowicz, opierając się na doświadczeniu klinicznem, zebranem na oddziele prof. Obalińskiego w Krakowie i na licznych własnych spostrzeżeniach, jest zwolennikiem wstrzykiwań podskórnych 3 prc. karbolu, które działają szybko i pewnie, odcinając drogę dalszemu posuwaniu się róży. Na tułowiu wobec róży wędrującej pociąga kol. O. brzeg zaczerwienienia zgęszczonym kwasem karbolowym i nieraz udało mu się w ten sposób powstrzymać różę. W innych przypadkach stosuje okłady z roztworu Burowa i zmywanie zajętych miejsc spirytusem z rezorcyną lub maścią rezorcynową. Kol Ruff stosuje przekrwienie bierne zapomocą plastra na kończynach; na innych częściach ciała obwodzi zajęte miejsce kleiną (kolodyonem), przez co również może przekrwienie powstawać. Co do okładów alkoholowych zwraca uwagę na możliwość takiego wypadku, jakiego sam był świadkiem, że chora straciła przytomność i przez 24 godzin musiała być cuconą. Kol. Krzyszkowski stwierdza, że zmniejszanie się przypadków róży w miesiącach zimnych nie wynika tylko z jego statystyki, ale znajduje potwierdzenie i w pracach innych autorów. Może to stąd pochodzić, że zarazek w zimnej porze gorzej się na powierzchni rozwija. Że u kobiet trwa leczenie średnio dłużej, to może to zależeć od długich włosów, które utrudniają dostęp do skóry. Co do środków leczniczych, sądzi, że taki n. p. ichtyol nie wpływa wprawdzie na czynnik zakaźny, ale na obrzęk i sinicę, jakie się na twarzy często spotyka już po opadnięciu gorączki.

Sekretarz doroczny: *Zawadzki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Stowarzyszenie dla walki z partactwem leczniczem zawiązało się w Wiedniu 11. listopada 1905. przy udziale przedstawicieli władz. Dr. Charas, otwierając pierwsze zebranie, oświadczył, że Stowarzyszenie lekarzy I. dzielnicy miasta Wiednia podjęło inicyatywę do walki z partactwem leczniczem, aby na wzór cesarstwa niemieckiego uzyskać w Austryi ustawę przeciw partactwu. W imieniu komitetu przygotowawczego wygłosił dr. Grün odczyt p. t. „Partactwo lecznicze w Austryi i środki do jego zwalczania“, w którym podniósł, że oddawna już wymagano w Austryi od ludzi, oddających się jakiemukolwiek zajęciu dla zarobku, dowodu odpowiedniego uzdolnienia, tylko co do lekarzy ma ludność dziwnym sposobem znacznie mniejsze wymagania pod tym względem. Zegarka swego nie odda do naprawy nikt komu innemu, jak zegarmistrzowi, ale ciało swoje powierzy na pewno niejeden pierwszemu lepszemu, zamiast lekarzowi. Partactwo lecznicze zapuściło dość głęboko swe korzenie nie tylko wśród warstw nieoświeconych, ale także i w wyższych kołach towarzyskich. Przyczyną tego zjawiska jest przedewszystkiem to, że istnieją trudno, albo też zupełnie nieuleczalne choroby. Drugą przyczyną tego zjawiska jest poczucie odpowiedzialności u lekarzy, którzy często muszą radzić chorym zabieg operacyjny pomimo, że może i bez zabiegu mógłby chory powrócić do zdrowia. Jako środek do zwalczania partactwa leczniczego poleca sprawozdawca: uświadamianie ludności przez odczyty z zakresu anatomii, fizyologii i patologii. Gorąco zaleca lekarzom uczestniczenie w zjazdach i zgromadzeniach partaczy-lekarzy (Naturheilkünstler), polemizowanie z nimi i natychmiastowe przeciwstawianie ich dążeniom na ich własnych zebraniach nagiej prawdy. Tak samo powinni lekarze postępować na zgromadzeniach t. zw. antiwiwisekcyonistów. Dalszy środek upatruje w zwalczaniu zabobonu wogóle, a wreszcie powinny sądy należycie stosować środki prawne przeciw partaczom, jak §. 343. ust. kar. i rozporządzenie ministerstwa z 17. maja 1887. r. Przewodniczącym stowarzyszenia wybrano prof. dra Kassowitza, wiceprezydentami prof. dra Karola Ausserera i dra Charasa. *Stah.*

Liczba lekarzy w Austryi powiększyła w roku 1904 o 76 w porównaniu z rokiem 1903. Liczba lekarzy w poszczególnych krajach jest następująca: w Austryi Niższej 3573 (w r. 1904, a było 3454 (w r. 1903), w Austryi Wyższej 391 (396), Solnogrodzie 141 (433), Styryi 690 (692), Karyntyi 153 (151), Krainie 10? (1(9), Istryi i Gorycyi 370 (352), Tyrolu i Voralbergu 577 (59?), Czechach 2815 (2905), Morawach 952 (955), na Śląsku 245 (24?), w Galicyi 1446 (1413), Bukowinie 152 (146), Dalmacyi 144 (11?), Bośni i Hercegowinie 123 (108). Na miasta stołeczne krajów koronnych przypadają następujące liczby: Wiedeń 2808 (2721), Linc 6? (63), Salcburg 47 (44), Grac 271 (274), Celowiec 41 (44), Lublana 41 (41), Tryest 200 (188), Innsbruk 73 (70), Praga 461 (580), Berno 180 (186), Opawa 43 (39), Lwów 327 (312), Czerniowce 6? (60), Zara 22 (20). *E. S.*

Wiadomości bieżące.

Kraków, 18 stycznia

— W dniu wczorajszym odbyło się doroczne posiedzenie administracyjne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem urzędnicy Towarzystwa zdali sprawę ze swych czynności. Na wniosek prof. Browicza wyraziło Towarzystwo gorące podziękowanie ustępującemu Redaktorowi »Przeglądu«, dr. Augustowi Kwaśnickiemu, za dziesięcioletnią pracę, a na wniosek dr. Kwaśnickiego uchwaliło Towarzystwo podziękowanie i uznanie prof. Nowakowi za trzechletnią działalność, uwieńczoną stworzeniem domu Towarzystwa. Przed przystąpieniem do porządku dziennego przedstawił prof. Jaworski przypadek plamicy gośćcowej.

— II walne zgromadzenie polskiego Tow. balneologicznego odbyło się d. 14 b. m. w domu Tow. lekar. krak. Po zagajeniu zebrania i uczczeniu pamięci zmarłych członków Towarzystwa ś. p. prof. dr. Edwarda Korczyńskiego i dr. Stanisława Niedzielskiego, przyjęto do wiadomości sprawozdanie wydziału, odczytane przez sekretarza dr. Wąsowicza i sprawozdanie skarbnika dr. Cerchy. Następnie uchwalono zmiany statutu według brzmienia

proponowanego przez Wydział Towarzystwa. Prezesem Tow. wybrany został ponownie prof. dr. L. Korczyński, wiceprezesem hr. J. Potocki, sekretarzem dr. E. Supiński, skarbnikiem dr. M. Cercha, członkami wydziału: dr. A. Chramiec, dr. K. Kaden i dr. Z. Pelczar, członkami komisyi kontrolującej: doc. dr. Ig. Lemberger i dr. J. Regiec. Członkami honorowymi Tow. mianowano: prof. Baranowskiego i dr. A. Sokołowskiego z Warszawy, oraz prof. Szajnochę z Krakowa i dr. Fr. Chłapowskiego z Poznania. Polecono wydziałowi jaknajrychlej wyjednać u władz krajowych zwołanie ankiety w sprawach zdrojownictwa i wysłać do ministeryum handlu w Wiedniu memoryał z żądaniem, by znaczniejsze zdrojowiska zostały włączone do międzymiastowej sieci telefonicznej.

— Przy zamierzonem przekształceniu austryackiej Izby Panów mają podobno otrzymać w niej miejsce między innymi także przedstawiciele Izb lekarskich, adwokackich i notaryalnych.

— Dopiero w ostatnich dniach otrzymaliśmy potrójny poszyt »Czasopisma lekarskiego« łódzkiego, wydany ku uczczeniu 25-letniej działalności lekarskiej Władysława Biegańskiego, a obejmujący oprócz życiorysu i charakterystyki jubilata, 35 prac naukowych (na kilka jeszcze przygotowanych prac nie było już miejsca), opracowanych przez kolegów z Łodzi, Częstochowy, Lublina, Miechowa, Sieradza, z kilku miejscowości Zagłębia Dąbrowskiego i innych okolic Królestwa. Tytuły prac i nazwiska autorów podajemy w zwykłej rubryce. Bogactwo i różnorodność materyału, nagromadzonego w tym zeszycie »Czasopisma«, dowodzi żywego ruchu umysłowego wśród kolegów z Królestwa, pracujących na prowincyi i wskazuje na to, że hasło postępu i pracy naukowej padło tam na żyzną glebę i hojny plon przynosi. W tej pracy, której wynikami mogą się lekarze prowincyonalni Królestwa słusznie pochlubić, życzymy im serdecznie dalszego powodzenia ku dobru polskiej medycyny i ojczystego piśmiennictwa.

— Z obu zawiązanych w Warszawie Stowarzyszeń lekarskich zjednoczył politycznie zabarwiony »Związek« tylko szczupłe koło; natomiast »Stowarzyszenie«, wolne od celów politycznych i partyjnych, liczy już około 400 członków. Projekt ustawy »Stowarzyszenia« miał być przedstawiony członkom w ciągu stycznia, co jednak może w obecnych stosunkach na czas jakiś się odwlecze.

— W Warszawie utworzyło stu kilkudziesięciu lekarzy osobne koło lekarskie Polskiej Macierzy szkolnej, mające na celu założyć i utrzymać tanią, a wzorową szkołę ludową.

— »Gazeta lekarska« warszawska ukończyła z końcem grudnia 25 lat istnienia pod tą samą redakcyą (a prawie 40 od swego założenia).

— Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu zamianował członkami honorowymi dr. Józefa Bielińskiego z Warszawy i Dr. Władysława Biegańskiego z Częstochowy.

— Docent dr. Józef Wiczkowski, prymaryusz szpitala lwowskiego, otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

— Według »Tygodnika lekarskiego« ma inspektor szpitali krajowych, dr. Jan Stella-Sawicki, ustąpić po 35-letniej służbie ze swego stanowiska. Kilkunastu lekarzy zostało podobno zawezwanych do określenia warunków, pod jakimi przyjęłoby ten urząd i z ich grona ma być podobno bez ogólnego konkursu powołany następca dr. Sawickiego.

— We Freising zaprowadzili lekarze od 1 stycznia b. r. spoczynek niedzielny od 12 w południe do 12 w nocy. W czasie tym dyżuruje kolejno co Niedzielę 2 z lekarzy miejscowych, których nazwiska ogłoszone są w dziennikach, aptekach i na tablicach na drzwiach reszty lekarzy. Godziny ordynacyjne w Niedziele przeniesiono na poranki. Publiczność, dzienniki i kasy chorych przyjęły tę zmianę podobno życzliwie.

Również część lekarzy drezdeńskich zamierza na próbę wprowadzić spoczynek niedzielny w jednej dzielnicy Drezna.

— Wobec szerzącej się w armii francuskiej w groźny sposób gruźlicy (roczna strata 3700 ludzi w zmarłych, lub uwolnionych wskutek gruźlicy od służby) proponuje dr. Caziot, by popisowych, zagrożonych gruźlicą, nie trzymać w koszarach, lecz w obozach, urządzonych na wzór sanatoryów, gdzieby ich można wojskowo wykształcić, szczędząc sił fizycznych (?). Ta, dość zabawna ze stanowiska wojskowego, propozycya mogłaby jednak — jak zauważa »Kronika lek.« — mieć w razie wykonania znaczenie społeczne, chroniąc rocznie kilka tysięcy ludzi od związanej ze zwykłymi zawodami nieustannej ciężkiej i dla ich zdrowia niekorzystnej pracy, a w zamian wzmacniając ich umiarkowaną gimnastyką i pobytem na świeżem powietrzu. Oczywiście o właściwej służbie wojskowej, — od której ludzie, zagrożeni gruźlicą, powinni wogóle być uwolnieni, — nie byłoby mowy, a chyba o sanatoryum, utrzymywanym dla cywilnych przez wojsko.

— W Szwajcaryi powstało podobno tajne stowarzyszenie przeciwgruźlicze, którego członkowie będą starali się przeszkodzić małżeństwom osób, mogącym potomstwu swemu przekazać dziedziczne obciążenie (»Semaine med.« 1906. 2.).

— Międzynarodowa wystawa środków spożywczych i przemysłu lekarsko-farmaceutycznego odbędzie się w Anvers w Belgii w kwietniu i maju r. b. Zgłoszenia przyjmuje sekretaryat (26, rue d'Arenberg).

— W Tow. chemicznem niem. wyraził znany chemik dr. Emil Fischer w wykładzie, wygłoszonym w Berlinie 6 b. m., nadzieję, iż powiedzie mu się syntetycznie wytworzyć białko, a przynajmniej albumozy, a to na tej zasadzie, że z wytworzonych przez siebie syntetycznie aminokwasów zdołał już otrzymać mieszaniny, które nazwał polypeptydami, a które posiadać mają wiele własności, wspólnych z peptonami.

Mianowani: Dr. Murczyński i dr. B. Żmigród sekundaryuszami I klasy, dr. M. Blassberg i dr. St. Kwiatkowski sekundaryuszami II klasy w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, zaś dr. Mojżesz Selzer, Aleksander Zawadzki, Eugeniusz Doliński i Wiktor Reis sekundaryuszami w szpitalu lwowskim; doc. dr. Moraczewski kierownikiem pracowni chemiczno-mikroskopowej w szpitalu lwowskim.

Ginekolog doc. Runge profesorem w Królewcu, doc. Jesionek profesorem dermatol. w Giessen, dr. Schjerning honorowym profesorem zwyczaj. w Berlinie, prof. Broman z Upsali zwyczaj. profesorem anatomii w Lund.

Zmarli: Dr. Kwiryn Michałek, wielkopolanin, w Lipsku; dr. Józef Bett, krakowianin, lekarz wojskowy na Węgrzech; dr. Jan Juckhamson w 40 r. ż., dr. Zygmunt Rosenberg w 35 r. ż. i dr. Józef Rudzki, wszyscy trzej na Dalekim Wschodzie (w Mandżuryi), dwaj pierwsi z duru, trzeci z nosacizny; dr. Maryan Siedlewski, były lekarz miejski w Chęcinach, w 46 r. ż. w Warszawie; dr. Józef Salmonowicz w 38 r. ż. w Petersburgu; dr. Tadeusz Czaplicki, asystent kliniki położniczo-ginekologicznej lwowskiej, w 30 r. życia we Lwowie.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* 1905. Zesz. 7—10, zawierający prace, wydane ku uczczeniu 25-letniej działalności lekarskiej Władysława Biegańskiego: S. Sterling: Władysław Biegański. Jego działalność naukowo-lekarska. A. Kaufman: Władysław Biegański jako pisarz w zakresie filozofii. G. Pisarzewski: Władysław Biegański jako kolega i człowiek. F. Klozenberg: Choroba Tay-Sachsa. J. Mazurkiewicz: Zjawiska życiowe i psychiczne wobec jedności przyrody. W. Sochacki: Przypadek paraliżu postępowego o przebiegu okrężnym z drgawkami odruchowego pochodzenia. S. Borowiecki: Przypadek przemijającej psychozy i rozszczepienia czucia na tle przymiotu. W. Łuniewski: Przypadek hemiplegiae alternans z umiejscowieniem w półkulach mózgowych. S. Nowak: W sprawie intubacyi w praktyce prywatnej. J. Puterman: Jodometryczne miareczkowanie cukru przyrządem Citrona. J. Marczewski: Cztery przypadki pęknięcia białkówki. A. Kosiński: Słów kilka w sprawie badań współczesnych, dotyczących raka. K. Kosieradzki: Przyczynek do charakterystyki fizycznej ludności męskiej powiatu Miechowskiego na zasadzie pomiarów rekrutów w ciągu lat 30-tu (1874—1903). F. Grodecki i D. Hellin: Empyema ambilaterale. P. Schroeter: Zbiorowe zatrucie arszenikiem. M. Zienkiewicz: W sprawie seroterapii płonicy. S. Klarner: Dalsze poszukiwania nad statystyką lekarską ludności gminy Bełżyce. L. Przedborski: Stosunek laryngo-, rhino- i otologii do medycyny i sztuki lekarskiej. A. Rząd: W sprawie organizacyi pracy lekarskiej na prowincyi. K. Lidmanowski: Leczenie przepuklin pępkowych u dzieci zapomocą wstrzykiwań alkoholu. A. Majewski: Przypadek gruźlicy żołądka. W. Kohn: Mocz jako źródło zarazy. M. Kronland: W obronie materyalizmu. A. Podciechowski: Aphrodisiaca. H. Trenkner: Przypadek cirrhosis hepatis cardio-tuberculosa. J. Brudziński: Zapalenie opłucnej u dzieci i objaw trojaka. T. Mogilnicki: Błonicze zapalenie łącznicy oka. J. Brzeziński: O strajkach lekarzy. E. Kohn: O pomocy lekarskiej w fabrykach. W. Chodźko: Przypadek zatrucia ołowianego z zajęciem krtani; zejście śmiertelne wskutek porażenia nerwu błędnego. J. Maybaum: W sprawie rozpoznania i leczenia raka żołądka. Wł. Tołwiński: Zarys historyi cholery z roku 1892 w powiecie lubartowskim gub. lubelskiej. Gr. Pisarzewski: Koeliotomia vaginalis anterior. St. Rudzki: Dziesięć przypadków choroby Addisona. E. Sonnenberg: Dwa przypadki Sarcinuriae. St. Korczak: Sfigmografia i jej znaczenie kliniczne. Z.

Prechner: Dwa przypadki choroby Bantiego. M Cohn, A. Goldman, I. Perlis i L. Pinkus: Cierpienia urazowe w I-szem półroczu roku 1905. — Tablica jedna i 12 rysunków w tekście.

— *Gazeta lekarska* Nr. 48 (ostatni za rok 1905). Poczobut: Dyagnostyczne i prognostyczne znaczenie stosunku ciepłoty ciała zewnętrznej do wewnętrznej w stanie patologicznym (dok.). Sławiński: Przypadek krwotoku z więzadła obłego wątroby (dok.).

— *Medycyna* Nr. 52. Higier: Co mówią o trądzie i przymiocie Biblia, Talmud i Ewangelia? — 1906. Nr. 1. Grosglik: Roentgenogram nerki rakowatej, symulującej obecność kamienia. Heiman: Przypadek ostrego ropnia zraza skroniowego, przez ostrą sprawę ropną w uchu wywołanego. Nieco ze statystyki ropni mózgu ochodzenia usznego.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 2 Barącz: Zapalenie ścięgna Achillesa na tle skazy moczanowej. Rydygier: O leczeniu przerostu gruczołu krokowego (dok.). Raczyński: Leczenie płonicy wielowartościową surowicą przeciwpłoniczą Mosera (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 23. Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych (dok.). Brunner: O stosunku toksyny do antytoksyny (dok.). Giedroyć: Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce (c d). — Z. 24. J Zawadzki: Projekt statutu Izb lekarskich dla Królestwa Polskiego. J. Jaworski: Zmiany anatomo-patologiczne w łożysku eklamptyczek. Giedroyć: (c. d. z Nr. 23).

— *Krytyka lekarska* Nr. 1. Markiewicz: Zrzeszenie lekarzy u nas. Lachs: Z dziejów nierządu w Krakowie.

— *Nowiny lekarskie* Z. 12. Serkowski: Wskaźniki moczu na mocy spostrzeżeń w pracowni własnej. Moraczewski: W sprawie istoty i dyetetyki skazy moczanowej. Mieczkowski: O leczeniu chirurgicznem ostrego zapalenia otrzewnej i zapobieganiu powstaniu takowego po laparotomiach.

— *Semaine médicale* Nr. 2. Chauffard: Kamica przewodu żółciowego. Venneman: Odruchy źreniczne.

— *Presse medicale* Nr. 3. Chantemesse i Borel: Ostatnia epidemia cholery w Niemczech. Chauffard. Koprologia kliniczna. Nattan-Larrier i Bergeron: Krętek blady we krwi chorych na kiłę.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2. Bartel i Spieler: Przebieg naturalnego zakażenia gruźlicą u młodych świnek morskich. Schwarz: O działaniu wolnego jodu na kwas acetooctowy i jego wykryciu w moczu. Bernd: O użyciu t. zw. „entlastete Membran“ w sfigmografii i tonografii. Hoke: Dalsze badania co do czynnych własności cieczy ustroju przy zakażeniu dwoinkami. Kühnel: O leczeniu gorączki u suchotników zapomocą lekarstw.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 2. Schmieden: O utrudnionem usunięciu rurki tchawicznej (dekaniulacyi). Renner: Przekrwienie sposobem Biera, a choroby oczne. Siegel: Dalsze badania co do etyologii kiły. Pirquet i Schick: Nadmierna wrażliwość i przyspieszony odczyn. Müller i Gräf: Wykrycie prątków durowych w nadesłanych próbkach krwi. Stadler: O wpływie róży na choroby krwi. Cahn: Rozpoznawcze zużytkowanie promieni Röntgena i zastosowanie zgłębnika rtęciowego w chorobach przełyku. Lotheissen: W sprawie leczenia uchyłków przełyku. Heine: Dalsze doświadczenia co do cyklodyalizy na podstawie 56 operacyi. Schumann: W sprawie metodyki rozpoznawania stopy płaskiej. Saradeth: Zapobieganie gorączce połogowej. Finkelstein: Zbiornik na mocz dla dzieci.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 2. Neisser: Próby przeniesienia kiły na małpy (c. d.). Küttner: Co wynika dla praktyka lekarza z postępów chirurgii nerek (c d.). Friedheim: Podskórne pęknięcie śledziony. Conradi: Sposób wykrywania prątków durowych we krwi. Jacoby: Leczenie jaglicy zapomocą radu. Vieth i Ehrmann: Badania i spostrzeżenia co do dawniejszych i nowszych leków balsamicznych. Kraus: Przypadek zatrucia β-eukainą. Louros: O wpływie zimnicy na ciążę, poród i połóg.

Redakcya otrzymała: Szulisławski: Z hygieny oka. O ostrym śluzoropotoku spojówek i ochronie oczu noworodków. Puławski: Sprawozdanie lekarskie z zakładu leczniczego w Nałęczowie za rok 1904 (25 lat istnienia zakładu). Odbitka ze „Zdrowia“ Nr. 12, 1905. — II. Sprawozdanie biblioteki słuchaczów medycyny wszechnicy lwowskiej za rok 1904/5.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 2 (od dnia 7/I do 13/I) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. —, dziew. —; nieżywo: chł. —, dz. —. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 17, kob. 19; zamiejscowych: męż. 12, kob. 15.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 9. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 4, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem**: miejscowych 36, obcych 27.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie w *„Domu Towarzystwa“* (Radziwiłłowska 4) we środę 24 b. m., o godz. 6 wieczór. Porządek dzienny: 1) Kol. prof. Piltz przedstawi chorych z kliniki neurologicznej U. J. 2) Wykład kol. prof. Browicza: Topografia dróg żółciowych śródzrazikowych.

Nadesłane.

O używaniu lysoformu w prywatnej lecznicy i zakładzie położniczym „Hera“ w Wiedniu. Lysoform był często w naszym zakładzie przez czas dłuższy stosowany i przyszliśmy do przekonania, że preparat ten jest znakomitym środkiem odkażającym. Ma zaletę, że nie działa szkodliwie na skórę, ani na bieliznę lub narzędzia, że nie posiada przykrego zapachu i że jego działanie bakteryobójcze jest zupełnie zadowalniające. W praktyce ginekologicznej dajemy mu stanowcze pierwszeństwo przed innymi środkami odkażającymi.

Dyrekcya prywatnej lecznicy i zakładu porodowego „Hera“.

Firma **„Vereinigte Chininfabriken Zimmer et Co.“** we Frankfurcie n. M. obchodzi rzadki, bo 100-letni jubileusz swego istnienia. F. Kober poświęca w „Süddeutsche Apotheker-Zeitung“ 1905, Nr. 102 i 103 dłuższy artykuł historyi rozwoju fabryki i wylicza szereg preparatów przez nią wyrabianych, a cieszących się dziś olbrzymiem rozpowszechnieniem.

Rok XLV. Kraków 27 Stycznia 1906. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. L. Rydygiera we Lwowie.

O pierwotnym mięsaku torebki stawowej kolana.

Podał

Dr. Antoni Rydygier (jun.)

I asystent kliniki.

O ile mięsaki w okolicy stawu kolanowego często się zdarzają, o tyle pierwotne mięsaki torebki stawu kolanowego są rzeczą bardzo rzadką i tylko dziewięć takich przypadków zdołałem znaleźć w dostępnem mi piśmiennictwie. Wszyscy piszący o tej sprawie chorobowej z naciskiem podnoszą trudność rozpoznania tego cierpienia, i nasz przypadek jest pierwszym, rozpoznanym przed operacyą.

Zdaje nam się, że cierpienie to łatwiej będzie wcześnie dobrze rozpoznać, jeśli tylko wogóle o tej postaci mięsaków w każdym przypadku zmian stawu kolanowego pamiętać będziemy, a z drugiej strony dokładnie zapoznamy się z objawami i przebiegiem tej sprawy chorobowej. To jest najważniejszym powodem do podjęcia i ogłoszenia niniejszej pracy, mającej nietylko naukowe, lecz i praktyczne znaczenie, gdyż jedynie wcześnie rozpoznane mięsaki można leczyć operacyjnie z dobrym wynikiem. Nie jeden zaś z przypadków, dotychczas opisanych, uważano przez dłuższy przeciąg czasu za inną chorobę i leczono zachowawczo, lub też dokonywano nie dość doszczętnego zabiegu, przez co narażano chorego na miejscowe lub ogólne nawroty.

Naprzód zestawię przypadki, dotychczas opisane:

I. Annandale (*Med. Chir. Soc. of Edinburgh* 1896) i Turner (*Lancet*, 1894). Annandale znalazł u chorej, 33 lat liczącej, mało ruchomy guz w okolicy łąkotki prawej (*cartilago semilun. dextr.*), znikający przy ucisku. Chora cierpi na to kolano już od półtora roku i doznaje utrudnienia w chodzeniu. Przy operacyi znaleziono guz wielkości fasoli, ściśle połączony z torebką maziową. Guz ten wycięto, rana zagoiła się bez powikłań, a badanie drobnowidowe wykryło mięsakową przyrodę guza (*sarcoma myeloideum*). Po 8 latach ponownie badając chorą, stwierdzono zupełny brak bólów w kolanie. Chora ma się zupełnie dobrze.

II. Garré (Diffuses Sarcom der Kniegelenskapsel. *Beiträge zur klin. Chir.* 1891, VII). Kobieta 34 l., o wyglądaniu suchotniczem, uczuła przed 9 miesiącami przy podchodzeniu na schody ból w lewem kolanie. W trzy miesiące później cierpienie znacznie się pogorszyło, noga osłabła, lecz żadnego obrzęku chora wtenczas nie zauważyła. Od miesiąca leczy się z powodu znacznych bólów. Stan obecny: U chorej źle odżywionej jest kolano lewe w znacznym stopniu wrzecionowato obrzękłe. Obwód jego wynosi 87 cm., gdy obwód kolana zdrowego nie przenosi 30 cm. Obrzęk ten sięga ku górze na szerokość dłoni powyżej rzepki, a ku dołowi aż po guzowatość (*tuberositas*) piszczeli. Cala kończyna nieznacznie obrzękła, w kolanie lekko przykurczona, skóra ponad kolanem napięta, świecąca, żyły widoczne, porozszerzane. Ruchy czynne upośledzone: chora może zginać i wyprostować nogę aż do kąta 170°. Ruchy bierne w tym samym stopniu upośledzone, przy większych wychyleniach bolesne.

Nadto dadzą się wykonywać lekkie ruchy wahadłowe z boku na bok. Trzeszczenia (*crepitatio*) wykazać nie można. Przy zgiętem kolanie można wymacać wielki guz po obu stronach ścięgna mięśnia czworogłowego. Guz ten nie chełbocze, jest konsystencyi stałej. Torebka stawowa jest przedewszystkiem zgrubiałą, rzepka uniesiona, a zachyłek pod mięśniem czworogłowym (*recessus quadricipitis*) wypełniony guzem stałym, ciągnącym się aż pod kolano i wypełniającym cały dół podkolanowy. Stąd ucisk na żyłę podkolanową i obrzęk całej kończyny dolnej poniżej kolana. Bolesność występuje jedynie przy uciskaniu torebki stawowej o kość. Płuca bez zmian gruźliczych, mocz nie zawiera białka. Chora skarży się na bole w krzyżach. Ciepłota 38 do 38·7 rano, a 38·3 do 39·6 wieczorem. Rozpoznano gruźlicę stawu i przystąpiono do rękoczynu, uprzedzając chorą, że w toku operacyi może się okazać konieczność odjęcia kończyny.

W uśpieniu eterowem otwarto staw i znaleziono całą błonę maziową zamienioną w grubą masę brudno-żółtą, o powierzchni nierównej, grudkowatej, podobnej do zakrętów mózgowych, przyczem cała znacznie zgrubiała błona maziowa otacza jak poduszka rzepkę i kłykcie kości udowej. Zachyłek pod mięśniem czworogłowym (*recessus quadricipitis*) zapełnia warstwa tkanki łącznej, gruba na 4 ctm., tak samo i tylną część torebki stawowej. Powierzchnia stawowa kości udowej, piszczelowej i rzepki bez zmian. W ten sposób zmienionej błony maziowej nie oddziela nigdzie od sąsiednich części miękkich wiotka tkanka łączna, niema tu żadnej ostrej granicy, i dlatego torebki stawowej nie można oddzielić. Wobec tego nogę odjęto w dolnej części uda, a jamę szpikową kości udowej, wypełnioną żółtą masą, wyłyżeczkowano $3\frac{1}{2}$ ctm. w głąb. Przebieg pooperacyjny niczem niezakłócony. Po dwóch tygodniach przerzuty w pachwinie lewej, a po czterech zejście śmiertelne. Sekcya wykazała przerzuty w pachwinie lewej, w okostnej kikuta, w szpiku kości udowej, w wątrobie, w mostku, w płucach i t. d. Przy oglądaniu odciętej nogi widać po otwarciu stawu rozlane zgrubienie nowotworowe całej błony maziowej, zamienionej w tkankę białawą, miękką, wnikającą także w torebkę stawową i wzmacniające ją więzadła, przyczem jedynie chrząstki i łąkotki są nienaruszone. W niektórych miejscach dochodzi grubość błony maziowej do $1-1\frac{1}{2}$ ctm., a nowotwór, przekraczając granice torebki stawowej, przechodzi na ścięgna i mięśnie sąsiednie. Także ścięgno mięśnia czworogłowego zniszczył nowotwór, wnikając miejscami także i w same mięśnie uda. Nadto nowotwór ciągnie się wzdłuż trzonu kości udowej i okala ją, a w okolicy zewnętrznego kłykcia przenika kość i zajmuje szpik, który w całej swej rozciągłości jest nowotworowo naciekły. Drobnowidowo stwierdzono mięsaka okrągłokomórkowego o utkaniu oczkowatem. Baumgarten uważał za punkt wyjścia szpik kości, lecz autor sądzi, iż szpik został zajęty dopiero następowo.

III. Howard Marsh (Primary Sarcoma of the knee joint. *Lancet* 1898, II.) opisuje przypadek, tyczący się mężczyzny 21-letniego, u którego przed 14 miesiącami utworzył się w okolicy stawu kolanowego po stronie wewnętrznego kłykcia lewej kości udowej guz, dochodzący w czasie zgłoszenia się chorego do szpitala św. Bartłomieja, t. j. we wrześniu 1892 r., wielkości pomarańczy. Guz ten wydawał się zapaleniem gruźliczem okostnej, połączonem ze zgrubieniem części sąsiednich. W czasie operacyi pokazało się, że cały ów guz leży w tkance torebki maziowej i jak się zdaje, jest przyrody nowotworowej. Wycięto go wraz z sąsiedniemi częściami torebki stawowej; rana zagoiła się doraźnie, a badanie drobnowidowe dowiodło, że guz wycięty jest mięsakiem o komórkach drobnych, okrągłych i wrzecionowatych. W marcu 1895 roku zgłosił się chory z nawrotem cierpienia w postaci guza wielkości kuli bilardowej, powstałego w górnej części blizny. Guz wycięto, a badanie drobnowidowe dało ten sam wynik, co poprzednio. W grudniu tegoż roku wyłuszczono guzek wielkości orzecha z torebki maziowej po zewnętrznej stronie stawu kolanowego, w sierpniu 1896 r. dwa małe guzki po wewnętrznej stronie stawu, a w październiku

1897 r. jeszcze dwa małe guzki tej samej przyrody. W grudniu 1897 wyrósł guz wielkości orzecha włoskiego pod kolanem, przesuwając w bok tętnicę podkolanową. Gruczoły pachwinowe po tej stronie nie powiększone. Chory doznaje znacznych bolów w łydce, nogi prawie zupełnie nie może używać. Wobec tego odjęto nogę w połowie długości uda. W stawie znaleziono guz wielkości jaja kurzego, z tyłu kolana z torebki maziowej wychodzący, i drugi mniejszy guzek pomiędzy kłykciami kości udowej. Oba guzy okazują pod drobnowidem takie samo utkanie, co i poprzednie. Autor zwraca uwagę na wielką rzadkość takich nowotworów, na przewlekły, bo aż sześć lat trwający przebieg cierpienia, i na nawroty, powstające jużto w tem samem miejscu, już też w sąsiedniej tkance maziowej.

IV i V. Salter i Hardie. (Mięsakowate zwyrodnienie torebki maziowej kolana. *The Lancet.* Czerwiec, 1894 r.). Mężczyzna 26-letni, zwykle cieszący się dobrem zdrowiem, cierpiał przed 5 laty na bole w lewem kolanie, na które przez dłuższy czas szukał ulgi w wodolecznictwie. Następnie bole ustąpiły i nie pojawiały się przez dwa lata. Dopiero przed dwoma laty zauważył po raz pierwszy mały, niebolesny guzek tuż koło głowy mięśnia strzałkowego (*m. peroneus*). Guzek ten przez rok miał się nie powiększać i dopiero upadnięcie chorego na lewą nogę miało wywołać pogorszenie się cierpienia. Kolano obrzękło i stało się bolesne, przyczem chory musiał przez 5 tygodni leżeć w łóżku. Wtedy też zauważył, że guz się powiększył, a nadto gdy wstał, że nie może wcale kolana zginać. Niemożność zginania coraz się zwiększała, tak, że po pięciu miesiącach noga w kolanie zupełnie była sztywną. W tym czasie także wróciły bóle i obrzęk, ilekroć chory chodził. Leczenie przetworami jodu nic nie pomagało, a przez nakłucie wydobyto wówczas ze stawu czystą krew. Wtedy zgłosił się chory do szpitala, gdzie zauważono, co następuje: Noga w kolanie zgięta i w ustawieniu odsiebnem (w abdukcyi), przytem zupełnie sztywna (ankiloza stawu kolanowego). Całe kolano znacznie obrzękłe, przedewszystkiem po stronie zewnętrznej. Obrzęk ten jest miękki, łatwo ugniatalny, chełbotanie niewyraźne. Nadto w miejscu, odpowiadającem linii stykaniu się obu powierzchni stawowych, można wyczuć guzek twardy, ruchomy, wielkości pestki brzoskwini, podobny do oderwanej chrząstki. Cały staw był zresztą ciastowato miękki, z wyjątkiem jednego miejsca po wewnętrznej stronie rzepki, gdzie można było stwierdzić wyraźne chełbotanie. Próby ruchów biernych bolesne, zresztą chory nie skarży się na żadne bole. Przez nakłucie wydobyto z części chełboczącej i tym razem czystą krew. Postanowiono więc wykonać zabieg chirurgiczny, uzyskawszy pozwolenie chorego na odjęcie nogi, gdyby tego zachodziła potrzeba.

Cięcie poprowadzono po wewnętrznej stronie stawu, przyczem otwarto rodzaj obszernej torbieli, zawierającej krew płynną i skrzepy, a ciągnącej się daleko ku przodowi i ku tyłowi pod kolano. Po wypróżnieniu tej torbieli wydawało się, że nie łączy się ona z samym stawem, lecz że jest od niego oddzieloną cienką warstwą tkanki ścięgnistej. Tkankę tę nacięto, i wtedy napotkano masę, do ikry rybiej podobną, cały staw wypełniającą, którą wydalono, a stawu nie zaszywano, lecz pozostawiono go otwartym.

Skoro badanie wydobytej, podobnej do ikry masy dowiodło, że jest to tkanka mięsakowa o komórkach wrzecionowatych, odjęto kończynę w dolnej trzeciej części uda. Wynik operacyi był bardzo dobry i chory obecnie ma się zupełnie dobrze.

Uzyskany zaś przez amputacyę preparat przedstawiał się, jak następuje: W miejscu, gdzie dawało się wyczuć chełbotanie, znaleziono kruchą tkankę grudkowatą, podobną do ikry rybiej. Obrzęk stanowiła torbiel znacznych rozmiarów, oddzielona od stawu masą białą, podobną do ziarnek fasoli. Prócz tego znaleziono trzy mniejsze torbiele wielkości orzecha włoskiego, leżące na ścięgnach mięśni zginających i prostujących goleń, po stronie wewnętrznej kolana, a wypełnione taką samą masą ziarnistą, co i wyżej opisana większa torbiel. Na chrząstkach powierzchni stawowych tylko w niektórych miejscach widać po brzegu nieznaczne ubytki, przedewszystkiem po wewnętrznej tylnej stronie kolana, gdzie znajduje się większy ubytek chrząstki, przypominający owrzodzenie gruźlicze; zresztą zmian niema. Błona maziowa pokryta miejscami, przedewszystkiem z tyłu kolana, guzkami, przypominającymi jużto ikrę rybią, już też ziarna fasoli, bądźto krwawo-czerwonymi, bądź też białymi. Badaniem drobnowidowem stwierdzono, że owa tkanka gruboziarnista ma budowę mięsaka o komórkach wrzecionowatych, ulegających zwyrodnieniu śluzowatemu, w miejscach tylko, gdzie tkanka była jaśniejszą i podobną do ziarnek fasoli, zwyrodnienia tego nie było.

Salter zwraca uwagę na rzadkość przypadków pierwotnego mięsaka torebki stawowej. Hardie spotkał w swej praktyce prywatnej podobny przypadek, dotyczący kobiety w średnim wieku; odjął wtedy udo, jednak chora zmarła wskutek przerzutów w kościach twarzy i czaszki w 18 miesięcy po amputacyi.

VI. Lockwood. (A case of Sarcoma of the Synovial Membrane of the knee. *Clin. Soc. of London*, 1902). U młodej kobiety, cierpiącej od lat trzech na kolano, znaleziono obrzęk bolesny za dotykiem, oraz ciepłotę miejscowo podniesioną. Noga w kolanie nieco przykurczona, lecz ruchy zresztą swobodne. Rozpoznano zapalenie gruźlicze stawu i polecono leczenie miejscowe. Po roku chora zgłosiła się znowu z jeszcze wybitniejszym obrazem zapalenia gruźliczego. Przystąpiono do resekcyi kolana, lecz już w czasie tego zabiegu brak ropy jakoteż brak próchnienia kości wzbudziły pewne wątpliwości co do pierwotnego rozpoznania, co i badanie drobnowidowe potwierdziło, wykrywając mięsaka wrzecionowatokomórkowego.

Lockwood zwraca uwagę na wielkie podobieństwo tego cierpienia do gruźliczego zapalenia kolana, chociaż dobra ruchomość w stawie mimo 4-letniego trwania choroby mogła była wzbudzić pewne wątpliwości.

VII. Julliard i Descoeudres. (Sarcome primitif de la synoviale du genou. *Arch. Internat. de Chirurg.* I. 6, 1904). Chora 34-letnia, dziedzicznie nie obciążona, cierpi już od lat 13 na prawe kolano. Początkowo zauważyła mały guzek po zewnętrznej stronie kolana, a wkrótce potem całe kolano znacznie obrzękło, tak iż po upływie roku było już o 8 ctm. grubsze od drugiego. Udała się wówczas po poradę lekarską, przyczem kolano z przodu nakłuto, wypuszczono około 1 litra różowego płynu i założono opatrunek uciskający. Lecz mimoto wkrótce powrócił poprzedni obrzęk kolana, a zarazem cała goleń puchnąć zaczęła. Udała się przeto chora na klinikę prof. Rouxa w Lozannie, gdzie jej trzykrotnie kolano nakłuwano, lecz bez żadnego polepszenia. Na operacyę zgodzić się zaś nie chcąc, opuściła w końcu klinikę. Od tego czasu kolano powoli wprawdzie, lecz stale coraz bardziej grubiało, pomimo stosowania środków leczniczych, tak miejscowych, jak i ogólnych, a „nawet" leczenia się u paryskiego szarlatana! Dotkliwszych bólów doznawała chora tylko przy energiczniejszych zabiegach leczniczych, zresztą zaś nigdy; chodzić również mogła, a tylko wielki ciężar nogi i pewnego rodzaju słabość mięśni przeszkadzały chorej nieco w chodzeniu. Zresztą czuła się zupełnie zdrową i, jak podaje, nie schudła. Obecnie kolano ma postać guza wrzecionowatego, wielkości głowy; skóra okolicy kolanowej zabarwiona i łuszcząca się z powodu mnogich, przez długi czas miejscowo stosowanych leków, — napięta, ścieńczała; na niej przeświecające rozszerzone żyły i blizny po dawnych nakłuciach. Guz ten cały nie jest jednolity, lecz składa się niejako z kilku torbieli, łączących się ze sobą, z których jedna zajmuje przód kolana, a druga znajduje się po jego stronie wewnętrznej; kilka zaś mniejszych, a twardszych guzków wymacać można pod kolanem. Całe kolano chełbocze, rzepka unosi się (balotuje). Udo z powodu zaniku mięśni nieco wątlejsze od zdrowego, na goleni dojrzeć tego nie można, gdyż jest znacznie obrzękła. Obrzęk ten zajmuje też i stopę, ilekroć chora dłużej chodzi. Ruchy w kolanie swobodne, lecz w mniejszych nieco granicach (zgięcie kończyny możebne tylko do 50°). Niema ani trzeszczenia w czasie zginania, ani też żadnych ruchów nieprawidłowych. Chora chodząc nie utyka i nie doznaje żadnych bolów. Ciepłota miejscowa i ogólna nie podniesiona. Dokonano po dwakroć nakłucia po wewnętrznej stronie rzepki, przyczem wydobyto raz 10, drugi raz 500 ctm.³ płynu przeźroczystego, żółtego, z guza zaś, leżącego po wewnętrznej stronie kolana, zdołano wyciągnąć jedynie kilka kropel krwi. Już po upływie tygodnia guz powrócił do pierwotnej wielkości. Przystąpiono więc do wyłuszczenia guza, (gdyż chora na odjęcie kończyny zgodzić się nie chciała), rozpoznawszy zapalenie gruźlicze kolana, któremu towarzyszy guz niezłośliwy, o właściwościach torbieli wielokomorowej. W uśpieniu eterowem poprowadzono cięcie pionowe z przodu kolana; pod mięśniem czworogłowym znaleziono guz o powierzchni poprzerzynanej bruzdami, w których leżą luźno grube żyły. Guz ten obejmuje z przodu kość udową na przestrzeni około 20 ctm., zajmuje torebkę stawową kolana i łączy się ściśle z rzepką. Przy wyłuszczaniu trzeba było przeciąć ścięgno rzepki i zabrać z niem razem całą błonę maziową stawu kolanowego, gdyż zdawała się tworzyć jedną z niem masę. Kości nie zajęte, lecz w chrząstce znaczniejsze ubytki. W czasie wyłuszczania guz pękł i wylała się z niego znaczna ilość płynu żółtego, lepkiego. Następnie poprowadzono drugie cięcie z tyłu kolana, przez które wyłuszczono tylną część torebki stawowej wraz z kilkoma z nią i między sobą połączonemi guzami. Rany zeszyto, pozostawiwszy w każdej po dwa sączki i założono opatrunek lekko uciskający. Oglądając wycięte guzy można zauważyć, że największy z nich jest torbielą, zawierającą treść płynną, mazistą, żółtą, w której pływają ziarna białe i galaretowate. Ściany tej torbieli miejscami zgrubiałe, to znów pokryte wybujałościami, podobnemi do fasoli lub orzecha laskowego, obłożone złogami włóknikowymi, przechodzą bez wyraźnej granicy w błonę maziową i obejmują rzepkę, której chrząstka miejscami

nadżarta. Błona maziowa zgrubiała, pokryta masami, podobnemi do tych, które się znajdowały na ścianach torbieli. Mniejsze guzy, wycięte z tylnej strony kolana, mają powierzchnię nierówną, są dość miękkie, barwy szarej i zapuszczają odnogi w torebkę stawową.

Czwartego dnia po operacyi trzeba było z powodu ropienia szwy rozpuścić i stosować przepłukiwania rany wodą utlenioną. Niebawem zaczęła rana coraz lepiej wyglądać i pokrywać się zdrową ziarniną, lecz wywiązało się zapalenie żyły i chora umarła w 5 tygodni po operacyi na zapalenie otrzewnej. Sekcya nie wykryła ani nawrotu miejscowego, ani przerzutów. Badanie drobnowidowe błony maziowej stwierdziło w niej pasmo tkanki mięsakowej o komórkach drobnych, okrągłych, z których również składają się guzy, wycięte z tyłu kolana i guzki kształtu fasoli, znajdujące się na ścianach torebki maziowej i torbieli; ściany torbieli są także nowotworowo naciekłe. Tu i owdzie znajdują się też komórki olbrzymie.

Dodać muszę, że znalazłem jeszcze dwa przypadki Roberta Weira, streszczone w *Centr. f. Chirurg.* 1886 r., a ogłoszone w *New York med. Record* 1886 r., w których jednak chodzi o drobne guzki ograniczone i osadzone na szypułkach.

VIII. Pierwszy przypadek Weira dotyczy 24-letniej kobiety, u której guzek usadowiony był na szypułce po wewnętrznej stronie rzepki. Po podwiązaniu szypułki wydalenie guzka. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że był to mięsak olbrzymiokomórkowy.

IX. Drugi przypadek Weira dotyczy 39-letniego mężczyzny, u którego wycięto guzek wielkości śliwki, wiszący na długiej szypułce. Rozpoznanie mikroskopowe: włókniakomięsak.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek liszajca pryszczykowego *(Impetigo herpetiformis)*.

Podał

Dr. Eugeniusz Borzęcki

prymaryusz oddziału.

(Dokończenie).

Na całość obrazu chorobowego skóry według określenia Kaposiego składają się:

1. Drobniutkie (miliare), jako takie powstające krostki, położone powierzchownie w warstwach naskórka.

2. Krostki te pojawiają się w ciągu trwania choroby zawsze w tej samej postaci;

3. są ułożone w gromadki;

4. powstają na obwodzie ogniska w obrębie pasma skóry przekrwionej i to w miarę, jak części środkowe ulegają przemianom dalszym (strupy, obumarcie warstw naskórka podniesionych wydzieliną krostek z następowem łuszczeniem); nigdy jednak nie powstają owrzodzenia, ubytki, a więc i blizny; wieniec niejako krostek obejmuje coraz szersze kręgi. W rzędzie dalszych objawów i cech, znamionujących liszajca pryszczykowego, wymienia tenże autor: wyłączne pojawianie się choroby tylko u ciężarnych lub położnic, występowanie zmian chorobowych na skórze w pewnych miejscach (okolica wzgórka łonowego, wewnętrzna strona ud i t. d.), gorączkę z dreszczami, wreszcie zejście śmiertelne (prócz jednego przypadku) w ciągu pierwszego pojawienia się lub nawrotu choroby. Dalsze spostrzeżenia potwierdziły w zupełności opis tej choroby, przez Kaposiego skreślony, co do objawów na skórze; zmieniły się jednak zapatrywania co do wyłącznego pojawiania się jej tylko u kobiet i co do bezwzględnie złego rokowania.

Jarisch (24) hołdował tak dalece zapatrywaniom Kaposiego, że nawet przypadku, który tenże ogłosił jako „*Impetigo herpetiformis in mare*“ (1887), nie chciał uznać za tę chorobę.

W przebiegu liszajca pryszczykowego należy odróżnić: takie objawy, które spostrzegano niemal w każdym przypadku i które zdają się być w związku przyczynowym z chorobą samą, i te, które stanowią przypadkowe powikłania. Do rzędu pierwszych należą: gorączka o typie zwalniającym, poprzedzana często dreszczami, białkomocz (z nielicznymi wyjątkami w przypadku du Mesnila i Marxa, Daubera [ta sama chora], Pollacka i Gunsetta), silne bóle głowy, rychły upadek sił. W większości spostrzeżeń (Kaposi, du Mesnil i Marx, Breier, Schulze, Gross, moje spostrzeżenie) stwierdzono bezsenność, napady lęku, zajęcie świadomości, bicie serca i przeczulicę powłok skórnych. Przeczulica była powodem, że du Mesnil upatrywał przyczynę liszajca pryszczykowego w zmianach układu nerwowego (bez bliższego określenia). Jakkolwiek podobną przeczulicę skóry spotykamy w przebiegu np. półpaśca, opryszczek na napletku, które przecież z wielu względów łączymy w związek przyczynowy z zaburzeniami w odpowiednich nerwach, to z drugiej strony nie brak jej n. p. w przebiegu chorób skóry, wywołanych zakażeniem, czy to od zewnątrz, czy na drogach wewnętrznych. Tak np. Krzyształowicz (25) w przypadku, opisanym jako „*Streptococcia cutis chronica*“ nadmienia, że pojawienie się rumieni, pęcherzy na korze, poprzedzone było silnem pieczeniem, bolem skóry. Trwanie liszajca pryszczykowego wahało się w granicach od 3 tygodni do 4 miesięcy; w przypadku Daubera trwała choroba $1^1/_2$ roku. Najmłodszy osobnik miał lat 17 (Rille), najstarszy lat 84 (Hartzell).

Leczenie, jakie różni autorowie stosowali, odmienne, zależnie od zapatrywań na etyologię choroby, nazwać można tylko objawowem.

Etyologia i patogeneza liszajca pryszczykowego pozostały mimo badań, wykonanych w każdym z ogłoszonych przypadków, nie wyjaśnione. Co najwyżej wypowiedziano przypuszczenia, które dają się ująć w następujące grupy:

1. Liszajec pryszczykowy jest wyrazem odruchowego podrażnienia nerwów i naczyń w skórze w przebiegu ciąży lub u położnic (Hebra, Jarisch).

2. Tommasoli uważa liszajca pryszczykowego za wynik zaburzeń w wymianie materyi.

3. Jako sprawę ropniczą (posoczniczą) pojmują tę chorobę Kaposi, Maret, Pollack, Dauber.

4. Wreszcie du Mesnil upatruje przyczynę w zmianach układu nerwowego.

Wszystkie dawniejsze spostrzeżenia (w liczbie 13) Hebry i Kaposiego dotyczyły ciężarnych i położnic; nic też dziwnego, że mimowoli nasuwało się przypuszczenie związku przyczynowego między chorobą skóry, a ciążą, czy też połogiem. Jeżeli jednak za wzorem Hebry uważać będziemy liszajca pryszczykowego za sprawę odruchową z punktem wyjścia z macicy, to należałoby się spodziewać, że podobnie, jak to bywa w przebiegu innych cierpień skóry, niezawodnie w związku bezpośrednim z ciążą będących, — żeby przytoczyć pokrzywkę ciężarnych, wyprysk, świąd (*pruritus*), opryszczki u ciężarnych (*herpes gestationis*), i on

po skończonej ciąży ustąpi. Tymczasem w większości przypadków, jak w 5 Hebry i Kaposiego, Mareta, du Mesnila (II. spostrzeżenie), Breiera, po porodzie zwykle niedonoszonego płodu sprawa nietylko nie przycichła, ale trwała i rozwijała się dalej, wiodąc we wszystkich przypadkach prócz du Mesnila do śmierci. Jedynie Schulze podaje, że po porodzie w jego przypadku nastąpił wyraźny zwrot ku lepszemu. U mojej chorej poród donoszonego, zdrowego płodu nastąpił w 3 tygodnie po opuszczeniu oddziału przez chorą wyleczoną. Że ciąża i połóg są w rzędzie innych, bliżej nam nieznanych czynników, jednymi z najważniejszych, które usposabiają czy przygotowują grunt do powstania tej choroby, o tem dostatecznie przekonywa załączone zestawienie. Wynik rozbioru moczu, przez który Tommasoli stwierdził wybitnie zwiększoną ilość eteru zwykłego i lotnych fenolów, nasunął temu autorowi myśl, by szukać związku przyczynowego między zaburzeniami w wymianie materyi, a omawianą chorobą skórną. Ten przypuszczany związek był przyczyną, że u swojego chorego wstrzykiwał Tommasoli płyn Brown-Secquarda. Wynik nie potwierdził oczekiwań. Bądź co bądź jednak, należałoby w przyszłości w przypadkach tej choroby systematycznie badać mocz, czego dotąd nikt dosyć ściśle nie przeprowadził.

Zwolennikami trzeciego z rzędu zapatrywania, według którego liszajec pryszczykowy należy uważać za sprawę ropniczą, czy posoczniczą, są Kaposi, Maret, Pollack i Dauber. Takie zdanie miał o przyrodzie choroby Kaposi ze względu na takie jej objawy kliniczne, jak: pojawianie się na skórze krostek, towarzysząca chorobie gorączka z dreszczami, wreszcie wynik oględzin pośmiertnych w 3 przypadkach, które stwierdziły w 2 przypadkach zapalenie śródmaciczne i otrzewnej, w jednym zapalenie otrzewnej gruźlicze. Dokonane przez Kaposiego badanie treści krostek, chociaż wykryło obecność różnych drobnoustrojów, to przez wzgląd na tę okoliczność, że i w stosunkach prawidłowych nie brak ich w warstwach naskórka, nie pozwoliło wysnuć stanowczych wniosków. W dalszych spostrzeganych przypadkach za mało zwracano uwagi na badania bakteryologiczne. Ujemne wyniki podają: Freyhan w obu spostrzeżeniach, Breier, Schulze, Tommasoli i Gunsett; żadnych danych niema u Whithehausa Hartzella, Grosza, Rillego i Pollacka. Wyniki dodatnie uzyskali du Mesnil, Dubreuilh i Dauber.

Du Mesnil i Marx wyhodowali gronkowca złocistego obok żółtego czworniaka (*sarcina lutea*), którego uważać trzeba za przypadkową domieszkę przy zakładaniu hodowli. Ropa z krostki, przeszczepiona na skórę zdrową, wywołała po 48 godzinach również krostkę z silnym odczynem zapalnym, która bez dalszych objawów zaschła. Du Mesnil nie wysnuwa z tego wyniku badania żadnych wniosków.

Dubreuilh u swojego chorego wyhodował z krwi z opuszki palca gronkowca białego. Sam autor jednak nie przypisuje temu wynikowi żadnego znaczenia ze względu na uboczne okoliczności, towarzyszące zakładaniu hodowli. Dauber wyhodował dwukrotnie z treści świeżo powstałych krostek gronkowca złocistego. Tenże autor dokładnie zbadał zwój Gassera, najwyższy zwój nerwu współczulnego szyjnego, cały rdzeń, ale nie stwierdził żadnych zmian.

Z treści krostek u mojej chorej wyhodowano obok licznych kolonii gronkowca białego i paciorkowca ropotwórczego, również z krwi (po odsłonięciu żyły) liczne kolonie paciorkowca i mniej liczne gronkowca. Nasuwa się tu pytanie, czy można tym drobnoustrojom, wyhodowanym w przypadkach poprzednich i w moim, przypisać znaczenie chorobotwórcze? Obecność gronkowców w warstwach naskórka nie upoważnia do tego. Wynik badania histologicznego w moim przypadku, jak również w przypadkach du Mesnila i Daubera, nie stoi w sprzeczności z pojęciem liszajca pryszczykowego, jako wyniku zakażenia skóry, czy to od zewnątrz, czy też od wewnątrz. Coprawda, w przypadkach zakażenia skóry gronkowcami, n. p. w trądziku (*folliculitis*), również znajduje się licznie gronkowce w warstwach naskórka, a z drugiej strony np., przypadkowo tylko spotyka się paciorkowce w pęcherzykach liszajca zwyklego, chociaż one je wywołują. Cały szereg objawów klinicznych w przebiegu liszajca pryszczykowego, jak: gorączka, dreszcze, poty, prędki upadek sił i t. d. przemawia najwięcej za tem, że cierpienie należy uważać za sprawę ropniczą. Czy paciorkowce, wyhodowane w moim przypadku z krwi, można uważać za czynnik główny w powstaniu choroby, trudno rozstrzygnąć. Z dotychczasowych spostrzeżeń zdaje się wynikać, że ciąża (lub też połóg) stanowią czynnik usposabiający do liszajca pryszczykowego, czy to przez zmniejszenie odporności ustroju, czy też w inny sposób. U chorej, spostrzeganej przezemnie, badania krwi w kierunku bakteryologicznym dokonano raz jeden; ciężki stan chorej nie pozwolił badania tego powtórzyć. Być może, że badania w tym kierunku, wykonane kilkakrotnie w przebiegu choroby, pozwoliłyby na śmielsze wnioski. Wyhodowanie ze krwi chorej ziarenkowców ropnych uprawnia wprawdzie do uważania sprawy za ropniczą, nie rozstrzyga jednak pytania, czy ziarenkowce te uważać można za chorobotwórcze, czy też tylko za wyraz zakażenia mięszanego.

Zestawiając wynik dotychczasowych badań nad liszajcem pryszczykowym, możemy, sądzę, wysnuć następujące wnioski:

1. Liszajec pryszczykowy stanowi odrębną jednostkę chorobową, której z żadną inną z chorób skórnych zamienić nie można.

2. Nie można uważać liszajca pryszczykowego za chorobę, wyłącznie spostrzeganą u ciężarnych lub położnic.

3. Ciąża i połóg stanowią czynnik usposabiający.

4. Przyczyny choroby nie znamy, wiele jednak przemawia za przyrodą ropniczą cierpienia.

5. U ciężarnych, które uległy chorobie, zachodzi obawa nawrotu podczas nowej ciąży (2 przyp. Kaposiego, Mareta, du Mesnila, Gunsetta).

6. Rokowanie nie jest bezwzględnie złe, gdyż na 34 spostrzeżeń zapisano 19 zgonów, a 14 wyzdrowień (w jednym przypadku nic nie podano o zejściu).

Piśmiennictwo. 1) Dubreuilh: „Annales de Dermatologie" 1892, str. 353 — 2) Lehrbuch der Hautkrankheiten von Hebra und Kaposi 1872. — 3) Maret: Inaugural-Dissertation. Strassburg 1887. — 4) Du Mesnil u. Marx: „Arch. f. Derm. u. Syph." 1889, str. 457. — 5) Heitz-

mann: „Amer. Arch. of. Derm.“ 1878. — 6) Pataky: „Wiener mediz. Blätter“ 1880, Nr. 20. — 7) Schwarz: tamże, 1886, Nr. 27. — 8 Freyhan: „Monatshefte für pract. Dermat“, 1892, tom II. — 9) Sabolotzky: tamże, 1895, str. 643. — 10) Breier: „Zeitschr. f. Dermat.“ T. I, z. 3. 1894. — 11) Dauber: „Arch. f. Derm. u. Syph.“ 1895. — 12) Schultze: tamże, 1895. — 13) Whitehouse: „Journal of cut. and genit.“ 1898. — 14) Hartzell: tamże. — 15) Gross: „Arch. f. Derm u. Syph.“ 1898, tom 45. — 16) Rille: tamże, 1898, tom 45. — 17) Tommasoli: tamże, 1898, tom 46. — 18) Pollock: „Dermat. Zeitsch.“ 1900, z. 2. — 19) Gunsett: „Arch. f. Derm. u. Syph.“ 1901. — 20) Dubring: „The Amer. Journal of medical sciences“ 1884. — 21) Besnier: „Annal. de Derm. et Syph.“ 1884 i 1885. — 22) Brocq: „Traitement de maladies de la peau.“ 1889. — 23) Dubring: „Monatsh. f. pract. Derm.“ 1890. — 24) Jarisch: „Lehrbuch der Hauskrankh.“ 1900. — 25) Krzyształowicz: „Przegląd lekarski“ 1902, Nr. 42, 43.

O obrzezaniu rytualnem.

Podał

Dr. J. Fels.

(Dokończenie.)

Część druga

wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego dnia 10 listopada 1905 r.

Obrzezanie u Żydów.

Jak już wspomniałem, obrzezanie znalazło u Żydów największe rozpowszechnienie, lecz z biegiem czasu doznało ono także różnych zmian i dodatków. Starzy Egipcyanie i Izraelici wykonywali obrzezanie narzędziami kamiennemi; żona Mojżesza Cippora obrzezała swego syna kamieniem ostrym (*Exodus*, rozdział IV, wiersz 25); według Herodota (II, 86) Egipcyanie do otwarcia jam cielesnych przed balsamowaniem używali noży kamiennych. Pierwotnie obrzezanie polegało na poprzecznem odcięciu napletka i odwinięciu jego reszty tak, że żołądź była odsłonięta. W tej postaci obrzezanie utrzymało się do dnia dzisiejszego u Turków i Persów, gdzie odcina się odciągnięty płat napletka; operacya zatem jest prosta i łatwa. U Żydów jednak nastały z biegiem czasu modyfikacye, które dla tej operacyi stały się niemal złowrogie. Wspomnieliśmy wyżej, że obrzezanie w starożytności obok znaczenia religijnego najbardziej miało znaczenie narodowe, to też widzimy, że w okresach narodowego i religijnego upadku zaniechano nieraz obrzezania tak dalece, że obrzezani już naciągali i przedłużali nawet pozostały po obrzezaniu napletek, by zataić odbyte obrzezanie i ujść w ten sposób bądź szyderstwu, bądź też prześladowaniu (Machabeusze, księga I, rozdz. I, w. 15; Flavius Josephus, Antiquit. Lib. XII, rozdz. V, 1 i apostoł Paweł, List do Koryntczyków. rozdz. VII, w. 18: „Jeśli kto obrzezany jest powołanym, niech nie naciąga napletka“). To odciąganie pozostałego napletka nazywano *epispasmus* (ἐπισπάσμος) od ἐπισπᾶσθαι odciągać), *recutitio*, a osobę, która napletek naciągała, nazwano ἐπισπαστικος po hebr. *maszuch*. *Epispasmus* zaś wykonywano albo przez powolne naciąganie napletka zapomocą narzędzia, zwanego *epispaster* lub *statister*, albo nie cofano się nawet przed krwawą operacyą, którą Celsus (De medicina lib. VII, cap. 25, 1) tak opisuje: „Oddzielono warstwami i ciągle naciągając wewnętrzną warstwę napletka naokoło od korony żołędzi i tworzono w ten sposób z wewnętrznej blaszki przedłużenie zewnętrznej, by pokryć nią żołądź. By zaś przedłużony i nowo wytworzony napletek się nie skurczył, owinięto mocno całe prącie od nasady do szyjki żołędzi i stosowano zimne okłady dla zwalczenia zapalenia rany“. Te usiłowania dla ponownego odzyskania napletka istniały już za czasów Machabeuszów pod wpływem prześladowań religijnych przez Antiochusa Epiphanesa, jeszcze bardziej jednak weszły one w modę, kiedy Żydzi stykali się bliżej z Grekami i Rzymianami. Chcieli w ten sposób Żydzi uniknąć albo wstydu, kiedy zjawili się nadzy w łaźniach, lub uczestniczyli w zabawach publicznych; albo też uwolnić się od wysokich gniotących podatków, nakładanych na nich przez prawa rzymskie. Poeci rzymscy, zwlaszcza Horacy, Juwenal i Marcial wyszydzali w swych satyrach obrzezanie, jak i inne niezrozumiałe dla nich zwyczaje religijne Żydów; a ustawa rzymska zajęła wobec obrzezania poważne stanowisko, strzegąc z uwagą, by nie obrzezano żadnego nieżyda. Ważne *corpus juris*, które zezwoliło Żydom na obrzezanie swych dzieci, karało jednocześnie tego, który je wykonał na innowiercach zarówno z tym, który człowieka trzebił (pandekty). Kodeks Teodozyański groził za obrzezanie innowiercy surową karą, kodeks Justyniański utratą mienia i wygnaniem, a za obrzezanie niewolnika chrześciańskiego nietylko utratą niewolnika, który stał się wolnym, lecz obrzezakowi samemu nawet śmiercią [23]). Cesarz Hadryan usiłował nawet Żydom samym zabronić obrzezania, chociaż bezskutecznie z powodu ich zaciętego oporu.

By więc uniemożliwić późniejsze sztuczne wydłużenie pozostałego napletka, wymyślili talmudyści zabieg brutalny, który do dziś dnia w obrzezaniu się utrzymał, to jest podłużne przedarcie resztki napletka i zniszczenie tego pierścienia, przez co naciąganie późniejsze zostało zupełnie wykluczone. Ta część obrzezania nazywa się odsłonięcie żołędzi, *denudatio*, po hebr. *periah*. Z piątego stulecia po narodzeniu Chrystusa datuje się modyfikacya w obrzezaniu, która dlań stała się bardzo złowrogą, tak zwana *mecicah*, to jest wysysanie rany świeżej ustami obrzezaka, wprowadzone prawdopodobnie jako środek tamujący krew, odpowiednio do ówczesnych zapatrywań medycznych. Kiedy w dodatku Majmonides w swej podwójnej właściwości, jako wybitny uczony i wielce poważany lekarz, ten zwyczaj zalecał, wymieniając nawet różne jego korzyści, stał się on nieodzowną częścią obrzezania, wykonywaną do dnia dzisiejszego. *Talmud*, *Jore Deah* § 264, 3 powiada wyraźnie, że obrzezak, który krwi nie wysysa, ma być usunięty z swej czynności. Z drugiej strony Majmonidesowi należy się zasługa, że pierwszy sprawę obrzezania naukowo opracował, że rozrzucone w pismach talmudycznych przepisy i uwagi o niem zebrał, zestawił i objaśnił, podając jeszcze szereg medycznych przeciwwskazań do obrzezania, których wartość naukowo-lekarską do dnia dzisiejszego w zupełności uznać musimy. Ustawy i przepisy o obrzezaniu zawarte są w 19. rozdziale traktatu *Sabbath (misznoh* pierwsza) i w Majmonidesa *Hilchoth Milah*.

Tak więc obrzezanie u Żydów, polegające pierwotnie w starożytności na poprzecznem odcięciu napletka, przedstawia się dziś jako powikłana i złożona z kilku zabiegów operacya. Dla lepszego przeglądu podzielę obrzezanie według

[23]) Friedreich, l. c. str. 16.

Bergsona na pięć części, które po kolei omówię. Są one: 1) przygotowania do obrzezania; 2) cięcie poprzeczne, *chitah*; 3) przedarcie napletka i odsłonięcie żołędzi, *periah*; 4) wysysanie rany, *mecicah* i 5) tamowanie krwi i opatrunek.

I. Przygotowania. Jak już wiadomo, obrzezanie u Żydów wykonywa się ósmego dnia po urodzeniu, bo Abraham obrzezał swego syna Izaka według rozkazu Boga ósmego dnia. Siódmego dnia powinien obrzezak, *mohel*, dziecko oglądnąć, czy ono zdrowe i nie za wątłe do operacyi, w przeciwnym razie bowiem obrzezanie się odkłada, dopóki dziecko nie będzie zupełnie zdrowe i silniejsze. Jeśli zaś dziecko jest zdrowe i prawidłowo rozwinięte, obrzezanie odbywa się ósmego dnia bez żadnego wyjątku. Skoro z powodu przeszkód cielesnych obrzezanie nie może się odbyć ósmego dnia, nie wolno go potem wykonać w sobotę lub w pierwszym dniu uroczystego święta, jakoteż nie we czwartek, lub trzeciego dnia przed świętem uroczystem. Taksamo nie wolno obrzezać w sobotę lub w pierwszym dniu święta, jeśli dziecko się urodziło bez napletka [24]), lub z podwójnym napletkiem, albo w razie obojnactwa.

Operacyi dokonać można tylko podczas dnia. Rano przed obrzezaniem kąpie się dziecko; wprzód jeszcze powinno się zastosować lewatywkę wypróżniającą. Obrzezak lub też położna, jeśli nabrała już w tem doświadczenia, zawija dziecko w sposób następujący: nogi zawija się w prześcieradełko lub pieluszkę w trójkąt złożoną: ramiona przykłada się do klatki piersiowej, którą od barków do części płciowych obwija się opaską, 6 łokci (przeszło 3·5 m) długą i na cztery palce szeroką. Należy baczyć, by to obwijanie nie było za ciasne i krępujące. Następnie obwija się kończyny dolne opaską, 8 łokci (blizko 5 m) długą i na trzy palce szeroką, począwszy od kostek do góry tak, że moszna zostaje między udami i tylko prącie jest wolne. Tak zawinięte dziecko daje się w poduszkę (*Steckpolster*) tak, że części płciowe zostają wolne i pokrywa się je tymczasem chustką. Matka lub mamka nakarmia jeszcze dziecko. Jako obrzęd religijny odbywa się obrzezanie wśród pewnych ceremonii. Jak przy wspólnych nabożeństwach żydowskich, tak i tu wymagane jest *minimum* (tak zw. minin) dziesięciu mężczyzn, przyczem można doliczać i chłopców po trzynastym roku życia. Dawniej, gdzieniegdzie i dziś jeszcze, obrzezanie odbywało się w synagogach i trzeba było ośmiodniowe noworodki tam zanosić. Zwyczaj ten słusznie coraz bardziej ustaje, bo wynoszenie noworodka na ulicę nie może dlań być obojętnem. Te same zarzuty podnoszono zresztą i przeciw noszeniu dzieci do kościoła dla chrztu. Dwie młode pary (*Gevatter*) oddają dziecko do obrzezania i niosą je potem napowrót do matki. Poważna osoba, rabin lub inny dostojnik siada na fotelu, trzymając nogi na podnóżku tak, by uda były poziomo ustawione. Ta osoba, „bal kisaj“ (*der Stuhlherr*) zwana i odpowiadająca niejako ojcu chrzestnemu, bierze dziecko na swoje łono i odkrywa części płciowe, które obrzezak jeszcze raz ogląda, czy są prawidłowo rozwinięte, czy napletek daje się dobrze odciągać i czy niema żadnych zrostów. Obrzezacy portugalscy posługują się w tym celu sondą gałkowatą, którą też zrosty przerywają.

II. Cięcie, *chitah*. Uchwyciwszy lewym kciukiem i wskazicielem napletek, obrzazak mocno go naciąga i przekonawszy się wprzód prawą ręką, jak daleko sięga żołądź, chwyta za nóż, który trzyma pierwszymi trzema palcami prawej ręki i jednem lub dwoma cięciami odcina napletek, mówiąc przytem błogosławieństwo: „Bądź pochwalony Wiekuisty, Boże nasz, królu świata, któryś nas święcił swojemi przykazaniami i nam nakazał obrzezanie“. Potem wymawia on jeszcze inne błogosławieństwa, a także ojciec i inni obecni chwalą w krótkich modlitwach Boga, który nakazał obrzezanie, jako znak przymierza i proszą, by nowo przyjęty członek gminy wyrósł na pociechę rodziców i społeczeństwa i kroczył zawsze według przepisów Wiekuistego.

Właściwie można użyć do obrzezania jakiegobądź noża; talmud, *Jore Deah* § 64 pozwala wszelkie narzędzia ostre, a nawet kamienie i szkło, wyłączając tylko trzcinę, „z której mogą się odczepić włókna i wywołać przetokę moczową; najlepiej jednak spełnisz obowiązek obrzezania narzędziem żelaznem, bądź nożem lub nożyczkami“. Jednak w użyciu najlepszym okazał się nóż i zwykle przepisują obosieczny, na górze zaokrąglony nóż, z okrągłym i przytwierdzonym trzonkiem. W krajach zachodnich obrzezacy posługują się do obrzezania szczypczykami lub (srebrną) szpatułką (*tenaculum*, *Fassinstrument*) z szczeliną, w którą wsuwają naciągnięty napletek tak, że szpatułka tworzy z prąciem kąt prosty i odcinają część napletka, znajdującą się przed szpatułką.

III. Przedarcie napletka i odsłonięcie żołędzi, *periah*. Obrzezak po odcięciu napletka, odłożywszy nóż i napletek, bierze wewnętrzną blaszkę napletka między wskaziciele i kciuki obu rąk i zaostrzonymi w tym celu paznokciami kciuków wdziera tę blaszkę aż do jej nasady za koroną żołędzi i płaty napletka odwija ku tyłowi tak, że żołądź zostaje odsłonięta. Przy cięciu poprzecznem mało co odcina się z wewnętrznej blaszki napletka i tylko jeśli zupełnie byłaby odciętą, odpadłoby rozerwanie jej paznokciami. Ta część operacyi, t. j. przedarcie napletka, ma nastąpić, nim jeszcze krew z rany pocieknie. Obrzezacy mają paznokcie u kciuków lancetowato zaostrzone; jednak we Lwowie mają oni wycięty na paznokciach ząbek, którym rozdzierają blaszkę wewnętrzną. Paznokcie jednak nie powinne być długie, inaczej bowiem obrzezak niema odpowiedniego czucia w palcach. W Niemczech niektórzy obrzezacy posługują się do przedarcia napletka sztucznym paznokciem z metalu, który na kształt naparstka na kciuk ubierają tak, że paznokieć metalowy wystaje poza paznokciem naturalnym.

IV. Wysysanie rany, tak zwana *mecicah*. Po odsłoniciu żołędzi bierze mohel łyk białego wina do ust i wysysa szybko ranę ustami, wypluwa rozmieszaną z winem krew i dotykając trzykrotnie świeżej rany i warg noworodka palcem, umoczonym w winie, rzecze: „Bóg rzekł do ciebie, dla tej krwi żyj!“

V. Tamowanie krwi i opatrunek. Mohel tamuje krew, zakłada opatrunek, poczem daje imię świeżo obrzeza-

[24]) W starożytności uważano urodzenie się bez napletka za nadzwyczajne odznaczenie boskie; Egipcyanie przypisywali to swoim heroom i półbogom; mahometanie opowiadają to o Mahomecie, a żydzi plotą to samo o swych praojcach przed i po Abrahamie (Noah, Jakób, Józef, Mojżesz), a nawet wielu z późniejszych proroków miało się urodzić już obrzezanych, n. p. Samuel, Dawid, Jezajasz, Jeremiasz i inni. Wrodzony brak napletka zdarza się u wszystkich narodów i u żydów nie jest on bynajmniej objawem atawistycznym z powodu wykonywanego przez kilka tysięcy lat obrzezania, jak niedawno sądził jeden niemiecki uczony.

nemu. Odcięty napletek daje się do naczynia z piaskiem (także popiołem lub wapnem), by tam zasechł [25]). Zwyczaj ten powstał z powodu podania, że Izraelici po obrzezaniu w pustyni pogrzebali napletki w piasku tamecznym (Jozua, rozdz. V, w. 2—8). Wynagrodzenie za obrzezanie zwie się *sastrum*, biednych obrzeza się darmo.

Pierwszy opatrunek zostaje niezmieniony przez 24 godzin, poczem położna go zmienia. W zwykłych warunkach rana w ciągu trzech dni zostaje prawie zagojona Należy baczyć na to, by opatrunek nie był za ciasny, inaczej bowiem mogłyby powstać wcięcia członka.

Do tamowania krwi używano do niedawna całego szeregu bądź przestarzałych środków ściągających, bądź też najniestosowniejszych i najdziwaczniejszych, między którymi nie brakło i pajęczyny, tartego chleba, nafty, a Salomon przytacza przypadek według Goldmanna, gdzie z powodu silnego krwawienia okryto całe przyrodzenie do pępka gnojem końskim, pod którym rana dalej krwawiła. W Niemczech używano przedtem t. zw. wody postrzałowej *(aqua vulneraria* Thedeni, *Schusswasser*, złożona z rozcieńczonego kwasu siarkowego, wyskoku, miodu i octu), pyłu widłakowego (*lycopodium*) i innych proszków, których głównym składnikiem zazwyczaj bywała żywica smocza (*sanguis draconis*). Rozpowszechnionym był także w Niemczech osobny proszek do obrzezania (*pulvis circumcisionis Judaeorum*), złożony z glinki czerwonej *(bolus armenia)*, rodzimego tlenku żelazowego (krwawy kamień, *lapis haematites*), gumy arabskiej i alunu surowego. W Polsce i Rosyi do niedawna używano próchna drzewnego do zasypywania rany po obrzezaniu. Proszki te sypano na grubość pół centymetra, by krew nie przesączała. We Francyi używano pasków huby żagwiowej (*Zunder*), w Anglii przylepca, jakoteż oliwy liliowej, maści różowej i innych, dziś nawet do obrzezania nie używanych już środków. Do tamowania silnych krwawień stosowano często za poradą lekarzy miałką kalafonię. Obecnie obrzezacy opatrują ranę po największej części, przynajmniej w większych miastach, gazą jodoformową; na prowincyi używają u nas jeszcze często sproszkowanej glinki czerwonej (*bolus armenia*). Dawniej w niektórych okolicach po opatrzeniu nakładano na członek wieniec ze skóry lub kitajki, by rana mogła pozostać wolną. O dawnych mistycznych zwyczajach, że ubierano noworodka w płaszczyk czerwony, że zawieszano mu na szyi monetę srebrną, że trzymano dziecko nad miednicą z wodą pachnącą, by krew doń ściekła, do której *mohel* wypluwał także krew wyssaną z rany i że tą wodą myto sobie twarz, wspomniałem już przedtem

Obrzezak, *mohel*, nie jest żadnym dostojnikiem kościelnym; każdy Izraelita, a w razie potrzeby nawet izraelitka, małoletni lub też niewolnik nieobrzezany mogli w starożytności dokonać obrzezania. Zwykle wykonywał je ojciec rodziny; dziś każdy może je wykonać, który ma w tem wprawę. Obrzezak jest więc zwykle laikiem, który nabrał wprawy w obrzezaniu i wykonywa je często jako zajęcie uboczne. W niektórych gminach rytualni rzezacy bydła (*Schächter*) lub kantor (*Vorbeter*), albo dozorca bożnicy, lub też rabin, jest równocześnie obrzezakiem; często zawód ten jest w rodzinie dziedzicznym i syn nauczył się obrzezania od ojca i praojca.

Oczywiście, że kto chce zostać obrzezakiem, musi wprzód przestudyować dotyczące miejsca w talmudzie i Majmonidesie. Dawniej uczono się obrzezania na trupach noworodków; obecnie zwykle nabywa się wprawy przez przypatrywanie się i asystowanie przy operacyi. Pierwszy raz poruczą się nowicyuszowi tylko cięcie poprzeczne, później także rozdarcie napletka i w końcu wysysanie rany i skoro uczeń operował już kilka razy pod dozorem starszego obrzezaka, ten wystawia mu świadectwo i bez wszelkich innych egzaminów może on już działać jako samoistny obrzezak. We Lwowie obecnie zbór izraelicki wydaje obrzezakowi pozwolenie i musi on wprzód przedłożyć polecenie od rabina i fizyka miejskiego [26]). Natomiast jasnego wyobrażenia o stosunkach anatomicznych i chirurgicznych tej operacyi nie posiada właściwie żaden z obrzezaków. Dlatego kilkakrotnie z różnych stron, a w ostatnim czasie dr. Löwenstein z Trewiru bardzo dobitnie podniósł potrzebę, by lekarz pouczał obrzezaków o zasadach przeciw- i bezgnilności, o stosunkach anatomicznych części płciowych męskich, o wykonaniu operacyi i leczeniu późniejszem, jakoteż o możliwych niebezpieczeństwach i zapobieganiu im; poczem kandydaci musieliby się poddać egzaminowi przez lekarza uprawnionego i rabina; podobnie jak położne i egzaminowani pielęgarze.

Wspomniałem już raz wyżej, że Majmonides zestawił szereg przeciwwskazań do obrzezania, które i według naszych pojęć medycznych zupełnie podzielić musimy. Te przeszkody w dokonaniu obrzezania są następujące:

1. Wcześniaki, dopóki nie są silniejsze i dzieci, które nie mogą ssać.

2. Bliźnięta słabo rozwinięte i dzieci urodzone zapomocą cięcia cesarskiego, podobnie jak wcześniaki.

3. Zgniecenia wskutek operacyi porodowych do zupełnego ich zagojenia.

4. Choroby części płciowych; opryszczki (*herpes*) na napletku nie stanowią przeszkody.

5 Wysypki na skórze.

6. Choroby ostre n. p. zapalenie płuc; należy wtedy odłożyć obrzezanie do ósmego dnia po wyleczeniu.

7 Zapalenia oczu, a zwłaszcza zapalenie wiewiórowe spojówek; obrzezanie można wykonać, gdy oczy będą już czyste.

8 Silne zaczerwienienie i żółte zabarwienie skóry. Niektórzy jednak uważają za przeszkodę takie zaczerwienienie, które jest objawem róży; taksamo tylko ciężką żółtaczkę, nie zaś zwyczajną żółtaczkę noworodków. Jest to niesłuszne, gdyż w każdej żółtaczce krew bardzo powoli się tamuje.

9. Jeśli dwoje dzieci jednej matki, chociaż nawet nie z tego samego małżeństwa [27]), umarło z powodu obrzezania, wtedy trzeci i następni chłopcy nie powinni być obrzezani w dzieciństwie, lecz dopiero później, kiedy chłopiec wyrosły będzie zupełnie zdrów i silny, by wytrzymać operacyę bez wszelkiego niebezpieczeństwa dla życia. „Obrzezać można

[25]) We Lwowie znajduje się w przedsionku bożnicy wielkiej osobna skrzynka z piaskiem, przeznaczona do tego celu.

[26]) Takich przez zbór izraelicki uznanych obrzezaczy jest we Lwowie dziewięciu, lecz prócz nich operują jeszcze inni obrzezacze, nie mający prawa do tego.

[27]) Majmonides bowiem sądził, że tylko usposobienie matki, nie zaś ojca, ma wpływ na choroby noworodków.

później, lecz życie znikające trudno zatrzymać“, powiada talmud. Wogóle wolno tylko takie dziecko obrzezać, u którego nie ma żadnych śladów choroby i wszelkie przepisy religijne można omijać w razie niebezpieczeństwa życia. Już śmierć jednego dziecka z powodu obrzezania powinnaby wyłączać obrzezanie następnych dzieci.

10. Obrzezania nie dokonywa się także w razie wadliwego rozwoju lub wrodzonego braku (*aplasia*) napletka, u obojnaków męskich i jeśli prącie nie jest rozwinięte.

W przypadkach, wymienionych pod liczbą 9 i 10, odbywa się jednak cały ceremoniał obrzezania z modlitwami i nadaniem imienia, a w razie braku lub zniekształtnienia napletka robi się tylko cięcie powierzchowne lub przynajmniej zadraśnięcie, by upuścić parę kropel krwi na znak przymierza.

Prócz wymienionych przeciwwskazań do obrzezania podaje Majmonides dokładne przepisy postępowania obrzezaka przy nieprawidłowościach rozwojowych, jak wierzchniactwo i spodziectwo (*epi-* i *hypospadiasis*), podwójność napletka i inne. Szkoda tylko, że ten znakomity lekarz stosownie do ówczesnych zapatrywań lekarskich widział w wysysaniu rany ustami akt pożyteczny i zapobiegający wszelkim zapaleniom.

Korzyści obrzezania rytualnego.

Z korzyści, które z punktu widzenia lekarsko-higienicznego przypisują obrzezaniu, niektóre zasługują zaledwie na wzmiankę, inne są poniekąd uzasadnione. Nadmienię tylko krótko, że niektórzy podnieśli nawet znaczenie kosmetyczne obrzezania, wskazując na to, że mistrze dawniejsi na statuach swych napletka albo wcale nie rzeźbili, albo zaledwie naznaczali [28]). Mówiono, że płodność wskutek obrzezania jest większa, gdyż wobec braku napletka nasienie lepiej i bardziej bezpośrednio dostaje się do macicy [29]) Lecz doświadczenie poucza, że porody u ludów obrzezanych nie są liczniejsze, niż u nieobrzezanych. Widzimy to n. p. u chińczyków i wielu innych narodów. Podnoszono również wartość obrzezania, jako środka przy rozpoznawaniu znalezionego trupa. Lecz któżby się dla takiej przyczyny dał operować? Utrzymywano, że obrzezanie miarkuje popęd płciowy mężczyzn, że jest zatem symbolicznym wyrazem tamowania chuci. Majmonides twierdził, że obrzezanie przez osłabienie członka zmniejsza namiętność płciową. Inni autorowie jednak twierdzą, że ludy obrzezane są przeciwnie namiętniejsze, gdyż odsłonięte nerwy żołędzi ulegają częściej podrażnieniu.

Twierdzono, jeszcze dziś często się to słyszy, że obrzezanie zapobiega samogwałtowi i zmazom, zaraźliwym chorobom płciowym, jakoteż innym chorobom, zdarzającym się szczególnie na wschodzie. Drażnienie napletka i jego wydzieliny wywoływać mają wczesne wzwody, samogwałt i odruchowo u drażliwych osobników zmazy. Lallemand [30]) twierdził, że przy bezwiednych wytryskach nasienia obrzezanie okazało się jedynym środkiem skutecznym. Jednakże, jak już wspomniałem, inni, n. p. Schneider [31]), Gussenbauer, twierdzili przeciwnie, że u obrzezanych z powodu odsłonięcia żołędzi podrażnienie płciowe o wiele wcześniej się zjawia, niż u nieobrzezanych, gdzie żołądź pokryta jest napletkiem. Również M. G. Salomon, wychwalając korzyści zdrowotne obrzezania, przyznaje jednak bez uprzedzenia, że pobudliwość odsłoniętej żołędzi i samogwałt mogą się łatwo spotęgować. Zresztą doświadczenie w naszych stronach poucza, że u adeptów talmudu w jeszybie [32]) samogwałt taksamo kwitnie, jak u gimnazyalistów chrześciańskich Nie inaczej też było w czasach dawniejszych, czego dowodzą liczne przepisy przeciw samogwałtowi w pismach talmudycznych i rabińskich, gdzie samogwałt przytoczono jako „daremny wytrysk lub daremne wywołanie nasienia“ [33]).

Są do dnia dzisiejszego autorowie, którzy twierdzą, że obrzezanie rytualne zapobiega chorobom wenerycznym, które też z tego powodu u żydów mają być rzadsze, niż u nieobrzezanych. Skóra żołędzi, pokrytej ciągle napletkiem, jest o wiele cieńsza i delikatniejsza tak, że jad kiłowy łatwiej się do niej dostać może. Blaszka wewnętrzna napletka i jego wędzidełko są u nieobrzezanych najczęstszą siedzibą wrzodów twardych i miękkich. Natomiast żołądź, odsłonięta przez obrzezanie, pokrywa się z biegiem czasu naskórkiem zrogowaciałym, chroniącym od zdarć i przeczosów, stanowiących znowu często wrota dla jadu kiły i wrzodu miękkiego. Rzeczywiście doświadczenie poucza i potwierdzają to różni autorowie (Epstein-Norymberga, Gossland, Nossig; że choroby weneryczne są częstsze u nieobrzezanych, niż u obrzezanych. Uhma [34]) w swej statystyce, obejmującej 2422 chorych płciowych, stwierdził jednak, że żydzi zapadają rzadziej tylko na rzeżączkę, natomiast było z semitów aż 33·33% zgłaszających się do lekarza z powodu niedomogi płciowej. Bez uprzedzenia jednak musimy też przyznać, że także obyczajność u żydów i ten szczegół, że o wiele wcześniej i nierównie częściej się żenią, niż chrześcianie i że mniejszy odsetek żydów służy przy wojsku, wiele się przyczynia do tego, iż choroby płciowe są wśród nich rzadsze. „Breitenstein podczas swego dwudziestoletniego pobytu na wyspie Jawie stwierdził, że w armii holendersko-indyjskiej mahometanie są wskutek obrzezania odporniejsi przeciw kile. Inni jak Freeland, Moyer twierdzili, że pierwotna zmiana kiłowa w 75% wszystkich przypadków powstaje na napletku. Przeciw temu podnosi Rosenthal, że gdyby nawet to spostrzeżenie było słuszne, to nie jest to jeszcze dowodem, żeby te 75% nie zakaziły się w innem miejscu, jeśliby były obrzezane. Tu jako dowód można przytoczyć liczbę tych, którzy zarażają się mimo obrzezania. Bądź co bądź zabieg ten nie może odzyskać powszechnego znaczenia higienicznego, chociaż zasługuje na uwzględnienie przy bardzo wązkim i długim napletku“ [35]).

Jako dalsze korzyści obrzezania przytacza się zapobieganie zapaleniom żołędzi i napletka, które zwłaszcza w go-

---

[28]) Münz: O korzyściach obrzezania rytualnego. („Münch. med. Wochenschrift“, 1898, Nr. 9).

[29]) Philo, De circumcisione. Patrz dr. Alfred Nossig: Die Socialhygiene der Juden. Deutsche Verlagsanstalt 1904, str. 52.

[30]) Salomon: l. c. str. 27.

[31]) Friedreich: l. c. str. 20.

[32]) Wyższa szkoła hebrajska.

[33]) Friedreich: l. c. str. 58.

[34]) Kilka danych statystycznych o chorobach płciowych. („Pamiętnik Korczyńskiego“. Kraków 1900 i „Przegląd lekarski“, 190? str. 460).

[35]) Rosenthal: Therapie der Syphilis und der venerischen Krankheiten. Wiedeń 1904.

rących krajach z powodu rozkładania się mastki napletka (*smegma praeputiale*) mogą dojść znacznych stopni. W krajach wschodnich napletek, podobnie jak łechtaczka i wargi mniejsze u kobiet, jest często bardzo rozwinięty i długi z powodu wiotkości tkanin w klimacie gorącym; do tego jeszcze wydzielina łojowa w tamtych stronach jest o wiele obfitsza tak, że wskutek zapalenia gruczołów łojowych powstają często bolesne i nie gojące się czyraki, o czem już Filon[36]) i Josefus wspominają. To też Arabowie i inne tamtejsze plemiona znosiłyby wiele przykrości, jeśliby nie były obrzezane i trzeba przyznać, że w krajach gorących obrzezanie dla tych, którzy się rzadko myją, jest pożyteczne. Z drugiej strony jednak wiele narodów w Azyi i Afryce wcale się nie obrzeza, a mimo to są równie zdrowe i rozmnażają się tak samo, jak żydzi i mahometanie.

Zapalenie żołędzi i napletka i w naszym klimacie nie jest tak rzadkie, między innymi n. p. u chorych na cukrzycę jest ono często bardzo uciążliwem cierpieniem. Z powodu zapaleń i wrzodów powstają również zapalna stulejka i załupek (*phimosis* i *paraphimosis*) i w przypadkach przewlekłego, często się powtarzającego zapalenia napletka, powikłanego nieraz ciężkimi objawami, zalecali Billroth, Zeissl, Langenbeck i inni obrzezanie, jako jedyny środek skuteczny. Lecz słusznie powiada Löwenstein: „Jeśli obrzezanie ma tylko na celu usunąć wydzielinę z gruczołów Tysona i zapobiedz nagromadzeniu się mastki, to nie ma ono racyi bytu; a jeśliby nie można tego celu taksamo osiągnąć przez czystość i częste zmywanie, wtedyby oczywiście wszyscy ludzie nieobrzezani bardzo źle na tem wychodzili. W rzeczywistości cierpienia te nie są wcale tak częste, by mogły usprawiedliwić powszechne wprowadzenie krwawej operacyi. I jeśli jako pożytek obrzezania przytoczymy zapobieżenie stulejce zapalnej i zadzierzgnieniu napletka, to byłoby to wielką przesadą wprowadzać operacyę, bądź co bądź niezupełnie bezpieczną, dla zapobieżenia cierpieniu, które, jeśli się kiedy zdarzy, zawsze przez operacyę łatwo usunąć można. Wprowadzenie zaś obrzezania miałoby niejako takie uzasadnienie, jak powszechne odcinanie ostatniego członka palucha u nóg dla zapobieżenia cierpieniu tak bolesnemu i rozpowszechnionemu, jakiem jest wrastanie paznokcia".

Lecz bądźmy sprawiedliwi i bezstronni: w niektórych rzadkich przypadkach obrzezanie rzeczywiście przynosi korzyść, n. p. wobec wrodzonej stulejki, którą obrzezanie natychmiast usuwa. Stulejka wrodzona bądź co bądź nie jest cierpieniem obojętnem, zatrzymanie się mastki i jego następstwa, zaburzenia w oddawaniu moczu, zwłaszcza kapanie moczu po jego oddawaniu i wywołane przez to usposobienia neurasteniczne, zboczenia w spółkowaniu i często przez to powstająca niepłodność małżeństwa, nieraz także silna cięgotka, są jej bezpośrednim następstwem. Niektórzy prócz tego przypisują stulejce także powstawanie całego szeregu nerwic odruchowych, wywołanych przez bezustanne drażnienie powierzchni żołędzi, jak drgawki i padaczka, hipochondrya, migrena, a nawet kurcze żołądkowe i kołatania serca. Loeb wyleczył przez usunięcie znacznej stulejki wrodzonej istniejącą od pół roku moczówkę prostą u dwudziestoletniego mężczyzny[37]).

Także powstawanie przepuklin i kamyków pęcherzowych u dzieci kładą niektórzy na karb stulejki wrodzonej. I tak n. p. w Anglii wykonywa się często obrzezanie dla wyleczenia przepuklin u małych dzieci[38]). Roszański podaje, że pomimo wielkiej częstości kamicy pęcherzowej w Rosyi napotyka się ją stosunkowo rzadko u żydów i tatarów, obrzezanych w pierwszej młodości. Zestawienia jego i Muchanowa ze szpitala samarskiego wykazały, że z osiemnastu dzieci w wieku 2—9 lat, cierpiących na kamyki pęcherzowe, wszystkie miały rodziców Rosyan[39]). Temu zapatrywaniu mógłbym tylko to zarzucić, że chłopców tatarskich wcale nie tak wcześnie się obrzeza, i, jak to wyżej opisaliśmy, wycina się u nich tylko mały kawałek napletka.

Podobnie, jak stulejkę wrodzoną, usuwa obrzezanie także i zdarzające się rzadko zarośnięcie ujścia napletka i napletek ryjkowaty, którego ujście jest nader wązkie, a nawet węższe, niż ujście cewki. Zresztą w takich przypadkach i lekarz odcina koniec napletka zapomocą nożyczek i szczypczyków. Dalszem cierpieniem, które obrzezanie usuwa, są zlepy nabłonka żołędzi i wewnętrznej blaszki napletka, mogące również wywołać cięgotkę, rozkład mastki napletka, zapalenie żołędzi i tworzenie się kamyków napletkowych. Lecz takie zlepy nabłonkowe można w prosty sposób usunąć przez ostrożne ich rozluźnienie zgłębnikiem gałkowatym. Wreszcie nie można zaprzeczyć, że złośliwe nowotwory, jak rak, mięsak prącia, najczęściej rozwijają się z napletka. Tak więc przytaczano szereg korzyści, wynikających z obrzezania rytualnego, z których jednak, jak to wykazaliśmy, niektóre są wątpliwe, inne jednak, chociaż tylko w rzadkich przypadkach, należy uznać za rzeczywiste.

Niebezpieczeństwa obrzezania rytualnego.

I. Po omówieniu prawdziwych i mniemanych korzyści obrzezania przypatrzmy się teraz odwrotnej stronie tego obrzędu. Jak już wspomniałem, mohel nie mając pojęcia o postępowaniu bezgnilnem i przeciwgnilnem, przystępuje zwykle do operacyi nawet nie umywszy sobie rąk, a o odkażeniu narzędzi i pola operacyjnego ani mowy niema. Trzeci akt obrzezania polega nawet wprost na przedarciu wewnętrznej blaszki napletka brudnymi paznokciami obrzezaka i dlatego łatwo zrozumieć, że ogłoszono już liczne przypadki przypadkowych chorób przyrannych z powodu obrzezania, których ciągle przybywa. Spostrzegano przypadki róży, zapaleń ropowiczych i zgorzelinowych, posocznicy, a nawet tężca i błonicy przyrannej. A trzeba wiedzieć, że przypadki te przeważnie bywają zatajane i rzadko tylko ogłaszane. A. Czerny ogłosił n. p. z praskiego domu podrzutków przypadek zapalenia wsierdzia z powodu obrzezania[40]).

II. Znaczna liczba niemiłych przypadłości wynika z wadliwego wykonania operacyi. Z początku bowiem obrzezak operuje dość niezręcznie i błędnie, dopóki nie nabrał odpowiedniej wprawy. Często obrzezak

[36]) Filon („De circumcisione") opisuje te bolączki jako carbunculus lub anthrax.

[37]) „Deutsche med. Wochenschr." 1905, Nr. 22, str. 895.

[38]) „Münch. med. Wochenschr." 1904, Nr. 39, str. 1756.

[39]) „Münch. med. Wochenschr." 1905, Nr. 15, str. 715.

[40]) „Prager med. Wochenschr." 1890, Nr. 39.

zanadto naciąga napletek i sprawia dziecku bole; nie dość na tem: naciągnąwszy zbyt napletek, odcina także nieco ze skóry prącia, jak to nieraz widziałem. To może też wywołać skrzywienia i skrócenia prącia, połączone, zwłaszcza później przy wzwodach, z bolami. Niezbyt rzadko się zdarza, że obrzezak, nie oddzieliwszy dokładnie napletka od żołędzi, odcina także koniuszek żołędzi, przez co powstają silne krwawienia miąższowe. Karewski widział nawet przypadek zupełnego odcięcia żołędzi przez obrzezanie. Spostrzegano także przypadki, gdzie przez obrzezanie powstało spodziectwo (*hypospadiasis*) i inne rzadsze uszkodzenia. Löwenstein n. p. cytuje przypadek, w którym z powodu obrzezania powstało prawdopodobnie zapalenie, a jako jego następstwo pozostał fałdzik przed ujściem cewki i z tego powodu niepłodność. Dopiero po usunięciu tego fałdzika mógł ów człowiek płodzić dzieci. Takie uszkodzenia żołędzi i cewki moczowej mogą też łatwo powstać przy zrostach istniejących między napletkiem i żołędzią, z powodu których napletek nie daje się dobrze odciągać. Zrosty takie należy przeto ostrożnie przeciąć nożyczkami, a lekkie zlepy można rozerwać zgłębnikiem gałkowatym. Jak wyżej wspomniano, posługują się obrzezacy na zachodzie uciskadłem lub kopystką do odgraniczenia napletka od żołędzi, lecz i to nie zawsze zapobiega przesunięciu się żołędzi i dlatego musi obrzezak zawsze jeszcze wprzód przekonać się prawą ręką, czy żołądź jest za uciskadłem. Kopystka zaś musi być tak ukształtowana, że szczelina jej coraz się zwęża, by żołądź nie mogła w niej uwięznąć.

III. Niektóre przypadłości zdarzają się z powodu przedarcia wewnętrznej blaszki napletka paznokciami. Jest to coś dla naszych pojęć wprost niesłychanego, by operowano paznokciami, temi siedliskami brudu i bakteryi. Z pewnością nawet laik nie zgodziłby się dziś na to, by ktoś miał go operować paznokciami, lecz przeciw tak zwanej perii nikt nie protestuje, zresztą mało kto ma pojęcie o tym zabiegu, jak wogóle istnieje tradycyonalna obojętność wobec obrzezania. Nieraz obrzezak wdziera za głęboko w skórę prącia, dlatego paznokcie musi mieć zawsze krótko ścięte, by nie tracił czucia w palcach. Baumgarten opisuje przypadek, w którym z powodu ucisku przy wdarciu napletka nastąpiło zwichnięcie prącia, które mimo krwawego zabiegu w piątym tygodniu nie zostało usunięte. Dopiero w jedenastym roku życia wykonał Baumgarten zapomocą plastyki krwawe odprowadzenie zwichnięcia[41]). Dlatego już różni lekarze potępiali sposób operowania paznokciami i Terquem podał małe nożyczki, *postheotome mobile*, dla przecięcia blaszki wewnętrznej, których też niektórzy obrzezacy używali, a wielu lekarzy, rabinów i obrzezaków ceniło zalety tego narzędzia[42]). Również i Bergson podał osobne narzędzie do tego celu, jako *postheotome caché*[42]). Lecz obydwa te narzędzia są dość skomplikowane i nie odpowiadają swą budową zasadom nowszych narzędzi chirurgicznych. Stanowczo jednak za daleko idzie Löwenstein, żądając, by mohel wykonywał obrzezanie zupełnie tak, jak lekarze operują stulejkę, a mianowicie, by na zgłębniku rowkowanym przecinał napletek na grzbiecie żołędzi i po odcięciu płatów nożyczkami zeszywał ranę. W istocie za dużo dla bogobojnego obrzezaka.

IV. Najfatalniejszą częścią obrzezania rytualnego jest wysysanie świeżej rany ustami obrzezaka (mecicah szel pej); jest ono równie niebezpieczne dla dziecka, jak i dla obrzezaka samego. Jak już wspomniałem, zwyczaj ten nastał w piątem stuleciu naszej ery i został niestety później przez powagę Majmonidesa uświęcony. Jest to tylko pozostałość ciemnych pojęć średniowiecznych o tamowaniu krwi i zapobieganiu zapaleniom przez wysysanie rany, która była przyczyną wielu już nieszczęśliwych przypadków. Spróchniałe zęby obrzezaka same mogą zranić żołądź, a wiemy to dobrze, że jama ustna jest siedliskiem najróżnorodniejszych bakteryi. Jama ustna może być siedzibą nowotworów i innych chorób, to też zanieczyszczenia śliną i drażnienia rany są źródłem różnych nieszczęść po obrzezaniu i przez te zanieczyszczenia mogą również powstać ropienia, ropowica, róża i inne zakażenia, jak błonica rany.

Smutnego rozgłosu nabrały zwłaszcza dość liczne przypadki przeniesienia kiły i gruźlicy z obrzezaka na dziecko. Nie mogę pominąć zdarzenia, które już Rust[43]) dokładnie opisuje w swej nauce o wrzodach (Helkologia, Wiedeń. 1811). Przez jakiś czas mianowicie wszyscy chłopcy żydowscy w Krakowie dostawali wrzodów kiłowych, dopóki Rust, obecny przy jednem obrzezaniu, nie spostrzegł, że obrzezak, cierpiący na wrzody kiłowe w jamie ustnej, przez wysysanie rany dzieci zarażał. Podobne przypadki zdarzyły się równocześnie we Lwowie, Warszawie, Wilnie i w Paryżu. I do dnia dzisiejszego zdarzają się ciągle takie przypadki, a zwłaszcza u nas na prowincyi w małych miasteczkach i w Rosyi, sam też takie przypadki kiły z obrzezania widziałem i każdy lekarz z naszych stron może z własnego doświadczenia takie przypadki przytoczyć[44]). Jeśli zważymy jeszcze, jak często rodzą się dzieci z kiłą dziedziczną, z których choroba może przejść na obrzezaka i potem na wszystkie strony od niego się szerzyć, to pojmiemy, jakie straszne mogą z tego wyniknąć spustoszenia. I nie są to bynajmniej rozumowania teoretyczne, lecz niestety smutne fakta. Jeszcze częściej zdarza się wskutek wysysania rany zakażenie gruźlicą i tworzą się zmiany miejscowe na żołędzi, wrzody rozpadłe ze znacznymi obrzękami gruczołów pachwinowych; są to również w naszych stronach dość częste przypadki.

Zrozumiemy więc, że dla tych przyczyn już oddawna wre walka przeciw wysysaniu rany, uwieńczona nieraz w różnych miejscowościach pomyślnym wynikiem. We Fran-

[41]) „Centrlbl. f. Chir." 1896, str. 837, cytowane według Löwensteina l. c.

[42]) Friedreich l. c. str. 88 i 90.

[43]) Jan Nepomucen Rust 1775—1840; od 1803—1808 był profesorem chirurgii na uniwersytecie Jagiellońskim. Po ustąpieniu z katedry praktykował czas jakiś w Krakowie, następnie we Lwowie, wreszcie otrzymał posadę prymaryusza w szpitalu powszechnym we Wiedniu. W r. 1816 powołany został do Berlina na profesora chirurgii („Przegl. lek." 1900, str. 350).

[44]) Jak mi donosi aptekarz M. z Kołomyi, działa tamże obrzezak nazwiskiem Hersz Schächter, obarczony kiłą i zaraża cały szereg chłopców żydowskich tą chorobą. W dyskusyi nad moim wykładem podniósł dr S. Stauber, że w swej praktyce zdrojowej w Iwoniczu leczył już kilku chłopców z Kołomyi na przymiot, nabyty właśnie przy obrzezaniu przez owego obrzezaka. To do wiadomości naszych władz sanitarnych!

cyi dawniej już zwyczaj ten obalono[45]), w Niemczech po większej części również go porzucono i według Salomona już z początkiem zeszłego stulecia zniósł go prawowierny rabin w Preszburgu, tak samo rabin wiedeński, jakoteż wyższa władza kościelną w Würtembergii, Paryżu i inne. a Wolfers oznacza dla każdego, wysysającego ranę po obrzezaniu, karę pięciu talarów i w razie powtarzania się 10—20 talarów[46]). Ponieważ zaś talmud nakazuje wysysanie rany, czyni się to obecnie w wielu miejscach zapomocą rurki szklanej. Prof. Nussbaum podał nawet osobną rurkę, w środku klepsydrowato zwężoną; w tem miejscu wkłada się kawałek waty, wypukłą część nasadza się na członek aż do moszny, a przez drugi koniec obrzezak wysysa ranę. Rurkę taką można też wyjałowić i trzeba przyznać, że przez umiejętne jej używanie można zapobiedz zakażeniom kiłowym, gruźliczym i innym, mającym źródło w wysysaniu rany ustami. Kto więc uważa mecicę za nieodzowną część obrzezania, (według przepisów biblijnych ona tem nie jest i jest tylko pozostałością ciemnoty średniowiecznej), może ją wykonać wspomnianą rurką Nussbauma, natomiast wysysania ustami należy jako zabiegu wstrętnego, brutalnego i niebezpiecznego ostro zabronić i na przekraczających zakaz ten wymierzyć dotkliwe kary. Nieraz obrzezak pod naciskiem obecnego lekarza płucze usta przed wysysaniem lekkim rozczynem przeciwgnilnym lub nawet wyskokiem, lecz to niema najmniejszej wartości, (jak wogóle prawie niepodobna wyjałowić jamy ustnej), taksamo, jak mycie rąk mydłem i wodą nie wyjaławia rąk obrzezaka, chociaż i to czyni on tylko wyjątkowo na żądanie obecnego lekarza.

V. Częstem i ciężkiem powikłaniem obrzezania są krwawienia z powodu obrzezania. Przedewszystkiem dziecko może pochodzić z rodziny krwawców i przez obrzezanie może wtedy nastąpić krwawienie zabójcze. Przypadki takie już nieraz spostrzegano, lecz rzadko się je ogłasza, jak wogóle trudno o dokładną statystykę i kazuistykę nieszczęśliwych przypadków wskutek obrzezania. Po największej części bowiem uchodzą one wiadomości publicznej i często nawet lekarze nie dowiedzą się o prawdziwej przyczynie choroby lub śmierci dziecka, gdyż obrzezakom zależy na tem, by nieszczęśliwe przypadki, wynikające z obrzezania, pozostały w utajeniu. Statystyka zaś poucza, że krwawiączka dziedziczna zdarza się stosunkowo często w rodzinach żydowskich i że z upodobaniem przechodzi właśnie na męskich potomków tych rodzin. Prócz tego u wybitnych krwawców krwawienia z nieznacznych ran dartych, jakie powstają właśnie przy rozdarciu wewnętrznej blaszki napletka, są o wiele niebezpieczniejsze, niż krwawienia z większych ran operacyjnych, zadanych narzędziami ostremi Dlatego dzieci z rodzin krwawców nie powinno się obrzezać i słusznie żąda Löwenstein, by obrzezak wprzód dokładnie się dowiedział, czy ojciec lub matka noworodka, lub rodzice matki nie cierpią na krwawienia, trudno dające się zatamować. Krwawiączka powinna stanowić bezwarunkowe przeciwwskazanie do obrzezania. Przynajmniej zaś powinno się u dzieci, u których można przypuszczać krwawiączkę, odłożyć obrzezanie na później, kiedy są już starsze i silniejsze. Obrzezanie należy zresztą odłożyć, jeśli dziecko jest bardzo blade, a krwawcy są właśnie często słabo rozwinięci, bladzi, o delikatnej, przeźroczystej skórze i jasnych włosach; lecz nie są to wcale znamiona stałe, ba nawet mimo wywiadów tylko rzadko można przewidzieć skłonność dziedziczną do krwotoków, którym wtedy trudno zapobiedz, podobnie, jak się rzecz ma z ciężkimi krwotokami pępkowymi.

W wielu zaś przypadkach zdarza się przeciwnie tylko przejściowa skłonność do krwotoków w pierwszem dzieciństwie, tak zwana krwawiączka przemijająca noworodków (*haemophilia transitoria* Grandidier), której istota jest dla nas jeszcze równie ciemną, jak istota krwawiączki dziedzicznej. Może ona być albo wrodzona, t. j. nabyta śródmacicznie, jeśli rodzice dziecka cierpieli lub cierpią na kiłę (Epstein), albo powstaje w pierwszych dniach po urodzeniu z powodu zakażeń septycznych (A. Ritter), lecz prócz kiły i posocznicy jeszcze inne przyczyny mogą tu mieć znaczenie. Ze statystyki Rittera, obejmującej 190 własnych jego spostrzeżeń w praskim domu podrzutków, wynika, że skłonność do krwotoków jest największa u dzieci od 7—13 dnia życia, gdyż w tych dniach zdarzyła się największa ilość krwotoków, na 190 przypadków 114, więc prawie 60%; z tych znowu najwięcej, bo 29 przypadków, przypadało na dzień ósmy. Po 13-tym dniu skłonność do krwotoków stopniowo ustaje i po 97 dniu nie spostrzegano wogóle podobnego krwotoku. Należy zatem przyznać słuszność twierdzeniu Potta, że niemałą część krwawień z obrzezania przypisać należy właśnie tej przemijającej krwawiączce noworodków. Dlatego też radzi on wykonać obrzezanie później, niż ósmego dnia[47]).

Lecz przyczyny krwotoków mogą też być niezależne od ustroju dziecka i być skutkiem błędnie wykonanego obrzezania, jeśli obrzezak natnie wędzidełko napletka lub tętnicę, albo wobec istniejących zrostów żołędzi z napletkiem, i to tem bardziej i częściej, im zrosty są rozleglejsze. Krwotok jest zwykle miąższowy i zdarza się, jak powiedziałem, łatwo i u dzieci zdrowych, jeżeli niezręczny obrzezak żołądź lub skórę prącia skaleczy. Liczba śmiertelnych krwotoków z obrzezania nie jest wcale mała i z pewnością zdarzają się one znacznie częściej, niż to dochodzi do wiadomości publicznej. Prawie każdy lekarz praktykujący, każdy chirurg zna takie smutne przypadki i niepotrzeba ogłaszać każdego przypadka z osobna, obrzezakom zaś najbardziej na tem zależy, by każdy taki przypadek jak najciszej przeminął. Wyrozumiali obrzezacy stosują w razie krwotoku watę, napojoną sześciochlorkiem żelaza lub inne przez lekarzy zalecane środki krew tamujące; liczne też są przypadki, w których lekarze przez opatrunki uciskowe, podwiązanie tętniczki lub założenie szwu uratowali życie noworodka; lecz w przypadkach wrodzonej krwawiączki niestety i najpewniejsze środki, zwłaszcza u tak małych dzieci, nic nie wskórają. Englisch[48]) zaleca założenie sprężystych czapeczek, włożenie kawałka cewnika do cewki i silny opatrunek uciskowy.

---

[45]) Friedreich l. c. str. 92.

[46]) Wolfers: Die Beschneidung der Juden. Lemförde 1831, cytowane według Friedreicha l. c. str. 98.

[47]) Pott: O niebezpieczeństwach obrzezania rytualnego. „Münchener mediz. Wochenschr." 1898, Nr. 4.

[48]) Eulenburga Realencyclopädie der gesammten Heilkunde, III wyd. 1894. tom III.

VI. Inne jeszcze niebezpieczeństwa grożą od różnych środków używanych do tamowania krwi i opatrunków, stosowanych przez obrzezaków. Wspomniałem już przedtem, jakie cudaczne i często szkodliwe środki stosowano dawniej, a gdzieniegdzie i dziś jeszcze do tamowania krwi po obrzezaniu; lecz i obrzezacy zaczęli iść za postępem i stosować nowsze środki przeciwgnilne i pokazało się niestety, jak to niebezpiecznie poruczyć laikom wykonanie jakiejbądź operacyi. Ogłoszono bowiem już kilka przypadków śmierci wskutek stosowania silnych rozczynów kwasu karbolowego po obrzezaniu. Bogdanik[49]) opisuje przypadek śmiertelnego otrucia z powodu okładów 5% wodą karbolową po obrzezaniu i przytacza drugi przypadek, ogłoszony przez Meltzera w nowojorskiej „Medicin. Monatsschrift“, kwiecień 1899 r., również śmiertelnego otrucia wskutek okładów 4% wodą karbolową. Dlatego zaleca Lōwenstein, by użyć do opatrunku wyjałowionego muślinu i przy zmianie opatrunku zmywać ranę 2% rozczynem kwasu borowego. Natomiast ostrzegać należy przed użyciem kwasu karbolowego, sublimatu i jodoformu, gdyż, jak wiemy dobrze, te najskuteczniejsze środki przeciwgnilne są zarazem silnemi truciznami, zwłaszcza dla ustroju dziecięcego.

Jeśli niema żadnych przypadłości, pierwszy opatrunek zostaje przez jedną dobę; zdarza się czasem, że obrzezak zbyt silnie zaciąga opatrunek, przez co mogą powstać wcięcia prącia. Nieraz spostrzegałem, że natychmiast albo wkrótce po operacyi pojawiały się drgawki; w rzadkich przypadkach zdarza się, że dziecko zaczyna chudnąć po obrzezaniu i potem umiera. Jeśli wreszcie zważymy, że i bez winy obrzezaka może nastąpić zakażenie rany, to widzimy, jak liczne niebezpieczeństwa łączą się obrzezaniem rytualnem, a każdy lekarz praktyk widział takie przypadki i także w towarzystwach lekarskich, gazetach i podręcznikach lekarskich bywają one roztrząsane. König[50]) wspomina w swoim podręczniku chirurgii, że w przeciągu dwu lat spostrzegał trzy przypadki śmierci z powodu obrzezania, a mianowicie dwa z powodu róży i ropowicy, a jeden z utraty krwi; sądzi zatem, że każdy lekarz powinien walczyć przeciw obrzezaniu.

Krytyka i reforma obrzezania.

W rozdziałach poprzednich wykazaliśmy, jak nikłe są korzyści obrzezania wobec mnóstwa poważnych niebezpieczeństw, z niem połączonych. Niestety żydzi nie są świadomi tych niebezpieczeństw i nieraz, jeśli matka trwożyła się o los swego synka, lub jeśli już po dokonanej operacyi ukazały się przykre powikłania, słyszałem ze wszystkich stron słowa uspokajające, że „dziecku nic nie będzie, tysiące ludzi się obrzeza i z obrzezania nikt jeszcze nie umarł!“ Widzieliśmy jednak, jak to niestety inaczej bywa w rzeczywistości i ile nieszczęśliwych ofiar obrzezanie pochłania; lecz po największej części zostają one zatajone i rzadko kto dowiaduje się coś o niebezpieczeństwach obrzezania. Niektórzy obrońcy obrzezania podnoszą wprawdzie, że i szczepienie ospy ma swe niebezpieczeństwa. W odpowiedzi jednak na to wystarczy krótko przypomnieć, jak nieznacznym zabiegiem jest szczepienie i jak olbrzymią przynosi korzyść dla całej ludzkości, gdy natomiast obrzezanie jest bądź co bądź poważną operacyą, którą Lōwenstein słusznie uważa za zbyteczną (*Luxusoperation*) i bez której najzupełniej obejść się możemy. Wskazaliśmy także na to, że dla tegoczesnego żyda obrzezanie jako oznaka narodowa nie jest wcale potrzebne, chyba że go ktoś dla uczucia pietyzmu i tradycyi nie chce porzucić. W takim jednak razie wobec tego, jak przykre i niebezpieczne nieraz przypadłości zdarzają się przy obrzezaniu, żądać należy zupełnych i nowoczesnych zmian tego obrzędu, zastosowanych do naszych pojęć naukowych i humanitarnych Atoli nasuwa się pytanie, czy mamy prawo ulepszać obrzęd biblijny i religijny, uświęcony przez tysiące lat? Na to możemy odpowiedzieć tylko twierdząco. Ponieważ biblia nakazuje tylko obrzezanie, a nie zawiera żadnych przepisów o sposobie jego wykonania, zostało ono w rzeczywistości, jakeśmy to w części historycznej wykazali, kilkakrotnie przeistoczone i uzupełnione w myśl każdoczesnych pojęć i wymagań, a nieraz nie bez uszczerbku dla samego obrzędu. Rozdarcie blaszki wewnętrznej napletka i wysysanie rany są nabytkami czasów późniejszych, a niejedną zmianę wprowadzili różni talmudyści, a zwłaszcza Majmonides. Skoro zaś wolno było Majmonidesowi i innym uczonym żydowskim w myśl swych przekonań i ówczesnych pojęć lekarskich uzupełniać i objaśniać obrzezanie, nakazane bez żadnych bliższych uwag w biblii, to i dzisiaj także powołani lekarze i rabini mają prawo, a nawet obowiązek humanitarny, wedle dzisiejszych pojęć naukowych ulepszyć operacyę (bo obrzezanie jest nią niewątpliwie) i uwolnić ją od niebezpieczeństw; tylko w ten sposób obrzezanie i nadal może zachować swoje dotychczasowe rozpowszechnienie. W ostatnich czasach i w wielu miejscowościach niejeden z ceremoniałów obrzezania zarzucono i cudacznych n. p. dawnych środków krew tamujących dzisiejsi obrzezacy rzadko już kiedy używają.

Kiedy z początkiem zeszłego stulecia zwrócono uwagę na niebezpieczeństwa obrzezania, ukazały się różne rozprawy o obrzezaniu, pióra zarówno lekarzy, jak i uczonych rabinów; wszystkie zażądały reformy obrzezania. Szczególnie zwracali się wszyscy przeciw zwyczajowi wysysania rany i rzeczywiście zarzucono je we Francyi i w wielu miastach niemieckich, gdzie dziś tak zwanej mecicy albo wcale nie stosują albo tylko zapomocą rurki szklanej. Lecz mimo to i tam obrzezanie nie przestało jeszcze być prawie tak niebezpiecznem, jak było za wszystkich czasów i dlatego każdy lekarz powinien uważać za swój obowiązek w kole swego działania szerzyć słuszne zapatrywania nowoczesne na obrzezanie. Lecz jednostki nie zdołają przeprowadzić reformy, która musi wyjść od władz sanitarnych. Jakeśmy widzieli, obrzezanie nie jest obrzędem niewinnym, lecz przeciwnie ważnym zabiegiem na zdrowym ustroju dziecięcym, dlatego państwo, które powinno dbać o dobro wszystkich swych poddanych bez różnicy wyznania, obowiązane jest do zreformowania obrzezania. Temu i żydzi nie powinni się sprzeciwiać; talmud zresztą uczy, że żydzi mogą zaniechać swych ustaw, jeśli państwo opiekujące się nimi, ich zabrania[51]). W zeszłem stuleciu rządy w różnych miejscowościach wydały ustawy, odnoszące się do obrzezania żydów, lecz nie

[49]) „Przegląd lekarski“ 1885, Nr. 22 i „Wiener medic. Presse“ 1895, Nr. 33.

[50]) Lehrbuch der speciellen Chirurgie wydanie VI, tom II, str. 742.

[51]) Friedreich l. c. str. 81.

zawsze i nie wszędzie ich przestrzegano. A jednak przytoczone już niebezpieczeństwa wymagają gruntownego przekształcenia obrzezania rytualnego; jakież więc ma ono być?

Zacznijmy od obrzezaków. Ci powinni zajmować podobne stanowisko, jak położne. Kto chce zostać obrzezakiem, powinien przedewszystkiem poddać się badaniu lekarskiemu celem stwierdzenia, czy jest zdrów i czy nie jest dotknięty żadną chorobą zaraźliwą (kiła, gruźlica); nie powinien też nadużywać napojów wyskokowych i nie cierpieć na drżączkę. Następnie obrzezacy powinni być dokładnie pouczeni o stosunkach anatomicznych swego pola operowania, o wykonaniu operacyi, możliwych powikłaniach i zapobieganiu im, o prawidłach przeciwgnilnych i dalszem leczeniu po operacyi, poczem powinniby składać egzamin przed komisyą lekarsko-rabinacką i w końcu musieliby jeszcze później nieraz poddawać się kontroli co do stanu zdrowia i co do swych czynności. Każdy obrzezak powinien też prowadzić spis przez siebie operowanych, w którym powinny być zapisywane także i wszelkie powikłania. Już przez to samo wieleby osiągnięto, wtedy bowiem tylko wyuczeni i egzaminowani obrzezacy byliby uprawnieni do wykonania tej operacyi i tem samem w każdym przypadku błędnego lub opieszałego obrzezania możnaby obrzezaka pociągnąć do odpowiedzialności. Zapewne byłoby bardzo dobrze, gdyby lekarze żydowscy wykonywali rytualne obrzezania i w istocie już oddawna tak się dzieje w wielu miastach francuskich, niemieckich i innych [52]). Lecz powszechnie nie możnaby tego przeprowadzić, choćby ze względu na małe miasteczka, gdzie byłoby trudno o żydowskich lekarzy obrzezaków, i gdzie żydzi prawowierni trudnoby się na to zgodzili, by na ich dzieciach lekarz dokonywał tego ważnego obrzędu religijnego. Chociaż już talmudyści żądali, by obrzezania dokonał lekarz, a jeśli nie ma lekarza żyda, to należy poruczyć operacyę lekarzowi nieżydowi, a nie żydowi, który nie jest lekarzem [53]). Różne rozporządzenia krajowe, taksamo u nas okólnik namiestnictwa z 21/XI 1892 r. l. 57.661 nakazują, żeby obrzezanie odbywało się pod nadzorem lekarza.

Okólnik ten brzmi:

„Obrzezanie rytualne u izraelitów dokonywane przez obrzezaczy, nie mających ani odpowiednich do tego wiadomości, ani nie przestrzegających koniecznej czystości tak przy samym rękoczynie, jak i co do używanych narzędzi, jest często powodem zakażenia niemowląt, sprowadzając nieraz zgubne skutki na całe życie obrzezanego, a nawet czasem i śmierć niemowlęcia.

Z tego powodu po zasiągnięciu opinii kraj. rady zdrowia poleca się w odpowiedni sposób wpływać na izraelitów, by do wykonywania obrzezań rytualnych dopuszczani byli tylko obrzezacze, przedstawieni władzy politycznej przez przełożeństwo gminy izraelickiej, by w miarę możności, o ile stosunki miejscowe na to pozwalają, stan zdrowia noworodków badany był przez lekarza przed obrządkiem rytualnym i by obrzezacze poddawani byli kontroli lekarskiej tak co do techniki operacyjnej, jak i co do ich stanu zdrowia [54]).

Lecz żaden mohel nie stosuje się do tego, a wreszcie, i to nie jest wszędzie możliwe.

[52]) We Wiedniu znam dwóch lekarzy, działających jako obrzezacy rytualni.

[53]) Tractatus Sabbath, dr. J. M. Rabinowicz, Einleitung in die Gesetzgebung und die Medicin des Talmuds, Trewir 1881, str. 263.

[54]) Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych, Lwów 1899, Tom II, str. 635.

Często jednak ostrożni rodzice sami o to się starają, by lekarz był obecnym przy obrzezaniu, lecz skutek i wtedy jest dość ułudny. Po pierwsze bowiem lekarz zazwyczaj mało co czytał o obrzezaniu i nie wie, jak się ono odbywa. Wprawny zaś obrzezak dokonywa obrzezania w okamgnieniu, albowiem nie znając możliwych niebezpieczeństw nie baczy na nie i często tem szybkiem operowaniem olśniewa obecnego lekarza. Właśnie ponieważ obrzezak tak szybko operuje, nieszczęście już spadło, nim lekarz to zoczył i trudno mu nieraz naprawiać, co obrzezacz nawarzył. Natomiast spadłaby z obrzezaków z powodu obecności lekarza wszelka odpowiedzialność i dlatego słuszniejsze jest żądanie dokładnego wyćwiczenia i pouczenia obrzezaków, by sami wzięli na siebie zupełną odpowiedzialność za tę operacyę.

Obrzezacz powinien przed operacyą dowiedzieć się, czy dziecko nie pochodzi z rodziny krwawców i wtedy obrzezanie należy przynajmniej odłożyć na później, kiedy dziecko będzie już silniejsze; krwawiączkę zatem należy uznać za ważne przeciwwskazanie do operacyi. Każdy też uzna ważność żądania, by cała operacya odbyła się bezgnilnie: narzędzia powinny być wygotowane lub odkażone środkami chemicznymi, tak samo ręce obrzezacza i pole operacyjne przynajmniej 2% kwasem borowym zmyte. Przedarcie blaszki wewnętrznej paznokciami należy usunąć; gdzie lekarze dokonywają operacyi, mogą oczywiście tak postąpić, jak przy znanej operacyi stulejki, rozpoczynając od cięcia grzbietowego napletka na zgłębniku rowkowanym. Z całą energią zaś należy zwalczać wysysanie rany ustami i ostro tego zabronić. Wysysanie to jest wstrętne i niebezpieczne tak, że prawowierni, wyrozumiali rabini już dawno je usunęli. „Nawet wobec najmniejszego niebezpieczeństwa życia prawo ustępuje“ powiada talmud, a jakeśmy wykazali, tak zwana *mecicah szel pej* łatwo może się stać niebezpieczeństwem. Prawie wszyscy autorowie żądają, by obrzezanie odłożyć na drugi lub trzeci miesiąc, gdyż ósmego dnia dziecko jest jeszcze za wątłe do tej operacyi. Także syn prawodawcy Mojżesza o wiele później został obrzezany.

Wreszcie jeszcze jedna uwaga. W niezbyt odległych czasach zmuszały władze ludność żydowską, by swe dzieci albo poddawała obrzezaniu, albo chrzciła tak, że wielu żydów musiało obrzezać swych chłopców wbrew swemu przekonaniu. Dziś żyjemy w czasach wyrozumialszych i każdemu żydowi wolno swe dzieci obrzezać lub nie. To też na zachodzie jest wielu żydów nieobrzezanych wcale, a także i u nas niektórzy rodzice nie dają swych dzieci obrzezać. Lecz także bez obrzezania chłopiec rodziców żydowskich jest żydem, jak i dziewczęta są żydówkami bez znamienia operacyjnego.

Wnioski:

1) Obrzezanie jest pozostałością z prastarych czasów barbarzyńskich, podobnie jak n. p. przekłuwanie uszu u dziewcząt. W starożytności miało ono znaczenie narodowe, dziś możemy uznać dzieci rodziców żydowskich za żydów i bez obrzezania.

2) Korzyści obrzezania są nieznaczne, jego niebezpieczeństwa o wiele groźniejsze.

3) Obrzezania powinni dokonywać albo lekarze, albo egzaminowani obrzezacy, przestrzegając wszelkich prawideł przeciwgnilnych i dopiero w drugim lub trzecim miesiącu.

Krwawiączka powinna być ważnem przeciwwskazaniem do obrzezania.

4) Przedarcie blaszki wewnętrznej paznokciami należy usunąć, wysysania zaś rany ustami ostro zabronić i na przekraczających ten zakaz wyznaczyć surowe kary.

Oceny i sprawozdania.

Zapalenie otrzewnej i jego leczenie.

(Sprawozdanie poglądowe)

Podał

Dr. Adolf Eugeniusz Klęsk.

Rozlane ropne zapalenie otrzewnej uważano dawniej za cierpienie prawie beznadziejne i wielu chirurgów utrzymywało, że chorych takich operować już nie należy. Postępy chirurgii objawiły się jednak i na tem polu, wyniki operacyjne z dnia na dzień są lepsze, tak że obecnie nie wahamy się operować często nawet tam, gdzie dawniej o pomyślnym wyniku i marzyć nie było można Dawniej uważano otrzewnę za nader wrażliwą na zakażenie i obawiano się nawet w niej operować. Obecnie przekonaliśmy się, że otrzewna jest o wiele odporniejszą, niż inne tkanki, a w porównaniu n. p. z zakażeniem śródżylnem, jak tego dowiodły badania Noetzela, znieść może 100 razy większe dawki czynników zakaźnych Za tą silną odpornością otrzewnej przemawia dalej choćby to, że zabiegi, stosowane w ropnem zapaleniu otrzewnej, są we właściwem chirurgicznem tego słowa znaczeniu niezupełnemi, usuwamy tu bowiem n. p. ropę, lecz tylko raz, bo całą prawie dalszą sprawę leczenia pozostawiamy przyrodzie i większego ropnia w innem miejscu z pewnością nie zdołalibyśmy w ten sposób wyleczyć. Tamponowania i sączkowania otrzewnej, nawet tak rozległe, jak je podał Mikulicz, zaledwo w małej części spełniają swe zadanie.

Odporność otrzewnej pochodzi z kilku źródeł. Jednem z nich jest bezwątpienia wielka powierzchnia otrzewnej, ciągły ruch kiszek, rozprowadzający i rozcieńczający zarazki i ich wytwory. Z tego powodu niechętnie podajemy w przypadkach zapalenia otrzewnej makowiec, zwłaszcza, że doświadczenie pouczyło, iż wydalenie mas kałowych ma w tej chorobie po prostu lecznicze działanie; w ostatnich czasach polecono nawet z tego względu do operacyi zapalenia otrzewnej, dołączać założenie przetoki kałowej. Drugiem źródłem odporności otrzewnej jest jej zdolność chłonienia, trzeciem zdolność niszczenia drobnoustrojów, czwartem „trawienie“ cząstek rozpadowych, a ostatniem, bezwątpienia także bardzo ważnem, tworzenie zrostów i zlepów. Dążeniem naszem, jak gdzieindziej, tak i tutaj, jest iść w pomoc przyrodzie, nic też dziwnego, że ogólnie starano się o to, by poznawszy dobrze te przyrodzone czynniki lecznicze, przy zakażeniu otrzewnej podtrzymywać je i wzmacniać. Tą drogą dojść do celu najłatwiej i nią też powoli dochodzimy do coraz to lepszych wyników przy operacyach zakażeń otrzewnej.

Wzmacnianiem zdolności otrzewnej celem niszczenia drobnoustrojów zajęli się naprzód Santa Solieri i Issaeff. Bordet w roku 1897 zauważył dalej, że śmiertelne dawki hodowli paciorkowca, wprowadzone do otrzewnej, nie zabijały zwierząt, jeżeli przedtem wstrzyknięto (do otrzewnej lub pod skórę) pewną dawkę surowicy przeciwpaciorkowcowej. Majewski przekonał się także o korzystnem działaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej, wstrzykując ją zapobiegawczo na dobę przed zakażeniem otrzewnej królika paciorkowcami. Podobnie chronił Majewski króliki przed zakażeniem zapomocą wstrzykiwań 2 ctm³ na dobę przedtem wyjałowionego bulionu. O wiele słabiej działa już surowica, wstrzykiwana równocześnie z zakażeniem otrzewnej lub potem (w kilka godzin po zakażeniu). Doświadczenia te przeniesiono ze zwierząt na ludzi i w krakowskiej klinice Kadera stosowano na wielką skalę zapobiegawcze wstrzykiwania surowicy przeciwpaciorkowcowej wyrobu Bujwida, Paltaufa i Marmorka i to w dawkach dużych 50—100 cm³, wstrzykując tyle razy, ile tego stan chorego wymagał. Prócz surowicy stosowano też w tej klinice zapobiegawcze wstrzykiwania substancyi obojętnych, jak roztworów soli kuchennej i bulionu

Wyniki były zachęcające. To też sprawą tą zajął się później z polecenia Mikulicza Miyake, starając się uodparniać otrzewnę w taki sam sposób, jakiego używano w Krakowie, a nadto z pomocą kwasu nukleinowego i aleuronatu. Zapomocą tych środków, wstrzykiwanych podskórnie, osiągnąć można obfite gromadzenie się krwinek białych (hyperleukocytozę) w jamie otrzewnej, w 7—8 godzin po wstrzyknięciu. Ten wzrost liczby krwinek białych nastaje nietylko w otrzewnej, ale także wybitnie i we krwi i trwa kilka dni. Mikulicz użył tych zapobiegawczych wstrzykiwań w 106 operacyach brzusznych z wynikiem zupełnie zadowalniającym.

Renner ogłosił obecnie dalszy szereg tych badań, a mianowicie wzmacniał on odporność ustroju, wywołując sztuczną hyperleukocytozę zapomocą podskórnych wstrzykiwań 50 cm³ 2% obojętnego lub słabo zasadowego roztworu nukleinianu sodowego Stosował on te wstrzykiwania u ludzi w 133 przypadkach tylko podskórnie. Wstrzykiwania takie są trochę bolesne. W miejscu wstrzyknięcia powstaje bolesne obrzmienie i zaczerwienienie, czasem ciepłota podnosi się do 39°. Zresztą zdarzają się czasami jeszcze inne przypadłości, jak ból głowy, wymioty i zawroty, przyśpieszenie czynności serca. Wyniki tych badań zdają się przemawiać za przemijającem wzmocnieniem odporności ustroju. Wstrzykiwań tych używano zapobiegawczo przed operacyami na żołądku i jelitach, po których mogłoby nastąpić zapalenie otrzewnej. Obecnie stosuje się jednak na wielką skalę przed- wśród- i pooperacyjne podskórne wlewania roztworów soli kuchennej, gdyż działają one podobnie uodporniająco, jak i dawniej zalecane płyny, a nadto jeszcze wpływają korzystnie na serce i wysuszenie ustroju. W tym też celu stosowano je zapewne od bardzo dawna w wielu klinikach i szpitalach, jak n. p. u Kümmlla w Hamburgu.

Hofbauer stara się zwalczać zakażenie połogowe, wywołując sztuczne nagromadzenie krwinek białych zapomocą podawania nukleiny Horbaczewskiego (przez usta). Petit poleca do uodporniania prawidłową surowicę końską, ogrzaną w wodnej kąpieli przez 2 godziny do 65°. Wstrzykiwał ją też ludziom z dobrym wynikiem. Lejars na międzynarodowym zjeździe chirurgów poleca gorąco celem wzmocnienia samoobrony otrzewnej również wstrzykiwania ogrzanej surowicy końskiej, lub też roztworów soli kuchennej. Także Schmidt i Borchardt uzyskali dobre wyniki, uodporniając ustrój zapomocą roztworów soli kuchennej, kwasu nukleinowego i surowicy końskiej.

Śródżylnie próbowano uodporniać ustrój przeciw zakażeniom, a zwłaszcza zakażeniom otrzewnej, zapomocą kollargolu. Wyniki ogłoszone w ostatnich czasach przemawiają na korzyść tego sposobu.

Dalsze badania i doświadczenia w sprawie leczenia zapalenia otrzewnej dążą w innym znowu kierunku Wegner dowiódł, że otrzewna posiada wielką zdolność do chłonienia i wysysania ciał, wprowadzonych do jamy otrzewnej. Otrzewna zdoła n p. w ciągu godziny wessać ilość płynu równą 3—8% ogólnej wagi ciała danego osobnika. Jak wiadomo, otrzewna wchłania nietylko płyny, ale i drobnoustroje w nich zawieszone. O ile z jednej strony chłonienie to leczy samą miejscową sprawę chorobową i usuwa czynniki zakaźne z otrzewnej, o tyle z drugiej strony, jeżeli

odbywa się za szybko, stać się może dla całego ustroju zgubnem, wywołując ogólne ostre zatrucie. Utrudnienie też chłonienia w pierwszych chwilach wpływać musi pomyślnie na rozwój zapalenia otrzewnej, lecz niekorzystnie na dostawanie się drobnoustrojów i ich wytworów do obiegu krwi. Peiser zakażał otrzewnę królików prątkiem okrężnicy i paciorkowcami. Po wstrzyknięciu do otrzewnej 2 cm^3 hodowli 48-godzinnej prątka okrężnicy, wyhodowanego z kału, już po 10 minutach wykrywał go Peiser w krwi tętnicy szyjnej i to w sporej ilości. Ilość ta malała stopniowo. To zmniejszanie się stopniowe ilości drobnoustrojów we krwi krążącej przypisuje Peiser zwolnieniu wessania z otrzewnej wskutek rozszerzania się naczyń włosowatych, a zwężenia naczyń tętniczych i żylnych. Gdybyśmy więc zdołali wynaleźć środek, zwalniający to wessanie, moglibyśmy także chronić ustrój od szybkiego zatrucia. Poczęści środkiem takim jest adrenalina. N. p. 1 cm^3 roczczynu rycyny 1:400 jest dawką śmiertelną dla królika. Uodpornienie jednak królika zapomocą 0.4 cm^3 kupnego roczczynu adrenaliny na kwadrans przed zatruciem rycyną znosi po części działanie tej trucizny tak, że Peiser utrzymał nawet kilka królików przy życiu. Exner potwierdził doświadczenia Peisera, dowodząc, że trucizny, podane wewnętrznie, działają znacznie wolniej i słabiej, jeżeli wstrzyknięto adrenalinę do otrzewnej. Wobec tych spostrzeżeń próbowałem w klinice krakowskiej przy operacyach ropnego zapalenia otrzewnej przepłukiwać jamę brzuszną roczczynami adrenaliny i rzeczywiście w jednym przypadku rozległego ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej (wskutek przedziurawienia żołądka), operowanego w klinice krakowskiej, powiodło się chorego utrzymać przy życiu. Przepłukiwania te stosowaliśmy wśród operacyi i następnie przez 4 dni przy opatrunkach, czyszcząc w ten sposób otrzewnę przez grube sączki (po bokach na stałe zostawione). Po każdem przepłukaniu ciepłota opadała i wydzielanie z sączków zwiększało się. Przedziurawienie żołądka powstało w tym przypadku na $3^1/_2$ dnia przed operacyą.

Zasadnicze operacyjne leczenie rozległego ropnego zapalenia otrzewnej polega, jak wiadomo, na szerokiem otwarciu brzucha, wyszukaniu i usunięciu przyczyny choroby i następowo na tak zwanej toalecie jamy brzusznej. Jedni przepłukują w tym celu jamę otrzewną roczczynami soli kuchennej, wycierając ją potem do sucha lub zostawiając trochę płynu, inni znów operują od początku do końca zupełnie sucho, dowodząc, że przez przepłukiwanie rozcieńcza się jad i przyspiesza jego wessanie. Po wykonaniu toalety jedni zupełnie zaszywają otrzewnę, zakładając grube sączki po bokach lub ich nie zakładając, inni nie szyją zupełnie, lecz tamponują szeroko podług Mikulicza.

Clairmont i Haberer z kliniki Eiselsberga radzą przemyć jamę otrzewną i wycierać następowo wszystkie zaułki do sucha, by przez przemycie usunąć zarazki, a przez wytarcie zapobiedz ich wchłanianiu. W statystyce tych autorów przypadki, gdzie otrzewnę przepłukano, dały wyzdrowień 42·2, gdzie nie przepłukano — tylko 33·3%. Noetzel jest również gorącym zwolennikiem przepłukiwań otrzewnej, a to na zasadzie swych doświadczeń na zwierzętach. Radzi on wogóle operować na mokro. Płyn, użyty do przepłukiwań powinien mieć, jego zdaniem, ciepłotę 38—39°. Przystęp musi być dobry, by płyn mógł zaraz odpływać na zewnątrz. W razie zrostów lub zaułków poleca Noetzel wydobyć trzewia na zewnątrz.

Clairmont i Haberer radzą przepłukiwać gorącymi roczczynami soli (do 44°) w obfitej ilości (20—40 litrów). Z badań tych autorów wynika, że czasowe wyłożenie jelit na zewnątrz zwalnia znacznie wchłanianie, dlatego też polecają oni ile możności wydobyć trzewia z jamy brzusznej. Na zupełnie innem stanowisku stoi Libich. Jest on przeciwnikiem przepłukiwania i twierdzi, że w jego przypadkach nie dały one ani razu wyniku dodatniego, natomiast bez przepłukiwań chorzy zdrowieli. Podobnie Friedrich (na międzynarodowym zjeździe chirurgów) odradza przepłukiwania otrzewnej i wydobywania trzew. Szeroką tamponadę stosuje wielu; niektórzy znów, jak Cosh, stanowczo ją odrzucają i polecają gorąco grube sączki. Zupełne zaszycie otrzewnej daje często znakomite wyniki, przywraca bowiem prawidłowe ciśnienie śródbrzuszne, co na wydalanie treści przez sączki i wchłanianie wielki ma wpływ. Z drugiej jednak strony szew często nie trzyma i tworzą się ropnie w powłokach lub nawet przetoki kałowe. W przypadkach zapalenia otrzewnej z objawami niedrożności jelit lub w razie zrostów radzą niektórzy niezwłocznie założyć przetokę kałową. W razie porażenia jelit posuwają się inni jeszcze dalej i, jak Lenander, wycinają nawet duże kawałki jelita porażonego. Konserwatyści nie zakładają przetoki, lecz leczą niedrożność porażną wstrzykiwaniami atropiny.

Heile zapomocą wstrzykiwań 40 cm^3 2% aleuronatu lub kwasu nukleinowego wywoływał u królików gromadzenie się krwinek białych, następnie zakażał otrzewnę tych zwierząt prątkiem okrężnicy, a w końcu naświetlał jamę brzuszną promieniami Röntgena, aby wywołać rozpad krwinek białych i przez to uwolnić z nich zaczyny, które uważa za główny czynnik leczniczy ustroju. W ten sposób udało mu się 5 królików zachować przy życiu, pomimo użycia śmiertelnych zwykle dawek zarazka. Rozpad krwinek białych i uwalnianie się z nich zaczynów (enzymów) objawia się tem, że z moczem wydziela się wielka ilość ciał azotowych, kwasu moczowego i zasad purynowych. Większą ilość tych ciał spotykamy często w moczu przy ropnem zapaleniu otrzewnej i po naświetlaniu miejsc, zawierających obficie krwinki białe, promieniami Röntgena. Te spostrzeżenia naprowadziły Heilego na próby sztucznego wytwarzania fermentów, co nie jest także niczem innem, jak tylko naśladowaniem działania przyrody.

Wprawdzie los chorych na zapalenie otrzewnej rozstrzyga się często na stole operacyjnym, nie można jednak zaprzeczyć, że leczenie następowe ma także bardzo poważne znaczenie. O podawaniu makowca mówiliśmy wyżej. Przepłukiwania żołądka sprawiają wielką ulgę także i po operacyi, a objawia się ona poprawą stanu ogólnego, tętna, mniejszą skłonnością do wymiotów i odbijań i zmniejszeniem napięcia brzucha. Po tych przepłukiwaniach oddech staje się głębszym i swobodniejszym. Po operacyi trzeba chorych okrywać bardzo ciepło i wkładać ciepłe kamionki do łóżka. Aby zapobiedz zakażeniu otrzewnej przy operacyach brzusznych treścią jelit, podajemy przed operacyą środki przeczyszczające. Niektórzy podawali nawet środki przeciwgnilne (Mikulicz), nie doprowadziło to jednak do żadnego wyniku.

Rehn starał się usuwać w zapaleniu otrzewnej kał przez przepłukanie jelit z wysoko założonego otworu w jelicie cienkiem do otworu, zrobionego w jelicie ślepem. Jedna jedyna taka próba okazała jednak, że tego dokonać nie można, albowiem przy nizkiem ciśnieniu płynu nie powiodło się przepchnąć go przez kiszki, a przy ciśnieniu bardzo silnem nieraz pękała zmieniona chorobowo ściana jelita. Czynność serca podtrzymujemy środkami sercowymi i podskórnemi wlewaniami fizyologicznych roczczynów soli kuchennej. Wlewania śródżylne działają szybko, ale wywołują czasem obrzęk płuc. Według Noetzla powinno się robić wlewania niezbyt duże (do 2000 płynu) i nie często. W przypadkach, biorących dobry obrót, wystarczają zwykle dwa wlewania, a miarą ich skutku jest, gdy w dwie godziny po wlewaniu serce działa dalej dobrze. Jeżeli natomiast znowu pojawi się zapad, rokowanie jest złe. Po operacyi radzą niektórzy układać chorych na bok (szczególnie na ten, gdzie założono sączki lub tampony), inni radzą nawet co pewien czas kłaść chorych na brzuch. Położenie to, bardzo dla chorego niewygodne, nie ma także o tyle uzasadnienia, że jak z doświad-

czeń Noetzla na zwierzętach wynika, sączkowanie pod górę spełnia w otrzewnej swój cel zupełnie dobrze. Bardzo natomiast zaleca się położenie takie, aby głowa była wysoko, lub w pozycyi na pół siedzącej podług Fowlera.

Chorych napominać należy często do głębokich oddechów celem gimnastyki płuc i zapobieżenia powikłaniom w obrębie narządu oddechowego.

Principiis obsta! (Ein Mahnwort an die Berufsgenossen in der Frage der Krebstherapie von der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien[1]).

Towarzystwo lekarskie wiedeńskie wybrało z łona swego komitet, któremu poleciło zająć się sprawą raka. Komitet, nazwany krótko „Karzinom-Komitee", postanowił wydać odezwę do ogółu lekarzy, a rozesłać ją wszystkim lekarzom praktykującym w obrębie Austryi, aby zwrócić im uwagę, jak doniosłe znaczenie ma wczesne rozpoznanie i wczesne operowanie raka. Odezwa ta podnosi na wstępie z naciskiem, że rak jest w przeważnej liczbie przypadków chorobą uleczalną, że można go trwale wyleczyć w okresie początkowym, dopóki jest cierpieniem miejscowem i że jedynym sposobem leczenia, na razie najpewniejszym, jest nóż chirurga, ale użyty w odpowiedniej (wczesnej) chwili i w odpowiedni sposób.

Szeroko omawia odezwa, jak ważnem jest, żeby chorych operować wcześnie i w odpowiedni sposób; sprawy te omawia odezwa tak nawet drobiazgowo, że mogłoby to wydawać się przesadą. Trzeba jednak zważyć, że odezwa ta ma być pismem niejako agitacyjnem.

A więc przedewszystkiem zwraca odezwa uwagę, że na uleczenie można liczyć tylko dopóty, dopóki rak jest jeszcze cierpieniem miejscowem i oprócz chorego narządu zajmuje co najwięcej tylko sąsiednie najbliższe naczynia i gruczoły chłonne.

Codzienne doświadczenie uczy, że chorzy sami bardzo często zaniedbują odpowiednią chwilę do zabiegu z tej przyczyny, że rak często z początku nie wywołuje żadnych niepokojących objawów, szczególniej, że nie wywołuje bolów. Często też chorzy zwracają się najpierw do partaczy lekarskich i dopiero przeszedłszy przez ich ręce, udają się do właściwej instancyi. Że kobiety, dotknięte rakiem sutka lub macicy, przez wstydliwość czekają często do ostatniej chwili, zanim się zwrócą do lekarza, stanowi także jeden z owych licznych powodów, dla których chorzy na raka tracą wiele drogiego czasu i zbyt późno zgłaszają się do leczenia.

Ale i lekarze nie zawsze są bez winy. A mianowicie niczem nie uzasadnione przekonanie niektórych lekarzy, że do niezawodnych, a stałych objawów raka należy znamienne charłactwo, spowodowało już niejednokrotnie nieszczęsne opóźnienie właściwego rozpoznania, a właśnie tylko ci chorzy na raka mogą spodziewać się trwałego uleczenia przez zabieg, u których nie ma objawów ogólnego charłactwa. A rozpoznać można raka we wczesnym okresie tylko zapomocą jak najściślejszego badania. Drugą przyczyną, dla której lekarze zapóźno odsyłają chorych do chirurgów, jest ta okoliczność, że lekarze nie mają najczęściej dostatecznych wiadomości o wynikach trwałego wyleczenia, jakie się dadzą osiągnąć i jakie już osiągnięto, i dlatego w umysłach większości lekarzy pojęcie raka zrosło się z pojęciem nieuleczalności.

Przejrzenie jednak odpowiedniego piśmiennictwa przekonywa, jak niesłusznym jest ten pogląd. I tak kiedy Winiwarter (1878) doniósł z kliniki Billrotha, że na 170 przypadków raka sutka uzyskano 8=4·7% uleczeń trwałych (t. z. że w trzy lata po zabiegu nie było nawrotu), to wtedy bardzo wielu lekarzy głosiło, że rzekome „uleczenie raka piersi" przez zabieg operacyjny polegało na błędnem rozpoznaniu.

Od tego czasu coraz częściej udowadniano, że uleczenia są rzeczywiście możliwe. I tak np. podaje odezwa dane statystyczne, tyczące się raka sutka, które dowodzą, że z biegiem czasu uzyskiwano coraz więcej trwałych wyników:

	trwałych uleczeń
Z kliniki Esmarcha 1850—78	11·70%
„ Billrotha 1867—76 . .	4.7%
„ Mikulicza 1871—78 . .	9%
„ Volkmanna 1874—78. .	11%
„ Gussenbauera 1878—88 .	16·7%
„ Königa 1875—85 . . .	22·5%
„ Krönleina 1881—93 . .	19·4%
„ Angerera 1890—99 . .	16 9%
„ Alberta 1890—1900 . .	25%
„ Bergmana 1882—99 . .	28·79%
„ Eiselsberga 1896—1900 .	22·7%

Średnio wynosi wedle Joerssa odsetek trwałych uleczeń około 21%.

Wskutek stosowania przy operacyi raka sutka doszczętnych sposobów operacyjnych podniósł się odsetek trwałych uleczeń od r. 1890 wedle Halsteda, Rottera, Cheynea, Helfericha i wreszcie (1904) Collina średnio na 42%. Że przyczyny tego należy się dopatrywać w tem, iż te przypadki teraz coraz wcześniej się operuje, nie ulega żadnej wątpliwości. Z rozpowszechnieniem się wczesnego leczenia operacyjnego wzrósł odsetek wyleczeń trwałych z około 4% na około 40%.

To samo można stwierdzić co do raków odbytnicy. Wedle zestawienia Krönleina z 11 niemieckich klinik z lat 1873 do 1899 wynosił odsetek wyleczeń średnio 14·8%. I na tem polu uzyskiwano coraz więcej: statystyki różnych klinik z lat ostatnich dowodzą, że odsetek wzrósł na 16 do 30%. Niektóre statystyki są szczególnie korzystne, podają 33%, a nawet 50% trwałych uleczeń.

Co do raków twarzy, to wedle sprawozdania Wörnera z r. 1886 było, po trzyletniem spostrzeganiu chorych po zabiegu, średnio 28·1% trwałych uleczeń. Od tego czasu liczba ta wzrosła do 65 5% w przypadkach raków wargi dolnej, a do 61 6% w przypadkach raków wargi górnej wskutek tego, że chirurdzy usuwają w tych przypadkach zawsze sąsiednie gruczoły chłonne.

Z zestawienia tablic statystycznych z różnych klinik wynika, że po 5 latach nie było nawrotu u 34·7% chorych, które się poddały zabiegom z powodu raka szyi macicznej, a u 75% chorych, które się poddały zabiegom z powodu raka trzonu macicy.

Z tych kilku przytoczonych liczb wynika dowodnie, że przez wczesny zabieg można trwale uleczyć raka w niemałej części przypadków.

A więc operować jak najwcześniej! A więc chorych jak najwcześniej odsyłać do chirurgów!

Że agitacya w tym kierunku może wywrzeć wpływ bardzo poważny, dowodzi tego wynik, jaki osiągnął przez swoją gorliwą agitacyę królewiecki ginekolog prof. Winter co do raka macicy. Ażeby lekarze mogli jak najwcześniej chorych na raka odsyłać do chirurgów, powinni też jak najwcześniej rozpoznawać raka i dlatego w drugiej części podaje odezwa krótko zebrane najważniejsze objawy raka różnych narządów. (Dok. nast.). *Stahr.*

Karl v. Müllern: **Anleitung zur klinischen Blutuntersuchung mit besonderer Berücksichtigung der Färbetechnik.** Leipzig 1904. Mathias Müllern-Schönenbeck. Cena 2 Mk.

Książeczka niniejsza przeznaczona jest dla początkujących w hematologii i zawiera przeróżne techniczne wska-

---

[1]) Z broszury, nadesłanej nam przez Towarzystwo lekarskie wiedeńskie jako rękopism, podajemy obszerne streszczenie. *Red.*

zówki. Po wskazówkach widać, że autor jest uczniem Türka, który takie same rady co do techniki badania podał w swojej hematologii, ogłoszonej przed 2 laty. Dziełko to nie odznacza się przesadną dokładnością. Niektórych nowszych sposobów barwienia krwi, np. May-Grünwalda, nie podaje wcale. *Stahr.*

* * *

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. L. Rapaport. **Badania doświadczalne nad glikolizą.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 57, Zeszyt 3 i 4, 1905). Zapomocą strącenia acetonem otrzymał autor z wyciągów różnych narządów proszki, a mianowicie z trzustki, z wątroby, śledziony, z mięśni, z włóknika krwi, białka surowicy krwi i ze skrzepów krwi. Glikolitycznie działały tylko przetwory, uzyskane z trzustki, z włóknika i ze skrzepów krwi. Pod wpływem świeżych skrzepów krwi i suchego proszku z krwi można było działanie glikolityczne spostrzedz w cieplarce po 20 minutach. Dodanie floretyny nie powstrzymywało rozkładu cukru. Zdaniem autora doświadczenia te przemawiają za tem, iż w ustroju odbywa się rozkład cukru pod wpływem fermentów. *Latkowski.*

Bergell. **Porównanie fermentów organicznych z nieorganicznymi.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 57, Z. 3 i 4, 1905). Fermenty organiczne i nieorganiczne można porównywać tylko co do ich działania, ponieważ budowa chemiczna fermentów organicznych nie jest dotąd wcale znana. Podane przez Brediga kolloidalne rozczyny platyny są przetworami nieorganicznymi o działaniu, zbliżonem do fermentów i wywołują szczególną katalizę dwutlenku wodoru »pierwowzór wszystkich fermentacyi“. Są one rozczynami kolloidalnymi, tak jak organiczne fermenty; kataliza H_2O_2 zapomocą rozczynu kolloidalnego platyny jest oddziaływaniem jednodrobinowem, a jego stałą prędkość można oznaczyć. Skręcenie płaszczyzny polaryzacyjnej rozczynów cukru trzcinowego i hydroliza glikozydu zapomocą organicznych fermentów zbliża się do prawa logarytmowego katalizy platynowej, nie stosuje się w całości do niego, ponieważ enzymy więcej zmieniają się pod wpływem środowiska. W rozczynach kolloidalnych platyny można źródła błędów oznaczyć dokładnie ilościowo, w nich nie nastaje równowaga, w enzymach natomiast można stan równowagi stwierdzić. Zarówno co do organicznych, jak i co do nieorganicznych fermentów istnieją t. zw. ciała wywołujące fermentacye; ciepłota i zagęszczenie rozczynu działają wedle podobnych praw. Szybkość działania zależy od ilości katalizatora. Pewne trucizny fermentów działają tak na organiczne, jak i nieorganiczne fermenty, jak n. p. CNH, SH_2, CS_2, CO, Br, J, $HgCl_2$. Organiczne fermenty są ściśle swoiste. Różniczkowanie się fermentów organicznych można wytłómaczyć ich działaniem chemicznem na podłoże. *Latkowski.*

Pfeiffer (Graz). **O działaniu leczniczych surowic normalnych, wiodącem do obumarcia tkanki.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 18, 1905). Autor potwierdza znane spostrzeżenia Uhlenhuta, że niektóre normalne surowice lecznicze sprowadzają mimo bezgnilnego wstrzykiwania podskórne nacieki lub nawet obumarcie tkanki. Przez wielokrotne wstrzyknięcie surowic normalnych z różnych zwierząt lub surowicy ludzkiej można otrzymać surowicę, która ochrania zwierzęta tego samego gatunku od ubocznego działania surowicy, użytej do uodpornienia. Autor potwierdza też zapatrywanie Uhlenhuta co do natury chwytników (*Haptinnatur*) tego ciała. Następnie wykazał autor, że działająca substancya jest identyczną z hemolizyną, że więc martwica, powstająca pod wpływem surowic normalnych, przedstawia się jako działanie lizyn na komórki tkanki podskórnej. Istota wywołująca martwicę nie jest rozpuszczalną w wyskoku i można ją zniszczyć przez ogrzanie do 56° C., przez oświetlenie eozynowe, lub przez dodatek istot chemicznych. *Gertler.*

Nagel. **Przypadek zapalenia jelit, wywołanego wymoczkami.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 44, 1905). Autor wspomina w początku swej pracy o zaburzeniach przewodu pokarmowego, wywołanych tęgoryjcem i często się zdarzających u górników w okolicy miasta Bochum. Ponieważ u jednego górnika znalazł autor w kale wymoczki, tak zwane szparkosze (*balantidium coli*), odkryte w roku 1856 przez Malmsterna, podaje w pracy swej dokładny opis tego rodzaju wymoczków. Mają one kształt jajowaty owalny, są długie na 0·09 mm., szerokie na 0·06 mm. i można na nich odróżnić zakończenie głowowe i ogonowe. Wewnątrz ciała znajduje się jądro, a obok niego dwie jamki (wakuole). Przy ruchach wymoczki te zmieniają postać zależnie od przeszkód, na jakie natrafiają. U ludzi wywołują biegunkę śluzową lub krwawą, a w późniejszym okresie choroby sprowadzają ogromne osłabienie i silną biednicę. Przy sekcyi znaleźć można małe owrzodzenia w jelicie grubem, a w okolicy okrężnicy esowatej ropę, silnie cuchnącą. W miejscach zmian anatomicznych znajdowano małą ilość wymoczków, natomiast w jelicie cienkiem i wyrostku robaczkowym ogromną ilość. Wymoczki opisane łatwo znaleźć można w świeżo oddanych stolcach śluzowych lub śluzowokrwawych, jak długo kał jest jeszcze ciepły, gdyż wtedy wymoczki wykonywują dość silne ruchy zapomocą rzęs i migawek; ruch ich zupełnie ustaje w stolcach zimnych. Autor wyraża zapatrywanie, że choroba, wywołana tymi wymoczkami, może się stać o wiele groźniejszą i niebezpieczniejszą, aniżeli w zakażeniu tęgoryjcem, dlatego radzi badać dokładnie stolce osób, otaczających chorego, i leczyć już pierwsze objawy nieżytu jelit zapomocą kalomelu i wlewań rozczynu chininy 1: 1000. *Gertler.*

Sternberg. **Nowa metoda oznaczenia smaku zapomocą gustometru.** (*Deutsche med. Wochs.* str. 911, 1905). Autor doszedł do przekonania, że do oznaczenia smaku najlepiej nadają się środki słodkie i gorzkie w postaci gazu. Do tego celu używa autor chloroformu i eteru, a także do oznaczenia smaku kwaśnego kwasu octowego. Natomiast do oznaczenia słonych przedmiotów nie nadaje się sposób, podany przez autora. Przyrząd, nazwany gustometrem, składa się z dwóch małych naczyniek szklanych, opatrzonych korkami szklanymi, które z jednej strony kończą się drenami gumowymi, opatrzonymi małemi szklanemi pipetkami, z drugiej strony połączone są razem z kurkiem, do którego przyczepiony jest balonik gumowy Richardsonowski. Do dwóch małych naczyniek, wyżej opisanych, nalewa się eter i chloroform, które przez przepuszczenie prądu powietrza ulatniają się i uchodzą odpowiedniemi pipetkami na badaną błonę śluzową, wywołując smak gorzki i słodki. Badanie gustometrem ma tę wyższość nad dotychczasowym sposobem, że środek odpowiedni można stosować na bardzo małej przestrzeni. Posmak jest bardzo nieznaczny. Przy badaniu nie trzeba wyciągać języka, gdyż rureczkami można się dostać w każde miejsce, opatrzone nerwem językowo-gardłowym. *Gertler.*

Kraus i Dörr. **Doświadczenia lecznicze z czerwonką.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 42, 1905). Autorowie ściśle odróżniają dwie postacie czerwonki, powstałe na tle prątka Shigi i prątka Flexnera. Pierwszy z nich wydziela jad do bulionu, w którym wyrasta, a nadto zawiera w ciele samego prątka jad (endotoksyny), podczas gdy prątek Flexnera bardzo rzadko wydziela jad do pożywki płynnej. Pierwszy więc rodzaj prątka zakaża ustrój zupełnie podobnie jak błonica, drugi zaś jak prątek durowy i przecinkowiec cholery. Już Rosenthal, poznawszy te własności prątków czerwonki, wytworzył surowicę antytoksyczną i otrzymał bardzo dobre wyniki lecznicze. Zupełnie podobną surowicę wytworzyli autorowie i przekonali się, że surowica antytoksyczna jest w stanie zobojętnić jad (toksyny) czerwonki tak w ustroju, jak i poza ustrojem. Do doświadczeń używali nie świnek morskich, jak Kruse i Shiga, lecz królików i przekonali się, że działanie jest tem silniejsze i lepsze, im wcześniej zastosowuje się leczenie surowicą, podobnie jak przy błonicy, a działanie jest energiczniejsze, jeśli się ją wstrzyknie do żyły. Zapomocą surowicy antytoksycznej udało się też autorom uratować myszki od działania zabójczego samych prątków i na tej podstawie przypuszczali oni, że w ten sposób zostaje zobojętniony jad, wytwarzający się z prątków czerwonki. Doświadczenia, przeniesione na ludzi, wykazały znakomite wyniki w przypadkach czerwonki, wywołanych prątkiem Shigi; już w kilka godzin po wstrzyknięciu 20 cm.³ ustępowało parcie, ilość stolców się zmniejszała i chorzy czuli się zupełnie dobrze. Ponieważ odrazu nie można stwierdzić w każdym przypadku, czy choroba wywołana jest prątkiem Shigi, a zwlekanie z wstrzyknięciem opaźnia energiczne i szybkie działanie lecznicze surowicy, autorowie doradzają wstrzyknąć surowicę w każdym przypadku czerwonki i to w początku choroby. *Gertler.*

Dörr. **O tak zwanej agressynie czerwonki.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 42, 1905). Punktem wyjścia badań Kikuchiego o agressynie było następujące doświadczenie: Szczep Shigi i Krusego okazał się bardzo mało jadowitym dla świnek morskich przy wstrzyknięciu do jamy otrzewnej. Dopiero większa ilość hodowli z 2—3 agarów zabijała zwierzęta, u których występowało włóknikowo-ropne zapalenie otrzewnej z przymieszką krwi. Jeśli wysięk w ten sposób otrzymany osadzi się w wirówce i wyjałowi tolnolem, a następnie wstrzyknie morskiej śwince w ilości 1—3 cm.³ z dodatkiem $^1/_{10}$—$^1/_3$ hodowli agarowej, wtedy zwierzę padnie bardzo szybko, już po kilku godzinach. Z doświadczenia tego wysnuwa Kikuchi, podobnie jak Bail, wniosek, że w wysięku, dodanym do hodowli, znajdować się musi istota, która wstrzymując fagocytozę,

pozwala rozmnażać się drobnoustrojom, — istota zwana agressyną, porażająca białe ciałka i zamieniająca w ten sposób dawkę małą drobnoustrojów na tak silną, że zabija zwierzę. Autor zarzuca tym doświadczeniom, że badania na świnkach morskich nie są dokładne, gdyż wiadomo, że one są rozmaicie wrażliwe na działanie prątka czerwonki i dlatego też nie da się oznaczyć najmniejsza dawka śmiertelna. Autor na mocy swoich doświadczeń na królikach, o wiele wrażliwszych na działanie prątka czerwonki, dochodzi do przekonania, że niema takiej istoty w wysięku, lecz że jest to zwyczajna endotoksyna, a raczej bakteryolizyna, powstała przez rozpad drobnoustrojów w otrzewnej zwierzęcia, użytego do wytworzenia t. zw. agressyny, która sama wstrzyknięta drugiemu zwierzęciu do otrzewnej już jego śmierć sprowadzić może, a tembardziej z dodatkiem świeżej hodowli. *Gertler.*

Uhlenhuth. **Rozróżnienie poszczególnych gatunków białka zapomocą swoistych surowic.** (*Festschr. z. 60. Geburtstag Rob. Koch's*, str. 49, 1905). Wydzielenie i stwierdzenie poszczególnych odmian białka u tego samego zwierzęcia zapomocą swoistych surowic strącających (precypitujących) nie udawało się z powodu wspólności grup receptorów. Do swoich badań użył U. białek, jak najbardziej charakterystycznych i odmiennych. Surowica, otrzymana ze zwierzęcia, któremu wstrzykiwano żółtko jaj kurzych, wywoływała w rozczynie tego żółtka strąt, a nie wywoływała strątu w rozczynie białka tychże jaj. Ta sama surowica tworzyła jednak strąt (niewielki) również we krwi, kur, kaczek i gęsi, jak niemniej i w rozczynach żółtka jaj gęsich. Surowica, uzyskana przez wstrzykiwanie soczewek, strącała rozczyn białka z soczewek, nie działała natomiast na rozczyny ciałka szklistego, krwi i rozczyny białkowe z innych narządów tego samego zwierzęcia. Surowica ta tworzyła strąt również i w rozczynach soczewek z innych zwierząt (ptaków, ssaków i płazów), z czego wnosić należy, że soczewki zwierząt tych składają się z jednakowych ciał białkowatych. *L. Bier.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. W. Leube. **O rozpoznawaniu względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej i trójdzielnej i o dodatniem tętnie żylnem u osób niedokrwistych.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 57, Z. 3 i 4, 1905). U osób niedokrwistych spostrzegał czasem autor tętno żylne dodatnie w żyłach szyjnych. Tętno to było czasem bardzo wybitne, czasem znów tylko ledwo widoczne, lecz pod wpływem ucisku na wątrobę lub żyłę główną dolną stawało się wyraźniejsze. To dodatnie tętno żylne u osób niedokrwistych jest objawem niedomykalności zastawki trójdzielnej, polegającej na zmianie czynnościowej mięśnia sercowego, która może tak samo powstać u niedokrwistych, jak względna niedomykalność zastawki dwudzielnej. Objawy tej niedomykalności znikają w miarę zmniejszania się niedokrwistości. Względna niedomykalność zastawki trójdzielnej na tle niedokrwistości powstaje równocześnie ze względną niedomykalnością zastawki dwudzielnej, na tej więc podstawie łatwiej określić jakość względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, ponieważ niedomykalność zastawki trójdzielnej w przebiegu anatomicznej wady zastawki dwudzielnej pojawia się w ostatnim dopiero okresie choroby przy znacznych zaburzeniach krążenia. Lecz także i bez objawów niedomykalności zastawki trójdzielnej spostrzegał L. tętno żylne dodatnie, które czasem jest objawem nie dającej się wykryć niedomykalności tej zastawki, czasem zaś pojawia się bez znanej przyczyny. *Latkowski.*

H. Gran. **O wydalaniu odlewów przełyku i żołądka po oparzeniu kwasem solnym.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 57, Z. 3 i 4, 1905). Chora 27-letnia wypiła szklankę kwasu solnego na czczy żołądek. W 9 dni potem zwymiotowała błonę, stanowiącą jakby odlew przełyku, 10 cm. długi, w 2 dni potem błonę, będącą odlewem żołądka. Przy sekcyi znaleziono brak błony śluzowej w dolnej części przełyku aż do wpustu żołądka, dalej bardzo znaczne zwężenie bliznowate odźwiernika. Oddzielenie nastąpiło w obrębie błony podśluzowej. W dwunastnicy również znaleziono zniszczenie błony śluzowej aż do warstwy mięsnej. Znaczniejsze zniszczenie błony śluzowej w dolnej części przełyku i w obrębie odźwiernika można wytłómaczyć długotrwałym skurczem mięśni przełyku i odźwiernika. *Latkowski*

P. Reckzeh. **Uwagi kliniczne i doświadczalne nad obrazem chorobowym, cechującym się nadmiarem krwinek czerwonych, powiększeniem śledziony i sinicą.** (*Zeitschrift für klin. Med.* T. 57, 3 i 4 Z., 1905). Autor opisuje 5 przypadków polycythemii (nadmiaru krwinek czerwonych), z których w trzecim przypadku sinica i nadmiar krwinek czerwonych odnosił się do zakresu żyły głównej górnej, a powodem tego był ucisk tej żyły przez guz nowotworowy grasicy i płuca. W doświadczeniach zaś starał się autor zbadać wpływ ucisku na żyłę główną górną i w 2 przypadkach przekonał się, iż przez podwiązanie miejsca ujścia żyły górnej głównej do serca można wywołać sinicę i zwiększenie liczby ciałek krwi czerwonych w zakresie tej żyły u królika. *Latkowski.*

Brandenstein i Chajes. **O następstwach podskórnych wstrzykiwań rozczynów chlorku sodowego po wycięciu nerek.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 57, Z. 3 i 4, 1905). Doświadczenia wykazały, że po wstrzykiwaniach wodnych rozczynów chlorku sodowego ilość soli kuchennej surowicy krwi odsetkowo nie wzrasta, wzrasta zaś stężenie osmotyczne i ilość azotu, pozostałego w surowicy krwi po strąceniu białka. Ponieważ siła refrakcyjna surowicy krwi obniżała się, można więc zmniejszenie się ilości soli kuchennej wytłómaczyć przez zwiększenie się ilości wody w ustroju. Ponieważ oznaczając ilość NaCl w wątrobie stwierdzono tylko małe zwiększenie się ilości NaCl, przeto można przypuszczać, że sól kuchenna zatrzymuje się przedewszystkiem w cieczach ustroju. We wszystkich prawie doświadczeniach pojawiały się obrzęki podskórne, puchlina brzuszna i opłucna. Autorowie sądzą, że naczynia łatwiej przepuszczają wodę pod wpływem pewnych istot organicznych, zawartych w pozostałym azocie (*Reststickstoff*) po strąceniu białka z surowicy krwi i pod wpływem wodnistości krwi. Nagromadzenie się większej ilości wody w układzie krwionośnym tłómaczą autorowie tem, że wodę przyciąga sól kuchenna, znajdująca się w naczyniach krwionośnych i tem, że wydzielanie wody przez nerki ulega zaburzeniu. *Latkowski.*

C. Posner. **Przerost gruczołu krokowego, a cukrzyca.** (*Berl. klin. Wochs.* 1905, Nr. 47). Niekiedy mimo zupełnego lub prawie zupełnego zniknięcia cukru z moczu może utrzymywać się przykre obfite moczenie, a w następstwie pragnienie, uczucie suchości w ustach, częste parcie na mocz i bezsenność. Niektórzy autorowie uważali za przyczynę tego zjawiska przejście cukrzycy w moczówkę prostą, inni widzieli w tem obfitem moczeniu objaw mózgowy z powodu sąsiadowania ośrodka Eckhardta z ośrodkiem Claude-Bernarda. Autor zwraca uwagę na to, że zazwyczaj obfite moczenie pocukrzycze pojawia się u starszych mężczyzn i na to, że objaw ten może być w związku z przerostem sterczu. Na potwierdzeniu tego przytacza P. spostrzeżenie, dotyczące chorego na przerost gruczołu krokowego, u którego leczenie cukrzycy w Karlsbadzie zmniejszało cukromocz, ale nie usuwało obfitego moczenia i parcia na mocz. W takich tedy przypadkach istnienie cukrzycy może sprawić, że lekarz przeoczy inne, niemniej ważne cierpienie. Zdarza się też naodwrót przeoczenie cukrzycy przy rozpoznaniu przerostu sterczu, ponieważ cierpieniu temu towarzyszy zazwyczaj nizki ciężar gatunkowy moczu, mogący być powodem, że lekarz błędnie wyłączy cukrzycę. W ostatnich dziesięciu miesiącach swej praktyki znalazł Posner na 30 przypadków przerostu gruczołu krokowego w pięciu równocześnie cukromocz. Chorzy na przerost sterczu skłonni są do cukrzycy, ponieważ równocześnie bywają dotknięci miażdżycą tętnic, a ta usposabia do cukrzycy. Powikłanie obu tych cierpień ze sobą stwarza znaczne trudności lecznicze, ponieważ chorzy z przerostem sterczu i zatrzymaniem moczu mają zazwyczaj ogromny wstręt do mięsa, a najchętniej jedzą mączne potrawy i cukier, oraz piją mleko. Także potrzebne przy przeroście gruczołu krokowego zabiegi, jak n. p. cewnikowanie, są przy powikłaniu z cukrzycą niebezpieczniejsze, gdyż łatwo wiodą do zakażenia i zapalenia pęcherza. Cukrzyca może też być przeszkodą do podjęcia doszczętnych zabiegów operacyjnych, zmierzających do usunięcia sterczu. *Dr. M. Blassberg.*

L. d'Amato. **Badania krwi w kilku przypadkach** *»splenomegalia leucopenica«.* (*Zeitschr. f. klin Med.* Tom 57, Zeszyt 3 i 4, 1905). Autor spostrzegał niedostatek krwinek białych w 2 przypadkach choroby Bantiego, w 2 przypadkach zakażenia zimniczego i w 1 przypadku kiły z zajęciem wątroby i śledziony. W 4 przypadkach zmniejszyła się liczba krwinek białych wielojądrzastych neutrochłonnych, we wszystkich zmniejszyła się nieznacznie liczba limfocytów, w 2 przypadkach znaleziono kilka myelocytów. U 7 chorych podczas trawienia powstawała leukocytoza trawienna, u jednego liczba ciałek białych krwi podczas trawienia zmniejszała się. Pryszczydła wywoływały również leukocytozę, szczególnie pomnożenie krwinek białych wielojądrzastych. Przypadkowe ropienie wywołało u jednego chorego leukocytozę. Po krwotokach u dwóch chorych wzrosła liczba krwinek białych. Faradyzacya śledziony zwiększała, wywołując kurczenie się śledziony, liczbę krwinek białych, szczególnie zaś limfocytów. Krew, wzięta wprost ze śledziony, zawierała większy odsetek limfocytów, małą liczbę krwinek białych neutrochłonnych wielojądrzastych, małe krwinki neutrochłonne wielojądrzaste, myelocyty i krwinki czerwone jądrzasto w większej ilości, niż krew z palca. Krew miała słabe własności aglutynujące, nie wywoływała rozpadu krwinek czerwonych i bia-

łych. Przyczyny leukopenii przy powiększeniu śledziony należy szukać w zmianach narządów krwiotwórczych, t. j. śledzionie i szpiku kostnym. *Latkowski.*

Hess i Zurhelle. **Kliniczne i patologiczno-anatomiczne uwagi o t. zw. cukrzycy bronzowej** (*diabète bronce*). (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 57, Z 3 i 4, 1905). Dokładny opis przypadków znacznego nagromadzenia barwika krwi w skórze i w narządach wewnętrznych (*haemochromatosis*), powikłanego marskością wątroby i cukrzycą. W jednym z tych przypadków była hemoglobina w moczu i tłuszcz we krwi, a ilość żelaza w wątrobie była prawie 100 razy większą od prawidłowej. *Latkowski*

Prof. Trenpel. **Wartość poszczególnych klinicznych objawów duru brzusznego dla rozpoznania.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 39, 1905). Na podstawie licznego materyału, bo 60 przypadków, ocenia autor poszczególne objawy duru brzusznego i stara się wykazać ich wartość rozpoznawczą. Na pierwszem miejscu stawia wyhodowanie prątków ze krwi chorego, zwłaszcza, że ta rzecz technicznie nie przedstawia nadzwyczajnych trudności, a wynik daje najwcześniejszy i najpewniejszy. Co do odczynu Gruber-Widala i modyfikacyi Fischera, autor poza wynikami pewnymi podaje 2 przypadki charakterystyczne. W jednym odczyn w stosunku 1: 80 dały prątki durowe i paradurowe; w drugim aglutynacyi zupełnie nie było, pomimo najklasyczniejszych objawów klinicznych duru. Wyhodowanie prątków z kału do dziś dnia jest rzeczą trudną i długą, stąd też wartości rozpoznawczej nie posiada. Łatwiej zdaniem autora udaje się otrzymać czystą hodowlę z moczu. Ciepłota zazwyczaj rozpoznania duru nie ułatwia: często jest ona nietypową tak, że dopiero z anamnestycznych danych uzupełnić ją trzeba. Dyazo-reakcya, towarzysząca wielu chorobom zakaźnym, w 16 przypadkach na 60 nie wystąpiła, a więc też za pewną uważaną być nie może. Ważną bardzo przytem jest rzeczą, czy się ma ze świeżym moczem i świeżymi odczynnikami do czynienia. *Łapiński.*

Dr. Moosbrugger. **O wewnętrznem leczeniu zapalenia jelita ślepego.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 37, 1905). Acz kolwiek wiele pisano i mówiono o leczeniu zapalenia ślepego jelita, to jednak do obecnej chwili wskazania do leczenia wyczekującego, wewnętrznego, czy chirurgicznego, nie są ustalone. Jedni uważają operacyę za wskazaną w każdym przypadku, inni podczas samego napadu choroby, kiedy sprawa jest jeszcze miejscową, aby zapobiedz przejściu z miejscowego w ogólne zapalenie otrzewnej. Nie brak i takich, którzy właśnie dopiero wtedy radzą operować, kiedy się sprawa uogólnia, lub gdy ostry proces minie. Wobec tak szerokiego i nieustalonego zakresu wskazań do operacyi radzi autor zajmować stanowisko wyczekujące, tembardziej, że wszystkie operacye z wyjątkiem spraw gruźliczych wyrostka robaczkowego, co do których autor się zastrzega, mają rokowanie niepewne. Leczenie powinno według niego polegać na częstem stosowaniu tylko *argentum colloidale Credé* i to w dość dużych dawkach. W lekkiej postaci choroby, podczas samego jej początku, radzi chorego położyć do łóżka i dawać stale na zewnątrz kataplazmy z siemienia lnianego, a wewnętrznie *argentum colloidale 1,0 na 200,0 wody co 1/2 do 1 godziny łyżkę stołową.* Gdy zaś sprawa znacznie postąpiła i chory wymiotuje, poleca *arg. colloidal. 2,0: 200,0 co godzinę pół łyżki*, a prócz tego radzi wcierać w ręce i nogi przez 25—30 minut dwa razy dziennie po 2 gramy maści kolargolowej, po poprzedniem wymyciu kończyn. Gdy chory mimo tego wymiotuje, radzi podawać w lewatywie dwa razy po 50,0 ½ prc. rozczynu kolargolu, lub nawet jednoprocentowego. Dzieci leczy się w ten sam sposób, tylko dawki 4 do 3 razy mniejsze. Nie poleca zaś podawać ani żadnych środków czyszczących, które wzmagają ruch robaczkowy, ani uspokajających, jak: makowiec i morfina, które choroby nie leczą, tylko chwilowo uspokajają. W początkowych okresach choroby wynik bywa pomyślny. Po 2 do 4 dniach chory ma się dobrze. I w przypadkach ciężkich autor miał przy tego rodzaju leczeniu bardzo dobre wyniki, z wyjątkiem dwóch chorych, u których było już ogólne zapalenie otrzewnej. Dlatego też bardzo ważną jest rzeczą sprawę należycie i prędko rozpoznać. Dla uniknięcia nawrotów po wyleczeniu, oprócz przestrzegania dyety, radzi autor podawać przez dłuższy czas małe dawki kolargolu. Kolargol niema żadnych ubocznych szkodliwych wpływów. Jedynie większe dawki (4 prc.) kolargolu wywołują przejściowe rozwolnienia, które natychmiast po odstawieniu tego środka mijają. Wypróżnienia mają wtedy podbarwienie kolargolowe. Działanie to jest właśnie w pewnych razach bardzo pożądane. Srebrzycy (*argyrosis*) kalorgol nie wywołuje nigdy; działa on według autora podwójnie: z jednej strony wprost na miejsca zapalne, jako znakomity środek przeciwgnilny, wypróbowany przez niego przy ranach zewnętrznych; z drugiej jako przewodnik w utlenianiu i neutralizujący w ustroju toksyny. Środek ten ma znaleźć według autora szersze zastosowanie w chorobach przemiany materyi i zakaźnych i stoi prawie na równi z surowicą przeciwbłoniczą w ogólnym zbiorze środków leczniczych. *Dr. A. Kozaczka.*

PEDYATRYA. Schick. **Popłonicze zapalenie gruczołów chłonnych.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* t. 62, listopad, 1905). Chodzi o twardy, samoistnie bolesny i przy ucisku tkliwy obrzęk gruczołów około kąta szczęki, pojawiający się najczęściej w trzecim, lub czwartym tygodniu płonicy. Sprawa rozwija się podobnie, jak zapalenie nerek popłonicze, po pozornie zupełnem wyzdrowieniu z płonicy, nagle i łączy się z gorączką, niekiedy nawet dość wysoką, przerywaną lub zwalniającą. Zajęcie gruczołów i gorączka trwają kilka dni, wyjątkowo mogą trwać do 2 tygodni. Gorączka ustępuje zwolna (*per lysin*). Sprawa kończy się zawsze pomyślnie, najczęściej wessaniem, wyjątkowo może jednak nastąpić zropienie. Leczenie polega na stosowaniu okładów z octanu glinowego, a po ustąpieniu objawów ostrych na smarowaniu maścią ichtyolową, lub jodwazogenem. Jeżeli twardy obrzęk się wzmaga, wskazane są okłady ciepłe z siemienia lnianego. *Lewkowicz.*

Hecht. **Badania nad wessaniem tłuszczu na podstawie chemicznego składu tłuszczów.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* t. 62, listopad, 1905). Autor oznaczał w całym szeregu tłuszczów, otrzymanych z mleka kobiecego, krowiego, ze stolców dzieci, liczbę jodową i punkt topliwości. Liczby te nie przebiegają równolegle do siebie. Autor dochodzi do wniosku, że przy ograniczonem wessaniu tłuszczów należy odróżniać dwie postacie: niestrawność margarynową i niestrawność oleinową. *Lewkowicz.*

Szontagh. **Przyczynek do biochemii mleka.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* tom 62, listopad, 1905). Autor badał mleka: kobiece, ośle, kobyle, krowie, kozie i bawole. Pierwsze trzy są do siebie zbliżone: przy trawieniu kwasem solnym i pepsyną sernik strąca się w drobnych kłaczkach i rozpuszcza się bez pozostałości. Ilość sernika nie dochodzi do 1 prc. Najlepiej dałoby się zastąpić mleko kobiece mlekiem kobylem, mniej oślem, gdyż to ma niestałą, a wogóle nizką ilość tłuszczu i, co za tem idzie, nizką wartość kaloryjną. W mlekach krowiem, koziem i bawolem sernik strąca się w grubych skrzepach i pozostawia po trawieniu znaczną ilość pseudonukleiny. Mleko kozie niema w stosunku do krowiego żadnych zalet. *Lewkowicz.*

Winocouroff. **O wynikach stosowania wielowartościowej surowicy przeciwpaciorkowcowej Mosera w tymczasowym oddziale płoniczym żydowskiego szpitala w Odessie w roku 1903.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* t. 62, listopad, 1905). Z 82 przypadków płonicy wybrano 9 najcięższych do leczenia surowicą. Wstrzykiwano przeważnie w 4-tym dniu choroby, najczęściej 100 cm.³; dwa przypadki śmierci. Autor przekonany jest o skuteczności surowicy. Spostrzeżenia jednak, przytoczone przez autora, niezbyt tego dowodzą. I tak. n. p. w pierwszem spostrzeżeniu gorączka po zastosowaniu surowicy trwa jeszcze 10 dni, mimo że przypadek wcale do najcięższych zaliczonym być nie może (ciepłota 40,4, tętno 124, dobre, gardło: zapalenie mieszkowe i tylko zamroczenie przytomności i ślad żółtaczkowego zabarwienia skóry mogły przemawiać za cięższym przebiegiem); wkrótce po opadnięciu ciepłota znów się wznosi skutkiem powikłań: zapalenia ucha, gruczołów, stawów, nerek, opłucnej i osierdzia. Także w ostatniem spostrzeżeniu (z praktyki prywatnej), gdzie surowicę zastosowano w 36 godzin po rozpoczęciu się choroby, wpływu wybitnego trudno się dopatrzeć, a cały szereg powikłań rozwija się mimo leczenia surowicą podobnie, jak w poprzednim przypadku. *Lewkowicz.*

Renault. **Atetoza obustronna rodzinna.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.* 1905, listopad). Dwie siostry, jedna licząca 5½ lat, druga 20 miesięcy, okazują zboczenia prawie zupełnie jednakie: ruchy mimowolne, o zmiennym rytmie, dość powolne, dotyczące mięśni głowy, oczów, szyi, tułowia, a przedewszystkiem kończyn. Inteligencya bardzo upośledzona. Niema objawów porażnych, kurczowych, zaburzeń czuciowych, odruchowych lub odżywczych, niema zniekształtnień. Ruchy trwają od urodzenia, ustają we śnie. Jako czynniki etyologiczne należy wymienić alkoholizm ojca, ciężkość porodów i zmartwienia matki podczas ciąży. W ciągu obserwacyi szpitalnej stan starszej siostry widocznie się skutkiem odpowiedniego wychowania poprawia. Autor sądzi, że nie chodzi w danym przypadku o zmiany umiejscowione mózgu, lecz o sprawę rozlaną, najprawdopodobniej opóźnienie, lub powstrzymanie czasowe rozwoju. Rzeczywiście wszystkie czynności mózgowe zjawiają się późno: widzenie od 14-go miesiąca życia, mowa u starszej ograniczała się do dwóch wyrazów, ruchy po poprawie przypominały ruchy oseska. *Lewkowicz.*

Hutinel i Lereboullet. **Etapy gruźlicy u dzieci.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.* listopad, 1905). Gruźlica u dzieci skutkiem mniejszej odporności dziecka i większej drożności naczyń chłonnych postępuje podobnie, jak u zwierząt szczepionych. Cechą gruźlicy dziecięcej jest brak wybitnych zmian początkowych na miejscu wtargnięcia, rozległość i nasilenie zmian w gruczołach, skłonność do przerzutów. Pierwszy etap stanowią zmiany w gruczołach, przedewszystkiem śródpiersiowych, rzadziej krezkowych. Powstanie zmian należy odnieść do wczesnego wieku dziecięcego; w przeciwieństwie do utartego dawniej zapatrywania nie są one wynikiem dziedziczenia, lecz zakażenia. Autor nie opuszcza w zupełności swego pierwotnego stanowiska, że ważną rolę należy tu przypisać zakażeniu drogą wdychiwania z pierwotną, choćby najmniejszą zmianą w płucu, następowemi zmianami w gruczołach oskrzelowych; — przyznaje jednak, że doświadczenia Chauveau i Behringa, a w ostatnim czasie Bartela, Vallégo i Welemińskiego słusznie zwróciły uwagę na zakażenie pokarmowe i wykazały możebność wniknięcia zarazka przez ścianę jelita bez wybitnych zmian na miejscu wtargnięcia i w gruczołach krezkowych. Pierwsze zmiany rozwijałyby się często i tutaj dopiero w gruczołach śródpiersiowych, a zmiany w płucach byłyby następowemi. Gruźlica w tym pierwszym okresie jest albo zupełnie utajoną, albo zdradza się pewnemi zmianami w budowie i odżywieniu, po których dawniej wnoszono, że dany osobnik jest kandydatem na gruźliczego. Właściwie jest on już gruźliczym, a jest kandydatem na suchotnika („préphthisique"). Że jest gruźliczym, przekonać się niekiedy można w razie śmierci skutkiem choroby przypadkowej, klinicznie zaś zastosowaniem tuberkuliny i radyoskopii. Gruźlica na pierwszym etapie może pozostać stale uśpioną, albo też może się rozbudzić jako gruźlica jawna (drugi etap) z przebiegiem ostrym, przewlekłym, lub podostrym. Pobudką są różne czynniki osłabiające, a często choroby zakaźne ostre, szczególnie takie, jak odra, krztusiec, grypa, dur brzuszny, które sprowadzają nieżyty oskrzelowe i ostry zapalny obrzęk gruczołów oskrzelowych. Przejście w drugi etap jest wynikiem albo autoinfekcyi, zakażenia z dawnych ognisk, rozdmuchanych na nowo, albo heteroinfekcyi, powtórnego zakażenia („surinfection", „supertuberculisation"). Osobnik gruźliczy w pierwszym etapie choroby może bowiem być do pewnego stopnia uodpornionym, częściej jednak jest na powtórne zakażenie nadmiernie wrażliwy. Istnieje zatem wskazanie chronienia także gruźliczych przed nowem zakażeniem gruźlicą.

Lewkowicz.

CHIRURGIA. Klemm. **Tworzenie się torbieli z resztek wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 41). Do rzadszych przypadków zaliczyć należy torbiele, powstałe z resztek wyrostka robaczkowego. Torbieli takich spostrzegał autor 3. Powstają one najczęściej u chorych, którym nacięto ropień, powstały z wyrostka robaczkowego. Często wyrostek bowiem ulega chorobie u swej nasady, tamże obumiera i część obwodowa staje się wtedy źródłem przewlekłego ropienia z przetoką, lub zamienia się w torbiel. Ropnie mogą przez nacięcie same się wyleczyć, lecz tylko w tych przypadkach, gdzie sprawa albo zniszczyła już cały wyrostek lub został on zniszczonym na samym tylko końcu. Przy wycinaniu wyrostka wśród silnych zrostów powinno się też uważać, by wyrostek wyjąć cały tak przy jelicie ślepem, jak i koniec jego obwodowy, ukryty nieraz wśród zrostów. Szukanie takie czasem jest bardzo trudne i żmudne; nic też dziwnego, że nakłania to zarazem wielu do jaknajwcześniejszego operowania, a odstręcza od operacyi na zimno.

Klęsk.

Schlesinger. **O wycinaniu stercza.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 41, 1905). Jeszcze w roku 1901 w podręczniku chirurgii Bergmann-Brunsa czytać można, że „Dittel naśladowców w swej operacyi znaleźć nie powinien". Tymczasem rzadko która operacya zdobyła sobie taką popularność, jak właśnie wycinanie stercza. Autor opiera się na 13 przypadkach, operowanych w oddziale Israela. Operuje się tam chorych i bardzo starych, mimo zakażenia pęcherza, a nawet zajęcie miedniczek nie zalicza się do przeciwwskazań. Przed operacyą próbuje się oczywiście pęcherz leczyć (urotropina, kateter na stałe do płókań); jeżeli to jednak nie pomaga, operuje się, sączkując dokładnie potem pęcherz. Powinno się usuwać cały gruczoł, a nie zostawiać, jak radzi Rydygier, część cewkową. Wyłuszczyć gruczoł czasem łatwo, czasem zaś bardzo trudno tak, że trzeba nawet zabierać cewkę. Usuwanie części najwięcej sterczącej nie odnosi czasem żadnego skutku, bo właśnie nie ta część uciska, lecz inna. Z tego też powodu autor niewiele ufa cystoskopii, a raczej radzi na niej nie polegać. Poprzednio wykonana operacya Bottiniego utrudnia bardzo zabieg. Operacyę nadłonową uważa autor za lepszą, bo 1) jest prostszą, 2) lepiej nią usuwać płat środkowy, 3) pozwala zarazem usuwać często spotykane przytem kamienie pęcherzowe lub inne cierpienia tego narządu. Najlepiej dają się wyłuszczać gruczoły duże i twarde. Ułatwia nieraz operacyę sposób Prousta, polegający na przecięciu stercza aż do cewki i następowem wyłuszczeniu. Pęcherz powinno się sączkować. Amerykanie obecnie nie zostawiają nawet cewnika na stałe. Po operacyi chorzy powinni wstawać jak najrychlej. Albarran spostrzegał częste zmiany nowotworowe stercza. Z przypadków Israela tylko jeden był zmieniony nowotworowo. Przy operacyi nadłonowej niedomykalność pęcherza jest rzadką. Wyniki wogóle są zupełnie zadawalniające.

Dr. A. Klęsk.

Oesterreicher. **O wewnętrznem cięciu cewki.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 47, 1905). Autor staje w obronie zaniedbanej tak obecnie operacyi wewnętrznego cięcia cewki. Dittel był przeciwnikiem tej operacyi, dopiero Frisch wprowadził ją z powrotem, a obecnie na wielką skalę stosuje ją szef autora Frank. Operują tam jedynie narzędziem Maissonneuva. Najpierw wprowadza się świeczkę nitkowatą (gdy zwężenie jest silne, zostawia się ją na 42 godzin, poczem zwykle i mocz zaczyna odchodzić sam), po niej narzędzie, w końcu nożyk i robi się 2 cięcia. Potem wprowadza się kateter elastyczny około 19 numeru skali Ch. na 48 godzin, poczem stosuje się grubsze już sondy. Stałego wyleczenia osiągnąć naturalnie nie można, ale za to przeskok do szerokich instrumentów jest bardzo szybki i czas leczenia w porównaniu z cięciem zewnętrznem cewki znacznie krótszy. Po zabiegu tym chorzy mogą prędko opuścić łóżko, nie występują dreszcze, ani silne gorączki, nacieku moczowego nie widziano ani razu, owszem operowano z dobrym skutkiem przy nacieku już istniejącym. Zdanie, że po cięciu wewnętrznem zwężenie powraca jeszcze prędzej, jest też niesłuszne. Wskazaniem do cięcia wewnętrznego według autora są: 1) każdorazowe gorączki po cewnikowaniu; 2) gdy po rozszerzaniu bezkrwawem występują krwotoki lub obrzmienia; 3) gdy blizna, czy zwężenie jest bardzo twarde; 4) gdy istnieją fałszywe drogi lub światło zwężenia leży odśrodkowo.

Klęsk.

Tietze. **Postępy leczenia operacyjnego chorób przewodu pokarmowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1905, Nr. 45). Autor zestawił najnowsze zdobycze na polu chirurgii chorób przewodu pokarmowego. W pierwszym rzędzie omawia leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego. Przed 15 laty Mikulicz podał szemat, podług którego należy się skłaniać do operacyi, a mianowicie: operuje się w napadzie ostrym, gdy wykaże się ropę, przy przedziurawieniu, lub gdy napady pojawiają się coraz częściej. Doświadczenie wykazało jednak, że granica ta jest za szczupła i sam Mikulicz zmienił później swe zdanie. Obecnie doradzamy chorym operacyę na zimno nawet po pierwszym napadzie, gdyż małą bardzo jest liczba chorych, u których choroba po jednym napadzie się kończy, a u większej części następne napady są gorsze. Liczba chirurgów operujących na gorąco zwiększa się ciągle. W obszernym zakresie operuje się obecnie wrzody żołądka, dwunastnicy, zwężenie odźwiernika i jelit, guzy jelita grubego. W miejsce dawniej używanego szwu okrężnego wchodzi coraz więcej w życie boczne łączenie jelit z zamknięciem na ślepo odciętych kikutów. Daje nam to możność operowania napewno w częściach zdrowych, co w przepuklinach zgorzelinowych ma wielkie znaczenie. Do łączenia używa się głównie szwu, rzadko guzika. Guzy jelit grubych operować się powinno dwuczasowo podług Mikulicza, t. j. guz najpierw wyłożyć na zewnątrz i zaszyć zupełnie jamę brzuszną; drugiego dnia guz usunąć, a w pewien czas zamknąć rzyć czy przetokę, ewentualnie z pomocą zgniatacza ostrogi. Z cierpień jelit grubych leczy obecnie chirurg także śluzowe zapalenie jelita grubego (*colitis mucosa*) przez łączenie jelita biodrowego z esowatem. Podobnie w zakres działania chirurga przeszła choroba Hirschsprunga (wrodzona rozstrzeń jelita grubego). Operacye raka kiszki odchodowej zrobiły też znaczny postęp. Operuje się przypadki coraz cięższe i z coraz lepszym i pewniejszym wynikiem. Wprawdzie obecne postępy chirurgii w porównaniu z takiemiż z dziesiątek lat wstecz (1870—1880) są mniejsze, zaprzeczyć się jednak nie da, że wyzyskują one na szeroką skalę ważne pytania wtedy rzucone.

Klęsk.

Reichel. **Powikłania po operacyi wola.** (*Deutsche med. Wochs.* 1905, Nr. 42). Autor spostrzegał 3 dość rzadkie powikłania po operacyi wola. U jednej chorej mimo pozostawienia części gruczołu wielkości kurzego jaja wystąpiła tężyczka, a potem charłactwo. Dopiero w rok, gdy choroba gruczołu powróciła, charłactwo ustąpiło. W drugim podobnym przypadku charłactwo ustąpiło też po nawrocie wola, choć nawrót ten polegał na sprawie rakowej. W trzecim przypadku nastąpiła nagła śmierć po operacyi przy zakładaniu opatrunku wskutek obustronnej odmy piersiowej, pochodzącej z pęknięcia płuca i opłucnej około wnęki. Pęknięcie to tłómaczy sobie autor zapadnięciem się nagłem tchawicy i trudnością wydechową. Natychmiastowa tracheotomia nie pomogła nic. Wnioski autora są następujące: 1) Przy dużych wolach, nawet po-

zostawienie dość znacznej części gruczołu nie uchroni się od występowania tężyczki lub charłactwa. 2) Powikłania te w miarę nawrotu wola ustępują, leczy je także dobrze podawanie tyreoidyny. 3) Im większe wole, tem po operacyi łatwiej powikłania te wystąpić mogą. 4) Nowotwór rozwijający się w pozostałym kawałku gruczołu usuwa też te powikłania. *Klęsk.*

Crace. **Przypadek rozległego zniszczenia prawego i lewego płatu czołowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1905, Nr. 45). Przypadek opisany dotyczy 17-letniego chłopca, który został kopnięty kopytem w środek czoła. Wykonane wiercenie czaszki wykazało złamanie kości i zranienie obu płatów czołowych. Po operacyi rana ropiała, mózg wysuwał się na zewnątrz coraz dalej, aż wśród silnej gorączki po miesiącu chory zakończył życie. Z objawów podnosi autor wysokie gorączki (do 42°), przytomność ciągle istniejącą, wesołe usposobienie chorego i gadatliwość, brak zdolności skupienia uwagi na jednym przedmiocie. Objawów zmiany charakteru, złośliwości lub zniknięcia poczucia moralnego nie było w danym przypadku. Sekcya wykazała ubytki płatów czołowych (w lewym 1½ cm. głęboko, w prawym 2½ cm.), nie dochodzące do komory i ropne ograniczone zapalenie opon. *Klęsk.*

Uhthoff. **Uszkodzenia oka po wstrzykiwaniach parafiny przy nosie siodełkowatym.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 47, 1905). Autor opisuje przypadek, w którym po plastyce parafinowej nosa siodełkowatego wystąpiło zaczopowanie tętnicy środkowej siatkówki. Podobnych przypadków znanych jest w piśmiennictwie 5. Jedni tłómaczą sobie to zaczopowanie łącznością obu przedsionków przez istnienie otworu owalnego w sercu; inni przyjmują, że parafina dostaje się do oka dopiero po przejściu płuc; w końcu niektórzy przypuszczają, że parafina ta dostaje się do obwodowej gałązki tętnicy ocznej, a stąd drogą, przeciwną prądowi krwi, do tętnicy siatkówki. To ostatnie tłómaczenie jest najmniej prawdopodobnem. Przy stosowaniu parafiny (miękkiej) płynnej spostrzegano już nieraz zaczopowania w innych okolicach ciała. Druga plastyka parafinowa nosa wywołała znów po pewnym czasie poprostu guzy parafinowe powiek na obu oczach, zaciskające oko tak, że guzy te operacyjnie dopiero usunąć trzeba było. By uchronić się od tych strasznych powikłań, radzi autor gorąco wstrzykiwać naraz skąpe ilości parafiny i to o wysokim punkcie topnienia i dalej unikać wstrzykiwań dośrodkowych w kierunku większych żył. Odstępy czasu powinny być pomiędzy pojedynczemi wstrzykiwaniami dość długie, przy wstrzykiwaniach powinno się zawsze starać odciąć od miejsca operacyi chwilowo większe drogi krwionośne. *Klęsk.*

Offergeld. **W sprawie techniki natychmiastowego otwierania przetoki jelitowej i rzyci sztucznej.** (*Deutsch. med. Wochft.*, 1905, Nr. 43). Częsta potrzeba natychmiastowego otwierania przetoki jelitowej lub rzyci sztucznej naprowadziła autora na myśl tworzenia tych otworów zupełnie podług sposobu Witzla (tak jak przy przetoce żołądkowej). Sposób ten umożliwia natychmiastowe otworzenie jelita, bez potrzeby czekania (kilka godzin) na wytworzenie się zrostów otrzewnych. Autor radzi zakładać przetokę podług Witzla, wprowadzając kateter, a po kilku lub kilkunastu godzinach ewentnalnie otworzyć szeroko jelito. Autor zastrzega się sam, że nie wie, będąc ginekologiem, czy już tego sposobu przy przetokach i rzyciach sztucznych nie próbowano.

(Nie jest on żadną nowością i w krakowskiej klinice stosuje się go czasem, z tą różnicą, że kanał zakłada się podług Kadera, a nie Witzla. Zalet nie ma żadnych, a w razie wielkiego pośpiechu przyszytą pętlę lepiej nakłuć igłą. Gdy kał nie jest płynny, to i przeto Witzla nic nie pomoże. *Przyp. ref.*). *Dr. Klęsk.*

Strubell. **Patologia i terapia ropień jamy szczękowej.** (*Münch. med. Wochft.*, 1905, Nr. 38). Przyczynami, wywołującemi ropienie w jamie szczękowej, są głównie choroby zakaźne (jak grypa, nawet zapalenie płuc i inne); dalej choroby zębów i nosa. Jednym z najgłówniejszych objawów choroby tej jest uciążliwy ból głowy. Z innych objawów podnieść należy wypływ ropny, nieraz cuchnący, z nosa, zmieniający nieraz swe nasilenie zależnie od położenia ciała, oraz obrzęk policzka. Z powikłań wspomnieć należy o zaburzeniach w zmyśle węchowym, o cierpieniach żołądka, o dychawicy oskrzelowej, a nawet o psychozach. Rozpoznanie ułatwia nam badanie nosa wspólnie z płukaniem jamy, a także prześwietlanie podług Herynga. Naturalnym otworem trudno jamę przepłukać; trzeba to czynić raczej z pomocą nakłucia, które w lżejszych przypadkach jest zarazem sposobem leczenia. Celem uniknięcia możliwego wejścia igłą do jamy oczodołowej lepiej jest robić nakłucie prostą igłą z dolnego przewodu nosowego. W ostatnim znów razie można wyjątkowo przebić i drugą ścianę (twarzową) i wejść w dół szczęki (*fossa canina).* Z więcej doszczętnych metod leczenia stosuje się w pierwszym rzędzie sposób Cowpera (sączkowanie od strony zęba), dalej sposób Krause-Mikulicza (sączkowanie przez nos po przebiciu ścianki nosowej), dalej sposób Desault-Küstera (usunięcie ścianki twarzowej), a w końcu sposób Jansen-Bönninghausa (szerokie połączenie jamy szczękowej z jamą ustną i nosową z wyłożeniem jamy szczęki płatem błony śluzowej nosa). Metodą radykalną a bardzo dobrą jest ostatni sposób, podany przez Luca-Caldwella w przekształceniu Hajeka. Polega on na otworzeniu ścianki przedniej, oczyszczeniu jamy, przesunięciu błony śluzowej z naciętej dolnej muszli, zaszycia połączenia z jamą ustną i wytamponowaniu przez nos. Tok postępowania w leczeniu ropień jamy szczękowej powinien być następujący: 4—6 tygodni płukanie z nakłuciem; jeżeli to nie pomaga, przejść należy do sposobu Krause-Mikulicza, a gdy i ten zawiedzie, po jakim roku wykonać operacyę Luc-Caldwell-Hajeka. *Dr. Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. W. Pfeilsticker. **W sprawie techniki pubiotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905. Nr. 48). P. oświadcza się jako zwolennik metody Walchera, a to na podstawie tego, że widział 3 operacye, wykonane na rodzących i że jedną wykonał sam na zwłokach. Wprowadzenie igły od dołu jest jedynym pewnym sposobem, by zapobiedz przedarciu odnogi (*crus*) łechtaczki. Metoda Döderlein'a nie może dać tej pewności. *B. Wojciechowski.*

J. Eversmann. **Przekrwienie Biera w ginekologii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905. Nr. 48.). Metoda ta nie wyszła wprawdzie jeszcze poza granice doświadczeń. lecz wobec ogłoszenia Rudolpha (obacz ref. *Przegl. lek.* 1905, 46) dzieli się E. wiadomością o dotychczasowych swoich próbach. E. używa wziernika szklanego, od przodu kopułowato zamkniętego, od którego prowadzi z boku umieszczona rurka szklana o wązkiem świetle, łącząca się z drenem, połączonym z kurkiem o potrójnem zamknięciu, t. j. dozwalającem na zupełny lub częściowy dopływ powietrza lub też odcinającem go zupełnie. Przez szkło widać stopień przekrwienia części pochwowej, a wspomniany kurek pozwala regulować przekrwienie. Dotychczasowe próby przy zapaleniu błony śluzowej macicy wypadły zachęcająco. Posiedzenia z początku co kilka dni, potem coraz częstsze, wreszcie codzienne, trwają przez 30 minut, przyczem po 5-minutowem działaniu ssącem następuje zawsze 1-minutowa przerwa. Wydzielina, z początku bardzo obfita i z krwią zmieszana, zmniejsza się stopniowo. Nadto pomaga działanie ssące powiększeniu upływu krwi po nakłuciach części pochwowej. E. zauważył również dobry wpływ na bolesne zrosty postronkowate w zatoce Douglasa. Zadrażnienia po skaleczeniach brodawki sutkowej ustają szybko. Przy niedostatecznej ilości pokarmu w piersiach zauważył E., że przez działanie ssące wzmaga się jego ilość aż do stopnia, potrzebnego do wyżywienia dziecka. W tym celu stosował E. 2 razy dziennie ½-godzinne posiedzenie. Być może, że metoda Biera odda również przy braku regularności, jako też przy wzniecaniu poronienia dobre usługi. *B. Wojciechowski.*

A. Doktor. **Czy przymiot jest chorobą cięższą od wiewióra?** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 48). Doświadczenie ginekologów zniewala ich do podniesienia wiewióra do rzędu chorób nadzwyczaj poważnych, często skrytych i sprowadzających po kilkudziesięciu jeszcze latach ciężkie następstwa. Zejście śmiertelne z tej przyczyny nie jest rzadkością, a unieszczęśliwienie małżeństw bardzo częstem bywa następstwem. D. przypomina zapalenie miedniczek nerkowych, *cystite douloureux*, ciążę zewnątrzmaciczną, niepłodność, zakażenie połogowe, zapalenie otrzewnej po pęknięciu guza zapalnego przydatków, — u mężczyzn zaś zwężenia cewki, kamienie pęcherzowe, przerost gruczołu krokowego i inne znane następstwa wiewióra. odsetka chorych na wiewióra przewyższa znacznie liczbę chorych na kiłę. Każdy mężczyzna chory na przymiot, leczy się zwykle dość pilnie, wiewióra zaś bierze lekko. Przymiot szerzy więcej zniszczenia poza małżeństwem i pomiędzy mężczyznami, wiewiór zaś w małżeństwie i pomiędzy kobietami. *B. Wojciechowski.*

Blumm. **Wziernik położniczy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, 48). Wziernik ten 2-łyżkowy typu Trélata, tylko większych rozmiarów, służy do odsłonięcia części pochwowej z końcem ciąży lub po porodzie. Pewne zabiegi jak n. p. założenie rozszerzadła Bossiego, dają się wykonać pod kontrolą oka. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

A. Schönbek. **Przypadek usiłowanego spędzenia płodu zbrodniczego.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, 49). 35-letnia rozwódka, wieloródka, zgłosiła się z powodu dreszczów w III. miesiącu ciąży. Niepewne wywiady naprowadzały myśl o usiłowanem wywołaniu poronienia, lecz badanie nie wykryło nigdzie obrażenia, a szyjka macicy była zamknięta. Uderzała jedynie bolesność nad pachwiną prawą. Ciepł. 39·6 i tęt. 120 skłoniły do przerwania ciąży zapomocą rozszerzenia szyjki pręcikiem blaszeńcowym i wydobycia jaja palcem i kleszczykami. Macicę przestrzykano obficie. Badanie jamy macicy

palcem nie wykryło obrażenia. U chorej powstały objawy zapalenia otrzewnej, któremu uległa 4. dnia po przerwaniu ciąży. Przed zupełną utratą przytomności przyznała się chora, że na 2 dni przed wystąpieniem dreszczów wprowadziła sobie cewnik elastyczny do ujścia zewnętrznego i że nagle narzędzie to wśliznęło się w głąb, i nie dało się wydobyć. Sekcya wykazała ogólne zapalenie otrzewnej wywołane przez obecność w jamie brzusznej złamanej świeczki elastycznej długości 13 cm., leżącej poniżej wątroby; na tylnej powierzchni macicy na wysokości ujścia wewnętrznego otworek, od którego prowadzi kanał, kończący się w szyjce w odległości $1^1/_2$ cm. od ujścia zewnętrznego. *B. Wojciechowski.*

W. Pfeilsticker. **Łożysko bliźniacze przy pojedynczej jamie owodnej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, 49). Wieloródka urodziła bliźnięta płci jednakiej. Badanie łożyska wskazuje, że obie pępowiny przyczepiały się pozaśrodkowo, a wspólna jama owodnej przedzielona była częściowo listwą, dochodzącą do wysokości 5 cm. Badanie drobnowidowe listwy wykazuje 2 warstwy owodni, połączone ze sobą tkanką łączną włóknistą. Wspólność pierwotna jamy owodnej jest embryologiczną niemożebnością. Podobnie jak w innych takich przypadkach, musiało tu nastąpić przedarcie przegrody, lub też zanik jej częściowy pod wpływem ucisku. *B. Wojciechowski.*

T. v. Wenczel. **Rzadki przypadek mięsaka macicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, 49). U 44-letniej wieloródki pojawiają się od 2 lat atypowe krwawienia naprzemian z obfitymi upławami białymi. Od ostatniego porodu obniża się pochwa i wyziera przednia warga części pochwowej. Teraz warga ta urosła w guz wielkości pięści, pokryty gładką błoną śluzową: od strony szyi znajduje się małe owrzodzenie. Wobec niejasnej przyrody guza odcięto naprzód tylko wargę przednią, — skoro jednak badanie drobnowidowe stwierdziło mięsaka, wycięto w 2 tygodnie później całą macicę. Przypadek ten zasługuje z kilku powodów na uwagę. Mięsaki macicy są rzadkie, a usadowienie się w części pochwowej niezwykłe; guz wychodził ze ściany, a nie, jak zwykle, z błony śluzowej; nie zachodzi tu zwyrodnienie mięsakowate włókniaka; stwierdzony w tym przypadku typ mięsaka drobnokomórkowego jest stosunkowo rzadszy od wielkokomórkowego. *B. Wojciechowski.*

K. Happich. **O trującem i zabójczem działaniu kamfory.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 52). Kamfora tworzy w ustroju z kwasem glukuronowym połączenie nie działające, a tylko mała jej część pozostaje niezmienioną i wydaloną zostaje drogą płuc. Część tej niezmienionej ilości ma działać na układ naczyniowy. Doświadczenia na zwierzętach przekonały H., że jeżeli ustrój w chwili wstrzyknięcia kamfory zawiera mało kwasu glukuronowego (produkt spalenia cukru gronowego), to niekiedy powstaje zatrucie już pod wpływem $^1/_3$ średniej dawki zabójczej. Tosamo spostrzega się, jeżeli ustrój nie obfituje w tlen. Wynika z tego, że w przypadkach cukrzycy, zatrucia CO_2, ciężkich wad sercowych, obustronnego zapalenia płuc, drgawek porodowych, ciężkiego zakażenia i t. p. należy kamforę stosować bardzo ostrożnie. *B. Wojciechowski.*

H. B. Semmelink. **Opaska połogowa.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 52). Płótno lub flanelę prostokątną pokrywa się drugą takąż warstwą i zeszywa się obie warstwy w środku w linii pionowej, — przez co powstaje pas o podwójnej ścianie. Wewnętrzną warstwę spina się ponad linią białą, a z zewnętrznej robi się przez naddarcia brzegów szereg wązkich pasków, które się wiąże z przodu. *B. Wojciechowski.*

F. Kośmiński. **O powstawaniu t. zw. szelestliwości pochwy** (*flatus vaginalis, garrulitas vulvae*). (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 50). Wśród badania chorych w pewnych położeniach, sprzyjających wytworzeniu się w pochwie ciśnienia ujemnego, w szczególności w położeniu na czworakach, wypełnia pochwę powietrze, które po zmianie położenia i warunków ciśnienia, szczególnie wskutek nagłego użycia tłoczni brzusznej, wypływa z pochwy, czemu towarzyszy częstokroć znamienny szmer. Objaw ten występuje łatwo u kobiet, które mają znaczniejsze przedarcie krocza lub u których ściany pochwy odznaczają się wielką wiotkością. Veit sądzi, że objaw ten jest najczęściej następstwem obecności w pochwie pewnych drobnoustrojów, pokrewnych prątkowi okrężnicy, wytwarzających gaz, Schramm zaś przyjmuje, że zarówno drobnoustroje, jak i wahania w ciśnieniu, mogą wywołać tensam objaw. Kleinwächter i Taussig wystąpili już przeciw tłómaczeniu Veita. K. zajmuje się tą sprawą od dłuższego czasu i z szeregu spostrzeganych przypadków przytacza 4 najwybitniejsze, które przemawiają za czysto mechanicznym sposobem powstawania tego objawu. Pienienie się wydzieliny w pochwie nie przemawia za zapatrywaniem Veita, gdyż przy obfitszej wydzielinie można to spienienie wywołać sztucznie przez kilkakrotną zmianę położenia. W razie niepewności należy pochwę oczyścić i przekonać się, czy niema związku przyczynowego ze zmianą położenia. Gazy wydobywać się mogą z pochwy także przy przetoce pochwowo-jelitowej, niekiedy bardzo drobnej, a również wskutek gnicia treści jamy macicy. W obu ostatnich wypadkach odgrywa ten objaw rolę podrzędną wobec istotnego cierpienia. W razie wykazania drobnoustrojów, jako przyczyny tworzenia się gazów w pochwie, należałoby określić taki przypadek jako *colpitis parasitica*, nie wysuwając na pierwszy plan tego, co jest jedynie objawem, a nie istotą cierpienia. *B. Wojciechowski.*

HIGIENA. Noetel. **Epidemia duru brzusznego w okręgu bytomskim w r. 1900.** (*Zeitschr. f. Hyg.* 1905. T. 47). Noetel, delegowany z wrocławskiego zakładu higieny, jako kierownik filialnej stacyi bakteryologicznej do pomocy w zwalczaniu epidemii duru brzusznego w okręgu bytomskim, przedstawia w tej pracy wyniki spostrzeżeń własnych i sprawozdań urzędowych Flüggego, Kirchnera i Günthera o szczegółach etyologii i przebiegu epidemii. Zapadło na dur 927 osób w okręgu, liczącym 65.000 ludności, (ze śmiertelnością 34) w 7 miejscowościach. Powstanie i przebieg epidemii budzą zainteresowanie w niejednym kierunku. W jesieni i zimą r. 1899 pojawiły się szczególnie w Swientochlowicach pojedyncze zawleczone przypadki duru — nie wszystkie rozpoznane jako takie. W marcu i kwietniu liczba ich bądź zmalała, bądź znikły one zupełnie, natomiast w końcu kwietnia i początku maja pojawiły się obficiej nowe w 7 miejscowościach. Cała okolica, nawiedzana od duru, była w początku czerwca prawie wolną od niego; w lipcu pojawił się wybuch epidemii, silniejszy od poprzednich i przetrwał do początku sierpnia. Powyższe wahania w nasileniu epidemii we wszystkich 7 miejscowościach uwydatniają się szczególnie na grafikonach, dołączonych do pracy, z największym udziałem Orzegowa i Swientochlawic (2.6 wzgl. 2,2 prc. ogółu ludności). — Ludność okręgu bytomskiego, przeważnie polska, wzrosła wskutek rozwoju górnictwa i związanego z niem przemysłu w latach 1895—1900 prawie w dwójnasób, za czem jednak nie poszedł dostatecznie szybko higieniczny rozwój gmin, wywołując gęste zabudowanie istniejących ulic i znaczne zagęszczenie ludności w istniejących nowo-wybudowanych domach, sprowadzając niedostateczne zaopatrzenie w wodę, niedbały sposób gromadzenia i usuwania nieczystości, brak czystości w domach i mieszkaniach, brak kanałów i zanieczyszczenie przepływającego przez okolicę powyższą potoku Rawy. Ludność okolicy, nawiedzanej epidemią, zdaniem N., nie jest ubogą, ale lekkomyślną, chętnie oddaje się pijaństwu, a nie mając wiele potrzeb kulturalnych, nie bardzo w zgodzie jest i z czystością. Zaopatrzenia okolicy powyższej w wodę dostarczały w głównej mierze większe wodociągi, własność w części skarbu górniczego, w części gmin; dwa wodociągi z kopalń zużyte są na niewielkiej przestrzeni, zawierając wodę nie bez zarzutu, tylko Orzegów posiadał wyłącznie dosyć płytkie studnie; w innych, jak Hucie, Gaduli, Lipinach, Morgenroth studni było zaledwie po kilka. Połączone z wodociągiem miejscowości, szczególnie na jego zakończeniu, cierpiały nieraz na brak wody, a ciśnienie w rurach wodociągowych było nieraz ujemne. W następstwie tego stanu używała ludność do użytku domowego wody z potoku, zanieczyszczonego dopływami, a czystość w domu i na ciele mieszkańców silnie cierpiała. Mimo to nie można przyjąć wody za źródło epidemii, gdyż nietylko nie udało się ani razu wykazać w wodzie bakteryi durowych, ale i oba nasilenia epidemii nie wystąpiły nagle, jak przy zakażeniu wodą wodociągową, lecz zwolna, nadto stosunek odsetkowy chorobliwości wśród kobiet i dzieci, pijących zazwyczaj wiele wody, nie był wyższy, niż u mężczyzn, w końcu i z tego powodu, że przestrzeń, którą zajęła epidemia, terytoryalnie nie była identyczną z terenem, zaopatrywanym przez wodociągi. Wzdłuż przebiegu potoku Rawy poniżej terenu epidemii nie pojawiły się również przypadki duru. Usuwanie nieczystości na terenie epidemii nader pierwotne — wychodki na podwórzach zaniedbane, doły kloaczne wśród gnojowisk i stajen nierogacizny nieszczelne, niepokryte, nieraz przepełnione, a treść ich zużywa ludność na pola i do ogrodów: wody użytkowe z domowego gospodarstwa, wyprowadzone kanałami, tworzą kałuże, bądź wsiąkają w ziemię, a przepływający przez okolicę potok Rawa zawierał więcej wód użytkowych, niż z opadów, tocząc płyn brudny i cuchnący. Ten stan dawał zapewne wiele sposobności do rozniesienia zarazka durowego z treścią wychodków na podwórza, obówie, do mieszkania, szczególnie w czasie deszczu i nawożenia ogrodów i pól; mimo to jednak, zdaniem N., w szerzeniu się epidemii albo nie miał żadnego udziału, albo tylko niewielki, gdyż ani stan pogody, ani czas robót polnych nie uwydatnił się szczególnym wpływem na nasilenie epidemii. Również trzeba wykluczyć wpływ mleka, środków spożywczych i przestrzenie wspólnej pracy, jako źródła epidemii, ostatnie z powodu, że przypadki choroby wśród robotników poprzedzały prawie zawsze zachorzenia w ich domostwach i rodzinach; pozostawało przeto do wytłómaczenia

rozszerzania się epidemii jedynie przyjąć przenoszenie się zarazka przez stykanie się ludności. Za zakażeniem w domostwach przemawiał fakt pojawiania się duru w nader wielu przypadkach w tych samych domach albo w sąsiedztwie najbliższem, pojawienie się ognisk choroby i występowanie jej w pewnych dzielnicach i wzdłuż niektórych ulic, a przyczynić się musieli wybitnie do tego chorzy z lekkim przebiegiem, ozdrowieńcy i wyleczeni, przechowujący w swym kale czas dłuższy swoiste zarazki. Nagłe wzmożenie się epidemii w końcu lipca odnosi autor do tego, że ludność, pierwotnie wystraszona epidemią, zaczęła nabierać otuchy w czasie spadku liczby zachorzeń w końcu czerwca i początku lipca, ograniczona styczność domostw i ludności zniknęła, a równocześnie wielu chorych powróciło ze szpitali do rodzin. Ze środków, użytych przez rząd pruski dla zwalczenia epidemii, wymienić należy rozszerzenie leczenia szpitalnego na wszystkich chorych, ile możności ścisłe przestrzeganie dezynfekcyi, rozszerzenie sieci wodociągowej na miejscowości nie posiadające jej; dołączenie nowych studzien do tej sieci, zorganizowanie stacyi bakteryologicznej w Bytomiu, jako środka pomocniczego dla władz przy rozpoznawaniu i tłumieniu choroby, urządzenie baraków dla oddzielenia chorych, wykształcenie dezynfektorów i specyalny nadzór nad odkażaniem, w końcu wybitny udział znanego higienisty Flüggego w całej akcyi zwalczania. *L. Bier.*

Nyman. **Epidemia duru brzusznego, spowodowana wodą.** (*Hyg. Rundschau*, 1905, Nr. 5). W okręgu górniczym Hogenäs w Szwecyi pojawiły się w r. 1902 poszczególne przypadki duru; z końcem grudnia do lutego 1903 r. wystąpiły zaś licznie w formie epidemii, nawiedzając z 4000 ludności 39 osób dorosłych i 45 dzieci ze śmiertelnością ogólną w 8 przypadkach. Teren rozmieszczenia się epidemii był identyczny z terenem, który zaopatrzony jest w wodę wgłębną, pochodzącą z szybów węglowych, filtrowaną przed gromadzeniem jej w zbiorniku na filtrach piaskowych, w których szybkość filtracyi i inne błędy techniczne i w pracy nie dawały rękojmi zupełnej co do skutku filtracyi pod względem higienicznym w razie użycia wody zanieczyszczonej. Przyczynę epidemii stwierdził N. w zakażeniu jednego z otwartych rurociągów szybowych odchodami kałowymi w stadyum zwiastunów choroby pozostającego górnika na 2 miesiące przed wybuchem epidemii. Rozszerzenie się epidemii przez zetknięcie się z chorymi uważa N. na podstawie swej obserwacyi z powodu czystości wśród ludności prawie za wykluczone.

L. Bier.

Liefmann. **Znaczenie etyologiczne pewnych pyłków roślinnych dla gorączki siennej.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, 1905, Bd. 47). Z polecenia Dunbara i w związku z jego pracą nad sztucznem wywoływaniem objawów gorączki siennej pyłkami niektórych roślin, wykonał L. na wiosnę i w lecie 1903. r. szereg badań nad zawartością pyłków traw w powietrzu. Posługiwał się w tym celu metodami, podanemi przez Blackleya, polegającemi na oznaczeniu pośredniem ilości pyłków w powietrzu z ilości, opadłej w ciągu 24 godzin na szklaną powierzchnię o wielkości 1 m^2, pokrytą materyą lepką, złożoną z wody, gliceryny i alkoholu, oraz na bezpośredniem oznaczeniu ilości pyłków w znanej ilości powietrza; w znalezionej ogólnej ilości pyłków obliczał ilość pyłków traw przy użyciu rozczynu jodu. Otrzymane liczby przy użyciu metody pośredniej porównywał L. z rozmaitymi czynnikami zewnętrznymi, przedewszystkiem metereologicznymi, siłą wiatru, wilgotnością, względną ilością opadów i ciepłotą powietrza, a wynik tych obserwacyi był następujący: Do 25 maja 1903. powietrze nie zawierało wogóle pyłków; od 25. do 28. maja przeważały pyłki sosny, poczem do 3. lipca pyłki traw; po tym dniu miały przewagę nad tymiż inne pyłki, zaś 27 lipca zniknęły z powietrza prawie całkowicie wszelkie pyłki. Graficzne linie przedstawiające liczby pyłków w zestawieniu z czynnikami metereologicznymi, ujawniają wpływ następujący: Przy powietrzu spokojnem opadają pyłki łatwo, wiatr przenosi je na znaczną odległość; ciepłota i stan barometryczny nie ujawniają wyraźnego i bezpośredniego upływu, pośrednio ułatwiając rozwój roślin, — pierwsze pojawienie się pyłków traw poprzedzało kilkudniowe wzniesienie się ciepłoty powietrza do 27 C. W miarę wzrostu wilgoci w powietrzu opadały pyłki wskutek nabrania wilgoci; deszcz wypłókiwał je z powietrza, po deszczu zjawiały się w niem znowu i szybko w ilości wielkiej: w wodzie deszczowej nie znajdował ich L. Najwięcej, bo 2,5 milionów na 1 m.^{2} opadło ich 21 czerwca. Znaczny wpływ na ilość pyłków w powietrzu objawiał się w wyborze miejsca do ich chwytania; przeciętnie znacznie więcej znajdował ich L. na dachu zakładu higienicznego w Hamburgu, niż w ogrodzie botanicznym: ujawniał się również wpływ stopnia rozkwitu traw. Do bezpośredniej metody badania zawartości pyłków traw w powietrzu używał L. zwykłego szklanego cylindra lampy, z jednego końca zamkniętego, z pozostawieniem w nim małego otworu, przez który powietrze, wciągane na drugim końcu cylindra, przechodziło na szkiełko, nasmarowane materyałem lepnym. Przy użyciu tego przyrządu znalazł L. na brzegu łanu żyta prawie przekwitłego w dniu 26 VI — 1665 pyłków traw w 1 m^3 powietrza; w mieście, nawet przy braku opadów, ilość znacznie mniejsza około 300, a nawet poniżej 30, natomiast w kurzu znajdowały się pyłki prawie zawsze. Zestawiając wyniki swych badań z czasem pojawiania się gorączki siennej, twierdzi L., że choroba ta nietylko stoi w ścisłym związku etyologicznym z pojawieniem się w powietrzu pyłku kwiatowego (traw), ale że nasilenie przebiegu choroby zależnem jest wprost od czynników, wpływających na większą lub mniejszą zawartość pyłków w powietrzu.

L. Bier.

Marchand i Ledingham. **O zakażeniu ciałkami Leishmana i stosunku ich do świdrowicy** (*trypanosomiasis*). (*Zeitschrift für Hygiene*, 1905, Bd. 47). U 23-letniego mężczyzny, który odbył kampanię w Chinach, wystąpiły po 3 miesiącach, wśród których czuł się zdrowym, objawy osłabienia ogólnego, brak łaknienia, codzienne bóle głowy, ustępujące wraz z wystąpieniem potów. W czasie pobytu w szpitalu początkowo wystąpiła gorączka z torem przerywanym; podana chinina nie działała na nią, nie było też i pasorzytów zimniczych we krwi; po 7-miesięcznem leczeniu szpitalnem chory ten zmarł na gruźlicę płuc. Przy sekcyi znaleziono obok rozwiniętych zmian gruźliczych i owrzodzeń czerwonkowych w kiszkach znaczne powiększenie śledziony; badanie jej mikroskopowe, oraz wątroby i szpiku kostnego, wykazało liczne, w gruczołach zaś chłonnych i śledzionie rzadko rozmieszczone, wielkie komórki, podobne do pełzakowych, zawierające liczne charakterystyczne ziarenka okrągłe i podobne do gruzełków, zbliżone pod małem powiększeniem drobnowidowem do ziarniaków. Komórki powyższe zawierały prócz jądra czerwone i białe ciałka krwi, w części niezmienione, w części rozpadłe, były zatem fagocytami; ziarenka ich, barwiące się wybitnie barwikami jądrowymi, szczególnie hematoksyliną, zawierały otoczone bezbarwną osłonką ciałka chromatynowe w formie pierścienia lub półksiężyca, a nieraz obok tego ciałko chromatynowe małe o formie okrągłej lub podłużnej, połączone czasem z pierścieniem cienkim łącznikiem, który nieraz leżał oddzielnie. Wytłómaczenie znaczenia powyższych ziarenek sprawiło autorom wiele trudności: — przeciw zaliczeniu ich do pierwotniaków (pasorzytów zimniczych) przemawiał zupełny brak barwika w ciałkach owych, oraz brak ich w czerwonych ciałkach krwi, jako też odmienne zachowanie się wątroby i śledziony w przypadkach zimnicy złośliwej w porównaniu do powyższego. Dopiero porównanie ich z ciałkami Leishmanna, znalezionemi przez tegoż badacza i Donovana w soku i śledzionie osób, zmarłych na gorączkę podzwrotnikową z objawami wybitnie powiększonej śledziony, stwierdziło ich identyczność. Ciałka powyższe uważał Leishman za resztki lub zwyrodniałe formy „trypanosomów“, zaś Ross i Laveran za nową postać pasorzytów krwi. M. i L. skłaniają się więcej do tłómaczenia, podanego przez Leishmana na tej podstawie, że małe jąderko (*micronucleus*) istnieje obok większego również u „trypanosomów“, formy inwolucyjne, podane przez Bradforda i Plimmera dla „trypanosoma“ Brucei całkowicie odpowiadają znalezionym przez M. i L. ciałkom, w końcu, z powodu wielkiego podobieństwa tak wyniku badania mikroskopowego, jak i przebiegu klinicznego chorób u ludzi i zwierząt, wywołanych „trypanosomami“. *L. Bier.*

Schabad. **Promienica atypowa rzekomogruźlicza.** (*Streptothrichosis hominis antorum*). (*Zeitschrift f. Hygiene*, 1905, Bd. 47). W przypadku ropnia płucnego, który z klinicznego przebiegu choroby określono etyologicznie jako promieniczy, znalazł S. w plwocinie i ropie gęstej, nie zawierającej ziarenek żółtych, rozgałęzione nitki bez kolbiastych zgrubień końcowych i form gwiaździstych, różniące się od zwykłej promienicy opornością odbarwiania się pod wpływem kwasów. Nitki owe rosły w atmosferze tlenu na wszystkich pożywkach w postaci twardej i zbitej błony, złożonej z nitek długich, rozgałęziających się na końcach, rozpadały się one w laseczki i ziarniaki, a żelatyny nie rozpuszczały. Myszy i gołębie, zakażone hodowlą, zachowywały się prawidłowo, króliki i świnki morskie, zakażone podskórnie, do otrzewnej lub do krwi, ginęły. Na tej podstawie uważa Sch. znaleziony przez siebie pasorzyt za atypową odmianę promienicy, identyczną ze znalezioną przez Eppingera, Aoyamę i Miyamotę, oraz przez Mac Calluma, odmienną od atypowej odmiany Ferrego i Fagueta, oraz Sabrazés i Rivièra, Berestneffa, Scheelego i Petruschkyego, od której różni się brakiem fermentu proteolitycznego i zdolnością wytwarzania zmian rzekomej gruźlicy; od zwykłej promienicy odróżnia się wytwarzaniem ropy gęstej, jednostajnej, bez ziarenek i nitkami bez zgrubień kolbiastych i opornych w odbarwieniu wobec kwasów. Autor przypisuje jej szczególniejsze, znaczenie jako dowodowi pokrewieństwa botanicznego gruźlicy i promienicy, między któremi stanowi ogniwo pośrednie.

L. Bier.

Wimmer. **Przyczynek do poznania bakteryi nitryfikujących.** (*Zeitschrift f. Hygiene*, Band 48, 1905). Autor w części powtórzył trudne, a zarazem ważne badania Winogradskiego i Olemiańskiego nad sprawą nitryfikacyi ziemi i trójokresowym jej przebiegiem, wywołanym w każdym okresie odmiennemi bakteryami: zmieniającemi ciała organiczne na amoniak w okresie pierwszym, amoniak na kwas azotowy w drugim, i azotyny na azotany — w trzecim. Za przykładem Winogradskiego używał podłoża z kwasem krzemowym, zawierającego nadto węglan magnowy i wyhodował na niem z ziemi ogrodowej, zawierającej wiele próchnicy i z wolnej od próchnicy ziemi piaskowej dwa gatunki bakteryi, z których jeden zamieniał amoniak na kwas azotawy, drugi kwas azotawy na azotowy. Oba gatunki przedstawiały się jako cienkie, mało ruchliwe krótkie laseczki, barwiące się trudno i tylko ciepłym rozczynem barwika, nie rosły, co dla nich jest charakterystycznem, na pożywce z bulionem mięsnym. Zdaniem autora gatunki te odpowiadają gatunkom, nazwanym przez Winogradskiego i Olemiańskiego *nitrosemonas* i *nitrohaeter*. Rozwijają się w ciepłocie 25 do 30° lepiej, niż pokojowej; w ziemi pulchnej przewietrznej (z dodatkiem piasku) szybciej, niż w pożywkach płynnych; — ciała organiczne tamują ich rozwój, szczególnie w pożywce płynnej. Brak kwasu fosforowego przeszkadza rozwojowi, wystarcza im jednak mały tegoż dodatek. Wpływom zewnętrznym opierają się nader wytrwale, gdyż zachowują żywotność czas długi w ziemi całkowicie wysuszonej. *L. Bier.*

Pfuhl. **Przyczynek do bakteryologicznego badania konserw mięsnych.** (*Zeitschrift f. Hygiene*, Band 48, 1905). Od dobrych konserw mięsnych żądać należy, aby były zupełnie jałowe; ułatwia to żądanie wyrób konserw z mięsa świeżego i solonego, które nie zawiera zarodników bakteryi. Dla oceny dobroci konserw lepszym od wydęcia puszek, od zmian w zewnętrznem zachowaniu się ich treści, zmian smaku i zapachu, jest wynik badania bakteryologicznego. Na 106 puszek dowolnie wybranych konserw znalazł P. 29 takich, które zawierały bakterye. Jakkolwiek mięso zwierząt zdrowych nie zawiera bakteryi, nabyć je jednak może na powierzchni i to w ilości znacznej, nieraz w formie zarodników z ziemi i kurzu, przy manipulacyach w rzeźni, przy krajaniu i wraz z dodatkiem jarzyn. Stąd też nie należy przy ocenie konserw w większej ilości ograniczyć się jedynie do nielicznych prób: wynik w nich dodatni polegać może na przypadku, gdyż zanieczyszczone mięso wobec rozmaitych sposobności, ułatwiających zanieczyszczenie, nie jest jednostajnie rozmieszczonem w puszkach. Celowy sposób postępowania przy badaniu konserw polegać winien na rozmnożeniu zawartych w konserwie bakteryi, a osiąga się to umieszczeniem puszki przez dni conajmniej 11—14 w cieplarce przy ciepłocie 37° C., przyczem rozwijają się bakterye beztlenowe i względne tlenowce. Większe znaczenie, aniżeli znaczenie gatunków, posiada dla oceny konserw stwierdzenie obecności bakteryi i określenie, czy zarodnikują, czy nie. W razie obecności bakteryi należy dochodzić, czy wyjałowienie było niewystarczające, czy też dostały się bakterye już po wyjałowieniu. Poszukiwanie bakteryi beztlenowych i tlenowych należy wykonać dla każdej puszki z osobna, przechowując puszkę, w której wykonano pierwsze badanie, przy stosowaniu odpowiednich kauteli 2 dni w termostacie do badania tlenowców. W zimie r. 1903/4 znalazł P. 60 puszek jałowych; w 23 przy dwukrotnem badaniu te same bakterye, a tylko w 2 puszkach okazały się przy badaniu powtórnem, obok znalezionych przy badaniu pierwszem, gatunki bakteryi tlenowych i zarodnikujących. Pewniejszem od badania wybranych próbek konserw jest oddanie ich wyjałowienia pod kontrolę zawodowego bakteryologa, który obserwacyą ciepłoty i kontrolującem badaniem prób z ziemią ogrodową stwierdzić powinien, czy zastosowany sposób wyjałowienia jest dostatecznie pewnym. Użyta do celu tego ziemia ogrodowa powinna zawierać zarodniki, któreby nie ginęły przynajmniej w ciągu $1\frac{1}{2}$ godziny w strumieniu pary. Zaleca się wypróbowanie poszczególnych kotłów do wyjaławiania co do czasu koniecznego dla osiągnięcia pewnego wyjałowienia puszek o rozmaitych kształtach i wielkościach. *L. Bier.*

Baumann. **Bakterya w wodzie, podobna do wąglikowej.** (*Hygien. Rundschau* 1905, Nr. 1). Mimo wybitnych własności morfotycznych i biologicznych zarazka wąglikowego wykrycie jego w materyałach, nie pochodzących ze zwierząt żywych (futra, szmaty, woda), napotyka na bardzo znaczne trudności. Dotychczas nie udało się wykryć wąglikowych bakteryi w wodzie; znaleziono je natomiast w mule podejrzanych o jego zawartość potoków. Jedną z przyczyn trudności w stwierdzeniu obecności wąglika w wodzie jest obecność bakteryi, podobnych morfologicznie w hodowlach żelatynowych do wąglikowej, w wodach zanieczyszczonych odpadkami z cukrowni i gnojówce. W wodzie studziennej zanieczyszczonej gnojówką w domostwie, na którem zdarzył się przed 12 laty u bydła przypadek wąglika, znalazł B. przy płytkowem jej badaniu bakteryologicznem, kolonie morfotycznie i biologicznie podobne do wąglikowych, różniące się jednak od nich morfotycznie zaokrągleniem końców laseczki, szybkim rozwojem zarodników przy 37°, słabym przy 20° C. i ruchliwością bakteryi w młodych hodowlach; w kulturach zaś mętnieniem i wytworzeniem na powierzchni błonki opadającej później, szybką peptonizacyą pożywki żelatynowej, ziarnistością powierzchownych kolonii na płytce agarowej — wobec świnek morskich i myszy brakiem jadowitości, o ile nie wstrzyknięto je myszom w ilości zbyt wielkiej i po skończonem zarodnikowaniu. Morfotycznie i biologicznie, oraz zachowaniem się wobec zwierząt bakterya znaleziona zbliża się więcej do znanych gatunków bakteryi podobnych do wąglikowych, aniżeli do wąglika; jest to drugi gatunek tego rodzaju bakteryi, znaleziony dotychczas w wodzie. *L. Bier.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Gonosan per rectum poleca używać Müller (*Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte* 1905, Nr. 24). Szczególnie nadaje się ten sposób u dzieci, gdyż kapsułki sprawiają szybko obrzydzenie, jeżeli je dziecko, co często bywa, rozgryza. M. polecił w pewnym przypadku rozpuścić 10 kapsułek na 100 grm. tranu rybiego i wlewał z tego z początku 10, potem 20 grm. codziennie wysoko do odbytnicy. Po 16 dniach nastąpiło zupełne wyleczenie. *Ll.*

Zastosowanie **tigenolu w ginekologii** kreśli Batigne (*Gazette des hôp.* 1904, 123) na podstawie licznych własnych spostrzeżeń, z których 18 dokładnie opisuje. Oprócz tigenolu używał B. w przypadkach tych tylko ciepłych przepłukiwań pochwy, tigenol zaś stosował w ten sposób, że wkładał do pochwy tampony, napojone gliceryną tigenolową (45: 100) dwa razy na tydzień, pozostawiając je za każdym razem przez dobę. Przed włożeniem i po wyjęciu tamponu stosowano bardzo ciepłe przestrzykiwania. Postępowania takiego używał B. w przypadkach *endometritis* i chorób przydatków, a skutkiem jego było przedewszystkiem złagodzenie bólów, następujące zaraz już po założeniu pierwszego tamponu tigenolowego. Z początkiem leczenia pojawia się silniejszy wypływ z pochwy, od tigenolu brunatno zabarwiony, który w pierwszych dniach jeszcze się wzmaga, potem jednak zmniejsza się i znika. Owrzodzenia części pochwowej oczyszczają się, nie krwawią tak łatwo, jak przedtem, w końcu goją się. Tigenol działa także tamująco na krwawienia. Wogóle uznaje B. tigenol za jeden z cenniejszych leków miejscowych w ginekologii. *Hf.*

Calodal zaleca do lawatyw **odżywczych** Prof. Strauss (*Berl. kl. Woch.*, 1905, 44a). Jestto ciało białkowate, łatwo w wodzie rozpuszczalne, którego S. używał poprzednio do odżywiania podskórnego, wstrzykując po 100 ctm. rozczynu 5 prc., ze skutkiem, a bez szkody dla chorych. Do lawatyw odżywczych zapisuje S.: litr wody, 25,0 kalodalu, 50,0 cukru gron., 50,0 śmietanki, szczyptę soli, a po zagotowaniu 0,2 mentolu lub 0,5 tymolu lub 1,0 kwasu salicylowego; taką lawatywę daje S. 1—2 r. dnia pod małem ciśnieniem (25—30 ctm.) według sposobu Wernitza. Chorzy zatrzymywali taką lawatywę 3—4 godzin, a wsysała się z niej przytem przeszło połowa. *H.*

Alypiną 2 prc. i 5 prc. znieczulał oko przy mniejszych zabiegach Jacobsohn (*Wochens. f. Ther. u. Hyg. d. Auges*, 1905, 52), osiągając po 2 minutach skutek, trwający 10 minut. Za zalety alypiny uważa J. to, że nie działa ubocznie, nie wpływa na akomodacyę i na ciśnienie śródoczne (nadaje się więc szczególnie do operacyi w jaskrze) i nie sprawia pieczenia. Chcąc wywołać zniedokrwienie, dodaje J. do alypiny nieco atrabiliny. Köllner (*Berl. kl. Woch.*, 1905, 43) zauważył natomiast po 5 prc. alypinie krótkotrwałe pieczenie, słabszych zaś rozczynów nie zaleca, bo nie znieczulają dość głęboko. Po jednem wkropleniu trwa znieczulenie 12 do 15 minut; powtarzając wkraplanie co 2—3 min. osiągnął K. po 8 wkropleniach znieczulenie godzinne. Na ruchy źrenicy i akomodacyę nie wpływa jednorazowe wkroplenie wcale, kilka wkropleń wpływa, ale nieznacznie. Ciśnienie śródoczne nie zmienia się. Nastrzykanie po alypinie usuwa łatwo kropla epireuanu, ale przytem następuje porażenie akomodacyi. Liczniejsze wkraplania alypiny wywołują w oku przemijające wrażenie zamglenia. Jedna lub dwie krople alypiny znieczulały dostatecznie przy operacyach na rogówce, spojówce, przy tenotomiach i rozcięciu zaćmy. Przy irydektomiach zdarzyły się kilka razy dość znaczne krwotoki; obawiając się ich nie użył K. alypiny ani razu przy wydobyciu zaćmy. K. używał też alypiny 1‰ do znieczulenia sposobem Schleicha; wreszcie stwierdził

iż lek ten dobrze koi ból w bolesnych cierpieniach rogówki (skaleczenia, opryszczki i t. d.). *B.*

Kollargolu użył w 20 rozmaitych przypadkach Gron (*Pharmacia*, 1905, 1—6), wcierając dziennie po 2 gr. maści Credego. Wobec wytworzonych już ropni (w przymaciczu, w gruczole krokowym i t. d.) leczenie to było bezskuteczne; natomiast działało pomyślnie w ogólnych zakażeniach wiewiórowych i zapobiegało zropieniu świeżych dymienic po wrzodzie miękkim. Hengel zaś (*Nederl. Tidskr. v. Gen.*, 16. IX. 1905) utrzymuje, że zdołał wyleczyć wstrzykiwaniem kolargolu przypadek porażenia Landryego, rozpoznano po naradzie z kilku kolegami, i przypadek posocznicy, gdzie po 3 wstrzyknięciach 1 prc. roztczynu (po 4—10 cm. sz. naprzód do żyły potem podskornie) ciepłota szybko spadła z 40·4° na 38° C. *H.*

Formanu próbował używać Fuchs (*Wiener med. Presse*, 1905, 15) w ciągu zimy r. z. przeciw grypowemu nieżytowi nosa, spodziewając się, że lek ten (chlormethylmenthyleter) działać będzie znieczulająco dzięki zawartemu w nim mentolowi, a bakteryobójczo dzięki formaldehydowi. F. używał częścią wziewań do nosa, częścią 33⅓ prc. waty formanowej i utrzymuje, że uzyskał wybitne polepszenie nietylko w katarze nosa, ale i w nieżycie oskrzeli na tle grypy. Jeszcze korzystniej ocenia forman Winterberg (*Wiener klin. Rundschau*, 1905, 4), który zalecał go w rozmaitych nieżytach oskrzeli, tchawicy i krtani i twierdzi, że z 41 przypadków nieżytu oskrzeli tylko w 5 nie miało to odnieść żadnego skutku. Z pozostałych 36 miał być skutek wybitny w 19, objawy podmiotowe złagodniały w 11. *Ld.*

Aspirynie przypisują Rindfleisch i Ruprecht (*Monats. f. Ohrenhk.*, 1905, 3 i 4) własność poprawiania krążenia w skórze, a wskutek tego odciągania krwi z błon śluzowych i tem tłómaczą działanie tego leku w *coryza nervosa*. R. podaje też aspirynę przed uśpieniem chloroformowem, co ma zapobiegać wymiotom. *B.*

Perhydrolu używał w przypadkach chirurgicznych Klier (*Aerztl. Reform.-Ztg.*, 1905), uważając go za wyborny środek wobec ran zatokowatych i jam tak usadowionych, że nie można ich wygodnie przepłukiwać. Rozczyn perhydrolu przyrządzać należy zawsze tuż przed zmianą opatrunku, mieszając n. p. litr perhydrolu z 9 litrami świeżo przegotowanej wody (= 3 prc. H_2O_2). W roztczynie tym macza się wacik i wyciska z niego płyn kroplami do rany, przyczem ciecz, silnie się pieniąc, sama mechanicznie ranę oczyszcza. Gdy ciecz pienić się przestaje, osusza się ranę delikatnie wacikami. Szczególnie dobre wyniki uzyskał K. przy zanieczyszczonych dużych ranach ze zmiażdżenia, oraz w przypadkach oparzenia. Zaletą perhydrolu jest także to, że z jego pomocą łatwo jest zdjąć celem zmiany nawet wielkie przyschnięte opatrunki, unikając krwawienia, oszczędzając choremu bolu, a przytem zużywając bardzo niewiele płynu (n. p. 50 grm. 3 prc. H_2O_2), — rzecz bardzo wygodna na prowincyi, gdzie niezawsze ma się wszystko pod ręką, a nieraz brak nawet czystej wody lub naczyń do przyrządzania środków przeciwgnilnych. Wadą perhydrolu jest wysoka stosunkowo cena. *M.*

Surowicę przeciwko zapaleniu płuc próbowali wytworzyć już w r. 1891/2 Klemperer i Pane, jednak nie uzyskali zapomocą niej korzystnych wyników. Dopiero surowica pneumokokowa Römera, wyrabiana obecnie przez fabrykę Mercka, okazać się miała według Knautha i Pässlera istotnie skuteczną. Trzecim, który ją stosował, dotychczas w 4 przypadkach na oddziele Löhleina, jest Lindenstein (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 39) Wstrzykuje on surowicę natychmiast, skoro tylko rozpoznano chorobę, uważając ten pośpiech za niezmiernie ważną rzecz. U 5-letniego dziecka wstrzyknął L. 6 cm. sz., u dorosłych używał po 10 cm. sz. Po wstrzyknięciu spadała gorączka o 1—2 stopni, naciek zapalny dalej się nie szerzył, a podmiotowy stan chorych uderzająco się poprawiał. We wszystkich przypadkach używał jednak L. obok surowicy także naparstnicy. Przełom następował zawsze 7-go dnia, a potem rychło powrót do zdrowia. *M.*

Nowsze leki, używane w krztuścu, zestawia Wiesner (*Heilmittel-Revue*, 1905, 9). Baroux zalecił przed kilku laty rozwieszać w pokoju chorych chusty, zmoczone perhydrolem (czyste H_2O_2), a Nacht nie potwierdza wprawdzie jego zdania, jakoby to postępowanie w każdym okresie krztuśca usuwało chorobę w ciągu dni 8, jednakże uważa je za polecenia godne. Dioninę chwalą Hoff, Schmidt i Gottschalk, jako lek wprawdzie nie swoisty, ale znacznie skracający przebieg i łagodzący napady. Dawka dioniny do końca 1-go roku życia 0.0005, u dwuletnich 0.001, w 3—4 r. ż. 0.003—0.004, w 5—8 0.005. Równie korzystnie oceniają dioninę Weigl i Lichtgarn, a Fjellander przekłada ją nad wszystkie inne nowsze leki (bromoform, pertussin, narcotica). Rahn próbował zwalczać krztusiec bromipiną 10 prc., stosując ją przez dwa pierwsze tygodnie w lawatywach (u osesków tyle gramów, ile dziecko liczy miesięcy, powyżej roku 10—12—15 gr., u dzieci czteroletnich i starszych 15—20 gr. w filiżance mleka i t. d.). Aronheim znów zaleca *atropinum methylobromatum* według przepisu. *Rp. Atrop. methylobrom.* 0.03—0.05, *Antipyrini* 0.50, *Mixturae solventis* ad 200.0 S. *Co godzina łyżeczkę.* Wreszcie Münz chwali działanie veronalu (w roztczynie 1: 120, dziennie 3—4 łyżeczek). Zachwalanie przez rozmaitych autorów tak wielu rozmaitych nowych środków zdawałoby się zresztą dowodzić, że podobnie, jak leki dawniej używane, tak i te nowe działają tylko objawowo i łagodząco. *M.*

Pilokarpiną próbował Menschig (*Mediz. Klinik*, 1905, 40) leczyć **nagminne zapalenie opon mózgowych**, zachęcony spostrzeżeniem Vohryzka (*Allgem. Wr. m. Z.*, 1895, 8). Z 5 dzieci, leczonych wewnętrznie pilokarpiną (z roztczynu 0.03—0.04 na 200.0 wody po łyżeczce co 1—2—3 godz. aż do potów, po ich ustąpieniu lekarstwo powtarzano) wyzdrowiało 4, jedno tylko dziecko zmarło. W dwóch z wyleczonych przypadków były objawy uszne, które potem ustąpiły, w dwóch także objawy oczne, z tych w jednym pozostało niewielkie porażenie mięśni ocznych. Po potach, wywołanych przez pilokarpinę, przytomność wracała i znikał ból głowy; sztywność karku i gorączka ustępowały zwolna. Zapadu nie wywołało to leczenie ani razu. *M.*

Teocyny używali w ciągu lat 2 u 40 chorych, dokładnie spostrzeganych w szpitalu i w praktyce prywatnej, oraz w 50, nie tak dokładnie śledzonych przypadkach, Pawiński i Korzonówna. (*Heilk.* 1905, 9). U wszystkich kobiet bez wyjątku wywoływała teocyna silne podniecenie nerwowe, w przerwie leczenia ustępujące; często pojawiał się dalej ból głowy, wskutek którego chore nieraz opierały się leczeniu tym środkiem. Z początku używali P. i K. czystej teocyny (0,12 do 0,25 — 2—3 razy dnia), potem *theocin-natrium acet.* (dawka 0,25—0,50). U mężczyzn podniecenie nerwowe po teocynie nie bywało tak silne. Po czystej teocynie częste były zaburzenia trawienia; lepszem pod tym względem jest od niej *theocin-natrium acet.* We wszystkich spostrzeżeniach okazała się teocyna silnym lekiem moczopędnym, jednakże działanie jej szybko się wyczerpuje; niemniej przyznać trzeba, że działa nieraz tam, gdzie inne leki moczopędne i sercowe zawodzą. Białkomocz nie stanowi przeciwwskazania do podawania teocyny. Na uwagę zasługuje to, że teocyna zmniejsza duszność, nawet wtedy, gdy moczenie się nie zwiększyło: to korzystne działanie stwierdzili P. i K. w dychawicy sercowej, w toku miażdżycy, w rozedmie płuc przy rozpoczynającej się niedomodze serca, wreszcie w tych przypadkach dusznicy bolesnej, w których obok bolów istniała duszność. W takich przypadkach podawano częścią samą teocynę (2—3 r. dnia po 0,18—0,3), bądź obok naparstnicy, a czasem i kamfory. Aby zapobiedz bezsenności, wywoływanej przez teocynę, należy ją podawać nie zbyt późno wieczór; zawsze zaś zaczynać trzeba od dawek małych, podnosząc je zwolna w miarę tego, jak ją chory znosi. Grodzeński (*Medizin. Woch.*, 1905, 40) stosował teocynę u 20 chorych, dotkniętych puchliną z różnych przyczyn i przenosząc ją nad inne leki moczopędne, zauważa, że działa ona tylko dopóty, dopóki obrzęki nie znikną, poczem działać przestaje. *B.*

Magnesiumperhydrol jest nazwą handlową 15 prc. nadtlenku magnezu, wytwarzanego przez fabrykę Mercka, a mającego według Jaegera (*Aerztl. Mittheil.*, 1905, 36) znakomicie działać na złogi i dolegliwości dnawe. Przepisuje się ten lek w proszku z pięciokrotnym dodatkiem cukru mlecznego, a z tej mieszaniny podaje się 3 razy dnia po łyżeczce, rozmieszawszy w mleku i t. p. 100 grm. kosztuje około 6 koron. *M.*

Jothion ma według Schindlera (*Heilkunde*, 1905, 10) obok wielkich zalet, jakimi są łatwa wessalność przez skórę i stosunkowo małe działanie na przewód pokarmowy, także i strony ujemne. Przetwór ten mianowicie drażni skórę, zwłaszcza nierozcieńczony; u wielu chorych szczególnie wrażliwa jest skóra części płciowych. Nie jest też prawdą, jakoby jothion nigdy nie wywoływał jodzicy; przeciwnie S. zauważył u dwóch chorych trądzik jodowy. Dlatego obecnie używa S. już tylko 50 prc. maści jothionowej (z waseliną lub lanoliną). Przekonawszy się już dawniej, że jothion, wcierany na wzór szaruchy w różne części ciała kolejno codziennie przez pół godziny, może sam wyleczyć objawy kiły trzeciorzędnej, użył S. tego leku obecnie do leczenia wiewiórowego zapalenia najądrza. Stósowną była tutaj 5—10 prc. maść jothionowa, którą codziennie smarowano skórę moszen i pokrywano opatrunkiem; polepszenie następowało po tygodniu. Jako lek przeciwpasorzytny działał jothion skutecznie w grzybkowym wyprysku obrzeżnym (*eczema marginatum* — rozczyn wyskokowy 5 prc.), w figó-

wce (*sycosis paras.* — 10 prc. plaster salicylowy z dodatkiem 10 prc. jothionu) i w grzybicy (*trichophytia* — 5 prc. maść). Natomiast w toczniu rumieniowym (*lupus erythematosus*) nie działał jothion wcale. *B.*

Dormiol stosował przeciw bezsenności Baroch (*Allg. med. Ctrztg.*, 1905, 40) w dawce 1—3 gr. Spostrzeżenia B. dotyczą różnych postaci bezsenności. Według prób, dokonanych na sobie samym i na ludziach, zdrowych umysłowo, oznacza B. dawkę 0,5—1,0 jako wystarczającą do wywołania 5—8 godzinnego snu. W tej dawce już działa dormiol czysty, znajdujący się w handlu w kapsułkach; używając zaś 50 prc. roztworu, również znajdującego się w handlu, trzeba oczywiście dawkę podwoić. Tymże lekiem posługuje się z upodobaniem także Wederhako (*Therap. Monatsh.*, 1905, 7) dla sprowadzenia snu, zwłaszcza u podnieconych w obłędzie opilczym. Nadto jednak zaleca W. używać dormiolu przeciw nadmiernym potom, zwłaszcza u suchotników, równocześnie cierpiących na bezsenność. Za dawkę skuteczną uważa W. dopiero 1,5—2,0 i utrzymuje, że nawet 3,5 można podać naraz bez szkody dla ustroju. *L. B.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 8 listopada 1905 r.

Przewodniczący Prof. Nowak. Obecnych członków 53.

I. Przewodniczący zawiadamia o wysłaniu w imieniu Towarzystwa listu gratulacyjnego z okazyi uroczystości otwarcia szpitala Maryi Anny w Łodzi i telegramu gratulacyjnego z powodu jubileuszu 25-letniej działalności Dr. Biegańskiego w Częstochowie.

II. Towarzystwo uchwaliło urządzić kursy samarytańskie w Domu lekarskim. Kol. Klęsk, który takie kursy prowadził w klinice, ofiaruje gotowość udzielenia informacyi.

III. Przewodniczący wita imieniem Tow. obecnych na posiedzeniu gości: Dr. Puławskiego z Nałęczowa, Dr. Picka ze Strumienia i Dr. Spannbauera.

IV. Kol. Bogdanik przedstawia przypadek **resekcyi obu stawów łokciowych** w słowach następujących:

»Przedstawiam kolegom A. B., dziewczynę 16-letnią, u której na dwóch posiedzeniach wypiłowałem obydwa stawy łokciowe. Uczyniłem to, bo przybyła z zesztywnieniem obydwu kończyn górnych, jako następstwem zapalenia, które przebyła przed 4 laty. W dniu 3/7 1905 r. wypiłowałem najpierw lewy staw łokciowy, wyprostowany pod kątem 180°, w dniu 21/8 zaś wypiłowałem prawy staw łokciowy, zesztywniały pod kątem rozwartym. Cięcie poprowadziłem wzdłuż osi długiej kończyny przez wyrostek łokciowy, drążąc odrazu aż do kości. Następnie oddzieliłem części miękkie wraz z okostną od kości, co z powodu silnych zrostów nastręczało pewne trudności, wypiłowałem kość ramienną powyżej kłykciów, a kości przedramienia poniżej główki kości sprychowej. Spoiwszy następnie części miękkie szwem z fil de Florence, osączkowałem stawy i opatrzyłem kończynę pod kątem 180° opaskami krochmalnemi na szynie drewnianej. Po upływie tygodnia opatrzyłem ranę, ustaliwszy kończynę pod kątem prostym i rychło zaleciłem wykonywanie ruchów czynnych i biernych. Wynik pooperacyjny jest bardzo dobry. Chora porusza kończyny zupełnie dobrze i ma w nich siłę. Że w niniejszym przypadku resekcya była konieczna, nie ulega wątpliwości. Chora, która z powodu zesztywnienia stawów w złem położeniu nic robić nie mogła, ma obecnie stawy ruchome, siłę w nich bardzo dobrą. Podzielone są atoli zdania chirurgów, czy w przypadkach gruźlicy stawów należy operować, czy też leczyć zachowawczo. Różnica zdań objawiła się podczas pierwszego zjazdu międzynarodowego w Brukseli. Głośnej sławy chirurgowie oświadczyli się jako bezwzględni konserwatyści, inni znowu przemawiali za operacyą. Na podstawie własnego doświadczenia przyznać muszę, że się w wielu przypadkach konserwatywne postępowanie da zastósować z pomyślnym wynikiem. Wstrzykiwania mieszanki jodoformowej, ustalenie kończyn, czasem połączone z ekstenzyą, opaski Biera, kąpiele słone, jodowe, pobyt na świeżem powietrzu lub nad morzem, odpowiednia dyeta, nieraz zadziwiający wpływ wywierają, ale nie zawsze. Jest to przytem leczenie długotrwałe, kosztowne. U ludzi przeto, którzy nie mogą poświęcić dużo czasu na leczenie, niemniej tam, gdzie leczenie zachowawcze zawodzi, przystąpimy do resekcyi, lub nawet do odjęcia kończyny w rozpaczliwych przypadkach. Obszerniejszą pracę w tym kierunku przedłożę na przyszłorocznym zjeździe międzynarodowym w Lizbonie, tu zaś przytoczę tylko jeden przypadek gruźlicy kości operacyjnie leczony, który przeciwników przekonać powinien. Dotyczy on czternastoletniego chłopczyka, który się zgłosił do szpitala w dniu 19/11 1904 r. z gruźliczemi przetokami obojczyka, prawego stawu łokciowego i kości podudzia lewego. Kolejno wyłuszczono mu (Dr. Ozga) obojczyk, wydłutowano prawą kość goleniową i wypiłowano prawy staw łokciowy. W pół roku później 25/5 1905 r. opuścił zakład całkiem wyleczony, bez żadnych przetok. Nietylko miał ruchy wolne w stawie łokciowym i siłę, ale nawet nauczył się sztuki pisania kończyną resekowaną«. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi zapytuje kol. Klęsk, jakie zmiany znaleziono przy operacyi w stawie i kościach, oraz co skłoniło prelegenta do wycięcia stawu. Kol. Bogdanik odpowiada, że w stawie znaleziono silne zrosty. które spowodowały zesztywnienie i niemożność używania kończyn. Kol. Klęsk wyraża przypuszczenie, że może leczenie ortopedyczne mogłoby dać także choć częściowy skutek w tym przypadku. W przypadkach zesztywnienia stawów łokciowych, nawet zrostów kostnych, wykonywał Prof. Kader z dobrym skutkiem w klinice krakowskiej otwarcie stawu i wyrzeźbienie powierzchni stawowych, poczem z pomocą leczenia ortopedycznego wynik był wcale dobry. Zesztywnienia i przykurczenia nie kostne dają się oczywiście jeszcze tem łatwiej usunąć. W klinice krakowskiej przy podobnych sprawach chorobowych postępuje się prawie zawsze zachowawczo. (*Streszczenie własne*).

V. Kol. Frommer przedstawia i omawia *a)* **Przypadki raka skórnego, leczone promieniami Roentgena.** »Około 100 autorów rozmaitej narodowości stwierdziło korzystny wpływ promieni roentgenowskich na raka, a szczególniej raka skóry. Ostateczne sądy dadzą się streścić w następujących zdaniach: Gojenie się raka pod wpływem promieni roentgenowskich możliwe jest tylko w przypadkach raka skórnego lub też bezpośrednio pod skórą położonego. W przypadkach rozległego owrzodzenia rakowego oczyszczają się pod działaniem promieni Roentgenowskich cuchnące rozpadłe masy tylko na powierzchni, w głębi natomiast sprawa nowotworowa posuwa się dalej. Chcę tutaj pokrótce podać wyniki, jakie otrzymałem w ostatnich 3 latach, zajmując się leczeniem raków zapomocą promieni Roentgena. Używałem induktora 50-centymetrowego, ze zmienną indukcyą, systemu Dr. Waltera, przerywaczy elektrolitycznych różnej długości i rur roentgenowskich wyrobu Müllera w Hamburgu z automatyczną regulacyą. Co do techniki naświetlania, to ustawiałem z początku ognisko rury w odległości 15—30 cm. od miejsca chorego, przyczem naświetlałem po 6—10 minut codziennie przez 6 do 7 dni. Potem przerwa przez 10—12 dni, a zależnie od stopnia osiągniętego odczynu znowu ta sama ilość naświetlań w miarę odczynu z większem lub mniejszem nasileniem. W ostatnich czasach stosowałem szczególniej przy nowotworach rakowych także silne jednorazowe naświetlenia, regulując dawkę podług chromoradiummetra Holzknechta. Stosowałem to leczenie w 9 przypadkach raka, a mianowicie:

	Miejsce choroby		Leczenie	Wynik
I.	Warga dolna.	20	posiedzeń	wyleczony w $1^3/_4$ r. bez recydywy
II.	Warga dolna, (nawrót po operacyi).	12	»	w stanie poprawy.
III.	Warga dolna, (nawrót po operacyi).	20	»	nie wyleczony.
IV.	Policzek (nawrót po operacyi).	10	»	wyleczony.
V.	Nos.	10	»	nie wyleczony.
VI.	Sutek.	40	»	poprawa.
VII.	Przedramię.	20	»	bez poprawy.
VIII.	Nos	10	»	wyleczony.
IX.	Grucz. podszczęk. (nawrót po oper.)	20	»	poprawa.

O wynikach leczenia przekonamy się na dwu chorych [1].

I. Jedna z nich zgłosiła się z początkiem października b. r. z powodu znacznego owrzodzenia na twarzy. Choroba rozpoczęła się przed rokiem. Na skroni lewej powyżej brwi owrzodzenie okrągłe o średnicy 8 cm. Cała ta przestrzeń pozbawiona skóry o brzegach nacieklých, kraterowatych, pokryta

[1]) Chora tę przedstawiłem na drugiem posiedzeniu w tydzień później, gdyż 8. XI. nie stawiła się.

wybujała ziarniną, oraz masami zgorzelinowemi cuchnącemi. W górnej części widać obnażoną kość, pokrytą wydzieliną ropiastą. Rozpoznano: *Epithelioma faciei*. Po 6 naświetleniach masy obumarłe zaczęły odpadać, stając się coraz różowsze, wydzielina mniejsza. Po 12 naświetleniach brzegi poczynają się zabliźniać, część środkowa zawsze jeszcze owrzodziała; obecnie po 24 naświetleniach rana całkiem zgojona z wyjątkiem nieznacznej części w miejscu, gdzie się znajdowała obnażona i nadżarta kość czaszki.

II. Druga z tych chorych zgłosiła się na oddział dnia 15 XI 1905 r., z nawrotem rakowym w pasze lewej po odjęciu sutka z powodu raka. Stwierdzono: Po stronie lewej w linii sutkowej blizna linijna długości 20 cm. W dalszym ciągu tej blizny popod mięśniem piersiowym guz wielkości pięści, zrosły ze skórą, twardy, nieruchomy; chora skarży się na bóle promieniujące w kierunku ramienia, oraz ku łopatce.

Wobec niemożebności doszczętnego wycięcia gruczołów pachowych, zaproponowałem chorej naświetlanie promieniami Roentgena. Zaraz po pierwszych naświetleniach ustąpiły bóle, przyczem guz, który według podania pacyentki miał się stale zwiększać, zdawał się być mniejszy. Ze względu jednak na małe stosunkowo wyniki postanowiłem usunąć operacyjnie powierzchowne części guza bez narażenia naczyń pachowych i wyciąwszy znaczne masy nowotworowe, pozostałe resztki zniszczyć w kilka dni po operacyi zapomocą X-promieni. Dnia 13. X. w uśpieniu chloroformowem okroiłem cięciem eliptycznem cały guz, pozostawiając prawie same naczynia, porosłe masami nowotworowemi. Znaczny ubytek pokryłem płatem z grzbietu; po 6 dniach rana zgoiła się doraźnie, poczem leczyłem dalej promieniami Roentgena. Obecnie chora ma się zupełnie dobrze.

Ze spostrzeżeń moich wynika, zgodnie ze zdaniem innych autorów, że 1) leczenie promieniami Roentgena wskazanem jest przy rakach skórnych powierzchownych, sprowadzając tam wynik pomyślny; 2) przy leczeniu guzów rakowych z owrzodzeniami jako środek paliatywny, zmniejszający powierzchnię owrzodziałą, oraz usuwający cuchnącą wydzielinę i już po kilku naświetleniach usuwający bóle, przez co choremu, i tak straconemu, przynosimy przynajmniej znaczną ulgę; 3) w przypadkach raka, głęboko sięgającego, dostępnego dla noża chirurga, wskazaną jest jedynie operacya celem doszczętnego usunięcia nowotworu; 4) w przypadkach pośrednich, gdzie operacya doszczętna nie jest możliwą, a wybujałe masy nowotworowe, chłonąc promienie Roentgena, nie dopuszczają ich do głębszych warstw, operacya częściowa, pokrycie ubytku skórą zdrową i następowe naświetlanie promieniami Roentgena zdaje się być najodpowiedniejszem postępowaniem. *(Streszczenie własne).*

Następnie przedstawia kol. Frommer: *b)* chorych leczonych **metodą Biera z uwzględnieniem zgorzeli starczej.**

»Przed kilku miesiącami przedstawiłem tutaj chorych, leczonych metodą Biera (przekrwieniem biernem). Były to przeważnie przypadki ostre, jak ropowice podskórne, zapalenie ropne ścięgien, zapalenie ropne gruczołów pachwinowych i t. d.; przedstawiłem też zastosowanie przekrwienia biernego w leczeniu pooperacyjnem, po trepanacyi wyrostka sutkowego, po sekwestrotomii, po resekcyach stawów. W takich wszystkich przypadkach stosowaliśmy dalej to samo leczenie z wynikiem zawsze dobrym, skracając tylko znacznie czas leczenia. O ile dawniej stosowaliśmy przekrwienie bierne przez czas od 10 do 20 godzin na dobę, o tyle obecnie zadowalniano się założeniem opaski tylko na 1 do 2 lub 4 godzin na dobę. Obecni tutaj chorzy leczeni byli sposobem Biera wyłącznie z powodu chorób przewlekłych, jak gruźlica stawu, przewlekłe zapalenie szpiku kostnego. Leczenie to polega, jak wiemy, na założeniu opaski gumowej powyżej miejsca chorego. Opaskę zakładamy dość słabo, aby utrudnić wyłącznie krążenie żylne, pozostawiając dopływ krwi tętniczej prawie zupełnie swobodnym. Części ciała, podlegające przekrwieniu biernemu, stają się obrzękłe, zaczerwienione, powinny być jednak zawsze ciepłe, a chory nie powinien odczuwać bólu. Z obecnych tutaj pięciu chorych leczone były: 1) A. B. z powodu ropnia zimnego na udzie prawem, przyjęta 1 X 1905, wyleczona 3 XI 1905; 2) Z., z powodu gruźlicy stawu łokciowego, przyj. 24/VIII 1905; wyleczona; 3) 4) i 5) Trzy chore Z. K. i M. z powodu zapalenia szpiku kostnego k. piszczelowej, przyj 1/X i 24/VIII 1905, dwie z nich wyleczone, u jednej poprawa.

Wyniki te, wogóle bardzo dobre z utrzymaniem zupełnej sprawności zajętych stawów, potwierdzają w zupełności pożytek leczenia przekrwieniem biernem zmian gruźliczych stawów, oraz zapaleń szpiku. Początkowo polecał Bier, jak wiadomo, zastosowanie przekrwienia biernego tylko przy tych cierpieniach. Dopiero w ostatnim roku ogłosił on wyniki leczenia tym sposobem także ostrych zapaleń ropnych tkanki podskórnej, ścięgien, stawów, okostnej [2]), przestrzega jednak, aby nie zastosowywać tego leczenia przy zapaleniach ropnych, połączonych ze znacznem utrudnieniem krążenia, pociągającem za sobą obumarcie tkanki.

[2]) *Münchener medizinische Wochenschrift 1905. Nr. 8.*

W lipcu b. r. zgłosił się na oddział chirurgiczny chory ze zgorzelinową ropowicą ręki prawej. Przy przyjęciu stwierdzono: Ręka prawa i przedramię znacznie obrzękłe, zaczerwienione, wzdłuż sieci naczyń limfatycznych wybitne zaczerwienienie. Dwa ostatnie członki palca małego obumarłe, czarne. Na obrzękłej dłoni wyraźne chełbotanie. Ze względu, że chory nie chciał się zgodzić na żadną większą operacyę, założyliśmy opaskę Biera po nacięciu ropnia. Po kilku dniach obumarłe części zaczęły się oddzielać, rana zaczęła się oczyszczać, obrzęk ustąpił. Stan obecny, jak widzimy, jest obecnie wcale dobry, część palca utrzymana, chory posługuje się ręką.

Ten niespodziewanie pomyślny wynik skłonił mnie do zastosowania przekrwienia biernego także i przy zgorzeli starczej na tle daleko posuniętych zmian naczyń. Zastosowaliśmy leczenie to w pięciu przypadkach, z tych w dwu przypadkach pomimo widocznego polepszenia zmuszeni byliśmy z powodów niezależnych od nas leczenia zaprzestać. W pozostałych trzech osiągnęliśmy wynik bardzo dobry. Jeden 77-letni chory opuścił już oddział, dwoje tu obecnych chorych jest na najlepszej drodze do zupełnego wyleczenia. Jeden z nich utracił wszystkie palce stopy prawej, obecnie rana poczęła się zabliźniać. U drugiej chorej zgojona całkowicie utrata palca dużego stopy lewej. Rzecz sama znajduje się dopiero w okresie prób, stosowanych z największą ostrożnością. Pomyślne jednak wyniki cechują się w każdym prawie przypadku tem, że znaczne dolegliwości ustępują, a rany oczyszczają się. Te wyniki w chorobie, dotychczas nieuleczalnej, stanowią nowy dowód siły leczniczej przekrwienia biernego« *(Streszczenie własne).*

W dyskusyi zapytuje prelegenta kol. doc. Rutkowski, jakie powody skłoniły go do odstąpienia od techniki, podanej przez Biera, leczenia ostrych spraw zapalnych przekrwieniem biernem. Technika kol. Frommera różni się zasadniczo od techniki, obecnie ogólnie przyjętej.

Kol. Frommer odpowiada: W ostatnich 2 miesiącach zakładamy opaskę Biera także i przy sprawach ostrych na krótszy przeciąg czasu, dotychczas z równie dobrym wynikiem, jak przy zastosowaniu przekrwienia przez 10 do 20 godzin.

Kol. Rutkowski stwierdza, że zachodzi tu widoczna pomyłka. Bier od pierwotnie podanej techniki w rzeczywistości nie odstąpił i stosuje przekrwienie bierne dotychczas w ostrych sprawach zapalnych przez czas dłuższy, bo do 22 godzin dochodzący. Krótkotrwałe przekrwienie bierne jedno- lub dwu-godzinne poleca w sprawach gruźliczych. Leczenie przekrwieniem biernem ostrych spraw zapalnych, a leczenie niem spraw gruźliczych, są to dwie odrębne sprawy, a technika zupełnie różna. W przypadku zapalenia szpiku kostnego z wytworzeniem się martwaka, a o takim chyba mówił kol. Frommer, jeśli wspominał, że w przypadku tym leczenie operacyjne polegałoby na wydłutowaniu prawie całej kości piszczelowej, leczenie przekrwieniem biernem nie może prowadzić do celu. Zapalenie szpiku kostnego nadaje się do leczenia sposobem Biera jedynie w okresie ostrym i w postaci powracającej, z chwilą jednak wytworzenia się martwaka lub ropnia kostnego musimy się uciec do zabiegu krwawego. Należy również zaznaczyć, że właśnie Bier podnosi wysokie własności odżywcze przekrwienia biernego i popiera to nietylko wywodami teoretycznymi, ale i licznymi przykładami. Przypadki zgorzeli kończyn, przedstawione przez kol. Frommera, leczone przekrwieniem biernem, nie są przekonywające. Bier poleca w podobnych przypadkach przekrwienie czynne, wywołane gorącem powietrzem.

Kol. Klęsk oświadcza, że przyrządami ssącymi, stosowanymi obecnie na szeroką skalę w klinice, otrzymuje się bardzo dobre wyniki, szczególnie w ostrych sprawach ropnych sutka, palców i w czyrakach. Opaskę elastyczną stosować należy w sprawach ostrych przez kilkanaście godzin, w przewlekłych krócej. Wyniku pomyślnego przy leczeniu raków naświetlaniem promieniami Röntgena autor w klinice nie spostrzegł ani razu, natomiast widział wyleczenie, czy też zniknięcie mięsaka w gałce ocznej u chorego, przysłanego do leczenia na klinikę przez prof. Wicherkiewicza. O wypadku tym zda zapewne później sam prof. Wicherkiewicz sprawę

Kol. Frommer zaznacza, że kilkunastu chorych, leczonych z dobrym wynikiem sposobem Klappa, jakoteż i same przyrządy, przedstawił już przed kilku miesiącami na posiedzeniu Towarzystwa.

Kol. Klęsk zwraca uwagę, że opaska elastyczna ma za zadanie wywoływanie obrzęku, co może dopiero w kilka godzin nastąpić. Obrzęk ten, w ilości nieraz kilku litrów, rozpuszcza w sobie jady drobnoustrojów i wiąże sprawę chorobową na miejscu, co z pomocą wstrzykiwań strychniny doświadczalnie na zwierzętach stwierdzono.

Kolega Frommer oświadcza dalej, że przy zapaleniach szpiku kostnego z centralnymi martwakami, przekrwienie bierne nie prowadzi do celu; natomiast przy zajęciu całej kości, lub też przy nawrotach zapalenia szpiku, do jakich należą przedstawione przypadki, gdzie wewnątrz kości znajduje się ropień lub granulacye, leczenie daje bardzo dobry wynik. Koledze Klęskowi odpowiada kolega Frommer, że w dotyczącej pracy Josepha, powstały obrzęk z powodu przekrwienia biernego tłómaczy tylko w części dobre wyniki tego leczenia przy zapaleniach ropnych. Są to sprawy mimo obszernych doświadczeń jeszcze zupełnie niejasne. Co do leczenia raków skórnych, to pomyślne wyniki leczenia podają najrozmaitsi autorowie; zależy to głównie od stosowanej techniki. (*Streszczenia własne*).

Kol. Doc. Droba wygłasza pierwszą część wykładu o ostatniej epidemii **zapalenia opon mózgowordzeniowych** w Galicyi i badaniach, wykonanych przez siebie wspólnie z kol. doc. Kučerą. Za sekretarza dorocznego: *Dr. T. Cybulski.*

Posiedzenie dnia 15 listopada 1905.

Przewodniczy: Prof. Nowak. Obecnych członków 37.

I. Kol. Frommer przedstawia chorą, u której **raka na czole** usunął w 16 posiedzeniach przez naświetlanie **promieniami Roentgena.**

II. Kol. Spira przedstawia watę formanową, którą według jego wskazówek sporządza magister farm. Wiśniewski.

III. Kol. Doc. Droba wygłasza dokończenie wykładu **o zapaleniu opon mózgowordzeniowych**. Dyskusyę odłożono.

Za sekretarza dorocznego: *Dr. T. Cybulski.*

Posiedzenie dnia 23 listopada 1905.

Przewodniczy: Doc. Rutkowski, obecnych członków 43.

I. Kol. Doc. Droba przedstawia wnioski co do **postępowania zapobiegawczego w epidemiach zapalenia opon mózgowordzeniowych.**

W dyskusyi zabiera głos kolega profesor Bujwid w słowach następujących: »W odczycie kolegi Droby należy podnieść niewykle sumienne i wszechstronne wyzyskanie materyału obserwacyjnego. Dzięki temu uzyskaliśmy w pracy Droby i Kučery ważny przyczynek do epidemiologii zapalenia opon mózgowordzeniowych. Widzimy, że podobnie, jak przy durze i cholerze, roznosicielami zarazy mogą być ludzie zdrowi, — co ma niezmierną doniosłość praktyczną. Tem usilniej zwalczać należy możność obcowania osobników z pośród otoczenia chorej osoby ze zdrowemi. Odosobnienie powinno dotyczyć zatem takich osób zarówno, jak chorych i ozdrowieńców. Na przedmiotach, z którymi stykali się chorzy, w kurzu mieszkań po chorych i t. p. nie znaleźli kol. Droba i Kučera zarazka, co się zresztą tłómaczy słabą odpornością jego na wysuszanie. To też tem trudniej z tymi faktami pogodzić wniosek kol. Droby co do udzielania się zarazka z powietrza. Prace dawniejsze i nowsze, liczne badânia moje i Flüggego nie wykryły w powietrzu wogóle zarazków chorobotwórczych. Zarazki, uważane za ropotwórcze, a znajdowane w powietrzu, nie dają aglutynacyi z surowicą swoistą, a więc ropotwórczemi nie są. Nawet tak wytrzymałe na wysuszanie zarazki, jak gruźlica, według doświadczeń nowszych raczej drogą zakażenia przez rozpylenie (Tröpfcheninfection) przenikają do ustroju. To też i zarazek zapalenia opon raczej tą drogą zakaża, niż jako pył w powietrzu zawieszony. Że zakażenie dotyka tylko nieliczne osobniki, może to polegać na usposobieniu tkanek, które może się wyrazić n. p. pewną specyalną budową jamy nosowej lub większą łatwością chłonienia zarazka przez ziejące przestwory chłonne« *(Streszczenie własne).*

Kol. Lewkowicz zwraca uwagę, że wypowiedział już w r. 1900 w Towarzystwie lek. krak. i w pracy, drukowanej w Przeglądzie, zapatrywanie, z którem kol. Droba obecnie wystąpił na podstawie swoich badań, że mianowicie epidemia szerzy się jako zakażenie nosa swoiste, względnie *rhinitis meningococcica*, a na tle tej właściwej epidemii wystrzelają sporadycznie przypadki zapalenia opon. Odczytuje odpowiedni ustęp. Co do sposobów szerzenia się zakażenia, to (obok zakażenia przez zetknięcie) należy niewątpliwie przypisać wielkie znaczenie i szerzeniu się przez powietrze, mianowicie zakażeniu kropelkami (Tröpfcheninfection), dostającemi się w powietrze przy kaszlu, kichaniu, głośnej mowie, jak to przyjmujemy i przy innych chorobach, przy których zarazek znajduje się w wydzielinach nieżytowych błon śluzowych, np. krztuścu, grypie, a także i gruźlicy. Sprawę uznania typu Weichselbaumowskiego meningokoka za swoisty zarazek danej choroby uważa L. za przesądzoną od czasu wystąpienia Albrechta i Ghona, uczniów Weichselbauma. Zwraca uwagę na badania autorów amerykańskich, szczególniej Councilmana, Malloryego i Wrighta, którzy w dużej liczbie przypadków znajdowali wyłącznie typ Weichselbaumowski. *(Streszczenie własne).*

Kol. Gertler: »Prelegent przytoczył cały szereg poszukiwań ziarenkowców zapalenia opon na przedmiotach, otaczających chorego, na odzieży, pościeli, podłodze i t. p., pominął jednak sprawę przenoszenia się tej choroby przez zwierzęta domowe, owady i muchy. Koch i inni badacze zwracali szczególniejszą uwagę na ten sposób przenoszenia się chorób zakaźnych. Co do metody hodowania ziarenkowców, nasuwają się następujące uwagi: Badania dotychczasowe nad hodowaniem ziarenkowców stwierdziły, że często trudno je wyhodować z płynu mózgowordzeniowego, zwłaszcza, jeśli zawarte w ciałkach białych meningokoki są nieco zmienione. Nadto znane są zapatrywania Jägera i Weichselbauma co do sposobu otrzymywania hodowli i zamęt, jaki wywołał wygląd zewnętrzny hodowli agarowych, wygląd i wielkość poszczególnych kolonii, a oprócz tego trudność utrzymywania hodowli agarowych przez czas dłuższy. Trudności te usuwają poniekąd hodowle na bulionie samym lub też z dodatkiem płynu puchlinowego. Chcąc jednak z tych pożywek otrzymać hodowle agarowe, zdawałoby się, sądząc z jałowych powierzchni agarowych, że drobnoustrój w bulionie obumarł, tymczasem tak nie jest. Już Jäger i Weichselbaum zauważyli, że powlekanie powierzchni agarów krwią ludzką bardzo sprzyja rozwojowi ziarenkowców. Mając w kwietniu i maju b. r. 4 płyny po nakłuciu lędźwiowem (2 dzięki uprzejmości kol. J. Landaua, 2 z spostrzeżeń własnych), mogłem się przekonać o trudnościach wspomnianych. Zwykle pierwsza hodowla agarowa z płynu lędźwiowego składała się z dość obfitych kolonii, a gdy przenosiło się codziennie lub co drugi dzień hodowle do innych probówek agarowych, ziarenkowce albo wcale nie wyrastały, albo tak skąpo, że nie można było ich użyć do innych doświadczeń biologicznych. Wówczas przyrządziłem w Zakładzie Prof. Bujwida cały szereg pożywek agarowych z różnemi przymieszkami, i tak: z dodatkiem surowicy ludzkiej, w stosunku 1:100, 1:75, 1:25, 1:20, z dodatkiem krwi ludzkiej w tym samym stosunku, dalej agary, polane płynem puchlinowym, surowicą końską, krwią ludzką, króliczą, a nadto agary glicerynowe. Na pożywki te szczepiłem materyał z hodowli 4—5-dniowej, a zatem takiej, w której drobnoustroje miały już pod drobnowidem kształty degeneracyjne. Doświadczenia te dowiodły, że dodatek surowicy czy to ludzkiej, czy końskiej podczas przyrządzenia lub polewanie powierzchni agarowych upośledzały wzrost kolonii, tak, że można było dostrzedz jedną lub kilka ledwie okiem widocznych kolonii w dolnej części rurki około wody skroplonej. Podobny wynik był na agarze glicerynowym, lepszy na agarze powleczonym krwią. Najlepszy wynik był na agarze, polewanym płynem mózgowordzeniowym z królika. Przez nakłucie lędźwiowe przy małej wprawie udaje się wyciągnąć strzykawką Pravaza u królika $1/2$—2 cm^3 płynu mózgowordzeniowego, z początku przeźroczystego, później z przymieszką krwi. Ilość ta płynu wystarczy zupełnie do 8—10 rurek agarowych. Przekonawszy się, że pożywki są jałowe (przez wstawienie do cieplarki na dobę), można je użyć do hodowania ziarenkowców. Wyniki hodowli są wprost zdumiewające. W rurkach, gdzie używało się materyału bardzo rozcieńczonego, powstają kolonie ogromnych rozmiarów, 8—15 razy większe od kolonii wyrastających na zwykłym agarze. Również i czas wzrostu kolonii, jest o wiele krótszy; już po 18 godzinach kolonie są duże; natomiast na agarach zwyczajnych, surowiczych lub glicerynowych, albo wcale jeszcze kolonii niema, albo są ledwie pod lupą widoczne. Tym sposobem powiedzie się hodować ziarenkowce z wielu przypadków, w których dotychczasowym sposobem to się nie udawało. Co do własności ziarenkowców, że wyrastają tylko ponad 25°C., zaznaczam, iż cecha ta nie bardzo nadaje się do odróżnienia tych drobnoustrojów od innych, gdyż wiadomo, że drobnoustroje można przyzwyczaić do wzrostu przy znacznie niższej ciepłocie. Również i cecha różniczkowa, podana przez innych badaczy i prelegenta, że ziarenkowiec żyje tylko 5—7 dni w ciepłocie pokojowej, nie może się utrzymać, gdyż udało mi się z hodowli, otrzymanej na agarze, powleczonym płynem mózgowordzeniowym (króliczym), przeszczepić drobnoustrój ten po 2 tygodniach z wynikiem pomyślnym, a przypisuję to tylko silnemu i bujnemu wzrostowi na opisanej pożywce« (*Streszczenie własne*).

Kol. prof. Klecki zabiera głos w sprawie odporności badanych chorych, mianowicie zapytuje, jak się zachowały mikroby, znajdowane w fagocytach, odnośnie do ciężkiego lub lek-

kiego przebiegu klinicznego i jak się zachowały mikroby, znajdowane poza fagocytami w osadzie płynów mózgowordzeniowych.

Kol. Droba w odpowiedzi kol. Prof. Bujwidowi zaznacza, że powietrze, jako drogę zakażenia przyjąć nakazywał cały szereg spostrzeżeń, które w wykładzie podkreślono, a z których na pierwszy plan wybijała się równoczesność występowania kilku przypadków w jednej rodzinie, a także okoliczność, wynikła z dodatnich badań bakteryologicznych wydzieliny z nosa odpowiedniej rodziny, — które nakazywały przyjąć, że tu zakażenie i to równoczesne dotyczy całych rodzin, względnie tych członków rodziny, które w krytycznej chwili narażone są na zakażenie, czego dowodem rodzina Wąsowiczów, Buczków i t. d., gdzie choroba wystąpiła równocześnie u kilku członków rodziny i gdzie nadto stwierdzono obecność swoistego zarazka i w wydzielinie nosa zdrowych członków tychże rodzin. Gdy się do tego doda spostrzeżenia, tyczące się sposobu wniesienia zakażenia w domy Wąsowiczów, Słotów i t. d., gdzie nocowali robotnicy, pochodzący z wielkiego ogniska epidemicznego i rano myjąc się, wyrzucali wydzielinę nosa na ziemię — to musi się przyjąć, że odgrywa tu rolę droga zakażenia, dostępna równocześnie dla wielu osób, dla całych rodzin, a tą jest powietrze, zawierające pył z żywymi zarazkami. Przeciw temu twierdzeniu podnieśliśmy sami zarzuty z równoczesną na nie odpowiedzią, które podniósł kol. Bujwid, jakoto małą wytrzymałość zarazka na wyschnięcie i ten szczegół, że ani razu nie wyhodowaliśmy swoistego zarazka z 70 próbek zbadanego kurzu podłóg i ziemi z mieszkań chorych. Co do pierwszego, to doświadczalnie stwierdzono, naśladując warunki naturalne, że wytrzymałość zarazka jest małą, ale wystarcza w zupełności, aby ten w stanie żywym mógł być rozpylonym z zaschniętej wydzieliny nosa, wyrzuconej na ziemię, i podniesiono przy tem, że właśnie ta ograniczona wytrzymałość z przyjęciem tej drogi zakażenia tłómaczy szczegóły z epidemiologii tej choroby, których ani zakażeniem przez bezpośrednie zetknięcie, ani tak zwaną: »Tröpfcheninfection« wytłómaczyć się nie da. To też nie wyłączając tych dróg zakażenia, podniesiono drogę powietrza na plan pierwszy. Szczegół, że w 70 próbkach kurzu nie stwierdzono obecności zarazka, jest sprzeczny, ale również tylko pozornie, bo badane próbki mogły być brane w czasie, kiedy zarazek już nie żył, albo z miejsc, gdzie go wcale nie było. Znaczenie powietrza, jako drogi zakażenia, ogranicza się do minimum przy zakażeniach przyrannych, w chirurgii, ale nigdy w sposobach przenoszenia się chorób zakaźnych. W odpowiedzi tej jest już odpowiedź na drugą sprawę, poruszoną przez kol. Lewkowicza, t. j. sprawę »Tröpfcheninfection«. Co się tyczy pierwszego zarzutu, t. j. pominięcia przypuszczenia, wyrażonego przez kol. Lewkowicza w artykule: »O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych« w Przeglądzie lekarskim z r. 1900, a wkraczającego w zakres epidemiologii zapalenia opon, to pominięto je w odczycie podobnie, jak wiele innych przypuszczeń, nie popartych żadnym realnym dowodem, celem skrócenia wykładu, gdyż w poglądzie historycznym uwzględniono jedynie twierdzenia, poparte bądź to dodatnimi wynikami badań bakteryologicznych, bądź też ścisłemi spostrzeżeniami epidemiologicznemi. Co się tyczy spraw, poruszonych przez kol. Gertlera, to myśl badania owadów (much, pcheł i t. d.), jako możliwych przenośników choroby, postawiono w planie badań, a nie wprowadzono tej myśli w czyn jedynie z powodu braku czasu, gdyż przedewszystkiem uwzględniano badania, dotyczące potwierdzenia myśli, wyłaniających się ze spostrzeżeń epidemiologicznych, a te dawały taki wielki materyał, że na badania owadów nie pozostało czasu. Co się tyczy pożywek, to agaru z krwią próbowano, agaru z płynem mózgowo-rdzeniowym nie. Pożywki, używane przez autorów, dawały dobre wyniki, gdyż nie wyhodowano zarazka tylko z dwóch próbek płynu mózgowo-rdzeniowego, w których stwierdzono obecność zarazka mikroskopowo, ale te próbki były nadesłane i nie jest wyłączonem, że naczynia były przepłukiwane w środkach przeciwgnilnych. W sprawach, podniesionych przez kol. Prof. Kleckiego, zaznaczono, że wśród badanych przypadków zarysowała się grupa przypadków lekkich o pomyślnem zejściu, w których badanie mikroskopowe płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało mały odsetek leukocytów, zajętych przez zwyrodniałe formy mikrobów. Szczegółu tego nie można wciągać jako pewnego czynnika w rokowaniu, gdyż spostrzegano podobny przypadek, który się zakończył niepomyślnie. Co się tyczy zachowania się mikrobów poza fagocytami, to na szczegół ten nie zwracano szczególniejszej uwagi. *(Streszczenie własne)*.

III. Kol. Rydel wygłosił zapowiedziany wykład: **O czuciu wibracyjnem.** W dyskusyi zabrał głos Prof. Piltz: »Pytanie czy czucie wibracyjne jest nowym rodzajem czucia, czy też składową częścią lub wypadkową innych rodzajów czucia, dotychczas nie zostało rozstrzygnięte. Dotychczas nie spostrzegano takiego przypadku, w którym, przy zniesieniu wszystkich innych rodzajów czucia, czucie wibracyjne byłoby całkowicie zachowane. Z drugiej strony tam, gdzie czucie wibracyjne jest zniesione, spotykamy zazwyczaj zaburzenia czucia mięśniowego, bólowego, termicznego lub dotykowego. Dośrodkowa droga w rdzeniu dla przeprowadzania czucia wibracyjnego także dzisiaj nie jest jeszcze znaną. Egger przypuszcza, że czucie wibracyjne prowadzi do mózgu szara istota rdzenia, a Marinesco, że czynność tę spełniają tylne pęczki, a mianowicie część ich, przylegająca do tylnych rogów. O ile z odnośnych badań Eggera, Dejerinea, kol. Rydla i Seiffera sądzić można, topografia zaburzeń czucia wibracyjnego, tak samo, jak i czucia dotykowego, bólowego i termicznego, bywa »peryferyczną«, »korzonkową (radykularną)« i »mózgową«, zależnie od tego, czy zmiany chorobowe, które te zaburzenia wywołały, dotyczą nerwów obwodowych, rdzenia, czy mózgu. Tak, iż z topografii zaburzeń czucia wibracyjnego możemy wnosić o tem, czy sprawa chorobowa leży w nerwach obwodowych, w rdzeniu, czy w mózgu. Egger, kol. Rydel i Seiffer przyszli na podstawie swoich doświadczeń do przekonania, że tam, gdzie spotyka się zaburzenia czucia wibracyjnego, istnieje zazwyczaj także i bezład (ataksya) i naodwrót, że przy bezładzie zazwyczaj spotyka się zaburzenia czucia wibracyjnego. Istnienia takiej zgodności, takiej współrzędności pomiędzy pojawianiem się zmian czucia wibracyjnego i bezładu, nie potwierdza praca Sterlinga, drukowana w Pamiętniku warszawskiego Tow. lek.; wobec tego dalsze badania w tym kierunku będą bardzo pożyteczne. W końcu należy podnieść, że przyrząd do badania czucia wibracyjnego, podany przez kol. Rydla i Seiffera jest nadzwyczaj wygodny. Zapomocą tego przyrządu autorowie określili fizyologiczny stopień wrażliwości najważniejszych punktów kośćca. Przyjmując tabelę kol. Rydla i Seiffera za podstawę, możemy z ogromną łatwością przy badaniu klinicznem oznaczyć każdorazowo, jeżeli się tak wyrazić można, »bezwzględne« upośledzenie czucia wibracyjnego dla każdego punktu kośćca z osobna, porównywując otrzymany wynik z tabelą kol. Rydla i Seiffera, wskazującą, jaki jest w danem miejscu kośćca fizyologiczny stopień wrażliwości. *(Streszczenie własne)*. Za sekretarza dor.: *Dr. T. Cybulski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Doświadczenia na zbrodniarzach. Ciekawy artykuł w tej sprawie znajdujemy w *Med. Klinik* z 26 listopada 1905. Oto jego treść:

W piśmie, ogłoszonem przez »*Lancet*« (1905, 30 września) porusza Preston King myśl, żeby lekarze żądali rzeczy następującej: zbrodniarzom, skazanym na śmierć, których życie zatem jest wedle panujących przekonań własnością społeczeństwa, pozostawia się możność uniknięcia śmierci przez to, że zgodzą się poddać jakiemuś patologicznemu doświadczeniu. King jest przekonany, że każdy zbrodniarz, skazany na śmierć, chwyci się bez namysłu tej deski ratunku i w ten sposób doświadczenia co do powstawania i leczenia chorób będzie można rozszerzyć. Możnaby n. p. w ten sposób ostatecznie rozstrzygnąć, czy gruźlica bydlęca da się przenieść na człowieka, lub czy rak da się przeszczepić z jednego osobnika na drugi. Także badania toksyn i antytoksyn, które obecnie ograniczają się do doświadczeń na zwierzętach i których wyniki można przyjmować za pewniki tylko z zastrzeżeniem, byłyby przez pracowanie w żywej pracowni ludzkiego ustroju niezwykle ułatwione i dałyby obfite owoce. King dopatruje się w propozycyi swej nawet pewnej sprawiedliwości, skoro według niej ten, co zniszczył ludzkie życie, swoje tylko na to zachowuje, by ułatwić ratowanie życia innych osobników. Myśl Kinga jednak nie jest nową. W artykule wstępnym, który *Lancet* ogłasza z powodu odezwy Kinga, można znaleźć wzmiankę o osławionych wiwisekcyach Herofila z Aleksandryi i o niektórych doświadczeniach lekarzy epoki renesansu. Oczywiście nie pytano wtedy skazańca o zezwolenie. Tak więc dawną myśl oblekа się teraz tylko w modny humanitarny płaszczyk.

Pomysł Kinga budzi najrozmaitsze uwagi krytyczne. Słusznem jest przypuszczenie, że bardzo wielu, chociaż nie wszyscy skazańcy chętnie poddadzą się doświadczeniu, byle uniknąć śmierci; wszak znaną jest rzeczą, że w różnych czasach istnieli odważni ludzie, którzy sami na sobie robili, lub robić pozwalali doświadczenia naukowe (n. p. owi amerykańscy żołnierze, którzy się ofiarowali do

doświadczeń z żółtą febrą). Skazańcy chętnieby się więc na tę myśl zgodzili, a i z punktu widzenia humanitarnego nieby jej zarzucić nie można. Podobnież i z punktu widzenia prawnego. Ustawa jednak nie pozostawia skazanemu wyboru między dwiema karami. Gdzie istnieje kara śmierci, (a tylko tam myśl Kinga dałaby się urzeczywistnić), tam tylko panujący może ją w drodze łaski zamienić na łagodniejszą karę. Tam więc tylko panujący, gdyby skazany ofiarował swe życie na cele naukowe, mógłby w ten sposób ułaskawiać.

Taką ugodę podnosić jednak do wysokości zasady, sprzeciwiałoby się duchowi ustawodawstwa, które nakłada karę śmierci, gdyż żąda ono, by morderca odpokutował swą winę i nie pozostawia mu wyboru rodzaju kary, jaki mu najbardziej odpowiada. Nadto nauka prawa pojmuje obecnie karę śmierci nie jako akt zemsty, ale jako środek ochronny, jako sposób pozbywania się szkodników społecznych i środek, odstraszający naśladowców.

Cała ta sprawa ma wyraźne cechy utopii, niemniej jednak ma znaczenie objawu, który należy podkreślić. Że w Anglii, twierdzy prawniczego konserwatyzmu, w kraju, skąd wyszedł ruch antiwiwisekcyonistyczny i w którym szanuje się przedewszystkiem wolność poszczególnych jednostek, pismo tak poważne, jak *Lancet*, pomysł Kinga z całą powagą omawia na naczelnem miejscu, — to zasługuje na uwagę, bo jest poniekąd znamiennem dla epoki, aż do skrajności dumnej ze swych doświadczeń naukowych. *E. S.*

Izba panów a ministerstwo zdrowia w Austryi. Austryacki związek stowarzyszeń lekarskich wniósł do Izby panów podanie o stworzenie w Austryi oddzielnego ministerstwa sanitarnego.

Sprawozdawca Izby panów hrabia Merveldt wywodził w dniu 20 grudnia 1905, co następuje: Związek stowarzyszeń lekarskich podnosi przedewszystkiem, że zdobycze nauki obok najzupełniej zmienionych stosunków tak dalece wstrząsnęły podwalinami austryackiej służby zdrowia publicznego, że państwowa ustawa sanitarna z 30 kwietnia 1870 r. jest już dawno przestarzałą i wymaga stanowczo zmiany. Należałoby zająć się usunięciem obecnych braków w zarządzie sanitarnym, przedewszystkiem w tym kierunku, żeby załatwianie spraw zdrowia publicznego nie było w części przydzielone władzom państwowym, a w części władzom autonomicznym, dalej, żeby sprawy te nie były, jak dotąd, rozrzucone w różnych ministerstwach, a wreszcie, żeby stanowiska naczelne w sprawach zdrowia oddać zawodowcom, których dotąd przydzielano tylko jako podwładnych referentów naczelnemu urzędnikowi, wykształconemu prawniczo i administracyjnie. Petycya związku lekarskiego streszcza się w prośbie o urządzenie ministerstwa zdrowia z zawodowcem na czele. Sprawozdawca podnosi, iż wyznaczona przez Izbę komisya musiała w uzasadnieniu prośby uznać słuszność wielu szczegółów, szczególnie co się tyczy zawikłanych stosunków kompetencyi przeróżnych władz, zajmujących się sprawami zdrowia publicznego. Wobec tego wnosi komisya, by przekazać prośbę związku lekarskiego rządowi.

Radca dworu prof. Toldt oświadczył, że jego zdaniem związek stowarzyszeń poszedł w swem podaniu nieco za daleko. Niemniej zasługuje na uwagę uzasadnienie podania. Służba zdrowia publicznego, powiada mowca, stoi w Austryi na odpowiednim stopniu rozwoju i oddała znakomite usługi, szczególniej w ostatnich dziesiątkach lat; nie byłoby jednak zgodnem z prawdą, gdyby ktoś twierdził, że służba ta nie posiada braków i usterek. A więc słusznie podanie narzeka na obecną decentralizacyę służby zdrowia, słusznie się żali, że czynności sanitarne rozdzielone są nietylko między liczne władze państwowe, ale także między przeróżne ciała autonomiczne, z czego wynika niejednolitość w wykonywaniu przepisów sanitarnych. Obok tego grozi zawsze to niebezpieczeństwo, że wykonanie, a nawet stanowienie przepisów sanitarnych dostaje się w ręce osób, które się na rzeczy nie rozumieją i dlatego też nią nie zajmują się w należyty sposób. Jako przykład, co się stać może, jeśli laicy rozstrzygają o sprawach zdrowia publicznego, przytoczył mowca fakt, jaki się zdarzył niedawno w jednem z prawodawczych ciał Wiednia. Szło o uchwalenie stosunkowo małej sumy na premia za szczepienie ospy, przyznawane lekarzom, jako zachęta do dokładnego i gorliwego wykonania tej w zasadzie bezpłatnej czynności. Nieuchwalenie tych premii stanowiłoby niebezpieczeństwo dla publicznego zdrowia. Otóż w owem ciele prawodawczem sprawa premii uzyskała większość jednego tylko głosu. Gdyby przypadkiem tego jednego głosu brakło, toby może w tym roku w Austryi Niższej szczepienie było niezupełnie dokładnie wykonane. Mowca zakończył wnioskiem, aby Izba poleciła rządowi zajęcie się motywami, zawartymi, w prośbie austryackiego związku stowarzyszeń lekarskich, zmierzającymi do naprawy w duchu czasu i skutecznego urządzenia publicznej służby zdrowia.

Sprawozdawca hrabia Merveldt, godząc się z krytyczną częścią przemówienia prof. Toldta, oświadczył, że według jego osobistego mniemania utworzenie centralnej władzy sanitarnej stanowić będzie ważny i cenny postęp na polu publicznej służby zdrowia w Austryi, choć niekoniecznie musi to być ministerstwo, niekoniecznie musi się zawodowca-lekarza mianować odrazu ministrem, któryby jako członek gabinetu musiał brać udział we wszystkich politycznych zmianach gabinetu. Zarówno z tych, jak i z formalnych względów, obstawał sprawozdawca hr. Merveldt przy pierwotnym wniosku komisyi.

W głosowaniu przyjęto wniosek radcy dworu dra Toldta.

Słusznie też »*Oesterreichische Aerztliche Vereinszeitung*«, przytoczywszy te rozprawy w Izbie Panów, dodaje od siebie: Strzeż nas Boże przed naszymi przyjaciółmi, bo z naszymi wrogami sami sobie poradzimy". Boć podanie znalazło zupełne uznanie referenta i komisyi, a nie poparł go tylko ten, który je jako lekarz przedewszystkiem w całej rozciągłości poprzeć był powinien. *Stahr.*

W sprawie oddawania chorym leków, przysyłanych przez fabryki lekarzom dla celów doświadczalnych. Niema teraz napewno ani tygodnia, żeby lekarz praktykujący w krajach cywilizowanych nie dostał z jakiej fabryki przesyłki, zawierającej jakiś lek, z prośbą, by zechciał go w odpowiednim przypadku użyć. Tymczasem zdarzało się, że sądy skazywały (szczególnie w Niemczech) lekarzy za oddawanie chorym (nawet bezpłatne) przysłanych im przez fabryki leków, gdyż ustawy orzekają, że winnym staje się przekroczenia, kto bez zezwolenia władzy trucizny lub leki, o ile handel nimi nie jest wyraźnie dozwolony, przyrządza, ma u siebie na składzie, sprzedaje, lub w jakikolwiek sposób innym oddaje. Wprawdzie nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, że celem owych przepisów ustawy jest ochrona publiczności przed szkodą i niebezpieczeństwem, jakieby wynikły, gdyby lekami i truciznami kupczyli niepowołani i nieodpowiedzialni, jednak wyroki sądowe z ostatnich lat rozciągały ów przepis karny także i na lekarzy, którzy jednorazowo i bezpłatnie oddawali swoim chorym leki, przysyłane celem doświadczeń przez nieproszone o to fabryki.

W Badenie wreszcie rozporządzenie ministeryalne z 2 sierpnia 1905 sprawę tę uporządkowało. Rozporządzenie to brzmi: Nie jest karygodnem, jeśli lekarz leki, przysłane mu przez fabryki do doświadczeń, oddaje swoim chorym, ale bezpłatnie. Należy się spodziewać, że i w innych krajach władze w podobny sposób na tę sprawę zapatrywać się będą. *E. S.*

W sprawie lekarskiej tajemnicy zawodowej. Tajemnica lekarska jest sprawą, często omawianą, a mimoto nie jest dotąd ustalonem pojęcie tej tajemnicy. Sprawa tajemnicy lekarskiej doznała pewnego oświetlenia przez wyrok, jaki zapadł w sądzie państwowym niemieckim z powodu znanego przypadku berlińskiego. Jak wiadomo, skazał sąd krajowy w Berlinie pewnego lekarza za przekroczenie § 300 ustawy państwowej (zdrada tajemnicy zawodowej) w następującym przypadku. Lekarz rozpoznał zakażenie kiłowe u pewnej młodej dziewczyny i ostrzegł wtedy jej szwagrową, u której był domowym lekarzem, by trzymała dzieci swoje zdaleka od owej młodej dziewczyny; wiedział zaś na pewno, że dzieci te często sypiają z ową chorą dziewczyną w jednem łóżku. Lekarza tego w pierwszej instancyi zasądzono za zdradzenie tajemnicy zawodowej, bo sąd wychodził z założenia, że lekarz tylko wtedy ma prawo łamać lekarski obowiązek milczenia, jeśli go strona z tego obowiązku wyraźnie zwalnia, albo jeśli musi świadczyć na zasadzie ustawy. Natomiast sąd wyższy inaczej rzecz tę ocenił: „Ponieważ milczenie lekarza mogło pociągnąć za sobą dalsze zakażenie innych osób, a więc w rozumieniu ustawy uszkodzenie ciała, zatem lekarz miał dostateczny powód do ostrzegania". Sąd wyższy odesłał przeto sprawę do ponownego rozpatrzenia sądowi niższemu, który teraz na wniosek prokuratora lekarza od winy i kary uwolnił.

Z tego wyroku wynikałoby zatem, że nie staje się winnym złamania tajemnicy zawodowej lekarz, który z pobudek słusznych natury ogólnej w sposób odpowiedni wprost i bezpośrednio osoby zagrożone o czyjemś cierpieniu powiadamia. *E. S.*

Spadek liczby studentów medycyny. W ostatnich dwudziestu latach bywały wydziały lekarskie na całym świecie przepełnione uczniami, a od kilku lat dopiero liczba studentów medycyny spada. W r. 1905 dosięgła liczba lekarzy we Francyi 20.709, z czego 3586 przypadało na sam Paryż. Obecnie we Francyi, gdzie jeszcze w roku 1895 liczono 7779 studentów medycyny, było ich (w r. 1905) tylko 6763. Liczba studentów medycyny spadła w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej jeszcze gwałtowniej. W r. 1904 było tam 28.132 studentów medycyny, a już w minionym roku tylko 26.147. W cesarstwie niemieckiem podnosiła się

liczba studentów od r. 1858 do r. 1888 stale od 2054 do 8513, od r. 1888 zaczęła znowu opadać, aż w r. 1903 spadła na 6232. Bardzo wyraźny zaznaczył się spadek również i w Austryi. Ogólna liczba wszystkich zwyczajnych słuchaczy medycyny w półroczu zimowem 1891/1892 wynosiła tu 5275, liczba nadzwyczajnych 1208: natomiast w r. 1900/1901 było w całej Austryi 2555 zwyczajnych i 1168 nadzwyczajnych słuchaczy. Liczba promocyi wynosiła w roku 1891/1892 na wszystkich wydziałach austryackich 721, w roku 1901/1902 tylko 603, a w r. 1903/1904 tylko 561. *Stahr.*

Związek lekarzy praktykujących w Austryi dolnej prócz Wiednia i stowarzyszenie dolno-austryackich lekarzy gminnych oświadczyły władzom tych krajów, że lekarze dolno-austryaccy nie będą od 1 lutego b. r. wykonywać szczepienia urzędowego badania włóczęgów i opieki lekarskiej nad podrzutkami, jeżeli im do tego czasu nie będzie przyznane za te czynności odpowiednie wynagrodzenie. Znamienne są, a niestety prawdziwe zestawienia, któremi postanowienie to uzasadniono, n. p.: Za szczepienie człowieka i związaną z tem pisaninę otrzymuje lekarz 20 hal., zaś weterynarz za szczepienie ochronne nierogacizny przeciw róży od sztuki 40—80 h.; za badanie włóczęgi wyznaczono lekarzom 36 hal., gdy fryzyer za strzyżenie włosów temuż włóczędze otrzymuje 40 h. Izba lekarska wiedeńska uchwaliła poprzeć dążenia lekarzy dolno-austryackich. *R.*

Wiadomości bieżące.

Kraków, 25 stycznia.

— W dniu 24 b. m. odbyło się posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem Prof. Piltz przedstawił chorą ze swej kliniki, a Prof. Browicz wygłosił wykład p. t. »Topografia dróg żółciowych śródzrazikowych«.

— W Towarzystwie lekarskiem lwowskiem wybrani zostali na r. 1906: prezesem Dr. Teofil Stachiewicz, wiceprezesem Doc. Dr. F. Kośmiński, sekretarzem Dr. Witołd Ziembicki, bibliotekarzem Dr. A. Zawadzki, skarbnikiem Doc. Dr. A. Bednarski, delegatami na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. Dr. S. Jasiński, Moszkowicz, Doc. Rencki, Eug. Wajgiel, K. Zgórski, zastępcami delegatów Doc. Dr. Herman i M. Lilien.

— Dzienniki donoszą, że sąd lwowski dopuścił Dr. Florę Ogórkównę i Dr. Moraczewską na znawczynie w procesie o unieważnienie małżeństwa. Poraz pierwszy w Austryi wystąpią lekarki w roli znawców sądowych.

— Jak donosi »Tygodnik lekarski«, zgodziło się już zasadniczo ministerstwo oświaty na to, by Towarzystwo szpitala św. Zofii we Lwowie postawiło osobny budynek, który rząd obowiązuje się wynajmować za czynszem rocznym na cele kliniki chorób dziecięcych. Nie ma jeszcze zgody na wysokość czynszu i opłat, jakie rząd ma składać za utrzymanie chorych w klinice. W każdym jednak razie piekąca sprawa utworzenia kliniki pedyatrycznej we Lwowie posunęła się o krok naprzód.

— Wydział lekarski lwowski postanowił na posiedzeniu 12 stycznia 1906 przedstawić ministerstwu wniosek, aby docentów pryw. dr Bohosiewicza i dr. Gońkę mianowano równorzędnymi kierownikami ambulatoryum dentystycznego, które ma być utworzone we Lwowie; doc. dr. Barącza przedstawiono do tytułu profesora nadzwyczajnego; wreszcie oświadczył się wydział przeciw dopuszczeniu kobiet do habilitacyi z zakresu nauk lekarskich.

— W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem wybrani zostali na rok 1906: prezesem dr. Dunin, wiceprezesem dr. Kamocki, sekretarzem I dr. Korzon, sekretarzem II dr. Landstein. Sekretarzem stałym jest prof. Hoyer, podskarbim dr. Dobrski, a bibliotekarzem dr. Bieliński.

— Dr. Władysław Biegański został wybrany członkiem honorowym Towarzystwa lek. warszawskiego.

— W Towarzystwie lekarskiem wileńskiem przemówiono 24 listopada r. z. po raz pierwszy od lat 40 po polsku. Oprócz zagajenia posiedzenia przez prezesa dr. Wojnicza, wygłosił polski wykład dr. Strzemiński o swoich spostrzeżeniach nad gradówką.

— Zawiązany w Krakowie miejscowy komitet dla międzynarodowego zjazdu, mającego się odbyć w Londynie w r. 1907 w sprawach higieny szkolnej, wybrał prezesem prof. Jordana, a I sekretarzem prof. J. Nowaka.

— Mieszkańcy miasta Frysztatu na Śląsku austr. proszą za pośrednictwem dzienników, by ktoś z lekarzy Polaków zechciał osiedlić się w tem mieście, albowiem miejscowe stowarzyszenie »Nordmark« stara się sprowadzić lekarza-Niemca na opróżniające się tam miejsce; dla miejscowej ludności polskiej jest osiedlenie się Polaka sprawą niezmiernej wagi. Informacyi można zasięgnąć u Dr. Miszkego do 26 b. m. we Frysztacie, a później w Jaworzniu w Galicyi.

— Na katedrę po Nothnaglu, której przyjęcia odmówiło już kilku wybitnych klinicystów niemieckich, przedstawił wydział lekarski wiedeński 13 b. m. ostatecznie Noordena i Minkowskiego na pierwszem, Romberga na drugiem miejscu.

— Izba lekarska wiedeńska powzięła 9 b. m. uchwałę, by ostro zaprotestować przeciwko temu, że wydziałem sanitarnym w ministerstwie spraw wewn. kieruje były namiestnik Krainy, bar. Hain, któremu w czasie choroby dawnego kierownika, dr. Kusyego, oddano zarząd wydziału. Po śmierci dr. Kusyego mianowano wprawdzie dr. Daimera referentem spraw sanitarnych, lecz jest to stanowisko podwładne i najwyższą władzę w sprawach sanitarnych państwa posiada istotnie — prawnik.

— Popołudniowy spoczynek niedzielny dla lekarzy uchwaliły zaprowadzić Towarzystwa lekarskie we Frankfurcie n. M. i w Canstatt. Podobnie, jak w innych miastach, gdzie urządzenie to już zaprowadzono, przeniosą wszyscy lekarze swe godziny przyjęcia w niedzielę na poranki, popołudniu zaś będą porady udzielać tylko kolejno dyżurujący lekarze. We Frankfurcie dyżury te oparte będą na zasadzie wzajemności koleżeńskiej, nie będą przeto wynagradzane osobno.

— Dzienniki donoszą, że kierownictwo Finsenowskiego zakładu w Kopenhadze zamierza założyć zakład leczenia światłem chorób sercowych i nerwowych; w tym celu podjęto starania o uzyskanie części funduszów, zebranych na pomnik Finsena i o zasiłki ze strony rządu duńskiego. Zakład ten, podobnie jak już istniejący zakład leczenia wilka, będzie miał charakter prywatny.

— Na zakład badania i leczenia raka, który ma być otwarty w Heidelbergu w połowie września b. r., zebrano dotąd 710,000 marek. Ofiarujący 100,000 marek mają prawo rozporządzać rocznie 300 dniami leczenia bezpłatnego dla wskazanych przez siebie chorych. Uniwersytet i rząd zobowiązały się utrzymywać zakład najmniej przez 50 lat.

— Między 31/XII 1905 a 6 I 1906 stwierdzono 54 nowych przypadków duru osutkowego w 16 gminach 13 powiatów Galicyi (Nadwórna i Tłumacz po 8, Kamionka i Stryj po 7, Przemyślany 6, Horodenka i Stary Sambor po 4, Mościska 3, Dobromil i Jarosław po 2, Brzeżany, Mielec i Śniatyn po 1); w następnym zaś tygodniu (do 13 I 1906) 20 dalszych przypadków duru osutkowego w 10 gminach 8 powiatów (Nadwórna 4, Kamionka, Myślenice, Stryj i Tłumacz po 3, Zborów 5, Jarosław, Stary Sambor po 1) i w tymże tygodniu 1 przypadek ospy w Krakowie (Rosyanka z Odessy) i 6 w Brodach.

Mianowani: Dr. Wolf, prof higieny i bakteryologii na politechnice drezdeńskiej, profesorem higieny w Tübingen; profesor Ruggi z Modeny profesorem chirurgii w Bolonii; doc. Silberschmidt profesorem bakteryologii w Zurychu; doc. Jesionek z Monachium profesorem dermatologii w Giessen.

Zmarli: Prof. medycyny sądowej Filippi we Florencyi; b. prof. okulistyki w uniwersytecie warszawskim dr. Emil Wolfring; chirurg prof Piéchaud w Bordeaux; anatom prof. Forbes w Filadelfii.

Ś. p. dr. Tadeusz Czaplicki, asystent kliniki położniczo-ginekologicznej, wychowanek lwowskiego uniwersytetu, zmarł we Lwowie dnia 14 b. m., w 30 roku życia. Zapał, z jakim się zmarły poświęcał pracy zawodowej, wrodzone zdolności; i dar zjednywania sobie ludzi, uzasadniały najpiękniejsze nadzieje, jakie w nim koledzy jego i zwierzchnicy pokładali. Przeświadczone o wielkości straty, jaką przyniosła przedwczesna śmierć jego, liczny zastęp znajomych i przyjaciół odprowadził go na miejsce wiecznego spoczynku, gdzie przemówił nad grobem prof. dr. Mars.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 1. H. Hoyer: 1881—1905 (Dwudziestopięciolecie „Gazety lekarskiej"). Kijewski: Kilka uwag w kwestyi stosowania nefrektomii przy kamicy nerkowej.

— *Medycyna* Nr. 2. Grosglik: Rentgenogram nerki rakowatej, symulującej obecność kamienia. Heiman: Przypadek ostrego ropnia zraza skroniowego przez ostrą sprawę ropną w uchu wywołanego.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 3. Łukasiewicz: Zasady leczenia wyprysku. Raczyński: Leczenie płonicy wielowartościową surowicą przeciwpłoniczą Mosera

— *Postęp okulistyczny* 1905 Nr. 12. Wicherkiewicz: Uproszczony sposób operacyi garbca rogówkowego.

— *Časopis lekařův českých* Nr. 2. Kutvirt: Airol jako diagnostická pomůcka při kariosnich zánětech ušnich. Kukula: O chirurgické therapii cholelithiasy. Veselý: Topografická perkusse srdce. Bouček: Úvahy a skušenosti porodnické praktického lékare.

— *Liječnički Viejstnik* Nr. 1. Katičić: Prilog diagnozi trachoma. Dežman: Diagnoza i prognoza tuberkuloze. Gottlieb: Slučaj kombinirane ozlede četiriju živaca desne gornje okrajnine.

— *Semaine médicale* Nr. 3. Couto: Szmer skurczowy w czystej niedomykalności zastawek tętnicy głównej.

— *Presse médicale* Nr. 4. Lortat-Jacob i Vitry: Zmiany nerwów, a rozpadowa gruźlica płuc u osesków. Gourdon: Zmiany anatomiczne po bezkrwawem odprowadzeniu wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. Ancel i Bouin: Niedostateczne wydzielanie nasienia i niedostateczne wydzielanie wewnętrzne jądra. — Nr. 5. Savariaud: Leczenie chirurgiczne tętniaka podobojczykowego. Hartenberg Migrena dnawa. Hardouin i La Pipe: Leczenie wrzodów żylakowych przez okrężne nacięcie goleni.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 3. Koch: Obecny stan zwalczania gruźlicy. Orth: O komórkach wysięków w ogólności, a w szczególności w rozmaitych postaciach zapalenia opon. Senator: O dyetetycznem leczeniu wrzodu żołądka. Neisser: Próby przeniesienia kiły na małpy (dok.). Küttner: Co wynika dla praktyka lekarza z postępów chirurgii nerek (dok.). Cuno i Trappe: Wyłuszczenie złośliwego nowotworu nerki. Reunert: O gruźlicy migdałków, dalszy przyczynek do sprawy leczenia tuberkuliną nową. Schmidt: Salit. Schumburg: Sposób szybkiego i taniego przyrządzenia obrazów do projekcyi.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 3. Voelker i Lichtenberg: Pyelografia (Röntgenografia miedniczki nerkowej po napełnieniu jej kolargolem). Miller: Zez ku górze. Ehret: Rozpoznawanie kamieni przewodu żółciowego. Grassmann: Kilka spostrzeżeń co do digalenu. Rieder: Badanie żołądka i jelit promieniami Röntgena. Schrecker: O leczeniu nadkłykciowych złamań uda i ramienia wyciąganiem Bardenheuerowskiem. Labhardt: O klawinie. Morian: O ropieniach w zatoce Douglasa. Nieny: O uruchomieniu skrzywień bocznych kręgosłupa sposobem Klappa. Aderholdt: Rzadki przypadek wrodzonej sztywności w stawach palców. Ritter: W sprawie powstawania nowotworów. Colmers: 4 tygodnie w armii rosyjskiej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 3. Schüller: Doświadczalne przecięcie piramid u psa i małpy. Stegmann: O leczeniu choroby Basedowa promieniami Röntgena. Gersuny: Przeciwdziałanie podnieceniu przy narkozie. Gobiet: Równoczesna ciąża zewnątrzmaciczna i wewnątrzmaciczna. Deutsch. Uwagi o wewnętrznem leczeniu wiewióra.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 3. Laache: Z kazuistyki obustronnego ropniaka opłucnej. Neisser i Sachs: Rozróżnienie sądowolekarskie krwi zapomocą działania antyhemolitycznego. Weil i Nakayama: Utrudnienie fagocytozy prątka siennego przez agressynę tego prątka. Meltzer: Hamujące i znieczulające własności soli magnowych. Rothmann: Przewodzenie czucia w rdzeniu (dok.). Schloesser: W sprawie leczenia nerwobolów wstrzykiwaniami wyskoku. Beitzke: O wykryciu bakteryi we krwi i jego znaczeniu. — Nr. 4. Stadelmann i Benfey: Doświadczenia co do leczenia gruźlicy surowicą Marmorka. Levin: Leczenie gruźlicy surowicą przeciwgruźliczą Marmorka. Moreschi: W sprawie antykomplementów. Brinitzer: Wzrost ciepłoty po użyciu tiosynaminy. Heine: Rokowanie w zapaleniu opon pochodzenia usznego.

Redakcya otrzymała: K. W. Majewski: Nowy przyczynek do ametropometryi. Odb. z „Postępu okulist." 1905. Kostanecki. Experimenteller Beitrag zur Feststellung der Herkunft der Centriolen der Furchungsspindel bei Myzostoma glabrum. Biul. Ak. Um. Kraków 1905. Godlewski E. jun. Die Hybridisation der Echinideen- u. Crinoideenfamilie. Biul. Ak. Um. Kraków 1905. Siedlecki i Krzyształowicz: Spostrzeżenia nad budową i rozwojem spirochaete pallida Schaud. Kraków. Ak. Um. 1906 — Sprawozdanie czytelni akad. we Lwowie za r. 1904/5. St Serkowski: Walka z cholerą w Królestwie polskiem. Odb z „Głosu lek." 1905. Ołtuszewski: O mowie i jej zboczeniach (Biblioteka lekarska R. II. T. X). Warszawa 1906. Str 438. z rysunkami i tablicami w tekście.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 3 (od dnia 14/I do 20/I) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 38, dziew. 27; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 19, kob. 16; zamiejscowych: męż. 14. kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 6, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 3. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 8, ob. —. 21) nowotwory: miej. —. ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 5, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 3, ob. —. **Razem:** miejscowych 33, obcych 26.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

We środę dnia 31 stycznia 1906 o godz. 6 wieczór odbędzie się w *Domu Towarzystwa* (Radziwiłłowska 4) **posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego,** na którem przedstawiać i omawiać będą ciekawsze przypadki chorobowe, preparaty i narzędzia koll. Bogdanik, Borzęcki, Gettlich, Gliński, Nowotny, Reiss.

„HYGEA“ CHEM.-FARM. LABORATORYUM M. ZAHRADNIK, APTEKARZ, ZŁOCZÓW.

Kapsułki lecznicze „HYGEA“

uznane przez Tow. lekarskie krakowskie **za najlepsze i najtańsze**

w pudełkach oryginalnych po 50 i 100 szt., oznaczonych stałemi cenami, napełniane: bals. kopaiwowym, kreosotalem („Heyden“), duotalem („Heyden“), kreosotem, gonorolem, gwajakolem, bromkiem kamfory, ichtyolem, libanolem, mentolem, morrhuolem, olejem rycynowym, olejkiem santałowym, terpentynowym, terpinolem, tranem, wyciągiem paproci, granatu i szaruchą i w innymi lekami.

UWAGA: Aby uniknąć droższych, o wątpliwej jakości i dawce wyrobów, upraszam dodawać na receptach: „fabr. ZAHRADNIK in scat. orig“.

Dziurkowane pastylki sublimatowe „ZAHRADNIK“.

Zaletą dziurkowanych pastylek jest: **bardzo łatwa rozpuszczalność, dokładność dawek i taniość.**

Powtórne orzeczenie komisyi przemysłowo-lekarskiej: „Stwierdzono, że pastylki dziurkowane ze sublimatem M. ZAHRADNIKA, wyrób pod każdym względem znakomity, znaleźć powinny powszechne zastosowanie w praktyce chirurgicznej i położniczej“.

Proszę przepisywać i żądać tylko: 15[?]

Pastilli Sublimati perforati „ZAHRADNIK“.

Piśmiennictwo i próbki na żądanie.

KALENDARZ LEKARSKI
KRAKOWSKI na rok 1906.

Rocznik szesnasty, ułożony na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego przez Dra TEODORA CYBULSKIEGO. 358 stron tekstu, z dodatkiem 4 notatników na każdy kwartał. Pomimo małego formatu treść bardzo obfita. — Do nabycia: U **Dra Teodora Cybulskiego**, Kraków, Długa 17, Tel. 774, lub w **Księgarni Krzyżanowskiego**, Kraków, Rynek, Telef. 150.

Cena w Krakowie: w trwałej oprawie 3 Kor. 20 hal., w oprawie w skórę ze złoconym brzegiem 4 Kor. 106

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Cena w Austryi 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8,50, z przesyłką pocztową Rbs. 9. 105

Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, w Towarzystwie lekarskiem w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.



Fosfatyna Faliera
(Phosphatine Falières)

przyjemny pokarm najodpowiedniejszy dla dzieci od 6 miesięcy do 10 lat, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rozwijania się.

Ułatwia ząbkowanie i zapewnia prawidłowy rozwój kości.
Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach. 62

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
VICHY

Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS — Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE — Słabości wątroby i organów żółć wydzielających.

VICHY-HOPITAL — Słabości żołądka i kiszek.

PASTILLES VICHY-ETAT — Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ETAT — Wydające wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwieiszego trawienia.

Rok XLV. Kraków 3 Lutego 1906. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

Przypadek zbrodniczego rozkawałkowania zwłok.

Podał

Prof. Dr. L. Wachholz.

Dnia 2 kwietnia 1905 znaleziono na świeżo pod zasiew wiosenny nawiezionych polach jednej z podmiejskich gmin, tułów, kończynę dolną lewą i udo prawe wraz z górną częścią podudzia ze zwłok dziecka. Ponieważ gnój, użyty jako nawóz, pochodził z dołu kloacznego domu, położonego w innej odległej gminie podmiejskiej, a doświadczenie przemawiało za tem, że znalezione resztki zwłok dostały się zapewne na pola wraz z gnojem, przeszukano ów dół kloaczny i tu znaleziono główkę, kończynę górną lewą oraz część trzew brzusznych dziecka. Znalezione kawałki zwłok dziecka przesłano zakładowi sądowo-lekarskiemu dla wykonania ich sekcyi. Równocześnie wykazały dochodzenia śledcze, że w jednem mieszkaniu domu, z którego kloaki wydobyto część zwłok, zajmowanem przez wyrobnika wdowca i jego 12-letnią córkę, znalazła schronienie na przeciąg kilku tygodni służąca bez zajęcia, Paulina S., licząca lat 27, stanu wolnego. Domownicy nie zauważyli u niej brzemienności, podali jednak, że w końcu swego pobytu w rzeczonym domu zaniemogła i dlatego udała się do szpitala powszechnego. I w istocie przekonano się, że Paulina S., matka kilkoletniego nieślubnego dziecka, znajduje się w oddziele położniczym, przyjęta tam jako położnica. Zapytana przez lekarzy o dziecię swe nowonarodzone, podała, iż zmarło ono wkrótce po porodzie.

W dniu 4 kwietnia wykonane oględziny sądowo-lekarskie i sekcya znalezionych resztek zwłok dały następujący wynik:

Oględziny zewnętrzne: Na stole sekcyjnym spoczywa 5 luźnych części zwłok dziecka, oraz gliniany półlitrowy garnuszek z jelitami. Części te są: główka, tułów, kończyna dolna i górna lewe, wreszcie udo prawe z podudziem bez stopy i pozbawionem w dolnej swej połowie wszystkich części miękkich. Luźne te części stosują się dobrze do siebie, tworząc jednolitą całość zwłok dziecka, pozbawioną tylko całej kończyny górnej i stopy prawej. Powłoki skórne na tych częściach przeważnie szarozielonawe. Długość zwłok po złożeniu ich części 51 cm. W dolnej nasadzie kości udowej wyraźne jądro kostne o średnicy 4 mm. Obwód główki, porosłej ciemnym, 2 cm długim włosem, wynosi 32 cm., wymiar prosty 10 cm, skośny wielki 11·5 cm., dwuciemieniowy 7·5 cm., dwuskroniowy 6·5 cm. Małżowiny uszne i skrzydła nosowe chrząstkowe. Paznokcie u rąk i u nóg sięgają prawie do końców opuszek palców.

Powierzchnie przekrojów, w których rozdzielenie zwłok na 5 wymienionych części nastąpiło, są dość równe i gładkie, a brzegi przerw odnośnych powłok skórnych ostre, równe, w miejscach odjęcia kończyn górnych pergaminowo zaschnięte, nigdzie krwią nie podbiegnięte. Głowa jest od tułowia między 2 a 3 kręgiem szyjnym oddzielona zapomocą cięcia okrężnego. Cięcie to przechodzi na tyłogłowiu w ranę 6 cm. długą, do niego prostopadłą, przedzielającą powłoki tyłogłowia na dwa płaty. Za małżowiną uszną lewą dwie obok siebie leżące, do siebie równoległe rany, wązkim mostkiem powłok od siebie oddzielone, 3 i 1 cm. długie, o brzegach równych, gładkich, krwią nie podbiegniętych, drążące tylko do tkanki podskórnej. Powłoki zewnętrzne i mięśnie podbrzusza, od pępka począwszy, w linii poziomej poszarpane, jednak tu i owdzie o brzegach gładkich, ostrych, jakby przeciętych. Z otwartej w ten sposób jamy brzusznej zwisają jelita szarozielone, okruchami słomy i siana oraz grudkami ziemi pokryte. W dolnej części kręgosłupa brak kości krzyżowej i ogonowej, a kości te znajdują się wraz z lewą kością miednicową w związku z górną częścią uda oddzielonej dolnej lewej kończyny. Prawa kość miednicowa pozostaje w związku z udem prawej dolnej kończyny; przy górnej części tegoż (prawego) uda znachodzi się cały zewnętrzny srom niewieści z przedsionkiem do pochwy, zamkniętym przez obrączkową błonę dziewiczą, z pochwą, macicą i pęcherzem moczowym. Tak więc rozczłonienie dolnej części ciała przebiega poziomo z przodu przez powłoki brzuszne na wysokości pępka, z tyłu zaś na wysokości połączenia ostatniego kręgu lędźwiowego z kością krzyżową. Oddzieloną w ten sposób dolną część ciała rozczłoniono na dwie części t. j. na lewą, obejmującą lewą kość miednicową wraz z kręgami krzyżowymi i ogonowymi, oraz całą dolną lewą kończynę, i na prawą, złożoną z prawej kości miednicowej w związku z częściami płciowemi zewnętrznemi i wewnętrznemi, oraz udem i połową przedudzia prawego. Na górnej połowie powłok brzusznych w ich środku i koło łuku żebrowego lewego kilka zaschniętych, krwią nie podbiegniętych otarć naskórka.

Oględziny wewnętrzne: Wewnętrzna powierzchnia powłok czaszki u szczytu tejże i nad guzem ciemieniowym prawym aż ku małżowinie usznej prawej obficie krwią ciemną podbiegnięte, a podbiegnięcie to stwierdza się także pod oczaszną. Na sklepieniu czaszki biegnie złamanie, nieco zygzakowate, przez środek całej kości ciemieniowej prawej od jej brzegu strzałkowego przez guz jej aż do kości skroniowej prawej, nadto jeszcze drugie złamanie, do pierwszego prostopadłe, zaczynające się w połowie wieńcowego brzegu kości ciemieniowej prawej, a niknące tuż przed jej guzem. Lewa kość czołowa podłużnie złamana, począwszy od łuku brwiowego, a złamanie to przechodzi w tym samym t. j. strzałkowym kierunku na lewą kość ciemieniową, kończy się przed jej guzem i znowu się poza nim zaczyna, a kończy się przy wargowym brzegu tejże kości ciemieniowej.

Na podstawie czaszki biegnie złamanie w przedniem lewem zagłębieniu od zewnętrznego końca lewego łuku brwiowego do lewego skrzydła kości klinowej, oraz w tylnem lewem zagłębieniu poprzecznie, t. j. od lewej strony ku prawej, przez łuskę kości potylicznej ponad tylnym obwodem wielkiego otworu, kończąc się w linii środkowej kości potylicznej. Opona twarda gładka, nieuszkodzona, pod nią

w miejscach złamań podstawy czaszki podbiegnięcia krwi. Opony miękkie gładkie, cienkie, z nastrzykanemi i rozszerzonemi żyłami. Mózg nieuszkodzony, prawidłowo rozwinięty, szaroczerwony, zbitości właściwej wiekowi.

Mięśnie klatki piersiowej różowe, dość dobrze zachowane. W jamach opłucnych po obu stronach około 10 cm. krwawo zabarwionego przesączu. Płuca wypełniają dość dobrze klatkę piersiową, wraz z sercem rzucone na wodę pływają; pod opłucnemi, które są cienkie i gładkie, mieści się kilka drobnych wybroczyn, oraz tu i owdzie porozrzucane różnej wielkości, jednak najwyżej do wielkości soczewicy dochodzące bańki gazowe. Po nakłuciu tych baniek każde płuco z osobna rzucone na wodę pływa, na przekroju zaś przedstawia się miąższ bladoróżowy, przy ucisku trzeszczący, jędrny, wydzielający ciecz pienistą, brudnokrwawo zabarwioną. Brzegi płuc zaokrąglone. Pojedyncze płaty płuc i ich pocięte kawałki pływają na wodzie. W grubszych oskrzelach nieco białawoszarej, lepkiej, ciągnącej się treści. Osierdzie i nasierdzie gładkie, cienkie, bez wybroczyn Serce prawidłowo wielkie, wiotkie, próżne; wsierdzie, zastawki, błona wewnętrzna tętnic głównych gładkie, cienkie, nasiąknięte barwikiem krwi. Śledziona, wątroba i obie nerki ciemnozielone, rozmiękłe, wiotkie. Moczowody drożne, pęcherz moczowy próżny, jego błona śluzowa brudnoczerwona, macica wiotka, miękka, na przekroju brudnoczerwona, reszta części płciowych bez zmian.

Język i gardło nieuszkodzone, ciemnozielone; przełyk, żołądek, jelita cienkie ciemnozielone, rozpływające się pod palcami; w dolnym odcinku jelita biodrowego i w jelicie grubem, znajdujących się w większej części w garnuszku, w mniejszej zaś części (pętla esowata i kiszka prosta) w zwłokach, mieści się jednostajna, mazista, brudnozielona treść o drobnowidowych cechach smółki.

W garnuszku mieści się nadto mocno gnijące, czarnozielone łożysko z błonami płodowymi i z pępowiną 62 cm. długą, wilgotną, czarną, o końcu wolnym nierównym, strzępiastym.

Badanie sądowolekarskie Pauliny S., dokonane 4 kwietnia, stwierdziło cechy niedawno odbytego porodu, między innymi świeżą bliznę po częściowem pęknięciu krocza, oraz zupełnie prawidłowe wymiary miednicy.

Paulina S. przesłuchana podała, że w istocie odbyła przed trzema tygodniami poród, jej zdaniem przedwczesny. Domownicy jej właśnie usnęli w izbie, gdy ją napadły w kuchni bole i wkrótce potem urodziło się dziecię, nie dające znaków życia. Po dłuższem milczeniu podała na usilne zapytania, iż dziecku nic złego nie uczyniła i trzymała je w łóżku całą noc przy sobie. Dopiero nad ranem udała się z dzieckiem, zawiniętem w szmatę, do wychodka i tu je porąbawszy siekierą na kawałki, wrzuciła do dołu kloacznego. Na zapytanie, czem rozbiła czaszkę dziecku, oświadczyła z widocznem zmieszaniem, że widząc, iż dziecię urodziło się nieżywe, ogarnęła ją z tego powodu złość, chwyciła tedy dziecię za nóżki i główką jego lekko dwukrotnie uderzyła o ścianę paki z węglami, stojącej koło kuchni. Na zapytanie, czy uczyniła to zaraz po urodzeniu się dziecka, zrazu nie dawała odpowiedzi, potem zaś podała, że nie pamięta już, kiedy to uczyniła, lecz zdaje się jej, że uczyniła to nad ranem przed udaniem się do wychodka. Te same zeznania podała przy rozprawie głównej, milcząc na pytanie, co ją skłoniło do rozczłonkowania dziecka.

Orzeczenie, wydane przy sekcyi zwłok i zbadaniu obwinionej, oraz potem przy rozprawie głównej przed sądem przysięgłych, opiewało:

I. W jakim związku pozostają do siebie znalezione części zwłok?

Znalezione części zwłok, złożone w porządku anatomicznym, przylegają do siebie dokładnie powierzchniami przedziałów, tworząc jedną całość, przez co dowodzą, że są one częściami jednych i tych samych zwłok dziecka.

II. Czy dziecię to było noworodkiem donoszonym i dobrze rozwiniętym?

Długość zwłok po złożeniu ich części od szczytu główki do końca stopy lewej, wynosząca 51 cm., obecność jądra kostnego w dolnej nasadzie kości udowej, rozwój małżowin usznych i skrzydeł nosowych, długość włosów i paznokci z jednej strony, — obecność smółki tak w części jelita, będącej w związku z zwłokami, jak i w ich części oddzielonej, wreszcie obecność oddzielonej od zwłok pępowiny wraz z łożyskiem z drugiej strony, — dowodzą, że dziecię to było noworodkiem donoszonym. Było ono płci żeńskiej, prawidłowo zbudowane i rozwinięte, a zatem w razie żywego urodzenia się do życia zdolne.

III. Czy dziecię to urodziło się żywe?

Jakkolwiek narządy klatki piersiowej, w szczególności płuca zwłok były w stosunku do narządów jamy brzusznej wcale dobrze jeszcze zachowane, przecież jednak przedstawiały zmiany gnilnego rozkładu w formie nagromadzenia się gazów gnilnych pod opłucną. Z tego powodu wnioski, wysnuwane z dodatniego wyniku próby płucnej, nie mogą być bezwzględnie stanowcze, w każdym jednak razie wielce prawdopodobne. Otóż ponieważ płuca wypełniały dość dobrze jamę klatki piersiowej, przy przekrawaniu trzeszczały, przy ucisku wydzielały ciecz drobnopienistą, a po nakłuciu baniek gazowych pod opłucną pływały na wodzie tak w całości, jak i z osobna, płaty ich i ich pocięte kawałki, wreszcie ponieważ z nowoczesnych badań wynika, że powstawanie gazów gnilnych w miąższu płucnym zależy od obecności w nich powietrza tak, iż w bezpowietrznych płucach noworodków tworzą się gazy gnilne tylko wyjątkowo, dochodzi się do przekonania, iż dziecię Pauliny S. urodziło się najprawdopodobniej żywe. Zresztą dostarczyła sekcya zwłok jeszcze innego dowodu żywego urodzenia się dziecka, o którym będzie mowa później.

IV. Jak długo żyło dziecię po urodzeniu się?

Ze stanowiska sądowolekarskiego nie sprzeciwia się nic przyjęciu, iż dziecię to, z uwagi na wypełnienie całego jelita grubego i dolnego odcinka jelita biodrowego smółką, żyło tylko przez krótki przeciąg czasu.

V. Jaka była przyczyna śmierci dziecka?

Sekcyą stwierdzono wielokrotne złamanie podstawy czaszki oraz jej sklepienia, przyczem powłoki sklepienia czaszki, podobnie jak i okczaszna, były bardzo znacznie krwią podbiegnięte. Podbiegnięcia krwawe powłok czaszki powstają nieraz wśród porodu u noworodków wskutek ucisku na główkę, przechodzącą przez kanał rodny matki. Dowodzą one zawsze, że dziecię wśród porodu żyło, a są tem znaczniejsze, im silniejszym i dłużej trwającym był ucisk, zatem im dłuższym i trudniejszym był poród. Skoro zaś wedle własnego podania Pauliny S. poród tego dziecka odbywał się szybko i skoro stosunek wymiarów główki dziecka do wymiarów miednicy matki był bardzo korzystny, to niepodobna przypuścić, by ucisk na główkę dziecka w tych warunkach przy porodzie mógł był być tak silnym, iżby wywołał tak rozległe podbiegnięcia krwawe powłok czaszki, oraz tak rozległe złamania sklepienia, a zwłaszcza podstawy

czaszki. Te złamania, a zwłaszcza złamania podstawy czaszki musiały wobec porodu łatwego i szybkiego powstać już po urodzeniu się dziecka. A gdy w najbliższem sąsiedztwie tych złamań były rozległe podbiegnięcia krwawe, przeto złamania te powstały za życia dziecka, a stanowiły one zarazem dostateczną przyczynę jego śmierci. Tak więc złamania powyższe, powstałe już po urodzeniu się dziecka, a jeszcze za jego życia, stanowią dowód, iż dziecię to urodziło się żywe.

VI. W jaki sposób powstały złamania czaszki?

Przyczyną tych złamań musiał być uraz, zadany narzędziem tępem, a ponieważ złamania te były nader rozległe i dotyczące tak sklepienia, jak i podstawy czaszki, pomimo, że kości czaszki noworodka są bardzo elastyczne i jeszcze ze sobą szczelnie nie połączone, przeto uraz, wywołujący te złamania, musiał godzić ze znaczną siłą i szeroką powierzchnią narzędzia tępego. Dwukrotne uderzenie główką dziecka o paczkę z węglami, o jakiem wspomina obwiniona, było zdolnem wywołać w mowie będące złamania.

VII. W jaki sposób powstało rozczłonienie zwłok dziecka, czy za życia i w jakim celu?

Powierzchnie przedziałów pięciu części ciała badanych zwłok posiadały brzegi gładkie i ostre, a to zachowanie się brzegów dowodzi, że rozczłonienia dokonano zapomocą narzędzia ostrego, którem mogła być siekierka, o jakiej oskarżona wspomina. Sposób i miejsca rozczłonienia zwłok dowodzą, że podjęła je ręka, w rozczłanianiu nie biegła. Skoro zaś narządy wewnętrzne zawierały jeszcze dosyć krwi, a brzegi rozczłonień nie były krwią podbiegnięte, przeto rozczłonienia dokonano już na dziecku nieżywem i to w myśl doświadczenia sądowolekarskiego celem dokładniejszego i szybszego zatarcia śladów zbrodni.

Trybunał przysięgłych uznał Paulinę S. winną zbrodni dzieciobójstwa przez czynne targnięcie się na życie swego nieślubnego dziecka, poczem zasądzona ogłoszony jej wyrok bez namysłu przyjęła.

Przypadek powyższy zdawał mi się zasługiwać na wzmiankę raz ze względu na to, że stanowi on przyczynek do kazuistyki, bądź co bądź niezbyt częstych, zbrodniczych rozkawałkowań zwłok, powtóre ze względu na to, że mimo dłuższego upływu czasu od chwili śmierci dziecka do chwili sekcyi części jego ciała, zatem mimo już dość znacznego przeobrażenia gnilnego zwłok i wreszcie mimo rozwleczenia poszczególnych części rozkawałkowanego ciała w miejsca od siebie oddalone, dało się ten przypadek jeszcze najzupełniej wyjaśnić i w ten sposób przyczynić się do wymiaru sprawiedliwości przeciw wyrodnej matce.

Sprawa zbrodniczego rozkawałkowania zwłok była już niejednokrotnie rozpatrywana w piśmiennictwie sądowo-lekarskiem (1), dlatego też, nie chcąc powtarzać rzeczy już znanych, wspomnę tylko, że przypadków takich w naszem piśmiennictwie ogłoszono bardzo mało

Pierwszy taki przypadek ogłosił Blumenstok (2) We wstępie opisu tego wspomina Blumenstok mit grecki o Medei, która celem zabezpieczenia siebie i Jasona przed ujęciem ich przez Ajetesa, zabiwszy braciszka swego Apsyrtosa, pocięła ciało jego na kawałki i wrzucała je z osobna do morza, by powstrzymać w pogoni swego ojca. Czyn ten, chociaż podjęty dla ocalenia Argonautów, obudził w nich przecież wstręt i grozę. „Tego samego doznaliśmy uczucia, — pisze Blumenstok — na wiadomość, że prosta, przedtem nieposzlakowana dziewczyna wiejska dopuściła się podobnego czynu na własnem swojem dziecięciu; a w przypadku tym na próżno oglądamy się za pobudką rozumową, któraby była zdolną, jeżeli nie usprawiedliwić, to przynajmniej poniekąd wytłómaczyć takie dzikie postępowanie“. Dziewczyna ta zabiła swe niedawno urodzone, więcej niż tydzień życia liczące dziecię, poderznąwszy mu szyję, a następnie odcięła mu główkę, oddzieliła powłoki czaszki, czaszkę otworzyła i pocięła na części, wyłuszczywszy uprzednio gałki oczne. Następnie rozczłoniła tułów dziecka na trzy części, toż samo dolne kończyny, których uda, podudzia i stopy były ze związku z sobą oddzielone, wreszcie obie kończyny górne rozdzieliła na dwie części, a nadto pokaleczyła je cięciami podłużnemi. Dokonawszy tego w ciągu pół godziny rozmyślnie i przytomnie, zakopała pocięte części w płytkim dołku Zapytana w śledztwie o powód takiego pastwienia się nad zwłokami swej ofiary, podała raz za przyczynę okoliczność, że ziemia była wówczas tak zmarznięta, że nie była w stanie wykopać dołu odpowiedniego na pomieszczenie całych zwłok, drugi raz zaś obawę swą, by ludzie, znalazłszy zwłoki całe, nie poznali w nich jej dziecka, a to tem więcej jeszcze, ponieważ sądziła, że kawałki zwłok łatwiej staną się żerem dla nierogacizny.

Ostatecznie te tłómaczenia ujawniały jeden i ten sam widoczny cel, t. j. cel usunięcia z widoku przedmiotu zbrodni, tem samem cel zatajenia zbrodni. Jeżeli się zaś zważy, że mordercy w pierwszym i ostatnim rzędzie zależy zawsze na tem, aby zbrodnia jego nie wyszła na światło dzienne, a środkiem do tego najlepszym jest zniszczenie widocznych jej śladów, t. j. zwłok ofiary, przeto rozumiemy dokładnie pobudki, skłaniające morderców do pogrążenia zwłok ofiary w wodzie rzek, stawów i t. d. do wrzucenia ich do ognia lub do rozkawałkowania ich. Cel takiego działania jest tak zrozumiały, że dziwić się trzeba, iż Blumenstok „napróżno się oglądał“ w swym przypadku „za pobudką rozumową, któraby była zdolną takie postępowanie dzikie wytłómaczyć“.

Prócz powyżej już wspomnianego celu, dla którego morderca kawałkuje zwłoki swej ofiary, może jeszcze inny bodziec skłaniać go niekiedy do kaleczenia i rozczłonienia ciała. Bodźcem tym może być upośledzenie stanu umysłowego, a zwłaszcza patologicznie wzmożona, sadycznie zwyrodniała *libido sexualis*, jak o tem pouczają odnośne dawniejsze i nowsze (4) spostrzeżenia.

Że tak w przypadku Blumenstoka, jak i w powyżej opisanym przezemnie, nie ma mowy o pobudce płciowej do rozczłonienia ciała ofiary, nie ma potrzeby zastanawiać się. Pobudką w obu była chęć zatarcia śladów zbrodni, a chęć ta miała w moim przypadku większe prawdopodobieństwo spełnienia się, ile że części zwłok dziecka, pogrążone zrazu we wspólnym dole kloacznym, znalazły się z czasem w kilku miejscach, od siebie odległych tak, że tylko energiczne i rozsądnie pokierowane śledztwo zdołało części te odszukać i w ten sposób umożliwić ekspertyzę lekarską.

Drugi znowu przypadek rozkawałkowania zwłok, tym razem zwłok osoby dorosłej, bo 29-letniego, bardzo rosłego i silnie zbudowanego mężczyzny, zabitego wśród snu zapomocą siekiery przez własną, umysłowo przytępioną, 17 lat

liczącą żonę, która celem ułatwienia sobie wywleczenia zwłok nocą poza obejście zagrody, przerąbała zwłoki na dwie połowy, miałem sposobność ogłosić w III. seryi orzeczeń sądowo-lekarskich Wydz. lek. Uniw. Jagiel. (5), dlatego też poprzestaję tutaj na tej krótkiej o nim wzmiance.

(Dok. nast.).

Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. L. Rydygiera we Lwowie.

O pierwotnym mięsaku torebki stawowej kolana.

Podał

Dr. Antoni Rydygier (jun.)
I asystent kliniki.

(Dokończenie).

A teraz przejdźmy do naszego przypadku:

Dnia 25 listopada 1904 r. zgłosiła się do ambulatoryum kliniki chirurgicznej lwowskiej służąca A. D., lat 20, uskarżając się na utrudnienie w chodzeniu. Zbadawszy w ambulatoryum pobieżnie nogę, rozpoznaliśmy gruźlicze zapalenie stawu kolanowego, po dokładniejszem jednak zbadaniu szef nasz przedstawił słuchaczom podczas wykładu ten przypadek jako *»sarcoma bursae synovialis genu«*, zwracając uwagę na trudność odróżnienia od gruźlicy. Chorą przyjęto do kliniki w celu dalszego badania i leczenia.

Oto streszczenie opisu jej choroby:

Ze strony ojca chora dziedzicznie obciążona gruźlicą (ojciec przebywał zapalenie gruźlicze stawu kolanowego i stawu łokciowego, nadto kaszle i pluje). Zresztą nikt w bliższej, ani dalszej rodzinie nie chorował na żadne cierpienie gruźlicze, ani też nowotworowe. Sama chora nigdy dawniej nie chorowała, nie przechodziła też chorób wieku dziecięcego, jak odry i t. p. Kiedy pojawiło się pierwsze miesiączkowanie, podać nie umie; miesiączka trwa zwykle 2—3 dni, zawsze regularna, nie połączona z żadnemi dolegliwościami.

Obecna choroba zaczęła się przed dwoma laty. Chora zauważyła wówczas, że jej lewe kolano mocno obrzękło; z jakiego powodu, podać nie umie i żadnego urazu nie pamięta. Obrzęk ten nie sprawiał chorej bolu, a tylko małe dolegliwości, polegające przedewszystkiem na lekkiem utrudnieniu w chodzeniu, dla chorej jednak o tyle przykrzejszem, że jako służąca była obowiązana dużo chodzić. Zasięgała więc porady lekarza, który dokonał nakłucia dnia 18/VIII 1904, przyczem wydobyć miano 1100 grm. płynu, krwawo zabarwionego. Po tygodniu nakłuto staw powtórnie i wydobyto 600 grm. takiego samego płynu. Mimo tego i mimo opatrunku uciskającego, kolano w krótkim czasie wróciło do poprzedniej objętości i żadnego polepszenia nie było. W czasie trwania choroby chora, jak podaje, nie zmizerniała.

Wobec długiego trwania choroby i wobec tego, że ciężar powiększonego kolana i utrudnienie w chodzeniu przeszkadza chorej zarobkować, zgłasza się chora do kliniki i zgadza się na operacyę.

S t a n o b e c n y: Dziewczyna wysokiego wzrostu, o budowie kośćca dobrej i bardzo dobrem odżywieniu; podściółka tłuszczowa obfita; uderza przedewszystkiem nadmierny jej rozwój na obu kończynach dolnych, których uda i golenie są niezwykle grube. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian, mocz nie zawiera nieprawidłowych składników.

Kończyna lewa w lekkiem ustawieniu odsiebnem (abdukcyi), gdyż guz kolana nie dozwala obu kończynom do siebie się zbliżyć.

Długość lewej kończyny wydaje się prawidłowa, chociaż pomiar długości z powodu obrzęku kolana jest utrudniony i niedokładny. Ruchy tak bierne, jak czynne, n i e c o t y l k o u t r u d n i o n e, z r e s z t ą z u p e ł n i e n i e b o l e s n e i n i e o m a l w p r a w i d ł o w y c h g r a n i c a c h. Jedno jednakże uderza: że, gdy noga w kolanie wyprostowana, można golenią wykonywać r u c h y w a h a d ł o w e z b o k u n a b o k, coby świadczyło o pewnym stopniu zniszczenia więzadeł bocznych kolana. Ruchów tych nie można wykonać, jeśli chora trzyma nogę w kolanie zgiętą. Kolano ma postać guza, rozlanego na boki, wielkości głowy dziecka, sięgającego ku dołowi tuż poniżej guza piszczeli (*tuberositas tibiae*), ku górze zajmującego głównie okolicę zachyłka pod mięśniem czworogłowym (*recessus quadricipitis*). Guz ten jest elastyczny, wybitnie chełboczę; skóra nad nim nie zmieniona, żyły nieznacznie tylko porozszerzane. Rzepka, gdy ją się mocno uciśnie ku tyłowi, uderza tylną powierzchnią o kłykcie kości udowej. Guz ten zajmuje kolano także od tyłu, t. j. wypełnia dół podkolanowy (*fossa poplitea*), gdzie również chełbocze; rozlewa się także na boki, tworząc tak po stronie wewnętrznej, jak i zewnętrznej kolana obrzęk wielkości dwóch pięści, wybitnie chełboczący. Głębszem badaniem nie można wykryć żadnej twardszej treści guza, a tylko część jego, odpowiadająca zachyłkowi pod mięśniem czworogłowym, stawia większy i jędrniejszy opór badającej ręce. Badanie to głębszych warstw i treści guza jest znacznie utrudnione z powodu grubości jego ścian, do czego się przyczynia niepomiernie rozwinięta tkanka tłuszczowa tak w tem miejscu, jak i wogóle na obu kończynach dolnych. Przy ruchach żadnego tarcia ani trzeszczenia się nie wyczuwa. Przez nakłucie wydobyto płyn przejrzysty, krwawo zabarwiony, w którym prątków gruźliczych nie wykryto; jednakże mikroskopowy obraz, na który składają się przeważnie limfocyty, czyni prawdopodobną gruźlicę. B a d a n i e p r o m i e n i a m i R o e n t g e n a daje wynik następujący: Przy prześwietlaniu od przodu ku tyłowi otrzymujemy obraz kolana bez zmian chorobowych, a jedynie z powodu grubości kończyny i nagromadzonego płynu nieco mniej wyraźny; przy prześwietlaniu z boku na bok widać, że rzepka jest znacznie uniesiona, zresztą na obu obrazach nie dostrzega się żadnych zmian chorobowych w kościach, składających staw kolanowy. Ruchy bierne i czynne, tak samo i ucisk na chore kolano — niebolesne, przy chodzeniu chora tylko bardzo nieznacznie utyka. Gruczoły pachwinowe po stronie lewej nie powiększone; ciepłota ogólna i miejscowa nie podwyższona.

Dnia 5 grudnia wydobyto ponownie przez nakłucie 600 ctm.^{3} płynu jasnego, krwawo zabarwionego, którego badanie dało ten sam wynik, co poprzednio. W przeciągu tygodnia płyn zebrał się na nowo i kolano wróciło do swej poprzedniej objętości mimo okładów wysychających i opatrunku uciskającego. W dniu 4 stycznia 1905 r. przystąpiłem do operacyi. W uśpieniu chloroformowem, po poprzedniem wstrzyknięciu podskórnem 1 centigr. morfiny, wykonałem resekcyę kolana sposobem, w naszej klinice zwykle używanym (Textor-Gueprattе-Koenig). Po otwarciu stawu przekonano się, że rozpoznanie nowotworu było trafne, gdyż obraz, jaki się naszym oczom przedstawił, usuwał wszelkie przypuszczenia co do przyrody gruźliczej cierpienia. Kości i powierzchnie stawowe, chrząstką pokryte, były zupełnie prawidłowe i zdrowe. Zmiany chorobowe ograniczały się jedynie do torebki stawowej, niepomiernie zgrubiałej i pokrytej miejscami (na powierzchni zwróconej do wnętrza stawu) wybujałościami i kosmkami, przypominającemi ziarnka jużto grochu, już też fasoli lub bobu. Wybujałości te były elastyczne, o powierzchni gładkiej, lśniącej. Przedewszystkiem zachyłek pod mięśniem czworogłowym (*recessus quadricipitis*) był niemi wypełniony, tam też wyrastały z powierzchni torebki stawowej tak gęsto obok siebie, że stykając się ze sobą, tworzyły niejako zgrubienie ścian torebki stawowej, guzowate, poprzerzynane głębokiemi bruzdami. Więzadła boczne stawu także chorobowo zmienione; nadto znajduje się w tej okolicy kilka guzków wielkości wiśni lub śliwki, twardych, elastycznych, lśniących. Całą torebkę stawową powiodło się w zdrowych granicach oddzielić od sąsiednich części miękkich i kości, poczem odpiłowano kość udową i piszczelową, części miękkie zeszyto katgutem, na skórę założono także szew ciągły katgutowy i tylko po obu stronach w kąciki rany założono po jednym sączku. Przebieg pooperacyjny bez żadnych zaburzeń; po kilku dniach zastąpiono sączki strzępkami gazy jodoformowej, następnie w miarę zaciągania się blizn opatrywano ranę tylko zupełnie powierzchownie i w dniu 17/VII 1905 chora opuściła klinikę z nogą sztywną, do chodzenia zdatną.

Dnia 28/XII znaleźliśmy przy p o n o w n e m b a d a n i u następujący stan: W wypiłowanym stawie kolanowym utrzymuje się zupełnie mocny zrost, tylko kończyna jest w tem miejscu nieco na zewnątrz wygięta (*genu varum*). Na zewnętrznej stronie wygięcia znajduje się małe owrzodzenie od ucisku tutora, już cokolwiek zepsutego. Na przedniej stronie kończyny nad linią resekcyjną można przez naciskanie wywołać na ograniczonem miejscu bolesność, przy chodzeniu jednak bolów żadnych niema. Skrócenie kończyny wynosi 5 ctm. Gruczoły w pachwinie nie są powiększone. N i e m a w i ę c ż a d n y c h o b j a w ó w n a w r o t u.

B a d a n i e d r o b n o w i d o w e dowiodło, że zgrubienie torebki stawowej polegało na nacieku mięsakowym; również wybujałości na powierzchni, jakotеż i guzy, w okolicy więzadeł leżące, składały się z tkanki mięsakowej o komórkach drobnych okrągłych (*sarcoma microglobocellulare*).

Na podstawie opisanych spostrzeżeń, tak mego własnego, jako też i znanych z piśmiennictwa, niech mi wolno będzie zastanowić się dokładniej nad znamiennymi o b j a-

wami tego cierpienia, aby tem łatwiej w przyszłości uniknąć pomyłki i ustalić jego rozpoznanie różniczkowe.

Doświadczenie dotychczasowe poucza, że na tę chorobę częściej zapadają kobiety, niż mężczyźni (6 : 4), że powstaje ona zazwyczaj w wieku średnim (20—30 lat), przyczem bywa zajęte zawsze tylko jedno kolano, nigdy zaś oba. Chcąc dokładniej naszkicować obraz kliniczny tej sprawy chorobowej, musimy ją podzielić na trzy grupy: do pierwszej zaliczymy te mięsaki torebki stawowej kolana, które tworzą guzy, mniej lub więcej ruchome, różnej wielkości, począwszy od ziarnka fasoli, aż do wielkości pomarańczy, lecz w każdym razie dokładnie od otoczenia ograniczone. Drugą postać tworzy rozlane nacieczenie mięsakowe torebki stawowej, a trzecią wreszcie będzie postać mieszana, gdzie prócz rozlanego nacieczenia torebki stawowej kolana istnieją mniej lub więcej liczne, ograniczone guzy.

Pierwsza grupa jest klinicznie najmniej zajmująca: w trzech przypadkach chodziło o guzy szypułkowe, z których jeden (Annandale) za pociśnięciem chował się do stawu; w czwartym przypadku (Marsh) znajdował się ponad wewnętrznym kłykciem kości udowej guz wielkości pomarańczy, rozpoznawany jako gruźlicze zapalenie okostnej.

Postać druga i trzecia mniej wybitnie różnią się od siebie i nieraz jedna w drugą przechodzi. Znajdziemy więc całą torebkę stawową mięsakowo nacieklą, zgrubiałą, tu i owdzie mogą występować odgraniczone guzy, które w łatwiejszych przypadkach będzie można nawet od zewnątrz wymacać. Cała okolica kolana bywa przy tej postaci mięsaka torebki stawowej w różnym stopniu wrzecionowato obrzękłą, przedewszystkiem zachyłek pod mięśniem czworogłowym (*recessus quadricipitis*) bywa masami mięsakowatemi wypełniony. Skóra ponad kolanem bywa napięta i wygładzona, lecz tylko w dwóch przypadkach (Garrego i Julliarda) żyły były porozszerzane,—objaw, tak często zresztą spotykany przy innych podskórnych mięsakach. — W naszym przypadku ze szczególniejszą uwagą szukaliśmy żył porozszerzanych, lecz nigdzie ich nie dostrzegliśmy. Żaden też z autorów z wyjątkiem Lockwooda nie wspomina o podwyższeniu ciepłoty miejscowej lub ogólnej.

Zapomocą dotyku stwierdzano najczęściej chełbotanie istotne lub pozorne; w niektórych przypadkach uderzała rzepka za pociśnięciem tylną powierzchnią o kłykcie kości udowej (balotowanie rzepki). U niektórych chorych można było wymacać mniej lub więcej wyraźnie ograniczone guzy. W naszym przypadku nie udawalo się to nawet po nakluciu stawu, chociaż szczególniejszą na to zwracaliśmy uwagę, jako na jeden z najważniejszych objawów.

Ruchomość bywa w przeważnej części przypadków jedynie bardzo nieznacznie ograniczoną. U naszej chorej była prawie prawidłowa. Chora Julliarda mogła nogę zupełnie swobodnie prostować, a tylko zginać powyżej 90° nie potrafiła, gdyż napięcie skóry ponad kolanem i guzy pod kolanem na to nie dozwalały. Chora Garrégo zginała kolano do 90°, a prostować mogła tylko do 170°. Chory Marsha nie mógł poruszać nogą w kolanie dopiero później, po wielokrotnych nawrotach. Lockwood podnosi z naciskiem, że u jego chorej mimo 3-letniego trwania choroby ruchy w kolanie były zupełnie swobodne. Tylko w przypadku Hardiego nastąpiło, coprawda po wielu urazach, zesztywnienie kolana. Musimy przeto na to nacisk położyć, że mimo znacznego obrzęku okolicy kolana ruchomość w stawie kolanowym zazwyczaj bardzo mało bywa upośledzoną. Łatwo to tem da się wyjaśnić, że chrząstki powierzchni stawowych i kości, staw składające, cierpią w przypadkach pierwotnego mięsaka torebki stawowej kolana bardzo mało i zazwyczaj pozostają nienaruszone, gdyż mięsak ów nie przechodzi na sąsiedztwo i tak kości i chrząstki, jako też mięśnie i ścięgna, pozostawia nietknięte. Z tego też powodu nie pojawia się przy ruchach trzeszczenie, ani tarcie, i chód bywa bardzo mało upośledzony. Zanik mięśni też nie często się zdarza (opisują go tylko Garrè i Julliard); w naszym przypadku napewno go nie było, co się tłómaczy tem, że chora nasza używała nogi ciągle do chodzenia, mimo długiego trwania choroby.

Dlatego zaś nasza chora do końca chodzić mogła, ponieważ chodzenie nie sprawiało jej żadnych bolów. Także w innych przypadkach bole albo wcale się nie pojawiały, albo były tylko nieznaczne. Jedynie w przypadkach Garrego i Hardiego były początkowo znaczne bole, te jednak niebawem ustąpiły i powróciły dopiero po większych urazach. Nasza chora nie doznawała żadnych bolów i tylko utrudnienie chodu z powodu znacznego ciężaru i objętości nogi skłoniły ją do szukania pomocy lekarskiej. Taksamo chora Julliarda nie miała żadnych bolów, a tylko po energicznych zabiegach leczniczych zdarzały się bole przemijające. W przypadku Marsha powstały bole dopiero przy nawrocie, gdy wyrosłe pod kolanem guzy uciskały na nerw.

Przez nakłucie stawu wydobywano zazwyczaj większą lub mniejszą ilość krwawo zabarwionej cieczy lub czystą krew, zależnie od miejsca nakłucia, t. j. zależnie od tego, czy igłę wbito w staw, wypełniony wysiękiem, lub w ograniczoną torbiel, czy też w stałą część guza. Nigdy w żadnym z przypadków nie wydobyto ropy, ani płynu ropiastego.

Promieniami Roentgena badano tylko Julliarda i nasz przypadek i w obu widziano rzepkę od kłykciów kości udowej oddaloną, lecz zresztą żadnych zmian kości nie dostrzeżono.

Gruczoły pachwinowe w żadnym przypadku nie były powiększone.

Ciepłota jedynie u chorej Garrégo była podwyższona, wahając się między 38—39° C, zresztą we wszystkich innych spostrzeżeniach prawidłowa. Lockwood nadmienia, że ciepłota miejscowa ponad kolanem zdawała się być wyższą.

Szczególną uwagę należy zwrócić na powolny przebieg tego cierpienia, stający w sprzeczności z pojęciami naszemi o tak złośliwym nowotworze, jakim jest mięsak, wskutek czego też często zdarza się mylne rozpoznanie. I tak n. p., nasza chora dopiero po $1^1/_2$ roku udaje się po poradę lekarską, a do kliniki zgłasza się po dwóch latach choroby. Podobnie i u innych autorów: chora Garrégo zgłasza się po 9 miesiącach choroby, Annandalea po $1^1/_2$ roku, Lockwooda po 3 latach, a Julliarda aż po 13 latach! Chory Hardiego udaje się do szpitala po 5 latach

cierpienia, Marsha po 14 miesiącach i przez 6 lat pozostaje w leczeniu. Trzeba więc o tem pamiętać, że długie trwanie cierpienia wcale mięsaka torebki stawowej nie wyłącza.

W ten sposób rozpatrzywszy objawy i przebieg pierwotnego mięsaka torebki stawowej kolana, słusznie, jak nam się zdaje, sądzić możemy, że jego rozpoznanie w przeważnej części przypadków nie powinno właściwie sprawiać osobliwszych trudności, jeśli się tylko wogóle o tem, tak dotychczas rzadkiem cierpieniu pamięta. Najłatwiej pomieniać postać rozlaną mięsaka torebki stawowej kolana z gruźliczem zapaleniem kolana, gdyż w obu cierpieniach znajdziemy znaczny wrzecionowaty obrzęk okolicy kolana, skórę nad nim niezaczerwienioną, ciepłotę miejscową niepodniesioną. Nawet rozszerzenia żył, tego zresztą znamiennego objawu mięsaków, w największej części przypadków nie spostrzeżemy. Najczęściej stwierdzimy chełbotanie lub przynajmniej jego pozory *(pseudofluctuatio)* w guzie, oraz tak, jak przy gruźlicy tego stawu, będzie przebieg choroby powolny, co się zazwyczaj przy mięsakach nie zdarza. Badając jednakże dokładniej, znajdziemy wiele różnic między gruźlicą, a mięsakiem stawu kolanowego: 1) W korzystnych przypadkach będziemy mogli wymacać mniej lub więcej duże, stałe, ograniczone guzy lub guzki, co będzie przemawiało za mięsakiem, a przeciw gruźlicy. 2) Ruchomość nigdy nie będzie po tak długiem (3 lata i dłużej, a nawet 13) trwaniu cierpienia w zapaleniu gruźliczem tego stawu tak swobodną, jak w przypadkach mięsaka torebki stawowej kolana. 3) W małej tylko części przypadków gruźlicy nie będzie w późniejszych okresach tarcia i trzeszczenia przy wykonywaniu ruchów w stawie, a także chód bywa w toku gruźlicy upośledzony i przykurczenia kończyny bywają częste, czego nie zauważano zazwyczaj przy pierwotnym mięsaku torebki stawowej; 4) podobnież w dwóch tylko przypadkach stwierdzono zanik mięśni dotkniętej mięsakiem kończyny. 5) W późniejszych okresach gruźliczego zapalenia stawu wydobędziemy przy nakłuciu zazwyczaj płyn ropny lub surowiczo-ropny; natomiast przy mięsaku nigdy nie wydobyto ropy, jak również nigdy nie było przetok. 6) Badanie promieniami Roentgena stwierdzi w przypadkach mięsaka prawie zawsze, że kości nie są zmienione; natomiast w zapaleniu gruźliczem stosunkowo często, przedewszystkiem po dłuższem trwaniu choroby, dostrzeżemy zmiany w kości i w powierzchniach stawowych, chrząstką pokrytych. 7) Nareszcie w jednym tylko przypadku mięsaka torebki stawowej kolana była ciepłota ogólna podwyższona, gdy gorączka w przebiegu zapalenia gruźliczego stanowi regułę.

Posiadamy przeto dosyć cech rozpoznawczych, aby módz w danym przypadku odróżnić gruźlicę stawu kolanowego od mięsaka jego torebki stawowej. Sądzę też, że nam się to w przyszłości częściej powiedzie, skoro tylko uwagę w tym kierunku zwrócimy i pamiętać będziemy o tem, że długie trwanie choroby (3, 6, a nawet 13 lat) wcale mięsaka torebki stawowej nie wyłącza. Tak n. p. pisze Julliard, że w swoim bardzo trudnym przypadku dlatego tylko myślał, — po wyłączeniu gruźlicy stawu kolanowego —, o wielokomorowej torbieli, biorącej początek z jednej z kaletek śluzowych (*bursa mucosa*), w okolicy stawu się znajdujących, ponieważ nie przypuszczał zgoła, aby mięsak, znany jako tak złośliwy nowotwór, mógł trwać od lat 13. Gdyby nie to, to byłoby go, — jak sam powiada, — naprowadziło na właściwe rozpoznanie znaczne uniesienie rzepki od kłykciów kości udowej, oraz znaczny obrzęk, w którym wymacał twarde, ograniczone guzy. Guzowatą postać mięsaka torebki stawowej kolana rozpoznano w jednym przypadku (Marsh) jako gruźlicze zapalenie okostnej, połączone ze zgrubieniem okolicznych tkanek. I w tym przypadku było długie, bo aż 6-letnie trwanie cierpienia powodem, że nie myślano o mięsaku. Skoro jednak obecnie wiemy, że długie trwanie choroby nie wyłącza mięsaka, to właśnie ta okoliczność powinnaby była w tym przypadku rozpoznanie na stronę mięsaka przechylić, gdyż obrzęk trwał przez 6 lat, a mimo to ani nie wytworzyły się przetoki, ani staw nie zawierał ropy, o czem można się było łatwo przekonać przez próbne nakłucie, które byłoby wykryło płyn krwawy lub krew. Także ta okoliczność, że mimo tak długiego trwania choroby ani powierzchnie stawowe kości, ani chrząstki nie były zajęte, przemawiała przeciw gruźlicy stawu. Od włókniaków i tłuszczaków trudno będzie przed zbadaniem mikroskopowem, a tem bardziej przed operacyą, małe, uszypułowane mięsaki odróżnić.

Co się tyczy rokowania, to nie należy rokować zbyt niepomyślnie, a to ze względu na powolny przebieg tego cierpienia i ze względu na to, że gruczoły pachwinowe wcale nie, lub tylko bardzo późno bywały zajęte. Jeśli w niektórych przypadkach zdarzały się miejscowe nawroty, to winić o to należy sposób postępowania operacyjnego (ograniczone wycięcie). Przypadek Garrègo, w którym pomimo odjęcia kończyny nastąpiły przerzuty, nie może tu wchodzić w rachubę, ponieważ już w czasie operacyi stwierdzono w szpiku kości udowej masy mięsakowe tak, że nawet Baumgarten uważał ten przypadek za mięsaka, wychodzącego ze szpiku kostnego, chociaż Garrè utrzymuje, że zmiany w szpiku były dopiero następowe.

Leczenie może być, rzecz oczywista, tylko operacyjne. Ograniczonego wycięcia nawet zupełnie ograniczonego guza nie możemy uważać za wystarczający zabieg, gdyż zbyt łatwo mogą potem nastąpić miejscowe nawroty (n. p. w przypadku Marsha), chociaż w przypadkach, gdzie guz był osadzony na szypułce, jak to Weir opisuje, nastąpiło zupełne wyleczenie. Nie mogę podzielać zapatrywania Julliarda, który twierdzi, że typowa lub atypowa resekcya lub artrektomia stawu kolanowego nie jest w przypadkach rozlanego mięsaka torebki stawowej kolana zabiegiem odpowiednim. Wszystko to zależeć będzie od czasu trwania cierpienia i jego rozległości, przedewszystkiem zaś od tego, czy i w jakim stopniu kości są zajęte.

Opierając się na stosunkowo znacznej liczbie mięsaków kończyn, spotykanych w naszej klinice, sądzimy, że resekcya stawu kolanowego, połączona z doszczętnem wycięciem całego nowotworu w największej części przypadków wystarczy, a tylko w bardzo posuniętych przypadkach będziemy musieli uciec się do odjęcia lub wyłuszczenia kończyny.

Oceny i sprawozdania.

Principiis obsta! (Ein Mahnwort an die Berufsgenossen in der Frage der Krebstherapie von der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Dokończenie).

Podane w odezwie wskazówki są następujące:

Co do raka skóry: Pierwotne raki nabłonkowe skóry można bardzo łatwo wcześnie rozpoznać; rokowanie bywa przeważnie znacznie lepsze, niż w rakach innych narządów, wzrost raka skórnego zaznacza się od samego początku wobec powierzchownego ułożenia guza, a to się najczęściej wydarza, zjawianiem się guzków różnej wielkości, a więc główki od szpilki aż do ziarnka prosa, któ.e to guzki są blade albo różowawe, przeświecające albo jakby porcelanowe tak, iż przypominają bańki mocno wypełnione; guzki te, co najważniejsza, odznaczają się wielką zbitością utkania. Guzki te, dalej rosnąc, mogą tworzyć jakby wały, mogą się z sobą zlewać, zachowują jednak wciąż wszystkie swoje dawne cechy, a przedewszystkiem wybitną zbitość. Guzy rakowe, składające się z wybujałych nabłonków, mogą się w dalszym przebiegu złuszczać i w ten sposób powstają płaskie, sączące albo cienkimi strupami pokryte ubytki w tkance, które się zwykle utrzymują przez długi czas, albo wreszcie zabliźniają się. Ponieważ takie powierzchowne raki wytwarzaja się z brodawek, znamion skórnych, blizn lub innych nadwerężeń skóry, przeto ich zwyrodnienie rakowe zaznacza się przedewszystkiem wpadającym w oko wzrostem i twardnieniem bujającej tkanki.

Znacznie trudniej jest rozpoznać raki, rozwijające się w głębi skóry; w rozpoznaniu różniczkowem ważnym objawem jest i tu twardość guza. Jeśli rak, rosnąc z głębi skóry, wydostanie się na powierzchnię, to wtedy zobaczymy i tu tesame twarde, białawo przeświecające guzki, jak w powierzchownym raku skóry. Gdy rak powierzchowny najczęściej rośnie wolno w obwodzie i nie buja w głąb skóry, wskutek czego zwykle bardzo długo (przez dziesięć, dwadzieścia, a nawet trzydzieści lat) naczynia chłonne i gruczoły bywają zupełnie nie zajęte, czyli innemi słowy: gdy w wielu przypadkach rak powierzchowny przez długie lata bywa cierpieniem skóry miejscowem, to raki, wychodzące z głębszych warstw skóry, w krótkim czasie zwykle zakażają gruczoły i skutkiem tego prędko się rozszerzają. Takie głębokie raki skóry prędko rosną, łatwo się rozpadają, przechodzą często na tkanki pod skórą leżące, jak mięśnie, okostna i t. d., stąd też i rokowanie mniej korzystne.

Najprędzej rośnie rzadka na skórze postać raka brodawczakowego; rokowanie wtedy jest stosunkowo najgorsze. Podstawa tych nowotworów jak zawsze twarda, chociażby same brodawczaki skutkiem utraty nabłonka lub zapalnych powikłań były miękkie.

Obok tych trzech klinicznych typów istnieją najrozmaitsze postacie przejściowe: wszystkie jednak cechują się bladością i twardością świeżych wybujałych części. Guzy te powinno się zawsze usuwać jak najgłębiej.

Co do raka wargi. Rak wargi pojawia się z początku albo w postaci brodawki, albo małego guziczka, albo pęcherzyka, albo też strupa. W najwcześniejszych okresach przedstawia się rak wargi zwykle jako małe, niewiele nad powierzchnię wystające, albo w stosunku do otoczenia nieco zagłębione stwardnienia wśród czerwieni wargowej, zwykle tuż przy brzegu skóry leżące. Na stwardnieniach tych nie znajdujemy wtedy zwykle gładkiej i tęgiej powłoki naskórkowej, błona śluzowa jest w tych miejscach owrzodziała, często krwawi, a wydziela rzadką i trochę klejką wydzielinę, która łatwo zasycha i tworzy strupy. Powierzchnia ogniska chorobowego staje się nierówną i popękaną. Z czasem rozwija się w otoczeniu wrzodu naciek. Znacznie później unoszą się brzegi wrzodu na kształt wału i obrzękają gruczoły pod szczęką. U młodych ludzi możnaby wobec takich wrzodów myśleć jeszcze o pierwotnem stwardnieniu kiłowem.

Co do raka języka, dna ust i błony śluzowej policzków. Mówiąc o raku tych części, należy przedewszystkiem wspomnieć o tych cierpieniach, które na długie lata przedtem niejako grunt dla raka przygotowują: łuszczyca jamy ustnej *(leukoplakia oris)* i wrzód odleżynowy. Rak języka przedstawia się z początku jako mały, powierzchowny wrzód, albo jako zbity, guzowaty naciek, wystający mniej lub więcej ponad powierzchnię języka. Dopiero kiedy się wrzód wytworzy, zjawiają się bóle. Najtrudniej odróżnić raka od kilaka, tem bardziej, że obie sprawy mogą się wzajemnie wikłać. Przed zastosowaniem przeciwkiłowego leczenia powinno się kawałek guza wyciąć i zbadać drobnowidowo dla ustalenia rozpoznania. Wycięcie odosobnionego guzka gruźliczego, jako jedynego przejawu gruźlicy, jest napewno wskazane, a zamienienie tego cierpienie z rakiem nie miałoby w takim razie, praktycznie rzecz biorąc, żadnego znaczenia. Również i guzy promienicze mogą być niezwykle podobne do raków. I te też najlepiej wycinać.

Rak dna ust, o ile jest pierwotnym, a nie towarzyszy rakowi języka, wychodzi z powierzchownego nabłonka, albo też z głębokich gruczołów tej okolicy. Występuje z samego początku jako guzek na więzadełku językowem, albo w okolicy gruczołu podjęzykowego, bardzo prędko rozpada się, albo też zjawia się odrazu w postaci wrzodu. Staje się szczególnie złośliwym, kiedy już raz przejdzie na luźne utkanie błony podśluzowej, gdzie znajduje korzystne warunki rozrostu. Rak błony śluzowej policzka zaczyna się rozwijać najczęściej naprzeciw spróchniałych zębów i dlatego nieraz trudno go odróżnić od wrzodu odleżynowego. Najzłośliwszemi postaciami są tu te raki, które wychodzą z tylnych części błony śluzowej policzka i wywołują w krótkim czasie szczękościsk.

Co do raka krtani. Jeszcze dobrze tkwi w pamięci wszystkich lekarzy, jak to w czasie, kiedy zachorował na raka krtani cesarz niemiecki, wiele osób zgłaszało się do lekarzy, bo im się zdawało, że już mają raka krtani, a tymczasem badanie ich nie stwierdzało żadnych zgoła zmian, albo tylko bardzo drobne. Bardzo łatwo wtedy daną osobę uspokoić, ale tylko po dokładnem, specyalistycznem zbadaniu, bo publiczność już dzisiaj jest na tyle oświeconą, że uspokaja się tylko po zbadaniu krtani wziernikiem. Z drugiej strony wiemy, że pod pozornie drobnymi, mało znaczącymi objawami może się kryć poważne cierpienie, każdy więc przypadek powinno się dlatego badać jak najdokładniej, jeśli nie mają ponieść szkody zarówno chory, jak lekarz: pierwszy na swem zdrowiu, drugi na swej sławie. Bardzo często rozpoznaje się u osoby, która zdrowo wygląda, zwykły nieżyt, gdy w istocie, jak zbadanie wziernikiem stwierdza, chodzi o ciężkie cierpienie, gdyż rak może długo nie dawać żadnych objawów, a nawet może nie wywołać charłactwa i gruczoły mogą być niezajęte, chociaż sprawa daleko posunięta. Gruczoły obrzękają zwykle dopiero znacznie później, kiedy guz nowotworowy się rozpada.

A więc wszystkich chorych na krtań, nietylko starszych, ale i młodych, powinno się badać jak najdokładniej wziernikiem. Opisano już sporo przypadków raka krtani u osób, niewiele starszych nad lat 30.

Jeśli badanie wziernikiem pozwala stwierdzić, że nowotwór w postaci znamiennej brodawki usadowi się czyto na więzadłach głosowych, czyto, że z więzadeł wychodząc, przechodzi na ścianę boczną lub tylną krtani, to rozpoznanie wtedy nie sprawia żadnej trudności. Jeśli nowotwór ma postać brodawki, to trudno rozstrzygnąć, czy to jest cierpienie łagodne, czy rak, bo opisano już przypadki, w których rak miał postać brodawki na szypułce. Wtedy trzeba wydobyć kawałek nowotworu celem drobnowidowego zbadania, co po znieczuleniu kokainą łatwo wykonać zapomocą odpowiednich kleszczyków krtaniowych. W tych przypadkach, w których

rak rozwija się w postaci nacieków mniejszych lub większych w ścianach krtani, bywa rozpoznanie nieraz bardzo trudne. Przy rozpoznaniu wtedy niewolno nam polegać na bólu, rozpromieniającym się od krtani do ucha wśród łykania, gdyż spotykamy go i wśród zapalenia ochrzęstnej, zapalenia, wywołanego jakąkolwiek przyczyną. Doniosłe znaczenie ma nierówna, guzowata powierzchnia. Jeśli i tego nie ma, to uwzględnienie wszystkich klinicznych objawów razem, wreszcie dalsze spostrzeganie musi sprawę wyświetlić. Dla spostrzegania chorego należy jednak ustalić pewien przeciąg czasu, aby nie stracić odpowiedniej dla zabiegu chwili. Że zabieg (wyłuszczenie połowy lub całej krtani) daje znakomite wyniki, tego dowodzi statystyka, która dotąd zebrała przypadki stałego uleczenia nawet po długich latach; natomiast w przypadkach, w których cierpienia nie rozpoznano i stosowano niepotrzebne, najczęściej przeciwkiłowe, leczenie, chorzy zawsze wśród dotkliwych cierpień ginęli.

Co do raka sutka. Wczesne rozpoznanie raka sutka należy nieraz do bardzo trudnych. Wszystkie podawane zwykle objawy, jak powstawanie guza z równoczesnymi objawami kurczenia się tkanki sąsiedniej, wzrost guza, połączony z naciekiem w tkance sutka, obrzęk gruczołów chłonnych w okolicy (skutkiem przerzutów), są stosunkowo późne, znamionują już dobrze rozwinięty nowotwór. Nawet małe guzy, które mają pozory łagodnego nowotworu, powinno się operować tem bardziej, że nieraz łagodne nowotwory z biegiem czasu mogą stać się złośliwymi. Najtrudniej jest odróżnić raka sutka od przewlekłego śródmiąższowego zapalenia sutka. Jeśli prawdopodobniejszym jest rak ze względu na wywiady, wiek, przebieg, względną nieczułość i t. p., to powinno się tak postąpić, jak gdyby rozpoznanie raka było pewne. Chociaż rak nabłonkowy skóry, kankroid, zwłaszcza na brodawce sutkowej albo w jej najbliższem sąsiedztwie, jest cierpieniem stosunkowo łagodnem, to jednak powinno się go operować i to, o ile możności, zanim zacznie wrzodzieć. Szczególna postać tego cierpienia, t. z. choroba Pageta, odznacza się okresem zwiastunowym w postaci przewlekłego wyprysku, który zatem zasługuje na uwagę, ilekroć pojawi się na sutku.

Co do raka żołądka. Nie mamy dotąd niezawodnych danych dla wczesnego rozpoznawania raka żołądka. Brak kwasu solnego, oraz kwas mlekowy towarzyszą zwykle późnym okresom raka. Również szybkie chudnienie zjawia się wcześnie tylko w tych przypadkach raka żołądka, w których wytwarza sie zwężenie odźwiernika z następowemi wymiotami. Jeśli znajdujemy wyraźnie macalny guz, to rozpoznanie nie sprawia żadnych zgoła trudności. Często jednak zdarza się, że raków, wychodzących z krzywizny małej długi czas nie można wymacać u ludzi, którzy powłoki brzuszne napinają. W takich razach wymacać można guz dopiero w późnym okresie choroby.

W obec tego, że chirurgia może się poszczycić coraz lepszymi wynikami wycięcia żołądka (*resectio*), wydaje się słusznym wniosek, że raki żołądka powinno się operować, zanim stają się dostrzegalne i macalne jako wyraźne guzy. Powinno się zatem, mając przed sobą chorego, u którego można przypuszczać raka żołądka, zważyć dokładnie wszelkie dane, wszelkie objawy i jeśli tylko prawdopodobieństwo za rakiem przemawia, polecić choremu laparatomię próbną, która dzisiaj nie jest przecież zabiegiem niebezpiecznym. Tylko w ten sposób można osiągnąć cel wczesnej operacyi, czyli trwałe wyleczenie.

Co do raka jelita. Rak jelita cechuje się głównie dwoma znamiennymi objawami: 1) zwężeniem zajętej pętli jelitowej i 2) powstawaniem guza. Zwężeniu towarzyszą zawsze mniej lub więcej wybitne objawy nieżytowe. Spostrzegać możemy wtedy zarówno biegunkę, jak zaparcie, albo też naprzemian biegunkę z zaparciem. Stosunkowo wcześnie zjawiają się kurczowe bole brzucha, które mogą wzmagać się aż do najgwałtowniejszej kolki z widocznymi przez powłoki ruchami robaczkowymi i stawianiem się jelit, szczególniej, jeśli zajęte są jelita cienkie. Przy raku jelita cienkiego można stwierdzić bardzo zwiększoną ilość indykanu w moczu. Jeśli rak zajmuje niższe odcinki jelita grubego, to wypróżnienia przeważnie przenikliwie cuchną i zawierają śluz lub krew. Nawet większe guzy trudno wymacać, jeśli brzuch jest wzdęty. Raki kurczące się, szczególniej jeśli wychodzą z okrężnicy esowatej, na ogół są trudno macalne. Jeśli więc inne objawy przemawiają za rakiem, to nie wolno go wyłączać na tej podstawie, że go nie możemy wymacać.

Co do raka odbytnicy. Dziwna rzecz, że nawet raka odbytnicy rozpoznają lekarze stosunkowo jeszcze bardzo często dopiero w późnych okresach, pomimo, że nie powinien tak łatwo ujść ich uwagi, zwłaszcza, że można go łatwo i bezpośrednio wymacać palcem. W praktyce zdarza się prawie codziennie, że krwawienie z odbytnicy, towarzyszące wczesnym okresom raka, uznaje się bez należytego dokładnego miejscowego zbadania za objaw guzów krwawniczych i jako krwawnice zwykłe się też leczy, tem bardziej, że chorzy często dobrze wyglądają i dlatego lekarzom ani przez myśl nie przejdzie, iżby u tak dobrze odżywionego osobnika rozwijał się rak. I dlatego, jeśli chorzy żalą się na krwawienia z odbytnicy i zjawianie się śluzu w wypróżnieniach, jeśli narzekają na dotkliwe i uporczywe parcie lub zaparcie żywota, to nie powinien się lekarz zadowolnić rozpoznaniem krwawnic, jeśli je nawet istotnie oglądaniem stwierdzono. W takim przypadku powinno się zawsze zbadać odbytnicę dokładnie palcem, czy to ułożywszy chorego na czworakach, czy to u chorego stojącego, aby z bezwzględną pewnością wyłączyć raka. Za tem, że w danym przypadku istnieje zwężenie pierścieniowate, włóknisto-rakowe, usadowione wysoko czyto w odbytnicy, czyto w zagięciu esowatem, które to zwężenia palcem nie dadzą się dosięgnąć, przemawia rozziew końca odbytnicy (*ampulla*). Objaw ten przemawia za wysokiem usadowieniem zwężenia.

Co do raka dróg moczowych. W rozpoznaniu opieramy się tu, pomijając zresztą zaburzenia czynnościowe, na miejscowych bolach, na wynikach bezpośredniego badania palcem, a głównie na moczeniu krwawem. Mocz krwawy wymaga bezzwłocznego użycia cystoskopu, a nawet zbadania moczowodów zgłębnikami. Tylko te sposoby badania pozwolą nam rozpoznać raki pęcherza i nerki na samym początku ich rozwoju i oddać do leczenia chirurgom.

Co do raka części rodnych niewieścich. Rak macicy wydarza się u kobiet, od 20 roku życia poczawszy, w każdym wieku. A nawet i ta granica wieku nie ma żadnego znaczenia, jeśli uwzględnimy i inne złośliwe nowotwory, gdyż n. p. mięsaki mogą powstawać i u dzieci bez względu na wiek.

Najczęstszym i największym błędem jest oglądanie się na odżywienie chorej i branie w rachubę tego szczegółu przy rozpoznawaniu raka. Jak niezawodnie zjawia się charłactwo w późnych okresach raka, tak na odwrót odżywienie ogólne może nie uledz żadnym niekorzystnym zmianom w pierwszych okresach tego cierpienia.

Najważniejszym bezsprzecznie objawem jest krwawienie, które nie ma związku z miesiączką. Zjawia się ono atypowo między okresami miesiączkowymi, a szczególnego nabiera znaczenia, jeśli się zjawia po dotknięciu macicy (*Kontaktblutungen*), a więc n. p. wśród badania palcem, po założeniu wziernika macicznego, a przedewszystkiem po spółkowaniu. Krwawienie wywołane spółkowaniem, co prawda nie zawsze, ale w przeważającej większości przypadków ma swą przyczynę w raku szyi macicznej i dlatego powinno się w każdym wątpliwym przypadku badać chorą w tym kierunku. Krwawienie takie nie musi być od razu gwałtowne; przeważnie znajdują chore wtedy zaledwo kilka drobnych plam krwawych na bieliźnie.

Bardzo ważne i uwagi godne są krwawienia, które się zjawiają w nieregularnych okresach czasu w porze przekwitania i potem u kobiet starszych. Z małymi wyjątkami spotykamy w takich przypadkach prawie zawsze raka i dla-

tego jest ciężkiem zaniedbaniem obowiązków lekarskich nie badać dokładnie chorej przekwitającej lub przekwitłej, skarżącej się na krwawienie z części rodnych.

Dalszym objawem są upławy, które zjawiają się jednak w późniejszym okresie wtedy, kiedy tkanka nowotworowa już ulega obumarciu. A zjawiają się wtedy upławy w takiej postaci (posokowate, cuchnące, zmieszane z krwią albo strzępami tkanek), jakiej chore najbardziej się boją. Z samego początku bywają jednak upławy bardzo skąpe, wodniste, podobne do opłuczyn mięsa, i tworzą na bieliźnie plamy o znanych powszechnie brzegach, przyczem często wywołują mniej lub więcej wyraźny świąd na częściach rodnych zewnętrznych.

Do niezwykłych przypadków należy ból we wstępnym okresie raka macicy; zjawia się on zwykle dopiero w późniejszych okresach.

Jeszcze mniej wyraźne bywają objawy rozpoczynającego się raka jajników lub niezwykle rzadkiego raka jajowodów.

Jeśli się ma najlżejsze przypuszczenie raka, powinno się jak najwcześniej dokładnie badać, by przypadku nie zaniedbać, bo pod tym względem każdy dzień powinien wchodzić w rachubę.

Rozpoczynającego się raka części pochwowej najprędzej rozpoznać można, badając palcem, a wtedy, o ile błona śluzowa jest jeszcze niezajęta, to cała część pochwowa sprawia wrażenie grubszej, guzowatej, o nieregularnych obrysach, zaś błona śluzowa na samym guzie jest nieprzesuwalna — jak to Thiersch trafnie określa, jak gdyby gwoździkami była przymocowana do podłoża. Obecność pęcherzyków Natotha, które również błonę śluzową do podłoża mogą przytwierdzać, przemawia raczej przeciw rakowi. Pomieniać można również raka części pochwowej z małymi, w tej okolicy niezwykle rzadkimi mięsakami.

Jeśli jednak rak już przebił błonę śluzową, to można mylnie wziąć go za łagodną nadżerkę lub wywinięcie części pochwowej. Otóż wrzód rakowy cechuje się, co się da stwierdzić zarówno dotykiem, jak oglądaniem, tem, że brzegi ubytku ma ostrzejsze, twardsze i podminowane, dno wrzodu nieco zagłębione (z powodu ubytku), nieco ziarniste, słabo żółtawe lub szaro-żółtawe, gdy natomiast nadżerki miewają ciemniejszą, czerwoną lub sino-czerwoną barwę. Powierzchnia raka jest nierówna, łatwo z niej czasem można palcem oddzielić strzępy tkanki obumarłej, po badaniu krwawi, co jest najważniejszą i najpewniejszą cechą raka, chociaż wydarzyć się może takie krwawienie także i z nadżerek, polipów śluzowych i t. d.

Znacznie trudniej jest rozpoznać raka szyi macicznej. Bo może on sprawić w szyjce już wielkie spustoszenia, a nic się nie da jeszcze wykryć ani na ujściu macicznem, ani na części pochwowej. Często, kiedy dopiero wśród coraz dalszego rozwoju rak nadżera zewnętrzny otwór ujścia macicznego, wydaje się nam, że mamy przed sobą początkowy okres raka. Tymczasem palec, wsunięty do szyjki macicznej, trafia na szeroką rozpadłą jamę.

Jeśli się nie uda palca wsunąć do szyi i tam wymacać czyto guza, czy też wrzodu, to rozpoznanie nie może być pewnem. Szyjka maciczna bywa raz rozdęta, czasem na wet jak balonik, innym razem niejednostajnie zbita, tu i ówdzie czuć w niej miejsca miększe, w które bardzo łatwo wnika zgłębnik, a jeśli pewna część ściany jest zniszczona, dają się wtedy łatwo ugnieść brzegi ujścia macicznego, przyczem często wypływa krew z szyjki. Badanie wziernikiem nie daje dopóty żadnych wyników, dopóki rak nie zajmie brzegów ujścia macicznego, natomiast nieraz wyświetla sprawę badanie zgłębnikiem, przyczem można wyczuć zagłębienia o nieregularnych obrysach, guzowate, o twardem dnie i brzegu, przyczem bardzo łatwo wniknąć można w tkankę i wywołać krwawienie.

Należy jeszcze zaznaczyć, że rak szyjki macicznej bardzo łatwo przechodzi na tkankę łączną i naczynia chłonne, i dlatego wczesne ustalenie macicy przemawia za rakiem.

Raka trzonu macicy w okresach wczesnych przy zamkniętem ujściu macicznem prawie nigdy nie można napewno rozpoznać. Części macicy, dostępne badaniu palcem i okiem, są z początku niezmienione, dopiero w późniejszym okresie trzon macicy twardnieje, powiększa się lub nie ulega starszemu zanikowi, a kształt jego staje się nieregularny. Badając wziernikiem, można często wyczuć chropowatą, rozstrzępioną tkankę, jednak na tych danych, stwierdzonych zgłębnikiem, nie można bezwzględnie polegać. Rozpoznanie nabiera prawdopodobieństwa, jeśli sprawa dotyczy kobiet starszych, przekwitłych, które krwawią. Krwawienia takie przemawiają za rakiem, należy jednak mieć się na baczności, by nie pomieniać sprawy z innemi cierpieniami (gruczolak, polipy śluzowe, resztki po poronieniu, zapalenie błony śluzowej macicy, gruźlica i t. d.).

W przypadkach wątpliwych rozstrzyga badanie drobnowidowe, które w takich razach jest konieczne i niezbędne. Tkankę do badania uzyskuje się albo przez wyskrobanie macicy, albo przez wycięcie kawałków z zajętych części. Technika wyskrobania jest znana, a skrobanie jest małym, przy przestrzeganiu wszelkich przepisów nie niebezpiecznym zabiegiem. Już uczucie, jakie się ma przy skrobaniu macicy, i obejrzenie wyskrobanych strzępów gołem okiem dozwalają na niejakie wnioski, gdyż przy raku macicy otrzymujemy przez skrobanie większe lub mniejsze kawałki tkanki w postaci grudek o nierównej powierzchni, które rozcierane w palcach sprawiają wrażenie okruszyn.

Wyskrobane strzępy powinno się zaraz wrzucać do absolutnego alkoholu albo alkoholu zmieszanego z sublimatem [1]); przepisy badania drobnowidowego znaleźć można w podręcznikach. Jeśli ktoś nie ma wprawy w drobnowidowem badaniu, to powinien preparat odesłać do zawodowca albo do patologicznego anatoma, gdyż i histologiczne badanie może wśród pewnych okoliczności być niezwykle trudne.

Wobec tego, że raki macicy, jak już powyżej wspomniano, często się niczem na zewnątrz nie objawiają, należy dążyć do częstszego, regularnego badania kobiet. Odnosi się to szczególniej do czasu przekwitania, a więc do czasu, w którym chore wszystkie dolegliwości tłómaczą sobie przekwitaniem. W innych razach uznają kobiety w zasadzie słuszność podobnej rady, jeśli się np. od nich żąda, by kilka razy do roku chodziły do dentysty, aby z samego początku zaradzać złemu.

Równie niezbędnie potrzebnem jest jaknajwcześniejsze badanie w przypadkach poczynających się raków w przydatkach. Wprawdzie rozpoznanie należy tu często do bardzo trudnych, nieraz nawet zupełnie niepodobna rozpoznać, kiedy brodawczak jajnika przebił powierzchnię i kiedy go należy uważać za złośliwy nowotwór. Najwprawniejsi mylą się, biorąc włókniaki macicy i jajnika za raki, jednak obecność małych twardych guzów, jakie spotykamy wśród brodawczaków, wczesne zrośnięcie się jajników z macicą i jelitami, szybki wzrost guza, zjawianie się puchliny brzusznej i bólów, będą zawsze uzasadniały rozpoznanie raka.

Dalszym obowiązkiem lekarza jest strzedz swoje chore, by się nie zwracały do akuszerek, „lekarzy naturalnych“ i t. d., a tembardziej nie powinni lekarze, jak to się nieraz wydarza, sami odsyłać chorych do akuszerek. Także i pod tym względem pouczenie, które rozesłał Winter do akuszerek, przyniosło bujne owoce. Gdy przed ukazaniem się pisma Wintera 54% akuszerek, do których zwracały się chore, postępowało źle, gdyż albo same leczyły chore, albo też nie odsyłały ich zaraz do lekarza, to potem zdarzyło się takie postępowanie tylko u siedmiu akuszerek. *Stahr.*

---

[1]) Przy obecnej technice badania mikroskopowego skrawków zamrażanych najlepiej używać do tego 2% lub 4% formaliny (*Przyp. spr.*).

Prof. Politzer, Doc. Brühl: **Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde.** 265 kolorowych obrazów na 47 tablicach i 163 rycin w tekście (Lehmann, Monachium 1905).

Przed kilku laty zdałem sprawę z pierwszego wydania tego dzieła. Rychłe drugie wydanie mimo tylu innych wybornych podręczników otyatryi świadczy o poczytności i wielkich zaletach. Dokładna anatomia kości skroniowej, której brak w innych podręcznikach, podnosi bardzo wartość tego dzieła. Liczne doskonałe rysunki ułatwiają niezmiernie zrozumienie treści. W nowem wydaniu tekst jest w części powiększony, w części przerobiony, liczba rysunków znacznie pomnożona, a wśród nich zasługują na uwagę nowe obrazy, przedstawiające zmiany patologiczne w otosklerozie i we wrodzonej i nabytej głuchoniemocie. Uzupełnienia i dodatki w tekście tyczą się prawie wszystkich rozdziałów, przeważnie zaś części chirurgicznej, stosownie do najnowszych postępów nauki, jak n. p. operacyjnego leczenia ropienia błędnika, otwarcia opuszki żyły szyjnej i t. p. Nowymi, a na dobie, są ważne ustępy: „Arbeitsunfähigkeit Kassenkranker“, „Schwerhörigkeit in der Schule“.

Jednej wady nie możemy pominąć. Cyfry, podane w tekście, nie zawsze zgadzają się z obrazami, do których się odnoszą. wada, która może początkujących zbałamucić, którą jednak z łatwością można w przyszłości usunąć.

Dr. R. Spira.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Vansteenberghe i Grysez. **O jelitowem pochodzeniu pylicy węglowej płuc.** (*Annales de l'Inst. Pasteur* 1905, Nr. 12). Powszechnie przyjęto, że pylica węglowa płuc powstaje przez wdychanie cząstek węgla do pęcherzyków, skąd przez fagocytozę dostają się do miąższu płucnego. Dziwna, że przytem górne drogi oddechowe nie ulegają pylicy; przyjmowano jednakże, że i tu ona może powstać, jeżeli istnieją poprzednio zmiany (zniekształtnienia i t. p.), lub jeżeli cząstek węgla we wdychanem powietrzu jest niezwykle dużo. Nowe zapatrywania na powstawanie gruźlicy płucnej zachęciły autorów do ponownego doświadczalnego zbadania sprawy pylicy. Doświadczenia wykonano w pracowni Calmettea w Lille. Podając dorosłym świnkom morskim pył węglowy lub tusz chiński w pokarmach, stwierdzili autorowie u zwierząt, zabitych w dobę lub dwie doby później, ogniskową pylicę płuc i znaczną pylicę gruczołów śródpiersia; gruczoły krezkowe były wolne; natomiast to samo doświadczenie u zwierząt młodych wywoływało pylicę gruczołów krezkowych bez zmian w płucach i śródpiersiu. Te same wyniki uzyskano po wlewaniu tuszu przez zgłębnik wprost do żołądka. W dobę po wstrzyknięciu 1 ctm.^{3} sadzy świnkom morskim do otrzewnej stwierdzali autorowie to samo, co po zadawaniu wewnętrznem, t. j. u zwierząt dorosłych zmiany w płucach i gruczołach śródpiersia, u młodych zaś w gruczołach krezkowych. Częstsze wstrzykiwania wywoływały pylicę wszystkich gruczołów i szpiku kostnego. U zwierząt, które wdychały sadze czas dłuższy, wypełnia pył węglowy całe drogi oddechowe, zarówno górne, jak i płuca, ale w płucach leży on tylko we wnętrzu pęcherzyków, a nie wśród miąższu; po krótszem wdychaniu, zwłaszcza u zwierząt, oddychających przez nos (jak n. p. króliki), znajduje się pył węglowy tylko w nosie, gardle i przełyku, a niema go w tchawicy i płucach. Po podwiązaniu przełyku pylica płuc nie powstawała mimo długiego wdychania sadzy. Po zatkaniu jednego oskrzela (przez ranę tracheotomijną), a przy przełyku drożnym, powstawała po długiem wdychaniu sadzy pylica w obu płucach: w płucu, do którego zatamowano dopływ powietrza, znaleziono cząstki węgla głównie w samym miąższu płuca, w płucu zaś oddychającem przedewszystkiem w świetle pęcherzyków. Z doświadczeń tych wnoszą autorowie, że pylica węglowa płuc może wprawdzie powstawać przez wdychanie, że jednak najczęściej powstaje przez wessanie cząstek węgla w jelitach, dokąd dostają się z połykaną śliną i śluzem z nosa, gdzie pierwotnie osiadły. Z jelit drogami limfatycznemi przechodzą, zdaniem autorów, cząstki węgla u dorosłych do przewodu piersiowego, a stamtąd z krwią żylną przez serce prawe do płuc. Jeżeli gruczoły oskrzelowe są zdrowe, to płuco wnet pozbywa się węgla, który odkłada się w tych gruczołach; jeżeli zaś drogi limfatyczne są zmienione, lub jeżeli zbyt dużo węgla do nich się dostaje, wtedy i płuca uledz muszą znaczniejszej pylicy.

Ciechanowski.

Mezincescu. **Prątki rzekomo gruźlicze, a rozpoznawanie gruźlicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1905, Nr. 48). Mezincescu opisuje następujący przypadek. U chorego na policzku znajdował się guz, mający kilka ctm. średnicy. W środku guza był ubytek, owrzodzenie, otoczone zgrubiałym brzegiem. Z owrzodzenia sączyła się ropa. Badanie mikroskopowe wykryło w ropie obok licznych komórek ropnych i paciorkowców, prątki, z kształtów zupełnie podobne do prątków gruźliczych i tak, jak prątki gruźlicze, nie odbarwiające się zapomocą kwasów. Dokładniejsze jednak badanie dowiodło, iż nie były to prątki gruźlicze, lecz że były to mikroby, należące do gromady prątków mastki (*b. smegmatis*). Histologiczne badanie wyciętego kawałka guza stwierdziło, iż był to nabłoniak. Mezincescu zwraca uwagę na liczne błędy rozpoznawcze, popełnione przez wielu lekarzy, którzy rozpoznali gruźlicę na zasadzie stwierdzenia w preparatach mikroskopowych prątków kwasoodpornych w przypadkach, w których gruźlicy wcale nie było. Löbs, Mendelsohn, König, Bunge i Trautenroth wspominają o przypadkach wycięcia nerki z powodu mylnego rozpoznania gruźlicy na zasadzie badania mikroskopowego. Fränkel, Pappenheim, Folli, Mayer i Rabinowiczówna znajdowali prątki, barwiące się tak samo, jak gruźlicze, acz nie gruźlicze, w zgorzeli płuc, a Zahn, Flexner, Ofmacher, Birt i Leisham w jamach oskrzelowych. Nawet w przypadkach zwykłego nieżytu oskrzeli znajdowano takie prątki, rzekomo gruźlicze; tożsamo w rozmaitych ropniach, w kale, w woskowinach usznych i w nalotach na migdałkach.

A. Wrzosek.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Meyer Erich. **Moczówka prosta i inne rodzaje nadmiernego moczenia.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 83, 35 S. 1—71). Pojęcie moczówki prostej (*diabetes insipidus sive spurius*) wprowadzone do patologii przez Piotra Franka, różni autorowie różnie dotychczas określali. Najkrócej określa je Gerhardt: „Jestto dłuższy czas trwające, chorobowo zwiększone wydzielanie moczu bez cukru, przy którem nerki żadnym zmianom nie ulegają“. Hoffman wyraża się przezorniej: „Jestto stan chorobowy, w którym chory wydziela przez czas dłuższy dużo moczu o nizkim ciężarze właściwym, nie zawierającego cukru“, z zastrzeżeniem: „jeżeli ten objaw wysuwa się na pierwszy plan i zmianę w nerkach na pewno można wyłączyć“. Dzisiejsze prace o moczówce prostej można podzielić na 2 grupy. Pierwsza zajmuje się głównymi objawami, t. j. nadmiernem moczeniem i nadmiernem pragnieniem i stara się rozstrzygnąć, co jest objawem pierwotnym, a co następowym; druga, rzecz etyologicznie traktując, stara się stwierdzić, czy wyniki doświadczeń Cl. Bernarda, wykonanych na zwierzętach, a zmierzających do wykazania wpływów nerwowych na ilość wydzielanego moczu, mogą być przeniesione i zastosowane do ustroju wyższego, t. j. człowieka.

Gdyby moczówka prosta nie była niczem innem, jak tylko wynikiem nadmiernego picia, jak wady, nabytej czyto przez przyzwyczajenie, czy inne wpływy, nasuwałaby się uwaga, czyto wzmożone pragnienie nie jest wywołane nieprawidłowem zwiększonem wessaniem wody lub brakiem wody w tkankach ustroju? W takim razie moczówka byłaby następstwem przyjmowania, wchłaniania większej ilości płynu; sama więc sprawa miałaby charakter więcej psychiczny, niż somatyczny.

W piśmiennictwie spotykamy rzeczywiście przypadki (na tle hister.) przez pewien czas trwające, dające się leczyć czyto poddawaniem, czy też nadzorowaniem żywienia się, przebiegające zatem pomyślnie. Gdyby chodziło o rozstrzygnięcie w każdym przypadku, co jest pierwotnem, czy nadmierne pragnienie, czy moczówka, trzebaby narazić każdego chorego na zupełne odciągnięcie wody, co jak doświadczenie uczy, może chorym na moczówkę bardzo zaszkodzić.

W przypadkach, w których moczówkę będziemy uważać za pierwotną, zachodzi znów pytanie: w jaki sposób ta moczówka do skutku przychodzi; czy za przyczynę uważać możemy wzmożoną czynność nerek? Jeżeli wyjdziemy ze stanowiska, że moczówka polega na zmianach w narządzie nerwowym (mózg, n. n. trzewne), to znów pozostanie nierozwiązane pytanie, w jaki sposób ten bodziec, czy podrażnienie powstaje i w jaki sposób nerki na nie oddziaływają. Musimy rozpocząć od rozstrzygnięcia, czy narząd wydzielniczy u chorych na moczówkę działa tak, jak u człowieka zdrowego i czy wymiana materyi odbywa się tak samo. Gdyby się powiodło udowodnić, że przy zwiększonej ilości moczu wydziela ustrój składniki stałe również w zwiększonej ilości, nie byłaby moczówka prosta niczem innem, jak tylko upośledzeniem wymiany materyi. Znów w piśmiennictwie znajdują się przypadki, w których ilość mocznika miała być stale zwiększoną, co nawet dało powód do utworzenia nowej jednostki i nazwy: azoturya. Według innych spostrzeżeń były to doświadczenia niedokładne; mogło to być dalej przejściowe nadmierne moczenie, z moczówką nic nie mające wspólnego, przy którem rozpad białka, tem samem ilość mocznika w moczu była

czasowo większą. Na wiarę zasługujące doświadczenia Talquista dowiodły, że pomimo pożywienia, nieobfitującego w azot, mogą chorzy utrzymywać się w równowadze azotowej. Zdaje się więc być pewnem, że przemiana materyi u chorych na moczówkę odbywa się prawidłowo. Rozstrzygnięcie, czy w danym przypadku ma się przed sobą moczówkę prostą, czy czasowe nadmierne moczenie, w praktyce nie zawsze jest łatwem. Jeżeli moczenie jest średnio zwiększone (3000—5000 cm. moczu, c. wł. 1004—1006), to może to zależeć od jakichś zmian miąższu nerkowego (*nephritis int., pyelitis non purul.*).

Następuje szereg doświadczeń, o tyle ciekawych, że każdy przypadek okazuje wobec zewnętrznych wpływów, czy pożywienia, czy leków, pewne indywidualne wahania. Prawie w połowie przypadków moczówki przyjąć można kiłę za tło etyologiczne. Doświadczenia wykonywano w ten sposób, że podawano chorym odrębną dyetę Talquista, badano dalej wpływ rozmaitych pokarmów na ilość moczu i soli w nim zawartych, podawano wreszcie rozczyny soli, bądźto chlorku sodowego, bądź też fosforanu sodowego, by z tego o zgęszczeniu moczu pewne wysnuć wnioski. We wszystkich tych przypadkach można było stwierdzić stałe zgęszczenie moczu wśród różnych warunków żywienia. Ilości moczu natomiast są dziwnie zależne od rodzaju pożywienia. Pod wpływem dyety, zależnie od czasu podania pokarmu stałego, czy płynnego, waha się wciąż ilość moczu w indywidualnych granicach od 5—12, a nawet 15 litrów. Chlorek sodowy zwiększa ilość wydzielanego moczu, lecz na drugi dzień ilość ta powraca do poprzedniego poziomu. Po podaniu fosforanu sodowego zwiększa się ilość wydzielanego kwasu fosforowego, nie wywołując zwiększenia się ilości moczu. Równocześnie jednak zatrzymuje podany fosforan wydzielanie chlorku sodowego, dla którego rozpuszczenia i wydalenia potrzebną była większa ilość wody. Krew badana okazywała pewien stopień zagęszczenia (hemoglobiny 104 Sahli, ilość krwinek czerwonych 5,770.000, pozostałość sucha 21·30 prc. [prawidłowo 20,94 prc.]). Teocyna, podana 3 razy dziennie po 0,30, zwiększała we wszystkich przypadkach ilość soli prawie w dwójnasób, natomiast ilość moczu wahała się w niewielkich granicach. To wydzielanie jednak trwa tylko chwilowo: chlor, wydalony nadmiernie pod wpływem leku, wydziela się w drugim dniu w znacznie mniejszej ilości, by równowagi fizyologicznej nie zaburzyć.

Zdrowy ustrój ma 2 czynniki, którymi w danym wypadku rozporządzać może: ilość moczu i zgęszczenie moczu. Gdy u człowieka zdrowego zgęszczenie podlega rozmaitym wahaniom, to u chorego za moczówkę jest ono indywidualną jednostką, mniejwięcej stałą. Jeżeli ilość wydzielonych składników przekracza granice prawidłowe, wtedy wysuwa się drugi czynnik na plan pierwszy, t. j. ilość moczu wzrasta. U człowieka zdrowego podanie n. p. 20 grm. soli kuchennej zmienia, odchyla krzywą zgęszczenia moczu bardzo znacznie, ilości moczu zas prawie nie zmienia; u chorego na moczówkę ma się rzecz przeciwnie. Widzimy z tego, że u chorego na moczówkę brakuje tej zdolności wytwarzania moczu zgęszczonego. To jest właśnie zmianą pierwotną, to jest powodem, dlaczego ustrój wydziela znaczną ilość moczu, by w ten sposób módz się obronić od zatrzymania soli, dla ustroju szkodliwych. Moczówka prosta jest zatem wywołana zmianą czynności nerek, określając krótko, brakiem siły koncentracyjnej. Zmiana ta zdaje się zależeć od wpływów nerwowych. Większą część opisanych przypadków można odnieść do jakiejś zmiany w układzie nerwowym i to w dole równoległobocznym (*fossa rhomboid.*). Wiemy dalej z doświadczeń, że rozmaite wpływy nerwowej przyrody mogą zwiększać ilość moczu (n. p. migrena, padaczka). W tych przypadkach dzieje się coś w nerkach, przejściowo, nie stale, coś, co w moczówce jest stałą zmianą. Ostatecznie dochodzi autor do następujących wniosków. 1. Przez moczówkę prostą rozumiemy pierwotne moczenie nadmierne, powstałe wskutek tego, że nerki nie mogą wytwarzać moczu o prawidłowem zgęszczeniu. Wskutek tego chory na moczówkę dla usunięcia z ustroju wytworów wymiany materyi potrzebuje większej ilości wody, niż człowiek zdrowy. Ponieważ na zmianę pożywienia chory ustrój odpowiedniem zgęszczeniem moczu oddziaływać nie może, przeto musi dla utrzymania równowagi tkanek odpowiedzieć większą ilością moczu. 2. Chory z przejściowem nadmiernem pragnieniem różni się od chorego na moczówkę tem, że w razie wprowadzenia do ustroju większej ilości soli oddaje mocz zgęszczony. 3. Kwas fosforowy, wprowadzony do ustroju jako fosforan sodowy, wydala w jednakiej mierze tak zdrowy, jak i chory ustrój bez zwiększenia ilości moczu. 4. Chory na moczówkę prostą ma jedną wspólną cechę z chorym na śródmiąższowe zapalenie nerek lub na zapalenie miedniczek nerkowych, t. j. brak zdolności wydzielania moczu zgęszczonego. Różni się jednakowoż tem, że u niego stopień zgęszczenia moczu jest mniejwięcej stały. 5. Teocyna wywołuje u chorych na moczówkę zwiększenie zgęszczenia, bez zwiększenia ilości moczu.

Dr. Łapiński.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. O Gutbrod. **Wyłuszczenie brzuszne macicy w czasie porodu.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. LV, 1905). Autor spostrzegał następujący ciekawy przypadek: Wezwano go do kobiety rodzącej, u której bóle trwały od 5 dni, wody zaś odeszły przy pierwszych bólach. Już poprzednio inny lekarz próbował ukończyć poród w narkozie, lecz bezskutecznie. Autor stwierdził ciepłotę 39·7, tętno 144, macica w skurczu tężcowym i bolesna, wskutek czego pojedynczych części płodu wybadać nie było można. Tonów płodu nie słyszał. Badaniem wewnętrznem stwierdził, iż miednica mała zupełnie była pusta, ujście maciczne wysoko ponad spojeniem łonowem, wielkości mniejwięcej pięciokoronówki, w niem jakaś obrzmiała część drobna płodu. Do wargi przedniej ledwo można dojść palcem, jest przytem cienka; tylna natomiast znacznie zgrubiała, przechodzi bezpośrednio w opór, sięgający aż ku wzgórkowi kości krzyżowej. Wobec nieudałych prób ukończenia porodu wykonano laparotomię; przytem pokazało się, iż macica umocowaną była od tyłu bardzo silnymi zrostami tak, że dopiero po ich oddzieleniu i podwiązaniu można było macicę wytoczyć przed powłoki brzuszne. Podwiązując obustronnie przydatki i więzadła szerokie, usunięto całą macicę, a następnie po zaszyciu otrzewnej zaszyto powłoki brzuszne. Chora miała się dobrze przez 4 dni, w 5-tym z powodu niedrożności jelit zmarła. Autor, załączając rysunki wyjętej macicy, za główną przeszkodę porodową uważa te silne zrosty na tylnej ścianie macicy, które wywołały częściowe tyłozgięcie macicy. Szyjka maciczna, znajdująca się tuż poza spojeniem łonowem, nie leżąc w osi miednicy, nie mogła utworzyć kanału porodowego. Podobny przypadek opisał Spiegelberg, który radzi w takich razach próbować w ułożeniu kolankowo-łokciowem odprowadzić tyłozgiętą macicę przy równoczesnem ściąganiu szyjki zapomocą kulociągów do osi miednicy. W przypadku autora było to niemożebnem z powodu zbyt silnych zrostów otrzewnych.

Dr. G. Wierzbicki.

W. Kallmorgen. **Włókniaki i guzy jajnikowe jako wskazanie do cięcia cesarskiego.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. LV, 1905). Autor zaznacza, iż włókniaki i guzy jajnikowe mogą być bardzo ważną przeszkodą przy porodzie. Aby poród umożliwić, można: 1) usunąć te guzy przez pochwę i dopuścić poród też drogami naturalnemi; 2) usunąć guzy przez pochwę i wykonać następowe cięcie cesarskie pochwowe; 3) usunąć guzy od strony brzucha, a dopuścić poród drogami naturalnemi; 4) usunąć guzy od strony brzucha, wykonawszy poprzednio cięcie cesarskie brzuszne. Autor przytacza cztery przypadki, w których z powodu guzów poród drogami naturalnemi odbyć się nie mógł. W dwóch z nich włókniaki, wychodzące z tylnej ściany macicy, stały się powodem cięcia cesarskiego z następowem wyjęciem macicy sposobem Porry i pozostawieniem kikuta pozaotrzewnie. W innych dwóch przypadkach wykonano z powodu guzów jajnikowych cięcie cesarskie, a po zaszyciu macicy wyjęto guzy. Wszystkie przypadki zakończyły się szczęśliwie. Autor zaznacza w końcu, iż innych sposobów w tych przypadkach nie można było użyć. W dwóch pierwszych macicę trzeba było usunąć, gdyż wzrastające włókniaki zmusiłyby wkrótce do drugiej laparotomii. Przy guzach jajnikowych inaczej też postąpić nie było można, gdyż przez pochwę można usuwać tylko małe torbiele, leżące w zatoce Douglasa. Większe guzy operować należy tylko od strony brzucha, i to w tym porządku, że wobec guzów, leżących poza macicą, trzeba najpierw wykonać cięcie cesarskie, macicę zaszyć, a dopiero potem guzy usunąć.

Dr. G. Wierzbicki.

R. Olshausen. **W sprawie cięcia cesarskiego.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 1). Przegląd 118 własnych przypadków cięcia cesarskiego. Wskazania stanowiły: ścieśnienia miednicy 91, drgawki porodowe 7, włókniaki 6, rak macicy 4, *vaginaefixatio* 4, zapalenie nerek 2, wada serca 2, zwężenie bliznowate szyjki lub pochwy 2 razy. W 71 przypadkach chodziło o miednicę krzywiczą. Wobec ciężkich przypadków drgawek porodowych żąda O. jak najszybszego rozwiązania, aczkolwiek wiadomo, że w pewnej liczbie przypadków nie można mimoto chorej uratować. Stosownie do przypadku stosuje się tu różne zabiegi, od najłagodniejszych aż do cięcia cesarskiego. Z 7 operowanych zmarły tylko 2, a zatem wynik niezły, jeżeli się uwzględni, że chodziło o przypadki najcięższe. O. podnosi niebezpieczeństwo, grożące życiu płodów z powodu odurzenia morfinowego, w którem zwykle się rodzą. Cięcie przez powłoki radzi O. prowadzić wysoko ponad pępek, gdzie macica najszersza, i macicę wytaczać zawsze przed powłoki. Cięcie przez macicę powinno unikać łożyska, co da się zwykle osiągnąć przez zwrócenie uwagi na stopień unaczynienia różnych miejsc ściany macicy, jakoteż na silniejsze wypuklenie pewnej ściany. Cięcie strzałkowe przez dno przedłuża O. ku tej stronie, gdzie niema łożyska, a więc w danym razie także ku tyłowi. Na 20 minut przed uśpieniem wstrzykuje

O. 0·12 sporyszu, który wcześniej nie rozwija działania w całej pełni. Zaciskanie naczyń jest nietylko zbyteczne, lecz szkodliwe. Macicę zeszywa O. katgutem w 2 piętrach. Na 14 przypadków po cięciu cesarskiem pękła macica raz jeden przy następnym porodzie, co jednak po użyciu każdego innego materyału do szycia zdarzyć się może. U 7 chorych wykonano cięcie 2, u 2 trzy, a u 3 cztery razy; wszystkie wyzdrowiały. *B. Wojciechowski.*

A. Czyżewicz jun. **Donoszone żywe trojaki przy łożysku przodującem bocznem.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 51). Wieśniaczka 38-letnia, po raz 12. w ciąży. Brzuch niezwykle powiększony, obwisły, macica napięta, dużo części drobnych, 2 części duże płodu. Przy badaniu wewnętrznem poza pęcherzem płodowym główka. Miednica lekko płaska. Wkrótce po ostrożnem badaniu silny krwotok maciczny z niejasnej na razie przyczyny. Po wytamponowaniu pochwy krwotok stanął. Po 6 dniach wystąpiły bóle porodowe. Przy ujściu, rozwartem na talara, wyczuwa się od strony lewej brzeg łożyska. Po samorodnem pęknięciu pęcherza wypadło kilka pętli pępowiny, a w ciągu 2 minut urodził się płód w położeniu twarzowem, lekko omdlały. Badanie wewnętrzne wykazało drugi pęcherz i poza nim nóżki drugiego płodu, który po przebiciu pęcherza wydobyto. Płód trzeci leżał poprzecznie i wydobyto go po obrocie na nóżkę. Po 20 minutach odeszło pierwsze łożysko, a po następnych 25 minutach drugie. Waga płodu 1) 2700, 2) 2600, 3) 2400 gr., 1. i 2. płód płci męzkiej, 3. żeńskiej. Łożysko pierwsze nerkowate z 2 pępowinami, drugie tegoż kształtu ma cechy łożyska obrzeżonego (*placenta circumvallata*). Matka opuściła zakład z dziećmi zdrowemi, ważącemi 2900, 2800 i 2700 gr. *B. Wojciechowski.*

M. Holst. **Nowy sposób operacyjnego usunięcia zupełnego wypadnięcia macicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 51). Wypadnięcie zupełne macicy zdarza się najczęściej u kobiet w okresie przekwitania lub później, wobec czego wycięcie macicy jest usprawiedliwione, skoro inne sposoby do celu niezawsze prowadzą. Aby uniknąć następowego wypadnięcia pochwy i zabiegów późniejszych, niekiedy bezskutecznych, dążących do usunięcia tego stanu, poleca H. odcięcie macicy nadpochwowe z zaopatrzeniem kikuta podotrzewnem. Wskutek wysokiego ustawienia części pochwowej zostają ściany pochwy wyżej podciągnięte, niż przy przyszyciu macicy do ściany bocznej. To też należy się spodziewać, że następowe obniżenie pochwy, przedewszystkiem jej ściany przedniej, bardzo wyjątkowo tylko i w nizkim stopniu zdarzyć się może. Szczegóły techniki w oryginale. *B. Wojciechowski.*

K. Holzapfel. **W sprawie wyjałowienia opatrunków.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 51). H. obmyślił puszkę z licznymi otworkami w całem dnie i w pokrywie. Pokrywa ma ścianę podwójną. Para nasycona, ogrzana do 100°, niszcząca lepiej drobnoustroje, niż para przegrzana, przepływa przez filtry z waty, umieszczone w pokrywie i na dnie i zapobiegające późniejszemu zanieczyszczeniu opatrunków drobnoustrojami z powietrza i pyłem. Puszki Dührssena uważa H. pod kilku względami za gorsze od swoich.

B. Wojciechowski.

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Calodal, przetwór białkowaty, poleca B. Credé (*Zeitschr. für ärztl. Fortbildung* 1906, Nr 1), jako środek odżywczy *per rectum*, w odstępach 2—3 godzinnych, zwykle po 50 grm. 10 prc. roczczynu. W pewnym przypadku uporczywych wymiotów udało się tą drogą przez 3 tygodnie podtrzymywać siły chorej. Również w postaci wstrzykiwań podskórnych (przez dodanie 5 grm. kalodalu w formie 10 prc. roczczynu do 500 grm. roczczynu fizyol. soli) oddaje ten środek dobre usługi. *H.*

Collargol poleca ponownie Rau (*Therap. Monatsh* 1905, 12) do wstrzykiwań śródżylnych w przypadkach zakażenia. *H.*

Proponal (kwas dwupropylobarbiturowy) jest nowym środkiem nasennym, wytworzonym przez Fischera i Meringa (*Med. Klin.* 1905, Nr. 52). Ma postać bezbarwnych kryształków, w wodzie zimnej trudno (1: 1640), w gorącej łatwiej (1: 70), a w rozcieńczonych alkaliach bardzo łatwo rozpuszczalnych. Próbowany u 20 osób w zwykłej bezsenności wywoływał w dawce 0,15—0,5 po 15—40 minutach sen 6—9-godzinny. W porównaniu z weronalem działa tak samo, lecz już w dawce o połowę mniejszej. Podawać go najlepiej w proszkach. Skutków ubocznych nie zauważono, ale zaleca się nie przekraczać dawki 0,5. *R.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska powzięła na jednem z ostatnich posiedzeń następujące ważne uchwały: w sprawie zamierzonego strejku przez lekarzy dolno-austryackich z powodu niesłychanie niskiej płacy za czynności lekarzy gminnych uchwalono publicznie dać wyraz przekonaniu, że żaden z lekarzy przynależnych do Izby zachodnio-galicyjskiej, nie wystąpi przeciw interesom lekarzy dolno-austryackich, ani też przeciw akcyi obrony przez nich zamierzonej. W sprawie obsadzenia posady kierownika Wydziału sanitarnego w ministerstwie spraw wewnętrznych po śmierci Dr. Kusyego uchwalono, że Izba krakowska, jako Izba zarządzająca, wdroży energiczną akcyę w porozumieniu ze wszystkiemi Izbami austryackiemi. W sprawie pojawiających się nawet poza granicami Galicyi projektów wprowadzenia przymusowego stemplowania recept, uchwalono, że Izba krakowska, jako Izba zarządzająca, podejmie tę sprawę i przygotuje odpowiedni referat wraz z wnioskami na tegoroczny wiec Izb lekarskich. W tym celu odbędą się już w najbliższym czasie wstępne konferencye z przedstawicielami Zarządu Towarzystwa Samopomocy lekarzy, jako pierwszymi inicyatorami tej myśli. *L.*

Ruch społeczno-lekarski w Królestwie polskiem rozpoczął się z pierwszym świtem reform politycznych szeroką falą. Świadczą o tem nietylko powstałe stowarzyszenia i związki zawodowolekarskie, ale także cały szereg planów szerszej pracy, widocznie oddawna już opracowywanych i przemyślanych, które jednak dopiero teraz mogły ukazać się na światło dzienne. Aczkolwiek nie można określić, jak rychło i w jakim zakresie plany te będą się mogły urzeczywistnić, niemniej, jak słusznie zauważają ich autorowie, konieczną jest rzeczą już teraz ogłosić je i zapomocą publicznej dyskusyi udoskonalić, aby mogły we właściwej chwili niezwłocznie przejść w czyn i aby nie potrzeba było wtedy tracić drogiego czasu na obmyślanie choćby drobnych już tylko szczegółów, lecz aby na dobrze przygotowanych podwalinach odrazu stawiać zrąb trwałej budowy.

St. Markiewicz kreśli w artykule p. t. »Zrzeszenie lekarzy u nas«. (*Krytyka lek.* 1906, Nr. 1) w krótkim zarysie ogólny plan pracy zbiorowej, czekającej lekarzy polskich pod zaborem rosyjskim po nastaniu ery konstytucyjnej. Praca ta jest trojaka. 1) w dziedzinie nauki lekarskiej oprócz pracy w Towarzystwach lekarskich należy stworzyć krajowe zjazdy lekarskie i uzupełniające kursa lekarskie w Warszawie; 2) w dziedzinie zawodowej konieczne jest utworzenie ogólnego stowarzyszenia zawodowego, któreby zajęło się ubezpieczeniem lekarzy i ich rodzin, kasą pożyczkową i kasą wsparć, opieką prawną, sądami koleżeńskimi, zjazdami zawodowymi, utworzeniem Izb lekarskich; 3) w dziedzinie medycyny społecznej należy zacząć pracę od podstaw, gdyż w tym dziale niema w Królestwie polskiem jeszcze żadnej organizacyi, a lekarze polscy są wogóle pod tym względem bardzo zacofani. W Niemczech istnieje już kilka pism, sprawom tym poświęconych (»Jahresbericht über die Fortschritte der sozialen Hygiene u. Demographie« Grotjahna i Kriegela, »Monatsschrift f. sociale Medizin« Fürsta i Jaffego, obecnie p. t. »Archiv f. soc. Med.«); kończy się wydawnictwo obszernego 8-tomowego podręcznika »Handbuch der socialen Medizin« pod redakcyą Fürsta i Windscheida, a mnóstwo drobnych prac ukazuje się ciągle zarówno w Niemczech, jak i we Francyi. Zakres pracy lekarskiej na tem polu obejmuje: opiekę nad ubogimi, sprawy ubezpieczenia na wypadek choroby, urazu, kalectwa, szpitalnictwo i pomoc położniczą w zakresie społecznym, zwalczanie alkoholizmu i gruźlicy, opiekę nad obłąkanymi i głuptakami, ratownictwo, pielęgnowanie chorych higienę zuwodową (fabryczną i t. d.), dozór nad prostytucyą, nad mamkami, opiekę nad niemowlętami, zadania lekarza szkolnego, zadania lekarskie w filantropijnych zakładach wychowawczych, medycynę sądową, statystykę lekarską, sprawę higieny mieszkań i pożywienia ludności, organizacyę służby sanitarnolekarskiej. Wypełnić zadania społecznolekarskie będzie można, zdaniem M. przez utworzenie związku lekarzy, pracujących na tem polu, zjazdy lekarzy związkowych, obranie stałych kierowników pracy w różnych częściach kraju, wydawanie odpowiedniego czasopisma, stworzenie specyalnej biblioteki, opracowanie polskich podręczników tego działu i organizacyę publicznych wykładów.

Właśnie głównie zakresu medycyny społecznej dotyczy plan organizacyi pomocy lekarskiej w Królestwie polskiem, opracowany przez K. Rychlińskiego, a podany w skróceniu w *Nowinach lekarskich* (1906, Nr. 1). Jako wstęp znajdujemy ponury obraz zaniedbania na polu lecznictwa ludowego w Królestwie polskiem, winy tego nie ponoszą jednak ani lekarze tam-

tejsi, wypełniający obowiązki społeczne z niezwykłem poświęceniem pomimo najróżniejszych napotykanych przeszkód, ani społeczeństwo; przyczyna leży w niedbalstwie, a nieraz i w złej woli rządu i biurokracyi. Toteż gdy nawet w samej Rosyi dzięki samorządowi ziemskiemu, pomimo wszystkich jego wad i niedoskonałości, opieka lekarska nad ludnością czyni postępy, to w Królestwie polskiem stan jest pod tym względem poprostu straszny. N. p. na ospę przypada w prowincyach nadbałtyckich 4,8‰ wszystkich zachorowań, w posiadających ziemstwa guberniach cesarstwa rosyjskiego 3,1‰, a w Królestwie polskiem 31‰! Jakie zaś są stosunki szpitalnictwa w Królestwie pomimo ofiarnej pracy lekarzy polskich (na 200 przeszło lekarzy, pracujących stale w szpitalach warszawskich, zaledwo 67 jest płatnych kwotą 250—900 rubli r o c z n i e, którą zresztą większość lekarzy obraca na urządzenie i prowadzenie pracowni szpitalnych), to oświetlają jaskrawo dane statystyczne, zebrane sumiennie i bardzo dokładnie przez M ę c z k o w s k i e g o (*Gazeta lekarska* 1905). Dość przytoczyć, że gdy w r. 1867 na 10.000 ludności Królestwa przypadało 7 łóżek szpitalnych, to po 35 latach liczba ta spadła na 5,8, a w samej Warszawie z 82,9 na 39!

Według projektu R y c h l i ń s k i e g o ogólny kierunek w sprawie pomocy lekarskiej w Królestwie powinien być oddany centralnej Radzie lekarskiej z inspektorem lekarskim na czele, którą należy utworzyć w Warszawie. Kraj cały ma być podzielony na okręgi lekarskie, nie większe nad 200—250 wiorst kwadratowych; lekarzom okręgowym, podlegającym centralnej Radzie, przypadnie mieć w swej pieczy po 20—25 tysięcy ludności. Na każde 3 okręgi powinien przypadać przynajmniej jeden szpital okręgowy o 20 łóżkach; prócz tego w każdym powiecie powinien być większy szpital powiatowy z osobnym lekarzem, a w każdem mieście gubernialnem szpital na 100 łóżek z 4 lekarzami, zaś na 3 gubernie jeden zakład dla umysłowo chorych (1 łóżko na 1500 mieszkańców). Przy szpitalach gubernialnych powinny być pracownie naukowe; w każdej gubernii osobno 3 lekarzy dla zwalczania chorób nagminnych, nadzoru policyi lekarskiej i zastępowania lekarzy okręgowych. W każdej gminie ma być położna, na 300 osad jedna wykwalifikowana dozorczyni lub dozorca chorych. Należy utworzyć w Królestwie dwa zakłady krowiankowe, dwie szkoły pielęgnowania chorych i jedną szkołę położnych. Określiwszy dalej płace, konieczne dla lekarzy i akuszerek, podaje autor planu normy leczenia bezpłatnego i opłat za leczenie. Bezpłatne leczenie się przysługiwałoby wszystkim bezrolnym mieszkańcom wsi i miasteczek, najemnikom, służbie folwarcznej, robotnikom rolnym i fabrycznym i wszystkim właścicielom gruntów, mającym mniej niż 10 morgów roli. Stawiając na pierwszym planie potrzeb społecznych wydatki na oświatę, oblicza autor, że gdyby wskutek olbrzymich potrzeb szkolnictwa samorząd w Królestwie mógł na reformę sanitarną obracać tylko 25% swych dochodów (ziemstwa w Rosyi wydają 27—39%), to reforma ta według podanego planu mogłaby być i tak w krótkim czasie przeprowadzoną i wydać znakomite wyniki.

Dziedziny zawodowej znów dotyczy opracowany przez J. Z a w a d z k i e g o plan ustawy Izb lekarskich dla Królestwa polskiego (*Kronika lek.* 1905, Z. 24). Według tego projektu posiadałoby Królestwo 5 izb lekarskich: w Warszawie, Łomży, Lublinie, Radomiu i w Łodzi, nadto izbę centralną (zarząd główny) w Warszawie, obierany przez delegatów wszystkich Izb. Co do ustroju Izb, różni się projekt od ustawy Izb austryackich przedewszystkiem zupełnem oddzieleniem sądów honorowych od Izb, czego tak usilnie, a napróżno, domagają się Izby nasze. Nadto miałyby Izby mieć stałą ilość członków (po 10 każda), a nie proporcyonalną do liczby lekarzy w okręgu Izby, jak to jest w Austryi, a wreszcie miałyby też organ wykonawczy w postaci delegatów powiatowych. Najważniejszą jednak różnicę od ustawy Izb niemieckich i austryackich stanowi zakres działania Izb, podany w projekcie, który uczyniłby z nich w Królestwie istotnie »najwyższą instancyę w sprawach stanu lekarskiego«. Według projektu bowiem Izby utrzymywałyby biura pośrednictwa pracy dla lekarzy, biblioteki i czytelnie, pracownie naukowe, wydawałyby pisma lekarskie i wydawnictwa naukowe, regulowałyby wysokość honoraryów i płac stałych (na kolejach, w fabrykach i t d.), obsadzałyby w charakterze związku odpowiedzialnego posady szpitalne, kolejowe, fabryczne i t. d., zakładałyby jako spółki spółdzielcze rozmaite lecznice, rozstrzygałyby spory między lekarzami i lekarzy z publicznością, wyjednywałyby u władz prawa, dotyczące lekarzy, zawiadamiałyby władze o odjęciu przez sąd honorowy lekarzom prawa praktyki, urządziłyby kasy emerytalne, wysyłałyby delegatów do Rad zdrowia, a wreszcie wybierałyby własnych posłów na sejm krajowy i państwowy. *C.*

Wiadomości bieżące.

Kraków, 31 stycznia.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 31 b. m. posiedzenie, na którem koledzy: Bogdanik, Borzęcki i Reiss przedstawiali i omawiali przypadki chorobowe, kol. Gliński preparaty anatomiczno-patologiczne, a kol. Gettlich tubusy celluloidowe i wskazania do ich użycia. Towarzystwo mianowało swym członkiem honorowym dr. Władysława B i e g a ń s k i e g o.

— We Lwowie utworzył się miejscowy Komitet dla międzynarodowego zjazdu higieny szkolnej w Londynie, obierając przewodniczącym Dr. Legeżyńskiego, sekretarzem Dr. Kielanowskiego. Jako delegata Komitetu krakowskiego uchwalono zaprosić Prof. Dr. Jordana. Komitet ten ma dać inicyatywę do łącznej akcyi wszystkich ziem polskich przez wspólnego delegata na Zjeździe. Utworzyć się mający Komitet krajowy porozumie się w tym celu z instytucyami polskiemi w zaborze pruskim i rosyjskim.

— Wiedeńska Izba lekarska utworzyła komitet, zbierający składki na poparcie materyalne lekarzy dolnoaustryackich, walczących o podwyższenie honoraryum za szczepienie ospy, badanie włóczęgów i podrzutków przez usunięcie się od tych czynności.

— Sejm bawarski uchwalił przekazać rządowi do uwzględnienia podanie Towarzystwa lek. monachijskiego o powołanie lekarzy na stanowiska urzędników nadzorczych w inspekcyi przemysłowej.

— W Berlinie powstanie wzorowy zakład dla zwalczania śmiertelności osesków pod protektoratem pary cesarskiej. Zakład, pod który gmina Charlottenburg ofiarowuje bezpłatnie plac budowlany, pomieści 50—60 łóżek, podzielonych na 4 oddziały: ciężarnych (pobyt trzymiesięczny przed porodem), zdrowych matek i osesków (pobyt 3-miesięczny), osesków sztucznie żywionych i osesków chorych. Po opuszczeniu zakładu pozostają matki i dzieci pod nadzorem zakładu, który rozdawać będzie premie za karmienie i dostarczać mleka (rodzaj zakładu »Kropli mleka«). Do zakładu należeć będzie jeszcze wzorowa obora, oraz pracownie chemiczna i bakteryologiczna, a wreszcie szkoła dla dozorczyń położnic i dzieci.

— Cele humanitarne w Niemczech zyskają znowu spore zasiłki z powodu srebrnego wesela niemieckiej pary cesarskiej. Oprócz darów na wzorowy zakład opieki nad niemowlętami ofiarują np., Rada miejska berlińska 100,000 marek na sanatoryum dla suchotników, wrocławski magistrat 360,000 marek na zakład dla osesków, fabryki Siemensa 20,000 marek na 2 łóżka w sanatoryach dla suchotników, Rada okręgowa w Mülheim 50,000 mk. na podobne cele, obywatel Neubauer z Hamburga 100,000 mk. na budowę szpitala dla dzieci w rodzinnem swem mieście Magdeburgu i t. d.

— 28 Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się 16—22 września w Stuttgardzie.

— Już druga katedra medycyny społecznej powstaje w Niemczech, mianowicie polecono w Berlinie wykładać ten przedmiot Prof. Kirchnerowi.

— Główny pruski komitet uzupełniającego wykształcenia lekarskiego urządza między 2 marca a 27 kwietnia b. r. szereg wykładów w sprawach, stojących na pograniczu kilku działów medycyny. Wiadomości udziela biuro dyrekcyi szpitala »Charite« w Berlinie. Bezpłatne kursa uzupełniające rozpoczną się w półroczu letniem 1906, dnia 1 maja.

— Paryska Akademia umiejętności ogłasza na rok 1907 międzynarodowy konkurs na następujące nagrody: Montyona (2,500 i 1.500 fr.) za podanie sposobu, w jakiby jeden z zawodów, szkodliwych dla zdrowia, uczynić można nieszkodliwym; Barbiera (2,000 fr.) za cenne odkrycie w medycynie wewnętrznej, chirurgii lub farmakologii; Bréanta (100,000 fr.) za skuteczny środek przeciw cholerze lub wogóle za wytworzenie szczepionki, równie skutecznej jak krowianka; Chaussiera (10.000 fr.) za najlepszą pracę sądowo-lekarską lub higieniczną, ogłoszoną między r. 1903 a 1907; La Care (10,000 fr.) za najlepsze dzieło z fizyologii i Philippeaua (900 fr.) za dzieło z fizyologii doświadczalnej.

— Zmarła niedawno pani Grangier zapisała olbrzymi swój majątek szpitalom i uniwersytetowi w Dijon. Główny szpital w Dijon otrzyma około 7 milionów franków, mniejsze zapisy (na sanatoryum dla suchotników, zakład głuchoniemych i ślepych i t. d.), wynoszą łącznie 6½ miliona franków.

— Wobec tego, że kliniki i zakłady lekarskie w Rzymie otrzymały nowe, nowoczesnym wymaganiom zadość czyniące pomieszczenie, porusza dr. E l j a s z - R a d z i k o w s k i w »Tygodniku lekarskim« myśl, by lekarze z Polski, związanej tradycyą

humanizmu i licznymi łącznikami z medycyną włoską w przeszłości, jeździli na studya na wszechnice włoskie, w szczególności do Rzymu.

— W gubernii łomżyńskiej i w Warszawie pojawiają się ciągle przypadki cholery, niezbyt jednak liczne.

— W Iwoniczu otwarty został szpital dla nieuleczalnych i matołków (pierwsze w Galicyi schronisko dla matołków). Twórcą zakładu jest miejscowy proboszcz X. Antoni Podgórski.

— Między 14—20 stycznia b. r. doniesiono władzom o 3 nowych przypadkach ospy w Galicyi w powiecie brodzkim, a o 21 przypadkach duru osutkowego w 10 gminach 8 powiatów (Stryj 7, Nadwórna 5, Jaworów 3, Tłumacz 2, Myślenice, Nisko, Przemyśl, Zborów po 1).

Mianowani: Profesorami położnictwa dr. Schokaert w Löwen, dr. Vallois w Montpellier, prof Pestalozza (z Florencyi) w Rzymie.

Zmarli: Pedyatrzy prof. Wichmann w 53 r. ż. i doc. Prip w 40 r. ż. w Kopenhadze; ginekolog prof. Amann w 74 r. ż. w Monachium.

Dr. Józef Strzeszewski zmarł w 46 r. ż. w Warszawie; jako student ogłosił rozprawę „O wartości odżywczej roślin strączkowych", nagrodzoną złotym medalem; ukończywszy studya w Warszawie w r. 1883 został asystentem kliniki prof. Lambla i w tym czasie napisał rzecz: „O zwapnieniu osierdzia".

We Lwowie zakończył życie Juliusz Ksawery Łukaszewski w wieku 70 lat. Urodził się w Skorzęcinach (Wielkopolska), do gimnazyum uczęszczał w Trzemesznie, a na wydział lekarski w Gryfii, Pradze, Krakowie i Berlinie, gdzie w roku 1862 otrzymał stopień doktora medycyny. W charakterze lekarza naczelnego szpitala św. Trójcy w Jassach wyróżnił się jako wybitny klinicysta, znany zaszczytnie w całych Multanach. Założył stowarzyszenie pod nazwą „Polska biblioteka", koło którego skupił całe wychodźtwo polskie, przebywające w Rumunii. Ogłosił parę rozpraw, a do „Przeglądu lekarskiego" w r. 1870 pisywał pouczające korespondencye. *K.*

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 2. Starkiewicz: Ze statystyki chorób płuc w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus. Kijewski: Kilka uwag w kwestyi stosowania nefrektomii przy kamicy nerkowej.

— *Medycyna* Nr. 3. Anastazy Landau: O zawartości acetonu we krwi i w narządach. Heiman: Przypadek ostrego ropnia zraza skroniowego przez ostrą sprawę ropną w uchu wywołanego.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 4. Łukasiewicz: Zasady leczenia wyprysku (dok.). Gabryszewski: Próby wstrzykiwań t. zw. naoponowych.

— *Czasopismo lekarskie* 1905 Nr. 11 i 12. Offenberg: Przypadek porażenia rdzeniowego kurczowego.

— *Časopis lekařův českých* Nr. 3. Kukula: O chirurgické therapii cholelithiasy. Kutvirt: Airol jako diagnostická pomůcka při kariosních zánětech ušních. Zikmund: Příspěvek ku zranění rodidel za soulože. Bouček: Úvahy a skušenosti porodnické praktického lékaře.

— *Presse médicale* Nr. 6. Follet i Sacquépée: O posocznicach w ogólności i o posocznicy meningokokowej w szczególności. Vidal: Kilka szczegółów semiologii moczu u operowanych.

— *Semaine médicale* Nr. 4. Aubertin: Albuminuria orthostatica essentialis.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 4. Neumann: Przypadek wyleczenia trądu plamisto-guzowatego. Ranzi: O leczeniu ostrego ropienia przekrwieniem biernem. Schulz: Przypadek złamania kości piętowej. Zikmund: Dalszy przyczynek do kazuistyki uszkodzeń przy spółkowaniu.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 4. Lanz: Appendikostomia. Graser: Uwagi o leczeniu ostrego zapalenia okołokątniczego. Gunkel: W sprawie wczesnej operacyi w zapaleniu przykątniczem. Wilms: Czynniki mechaniczne działające przy pooperacyjnej niedrożności jelit. Schridde: Badania nad bezbarwnemi komórkami krwi ludzkiej. Schmidt: O podobnym do pierwotniaka drobnoustroju w nowotworach złośliwych i o wywołanym przez ten drobnoustrój u zwierząt nowotworze, dającym się przeszczepiać. Delkeskamp: O skręcie pętli esowatej w toku choroby Hirschprunga. Hoepfl: Przypadek podskórnego pęknięcia jelita, wyleczony operacyjnie. Stadler: Przypadek ostrego nieropnego zapalenia gruczołu tarczowego. Sehlbach: W sprawie patogenezy ostrego gośćca stawowego. Réthi: Uwagi o pracy Sondermanna „Nowy sposób rozpoznawania i leczenia chorób nosa".

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 4. Körte: Uwagi o operacyach żołądka i trzustki. Castellani: Badania nad framboezyą podzwrotnikową. Rothmann i Mosse: O zatruciu pyrodynowem u psów. Wolff-Eisner: W sprawie rozróżnienia dychawicy siennej od innych postaci dychawicy. Loele: Aglutynacya w rękach lekarza-praktyka. Bluth: Nowy sposób oznaczania ilości acetonu. Klauber: Dwie pętle jelita cienkiego w uwięzniętej przepuklinie. Schädel: Nowy środek zewnętrzny do tamowania krwi (styptogan).

Redakcya otrzymała: Dr. Leopold Glück: 1) Zur Charakteristik der erworbenen recenten Syphilis der Kinder. Wiedeń 1905, 2) Zur Kenntniss der Verbreitungsweise der Lepra. Wiedeń 1903. (Odbitki z „Wr. med. Wochs."). 3) Über die merkurielle Frühbehandlung der Syphilis (Odb. z „Wr. med. Presse") 1905. 4) Kako će se čovjek braniti od frenjka? Sarajevo 1905. 5) Über die Bekämpfung der Volkssyphilis in Bosnien und Hercegovina (Odb. z „Wr. med. Presse") 1903. 6) Zur Kenntniss der Paraleprose (Odb. z „Lepra" Biblioth intern.) 1903.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 4 (od dnia 21/I do 27/I) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 39, dziew. 37; nieżywo: chł. 2, dz. 2 — **Zmarło**: miejscowych: męż. 24, kob. 18; zamiejscowych: męż. 4, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 9, ob. 1. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. 1, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 3. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 10, ob. —. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 11, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. — ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem**: miejscowych 42, obcych 12.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

odbędzie się w *Domu Towarzystwa* (Radziwiłłowska 4) we środę dnia 7 lutego 1906 o godz. 6 wieczorem, z następującym porządkiem dziennym: 1) kol. Rydel przedstawi przypadek *polyneuritis alcoholica* z objawami myotonicznymi; 2) kol. prymaryusz Bogdanik: „Kreolina w chirurgii"; 3) kol. Bier: „Zafałszowania przypraw korzennych".

Rok XLV. Kraków 10 Lutego 1906. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

Przypadek zbrodniczego rozkawałkowania zwłok.

Podał

Prof. Dr. L. Wachholz.

(Dokończenie.)

W przypadku, opisanym na wstępie, mógł budzić wynik próby płucnej pewne wątpliwości, ile że w obec obecności baniek gazów gnilnych pod opłucnemi możnaby było mniemać, iż przyczyną pływania płuc na wodzie są raczej gazy gnilne, niż powietrze, wprowadzone do płuc wraz z oddechami dziecka. Mimo tej niewątpliwej obecności gazów gnilnych w płucach, a raczej właśnie z powodu ich obecności, oświadczyliśmy się w trzecim ustępie naszego orzeczenia za tem, że dziecię urodziło się żywe, aczkolwiek oświadczenie nasze osłabiliśmy dodaniem słowa „najprawdopodobniej“.

Sprawa gnicia płuc noworodków, połączonego z tworzeniem się gazów gnilnych, wymaga kilku słów wyjaśnienia, albowiem nietylko ogół sędziów, lecz także wielu niezawodowych znawców nie zna odnośnych nowoczesnych badań i jest zdania, że tam, gdzie płuca okazują bańki gazów gnilnych pod opłucnemi, jest bezcelowem podjęcie próby płucnej, a pytanie, czy dziecię urodziło się żywe, nie daje się już wówczas nawet w przybliżeniu rozstrzygnąć. Znanym jest nam przypadek, zaszły przed kilku laty, gdy jeszcze obowiązywała stara taryfa należytości za czynności sądowo-lekarskie, wyznaczająca osobne wynagrodzenie za podjęcie próby płucnej, w którym pewien lekarz za to, iż w przypadku dzieciobójstwa wykonał mimo zgnilizny zwłok próbę płucną i policzył w swych kosztach dodatkowe wynagrodzenie tak za próbę płucną, jak i za znaczniejszą zgniliznę, spotkał się nietylko z urzędową odmową dodatku za podjęcie próby płucnej, lecz nawet naraził się na zarzut nieświadomości zasad swej sztuki.

Przed dziesięciu laty wywołała praca Bordasa i Descousta (6) niemałe zdumienie w kołach naukowych twierdzeniem, że gnicie płuc noworodków nie może wpływać na wynik próby płucnej, albowiem gnicie nie zmienia bynajmniej ciężaru gatunkowego płuc noworodków, które nie oddychały. Jakkolwiek z podobnem twierdzeniem wystąpił był jeszcze przed nimi Tamassia (7), jeden z nestorów przedstawicieli medycyny sądowej we Włoszech, przecież twierdzenie ich, oparte na wynikach doświadczeń, podjętych ze zwłokami płodów zwierzęcych, było tak nowe i sprzeczne z dotychczasowem przekonaniem, że nietylko zrazu nie znalazło praktycznego, ogólnego zastosowania, lecz nawet spotkało się z ujemną oceną i zaprzeczeniem ze strony Malvoza (8). Nie chcąc zbyt znużyć zestawieniem zapatrywań Malvoza i całego szeregu badaczy, którzy sprawą tą w dalszym ciągu się zajęli, tem badziej, że sprawę tę przedstawił przed rokiem wyczerpująco zasłużony w tej mierze badacz, Ungar (9), wspomnę tylko, że obecnie wszyscy doświadczeni badacze sądowolekarscy w tem są zgodni, iż każde, a zwłaszcza obfitsze nagromadzenie się gazów gnilnych w płucach noworodków samo przez się przemawia za wtargnięciem do płuc powietrza, albowiem w bezpowietrznych płucach noworodków nie tworzą się gazy gnilne. Na tej samej zasadzie słusznem jest także i dalsze twierdzenie Ungara, że, o ile wyłączone jest oddychanie dziecka wewnątrzmaciczne i wprowadzenie powietrza do płuc dziecka przez sztuczne oddychanie, — a okoliczności te są w przypadkach domniemanego dzieciobójstwa wyłączone, — dodatni wynik próby płucnej obok obecności baniek gazów gnilnych na powierzchni płuc zdolnym jest utwierdzić nas w przekonaniu, że dziecię dane oddychało, że więc urodziło się żywe.

Opierając się na własnem mojem doświadczeniu, muszę w zupełności potwierdzić powyższe oświadczenie. Przekonałem się bowiem niejednokrotnie, że płuca płodów, notorycznie nieżywo urodzonych, mimo daleko posuniętej zgnilizny tak całych ich zwłok, jak w szczególności ich płuc, nie zawierały ani jednej bańki gazowej i rzucone na wodę tonęły; a że natomiast płuca noworodków żywo urodzonych (w klinice położniczej lub oddziale położniczym szpitala), wśród gnicia pokrywały się obficie różnej wielkości perełkami gazów gnilnych pod opłucną. Na tem tedy opierając się doświadczeniu całego szeregu badaczy, oraz na doświadczeniu własnem, co dopiero wspomnianem, oświadczyłem się w danym przypadku na podstawie podanego powyżej wyniku próby płucnej mimo obecności, a raczej właśnie z powodu obecności baniek gazów gnilnych pod opłucnemi płuc dziecka za tem, że dziecię to urodziło się żywe.

Jeżeli zaś końcowy mój wniosek osłabiłem w stylizacyi przez dodatek „najprawdopodobniej“, to uczyniłem to ze względu formalnego i rzeczowego. Pierwszy tj. formalny wzgląd stanowić musiała podniesiona co dopiero nowość doświadczenia co do znaczenia gazów gnilnych w płucach noworodków, która nakazała się z tem liczyć, że tak sędziowie, jak i obrońcy, orzeczeniu, gwałcącemu niejako utartą dotychczas tezę, wypowiedzianemu nadto w formie stanowczej, mogliby nie dać wiary, lub je podać w wątpliwość. Ważniejszym był wzgląd rzeczowy, to jest wyjątkowość przypadku. W danym przypadku chodziło nie o całe zwłoki, lecz o zwłoki rozkawałkowane, a chociaż mimo to klatka piersiowa zwłok nigdzie, w szczególności od strony jamy brzusznej nie była otwartą, przecież możność wniknięcia do

płuc mikroorganizmów gazotwórczych od zewnątrz była łatwiejszą, niż do zwłok całych. Powtóre leżały dane zwłoki w dole kloacznym, a potem na ornem polu. Okoliczności zaś te są o tyle ważne, o ile doświadczenia Malvoza wykazały, że płuca zwłok płodów, dobytych z macicy owcy, którym do pyska wlał zawiesinę ziemi z wodą, zatem treść, zawierającą obficie beztlenowe drobnoustroje, następnie je w pionowem ustawieniu umieściwszy w cieplarce przy 20—21°, poddal gniciu, w miarę postępu gnicia zawierały coraz to więcej gazów gnilnych tak, iż z tego powodu płuca te nabrały zdolności pływania. Natomiast płuca innych płodów tej samej owcy, nie zaprawionych rzeczoną zawiesiną, gniły w tych samych zresztą warunkach o wiele powolniej i bez tworzenia się gazów. Uwzględniając tedy doświadczenia Malvoza i nie dającą się w moim przypadku wyłączyć możliwość wtargnięcia treści kloacznej i ziemi do ust dziecka, a stąd powstania zgnilizny gazowej jego płuc, czułem się zniewolony do osłabienia stanowczości ostatecznego wniosku mimo nawet, że przebieg gnicia zwłok w moim przypadku nie mógł być tak korzystnym, jak w doświadczeniach Malvoza, ponieważ zwłoki te leżały, a nie zajmowały pionowej pozycyi, i co jeszcze ważniejsza, mieściły się nie w ciepłocie +20—21°, lecz w o wiele niższej w kończącej się zimowej porze roku.

O ile jednak wynik próby płucnej w myśl powyższego rozumowania zezwalał mojem zdaniem na oświadczenie się tylko z wielkiem prawdopodobieństwem za żywem urodzeniem się dziecka, o tyle inne dane, wykazane sekcyą, pozwalały stanowczo oświadczyć się, nawet bez względu na wynik próby płucnej, za żywem urodzeniem się dziecka. Danemi tymi były rozległe i znaczne obrażenia tak sklepienia, jak i podstawy czaszki, te drugie wogóle u noworodków wyjątkowe i stąd dowodzące bardzo znacznego urazu, jaki czaszkę musiał ugodzić. Gdy nader rozległe i wybitne podbiegnięcia krwawe w sąsiedztwie tych złamań wskazywały niewątpliwie na to, iż złamania czaszki powstały za życia, i gdy złamania te nie mogły żadną miarą wytworzyć się wśród porodu, ponieważ poród był tajnym, tem samem i łatwym, co zresztą i sama obwiniona przyznała, przeto mogły one powstać jedynie po porodzie dziecka i to, gdy ono żyło. Obrażenia te dowodziły zatem w tych warunkach całkiem stanowczo żywego urodzenia się dziecka. Sposób powstania wspomnianych obrażeń czaszki wyjaśniła dostatecznie obwiniona. Wyjaśnienie jej atoli wymagało tylko o tyle sprostowania, o ile uderzenie główką dziecka o paczkę z węglami musiało być silne, a nie lekkie, skoro sprowadziło liczne złamania sklepienia, a co więcej podstawy czaszki.

Jak w każdym przypadku domniemanego dzieciobójstwa, tak i w powyższym przypadku zasadniczo ważną była odpowiedź na pytanie, jak długo dziecię Pauliny S. żyło, a to tem bardziej, ile że obwiniona podała, iż nie pamięta, kiedy główką dziecka (zdaniem jej nieżywego) o paczkę z węglami uderzyła i że, jak się jej obecnie zdaje, uczyniła to nad ranem, zatem w kilka godzin po urodzeniu się dziecka. Gdyby dowiedzionem było, że w istocie uczyniła to nad ranem, t. j. w kilka godzin po porodzie, w takim razie, jak to wynika z osnowy § 139 u. k., orzekającego o zbrodni dzieciobójstwa, nie możnaby już mówić o dzieciobójstwie, lecz jedynie o morderstwie.

Udzielenie odpowiedzi na pytanie, jak długo dziecię nowonarodzone żyło, t. j. określenie, czy ono żyło tylko przez bardzo krótki czas, w ciągu którego u matki, zwłaszcza rodzącej dziecię nieślubne, trwać może stan poruszenia umysłu, porodem wywołany, a łagodzący zdaniem ustawy odpowiedzialność karną matki za czyny, w tymże czasie popełnione, umożliwia nam jedynie tylko wynik podjętej próby żołądkowo-jelitowej. Znaczenie doniosłe tej próby, tak często niestety przez lekarzy sądowych przy sekcyi zwłok noworodków zaniedbywanej, wzrosło ostatnimi czasy bardzo, ile że nie tylko znowu Ungar (10) w krytyczny sposób wartość jej omówił, lecz że równocześnie zbiór nowych przepisów co do wykonywania sekcyi sądowych, który obowiązuje pruskich znawców lekarskich od 1 marca 1905, poleca tę próbę wykonywać, podczas gdy dawny regulamin pomijał ją milczeniem. Co do mnie, uważam zaniedbanie wykonania tej próby za wybitny błąd techniczny znawcy.

Wracając do naszego przypadku, nie możliwem już było wykonanie próby żołądkowo-jelitowej, albowiem narządy te były pocięte, niezupełne i wreszcie w stanie za daleko już posuniętego rozkładu gnilnego. Jedynie tylko dała się jeszcze stwierdzić w części jelita grubego, będącego w związku z tułowiem zwłok i w części dolnej jelita biodrowego, oraz w reszcie jelita grubego, zawartych w garnuszku, obecność smółki, drobnowidowo stwierdzonej. Wychodząc tedy z jednej strony z dewizy sądowolekarskiej *in dubiis pro reo*, z drugiej zaś strony z doświadczenia, że gdyby dziecię dane żyło kilka godzin, byłby zapas smółki w jego jelitach mniej obfitym, orzekłem na pytanie co do trwania jego życia po urodzeniu się, iż żyło tylko krótko, tem samem dałem podstawę do oskarżenia obwinionej nie o karą śmierci zagrożone morderstwo, lecz o dzieciobójstwo, stanowiące co do kary *delictum privilegiatum*.

Kończąc na tem moje epikrytyczne uwagi, dotyczące opisanego na wstępie przypadku, które, tuszę sobie, mogą oddać usługi w praktyce mniej biegłym, nie mogę pominąć milczeniem zarzutów, jakie mi uczynił prof. Kockel z Lipska w niedawno wydanej przez siebie pracy (11), odwołującej podane poprzednio przez niego twierdzenia co do wartości jego życiowej próby pępkowej, uznanej za bezwartościową przez Horoszkiewicza i Glińskiego (12) na podstawie mozolnych badań, przeprowadzonych w zakładach anatomii patologicznej i medycyny sądowej naszej wszechnicy.

W pracy mej (13), poświęconej nowej naówczas próbie życiowej, podanej przez Placzka, wspomniałem w krótkim historycznym wstępie, że wszystkie inne próby życiowe, z wyjątkiem próby żołądkowojelitowej, podane z biegiem czasu już po próbie płucnej Schreyera z r. 1683, okazały się bezcelowemi, poczem dodałem „dasselbe Los war auch den in den letzten Jahren von Malvoz u. Kockel mitgeteilten Lebensproben beschieden“. W adnotacyi do wzmianki o próbie pępkowej Kockela powołałem się na właśnie co dopiero ukończone badania Glińskiego i Horoszkiewicza, z których wynikało, że podana przez Kockela próba, polegająca na mikroskopowem badaniu pępowiny, „nie posiada żadnego większego znaczenia sądowolekarskiego“ (Gliński i Horoszkiewicz), między innymi z tego powodu, że „skoro badania te nie użyczają podstawy do stwierdzenia, czy dziecię urodziło się żywe, tem mniej mogą one być podstawą do ocenienia, jak długo

nno żyło" (ci sami). Ponieważ w tych słowach Glińskiego i Horoszkiewicza mieści się wcale stanowcze zaprzeczenie temu, co pierwotnie twierdził Kockel, że drobnowidowe badanie pępowiny w obrębie pępka umożliwia rozpoznanie, czy dziecię nowonarodzone żyło poza łonem matki i jak długo żyło, przeto, gdy zwłaszcza sam Kockel obecnie dawniejsze swe wnioski znacznie ogranicza, miałem dostateczną podstawę do wyrażenia powyżej podanej ujemnej oceny.

Wreszcie wytyka mi Kockel nazwę, przezemnie w pracy mej użytą, „Lungenschwimmprobe", jako niewłaściwą, bo właściwą nazwę próby Schreyera stanowi jego zdaniem nazwa „Lungenprobe". Na zarzut ten, zresztą nader błahy, stanowić może odpowiedź choćby tylko dobrze znany podręcznik Hofmanna (14), w którym próbę tę nazywa on „Lungenschwimmprobe" lub „hydrostatische Lungenprobe", tem samem wyrażenie się Kockela „Lungenprobe — nicht Lungenschwimmprobe, wie Wachholz will" powinno opiewać conajmniej „wie Hofmann und bereits Wachholz will", to zaś towarzystwo z Hofmannem mogę uważać tylko za zaszczytne.

Piśmiennictwo. 1) Lacassagne: Du dépeçage criminel. Arch. d'anthrop crim. 1888. Str. 232. — Ravoux: Teza pod takim samym tytułem. Lyon 1888. — Michel: Üb. criminelle Leichenzerstückelung. Vierteljschr. f. ger. Med. 1895. T. II. Str. 261. — Sieradzki: Uwagi o sekcyi zwłok rozkawałkowanych. Przegl. lek. 1896. Nr. 46—49. — 2) Przegl lekarski 1875. Odbitka. — 3), 4) Patrz Wachholz: O morderstwie z lubieżności. Przegl. lek. 1900. — 5) Przegląd lek. 1897. Nr. 36—38. — 6) Annal. d'hyg. publ. et de méd. lég. 1885. — 7) Sulla putrefazione del polmone. Rivista sperim. di med. lég. 1876. — 8) De la putréfaction au point de vue de l'hyg. publ. et de la méd lég. Bruxelles 1898 — 9) Die Bedeutung der Fäulnis für die Lungenprobe. Zeitsch. f. Med.-Beamte 1904. Nr. 23. — 10) Die Lebensproben, insbesondere die Magendarmprobe i t. d. Zeitschr f. Med.-Beamte. 1905 Nr 23 — 11) Die mikroskop. Vorgänge bei der Nabelschnurdemarkation i t. d. w „Das Institut für gerichtliche Medicin der Univ. Leipzig" i t d. Festschrift. Leipzig 1905. — 12) Üb. mikroskop Vorgänge beim Nabelschnurabfall i t. d. Vierteljschr. f. ger. Med. 1903. T. 25. Str. 243. — 13) Üb. die neue Lungenprobe. Münch. mediz. Wochenschr. 1902. Nr. 39. — 14) Hofmann-Kolisko: Lehrbuch d. ger. Med. Berlin-Wien 1903 S. 785.

Z Zakładu dentystycznego U. J. pod kierunkiem Prof. Dr. W. Łepkowskiego.

W sprawie leczenia ropnych zapaleń zatoki szczękowej (Highmora) w zakresie dentystycznym.

Podał

Dr. Adam Kozaczka

asystent Zakładu dent Uniw. Jag.

Z cierpień zatoki Highmora najprzykrzejszem dla chorego i ze względów leczniczych najniewdzięczniejszem dla lekarza jest jej ropienie. Powstaje ono najczęściej wskutek szerzenia się zapalenia z jamy ustnej lub nosowej. Niekiedy bywa ono następstwem powikłanego złamania szczęki górnej. Jak zaś często takie zapalenie zatoki szczękowej pochodzi z zębów, łatwo sobie można wyobrazić, jeżeli się zwróci uwagę na to, że pomiędzy korzeniami dwóch pierwszych zębów trzonowych, a dnem jamy szczękowej leży tylko cienka blaszka kostna, a niekiedy nawet niema i tej przegrody i wtedy pokryty jest korzeń samą tylko błoną śluzową, wyścielającą jamę szczękową. Na zasadzie swych badań nad budową czaszek podaje Virchow, że około 60% górnych zębów trzonowych sięga szczytem korzenia aż do jamy szczękowej. Wyjmując przeto te zęby, można bardzo łatwo naruszyć jamę szczękową. Przypadki takie są dość częste, a sam miałem sposobność w roku zeszłym spostrzegać dwa, w których po wyjęciu pierwszego zęba trzonowego pokazała się ciecz krwawa z nosa, jako dowód naruszenia błony śluzowej jamy szczękowej. Oczywiście w przypadkach takich, gdyby się je zaniedbało, łatwo dojść może do niepożądanych następstw.

Wobec tak bliskiego sąsiadowania korzeni zębów trzonowych z jamą szczękową, łatwo też przechodzą na nią zapalenia okostnej tych zębów. Podmiotowo objawia się zapalenie jamy szczękowej uczuciem pełności w okolicy szczękowej, nierzadko bolem zajętej połowy twarzy. Do objawów zaś przedmiotowych należą, oprócz nieżytu nosa z wydzieliną często cuchnącą i łzawienia z oka, wyniosłość i zgrubienie zajętej strony w okolicy dołka szczęki *(fossa canina)*, które można stwierdzić i od zewnątrz i od jamy ustnej, ścieńczenie ściany kostnej i uginanie się jej pod uciskiem wśród znamiennego trzeszczenia (Pergamentknirschen), wydzielina ropna, lub śluzoworopna, zwykle cuchnąca, wypływająca z przetoki zębodolowej, lub z nosa, szczególnie jeżeli się chory położy na stronę zdrową. Przy dłuższem trwaniu ropienia w jamie szczękowej i przy znacznem nagromadzeniu się ropy, niemogącej z jamy szczękowej odpływać do nosa, nabrzmiewa znacznie odpowiednia połowa twarzy, bo jama szczękowa ulega rozdęciu. W następstwie nagromadzenia się ropy, mogą nierzadko powstać ogólne przypadłości, jak gorączka i ogólne osłabienie. Groźne objawy mogą się w rzadkich przypadkach pojawić, jeżeli ropienie posuwa się dalej, np na opony mózgowe, jak to pierwszy opisał Mair, a przed paru miesiącami Hecht[1]). Wyjątkowo też zdarza się w toku zapalenia zatoki szczękowej utrata wzroku czasowa, lub i stała, wśród objawów podobnych do jaskry (Bruck, Pasquier i Buzer), co tłómaczy się uciskiem naciekłej i obrzmiałej tkanki oczodołu na nerw wzrokowy i tętnicę środkową siatkówki[2]). Dla rozpoznania zapalenia jamy szczękowej ważne są: wynik opukiwania podniebienia; po stronie zdrowej odgłos jest jawny, po stronie zajętej ropieniem, stłumiony; wynik nakłucia jamy szczękowej od strony nosa zapomocą strzykawki Pravatza i prześwietlanie zapomocą włożonej do jamy ustnej lampki elektrycznej Heringa, która daje cień, odpowiadający ilości i gęstości ropy, zawartej w jamie szczękowej.

Zapalenie ostre jamy szczękowej leczy się w zakresie dentystycznym zwykle dość prędko po wyjęciu odpowiedniego zęba, otwarciu jamy szczękowej przez zębodół trójgrańcem Mikulicza i przestrzykiwaniu środkami przeciwgnilnymi. Przy przebiegu przewlekłym leczenie jest trudniejsze i trwa dłużej. Najlepiej objaśni to kilka przypadków, leczonych w zakładzie:

1) C. A. G. l. 45, dobrze zbudowana i odżywiona, gorączkująca, uskarża się na wysadzenie i ból gałki ocznej prawej i całej szczęki

[1]) Hecht: Zur Symptomatologie des Empyema Antri Highmori „Münch med. Wochens" Nr. 38. 1905.

[2]) Heymann Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. T. 3 Str 1025.

górnej, oraz uczucie pełności w prawym policzku. Objawy te pozostały po nieżycie nosa, który zaczął się przed dwoma tygodniami, a trwają od 3 dni.

Zęby szczęki górnej zupełnie zdrowe. Przy badaniu podczas ucisku na dołek szczęki *(fossa canina)* ból w oku się zwiększał, a ścieńczała blaszka kostna uginała się wśród znamiennego szelestu. Wyjęto drugi górny ząb dwuguzikowy po stronie prawej i przebito trójgrańcem Mikulicza ścianę jamy Highmora przez zębodół, poczem wypłynęła z otworu znaczna ilość ropy. Gorączka opadła; objawy podmiotowe znikły. Pomimo półrocznego leczenia przestrzykiwaniem, tamponowaniem i t. d. pozostała przetoka.

2) A. P. zgłosiła się z podobnymi objawami. Przy badaniu stwierdzono, że sprawa przeszła na jamę szczękową z zęba. Leczenie, jak w przypadku pierwszym. Wynik dobry.

3) K. K. zauważyła, że od dwóch dni obrzękła jej lewa połowa twarzy i że szczególniej po położeniu się na bok prawy wydobywa się z lewego nozdrza ciecz gęsta, cuchnąca. Przy badaniu stwierdziliśmy ostre zapalenie jamy szczękowej, pochodzące z zapalenia okostnej korzeni pierwszego górnego lewego zęba trzonowego, który przed dwoma miesiącami miał być wyjmowany. W miejscu tego zęba sterczały z obrzękłego i zaczerwienionego dziąsła brzeżki odłamanych korzeni, które usunąłem kleszczami korzeniowemi i na których stwierdziłem wyraźne ślady długotrwałego zapalenia. Z zębodołu wylało się dość dużo cuchnącej ropy. Po dokładnem przepłukaniu ust, zatamponowałem na kilka godzin otwór po usuniętych korzeniach gazą jodoformową, zamoczoną w 5% rozczynie kwasu karbolowego i poleciłem chorej płukać często usta rozczynem nadmanganianu potasu, poczem w ciągu 4 dni twarz zupełnie sklęsła i bole ustąpiły.

4) J. S. zgłosił się z objawami przewlekłego ropienia prawej jamy szczękowej *(empyema antri Highmori)*, które trwały dość długo, nim się chory zdecydował zasięgnąć porady lekarskiej; sprawa przeszła na jamę szczękową z pierwszego zęba trzonowego górnego. Ząb ten usnnęliśmy i otwarliśmy trójgrańcem Mikulicza przez zębodół jamę szczękową, poczem przez otwór odpłynęło sporo ropy. Przez kilka dni stosowano przestrzykiwanie i tamponowanie, poczem założyliśmy przyrząd, obmyślony przez Prof. Łepkowskiego, gdyż leczenie bez przyrządu nie byłoby wystarczało. Wynik był dobry.

W przypadkach takich, jak nasz ostatni, tj. wobec przewlekłego ropienia jamy szczękowej, jej ropniaka *(empyema)* nietylko trzeba przez operacyjne otwarcie jamy szczękowej utorować drogę nagromadzonej w niej ropie, lecz także konieczną jest rzeczą utrzymać przez czas dłuższy drożność wytworzonego sztucznie otworu, aby ropa na nowo nagromadzać się nie mogła i aby można wygodnie podejmować dalsze zabiegi lecznicze, które nieraz bardzo jeszcze długo ciągnąć się muszą

W tym celu podano bardzo wiele sposobów, które jednak, jako nie wchodzące w zakres leczenia dentystycznego, pomijam. W zakresie dentystycznym obchodzi nas tylko stwarzanie i utrzymywanie otworu od strony jamy ustnej.

Sposób to w zasadzie bardzo dawny. Już bowiem Meibom, Cooper, Drake, Ruysch, Bayer i inni otwierali jamę szczękową przez zębodół, wyjmując w razie potrzeby chory, lub nawet zdrowy, pierwszy lub drugi ząb trzonowy. O zaletach tego sposobu świadczy już ta choćby okoliczność, że przetrwał aż do dziś dnia, chociaż z biegiem czasu ulegał różnym zmianom i ulepszeniom. Jest on najłatwiejszy; nie wymaga wielu narzędzi, bo wykonywa się go trójgrańcem, lub nawet, jak Ziem, Ritter i inni polecali, świderkiem, poruszanym maszyną, jaką każdy dentysta posiada. Pozwala on otworzyć jamę szczękową w miejscu, najbardziej dostępnem dla operatora, które przytem u chorych stojących odpowiada najniższemu punktowi jamy szczękowej, a przez to najlepszy daje odpływ ropie; sposób ten nie pozostawia też żadnego oszpecenia. Nie jest on jednak bez wad. Przedewszystkiem otwór, przebity do jamy szczękowej od strony jamy ustnej, daleko trudniej utrzymać stale drożnym, — jak tego leczenie sprawy wymaga, — niż otwór, wytworzony z innej strony. Utrzymując zaś znów otwór od strony jamy ustnej stale drożnym, naraża się chorego na to, że przez otwór mogą się łatwo dostać do jamy szczękowej resztki pokarmów, które się tam potem rozkładają i podtrzymują zapalenie. W dawnych czasach polecano dlatego chorym poprostu zatykać sztucznie zrobiony otwór czopkiem z wosku. Salter podał do tego celu złote płytki, uczepione na sąsiednich zębach; a wreszcie później obmyślono obturatory z kauczuku. Najnowsze takie przyrządy podają Kaposi i Port w swem dziele, wydanem na rok 1906 p. t. „Chirurgie der Mundhöhle“. Używają oni litych czopów kauczukowych, lub metalowych, opartych na obturatorach.

Dla utrzymania drożności wytworzonego przez zębodół otworu, założenie drenu nie jest odpowiednie, gdyż przezeń dostają się do jamy szczękowej resztki pokarmów, trudno go na stałe założyć, a wreszcie trudniej go dostosować do rozmiarów jamy, w miarę czasu zarastającej, a raczej wypełniającej się ziarniną. Polecano więc dreny, a raczej stoczki bez otworów w środku, jednak i te nie zapewniały czystości jamy, a nadto trzeba je było do przepłukiwania jamy wyjmować na pewien czas, co już jednak wystarczało, by otwory się powoli zaciągały tak, że potem stoczki trudno wchodziły. Doskonałym możnaby nazwać taki dopiero sposób, którvby dozwalał: 1) utrzymać otwór tak długo drożnym, jak długo on jest potrzebny, to jest, jak długo wydziela się jeszcze ropa; 2) założyć kaniulę twardą na stałe i wyjmować ją tylko od czasu do czasu na krótko, jedynie dla przepłukania i dostosowania do zarastającej jamy, t. j. stopniowego zmniejszania (obcinania) według postępu leczenia, a mianowicie wypełniania się jamy ziarniną; 3) zapewnić tej kaniuli stałe oparcie tak, aby się nie poruszała i nie drażniła tkanek, ani nie mogła wypaść; 4) otwór pomiędzy jednem, a drugiem przepłukiwaniem jamy szczękowej szczelnie zamykać. Otóż aby wszystkim tym warunkom stało się zadość, obmyślił prof. Łepkowski celem leczenia przewlekłego ropienia jamy szczękowej nowy rodzaj obturatora. Po wyjęciu zęba, przebiciu otworu do jamy szczękowej przez zębodół i wypuszczeniu ropy zakłada się chwilowo tampon z gazy jodoformowej. Następnie sporządza się zwykłym sposobem dentystycznym odcisk otworu i według niego sporządza się zatykadło (obturator), które szczelnie otwór zamyka. Obturator ten jest przymocowany do obu sąsiednich zębów zapomocą klamerek. W obturatorze znajduje się otwór okrągły, w który wstawiona jest stale rurka złota, lub platynowa o średnicy 3—5 mm., sięgająca aż do wnętrza jamy szczękowej i zaopatrzona, prócz głównego wylotu przy końcu, bocznymi sitowymi otworkami. Dolny koniec rurki, umocowany w obturatorze, zakrywa prostokątna zasuwka między dwiema listewkami. Zasuwka ta zaopatrzona jest na końcu zwróconem ku policzkowi zagłębieniem, o brzegu zewnętrznym ostro ciętym. O brzeg ten można zahaczyć rylec, lub szczypczyki i w ten sposób odsunąć zasuwkę w razie potrzeby, naprzykład celem przepłukania jamy szczękowej. Wtedy więc tylko jest jama szczękowa właściwie dostępna; zresztą szczelnie zamknięta.

Obturator, zaopatrzony zasuwką i rurką, tworzy wraz z klamerkami dla sąsiednich zębów jedną całość. Pomysł ten czyni wszystkim warunkom zadość. Zapewnia on drożność otworu, prowadzącego do jamy szczękowej, na czas dowolnie długi, a zarazem chroni jamę szczękową zupełnie przed dosta-

waniem się ciał obcych, pokarmów i t. d.: osadzony jest silnie, a da się w razie potrzeby zdjąć. W miarę rozrostu tkanki ziarninowej, gdy się jama szczękowa wypełnia, można rurkę według potrzeby skrócić. W ten sposób leczenie postępuje szybko, jest łatwe dla lekarza i wygodne dla pacyenta. Przy użyciu tego przyrządu mieliśmy tak u wspomnianego chorego J. S., jak i u wszystkich następnych, zawsze wyniki dobre. Jedyną wadą przyrządu jest tylko chyba to, że jest dosyć kosztowny, o ile kosztownym jest zużyty materyał, i że można go zastosować tylko wtedy, jeżeli zęby sąsiednie są utrzymane. Zresztą przewyższa pod każdym innym względem wszystkie dotąd znane.

JWP. Prof. Łepkowskiemu dziękuję za zachętę i wskazówki, których mi udzielił.

* * *

Oceny i sprawozdania.

Krętek blady Schaudinna *(Spirochaete pallida Schaudinn).*

Sprawozdanie poglądowe.

Podał

Dr. Jan T. Lenartowicz.

Sprawa zakaźności kiły i dążności do odkrycia właściwego jej, chorobotwórczego zarazka, oddawna zajmowała żywo umysły licznych badaczów, ale nigdy naprawdę nie doczekała się stanowczego rozstrzygnięcia. Toteż w pierwszych miesiącach ubiegłego roku (styczeń, luty) podjęli ją na nowo dwaj niemieccy badacze: F. Schaudinn i E. Hoffmann i już w drugim numerze berlińskiego pisma naukowego: »Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte« ogłosili pierwsze wyniki swych badań. Podali mianowicie, że w wytworach kiły świeżej, drugorzędnej: w guzkach i kłykcinach, jakoteż w soku gruczołów chorych na kiłę znaleźli twory, w innych chorobach dotąd nienapotykane i nieznane, twory, które badane w kropli wiszącej i w preparatach barwionych posiadały pewne znamiona, odróżniające je od innych dotychczas znanych mikrobów. Według opisu Schaudinna i Hoffmanna były to twory drobne, o ciele nitkowatem, cienkiem, śrubowato skręconem, załamywały bardzo słabo światło i posiadały ruchy własne. Ponieważ twory te odróżniały się od innych pokrewnych im (n. p. *spirochaete Ziemmanii)* w preparatach świeżych, niebarwionych, nadzwyczaj delikatną budową ciała i słabem załamywaniem światła, a w preparatach barwionych barwiły się słabo i tylko pewnymi szczególnymi sposobami i wyglądały wobec innych drobnoustrojów blado, przeto autorowie nadali im nazwę: *spirochaete pallida* (krętek blady). Wymienieni badacze zwrócili też uwagę na to, że twory te spotykali tylko w wykwitach kiły drugorzędnej, że w soku gruczołów chorych, kiłą dotkniętych, znaleźli tylko ten jeden gatunek, bez innych podobnych, że zatem przypuszczaćby można, iż twory te mogą mieć pewne znaczenie w etyologii kiły.

Prócz tych tworów, prócz krętków bladych *(spirochaete pallida)* opisali też Hoffmann i Schaudinn twory pokrewne, ale od poprzednich różne i łatwiejszem barwieniem się i ciałem grubszem, mniej delikatnem, silniej łamiącem światło. Te twory celem odróżnienia od krętków bladych nazwał Schaudinn: *spirochaete refringens* (krętek załamujący światło). Obok krętka bladego napotykano twory te tylko wówczas w jednym i tym samym preparacie, jeśli wzięto materyał z wykwitów kiłowych niepokrytych, pozbawionych osłaniającej warstwy naskórkowej, a więc tem samem na zanieczyszczenia od zewnątrz wystawionych (kłykciny sączące, guzki obnażone z naskórka). W soku gruczołów, jak już wspomniano, znaleźli H. i S. tylko krętka bladego, skąd też odrazu krętkowi blademu większe przypisywali znaczenie.

Te przedmiotowe uwagi, oparte na szczupłym na razie materyale (7 przypadków kiły, nie dłużej jak 6 miesięcy trwającej) zamieścili H. i S. we wspomnianem berlińskiem piśmie naukowem, a 17 maja 1905 r. równie przedmiotowo, a ostrożnie, wyniki badań swych przedstawili wobec innych badaczy i lekarzy na zebraniu Berlińsk. Towarzystwa lekarskiego.

Ogłoszone przez S. i H. wyniki zachęcają rychło innych badaczy. Jeszcze przed ich publicznem wystąpieniem w Towarz. lekarsk. berlińskiem ogłasza Paschen jako pierwszy w Niemczech (2 maja 1905) dodatnie wyniki badań w tym samym kierunku, Miecznikow i Roux 16 maja tego samego roku pokazują w Paryżu w »Academie de médecine« preparaty krętków bladych, znalezionych w zmianach pierwszo- i drugorzędnych kiły sztucznie szczepionej małpom, a nieco później, bo 26 maja w Wiedniu Kraus (na posiedzeniu wiedeńskiego Towarzystwa lek.), obok niego Oppenheim i Lipschütz również dodatnie przedstawiają wyniki. Z polskich badaczy pierwsi Krzyształowicz i Siedlecki niewiele później od innych, bo 5 lipca 1905 r., w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem licznymi preparatami też same, równie dodatnie stwierdzają wyniki.

To były niejako pierwsze próby, pierwsze kroki na nowo otwierającem się polu badania, zachęta i wezwanie do badań dalszych, jeszcze obszerniejszych i szczegółowszych. Istotnie wzięto się energicznie do pracy, a dziś, gdy jeszcze rok nie upłynął od odkrycia Hoffmanna i Schaudinna, rozporządzamy już tak obszernem piśmiennictwem o tym przedmiocie, że jakkolwiek sprawy nie można uważać za skończoną, to jednak znamy ją już o tyle, o ile tylko pozwoliły na to znane dotychczas drogi i środki badania.

Według tego piśmiennictwa w krótkich przynajmniej zarysach przedstawić wszystko to, co dotąd wiemy o krętku bladym, jest zadaniem niniejszego streszczenia. A ogłoszone dotychczas prace mówią już dosyć wiele, więcej może, niż w tak krótkim przeciągu czasu oczekiwaćby można. Zaznajamiają już nas nieco ze znamionami postaciowemi krętka bladego, pozwalają wniknąć głębiej w budowę jego ciała, wskazują, gdzie i w jakich zmianach należy go szukać, podają sposoby i drogi badania, metody barwienia i ich dobór, wreszcie rozbierają i oceniają znaczenie jego wobec kiły. Pierwsze dokładniejsze szczegóły o postaci i budowie krętka bladego zawdzięczamy naturalnie Schaudinnowi; on podał niejako prototyp krętka bladego, wskazał, jakie cechy posiadać musi znaleziony pod mikroskopem drobnoustrój, by go można stanowczo uznać za krętek blady. Jemu też zawdzięczamy pierwsze wskazówki, do jakiej grupy mikrobów krętek blady zaliczyć. Prócz niego tym samym przedmiotem zajmują się: Hoffmann, Ploeger, Siebert, Krzyształowicz i Siedlecki, Herxheimer i Löser, Wechselmann i Löwenthal. Według Schaudinna krętek blady jest tworem drobnym, 4—10μ długim a $^1/_2\mu$ grubym. W kropli wiszącej (preparat musi być świeży) posiada dość żywy ruch własny i to ruch trojakiego rodzaju: ruch obrotowy wokoło osi podłużnej, ruch naprzód i wstecz, i ruchy zginające samego ciała. Niebarwiony załamuje bardzo słabo światło (cecha odróżniająca od innych pokrewnych), barwiony barwi się słabo, wyraźnie słabiej od pokrewnego mu postacią krętka załamującego światło *(sp. refringens)*. Ciało krętka bladego ma postać nitki, na obu końcach wyraźnem ścieńczeniem ostro zakończonej (cecha odróżniająca od *sp. refringens)*, nitki delikatnej, bardzo cienkiej, śrubowato skręconej, o skrętach regularnych, stromych, w przeciwieństwie do *spirochaete refringens*, której skręty są zwyczajnie nieregularne i płaskie. Średnia liczba skrętów według Schaudinna: 3—12. Ploeger podaje mniej więcej to samo o wymiarach i kształcie krętka bladego, tylko nieco szczegółowiej i dokładniej. Z jego pomiarów i zestawień z pracami innych autorów wynika, że długość krętka bladego wynosi średnio 4—20μ (a więc o 10μ więcej, niż podał początkowo Schaudinn). Liczba skrętów 2—14, a długość poszczególnych skrętów od $^4/_5\mu$ — $1^2/_3\mu$, w każdym razie nie więcej jak 2μ. Grubość $^1/_4\mu$. Zresztą zdaniem Ploegera długość krętka bladego i liczba skrętów bywa różna i zmienna, a zależy często od tego, skąd brano materyał do badania. Najdłuższe okazy o największej liczbie skrętów znajdował P. zwyczajnie w soku gruczołów chłonnych. Tożsamo stwierdzają zgodnie Wechselmann i Löwenthal, którzy znów najkrótsze krętki znajdowali w suchych guzkach skórnych. Zdaniem ich, postacie krótkie powstają z rozpadu postaci długich, a przyczyną rozpadu ma być leczenie przeciwkiłowe.

Opisane dotąd cechy postaciowe wystarczały początkowo, by przy odpowiedniem barwieniu każdy twór, który wszystkie te cechy posiadał, uznawać za krętek blady. Niemałe trudności rozpoznawcze napotykano z początku z powodu drugiego zbliżonego, bardzo pokrewnego, wspomnianego już gatunku: krętka załamującego światło *(sp. refringens)*. Ploeger sam początkowo

przyznawał, że o pomyłkę, o pomienianie jednego gatunku z drugim bardzo łatwo, że przy dorywczem badaniu, przy nieodpowiedniem braniu materyału, nieodpowiedniem barwieniu, odróżnić krętki blade bezsprzecznie na razie trudno; ale dzięki nowym pracom, dzięki troskliwej kontroli preparatów, często do osobistego przejrzenia samemu Schaudinnowi przesyłanych, zwolna wykrywano błędy, czyto w cechach, czyto w sporządzaniu preparatów, czy też w barwieniu, i coraz nowe zasadnicze odkrywano między obu postaciami różnice. Tak n. p. w początkach, gdy badania były w toku, wystąpili Kiolemenoglou i Cube z pracą, w której dowodzili, że opisane przez Schaudinna typowe krętki blade znaleźli nietylko w tworach kiłowych, ale także w zapaleniu żołędzi (*balanitis*), w wiewiórze, w kończystych brodawczakach i w rozpadających się rakach. Preparaty w czas jakiś dopiero przesłano do przejrzenia i osądzenia Schaudinnowi. Okazało się, że były słabo i nieodpowiednio barwione, a właściwe dopiero zabarwienie dowiodło, że postacie, uważane za krętka bladego, ani do krętka bladego, ani też do pokrewnego mu krętka załamującego światło nie były podobne i nie posiadały wymaganych znamion. Początkowo też, gdy nie znano jeszcze wszystkich cech odróżniających, gdy nawet sam Schaudinn, nie mogąc ich podać dość ściśle, ufał raczej wprawie w badaniu, — zalecano, by badać zawsze i na preparatach barwionych i na nie barwionych. Radził to Schaudinn, a wprost żądał tego Scholz, twierdząc, że tylko badaniom, wykonanym na materyale żywym, w kropli wiszącej, dostatecznie zaufać można. W badanych też przez siebie 50 przypadkach tego tylko sposobu badania używał. Obaj autorowie oświadczają zgodnie, że w kropli wiszącej, mając materyał żywy, odróżnić oba pokrewne rodzaje jest bez porównania łatwiej.

Wchodzi tu w rachubę rodzaj ruchu, różny u obu gatunków. I tak zdaniem Scholza, krętek załamujący światło (*spirochaete refringens*) porusza się szybko, ruchem prostolinijnym przebiegając przez pole widzenia, krętek blady natomiast wolniej, ruchem postępowo-wahadłowym. Schaudinn zwraca znów uwagę na cechy skrętów. W preparatach niebarwionych, w kropli wiszącej, gdzie tak krętki blade, jak i łamiące światło, są żywe i poruszają się, różnica skrętów wybitnie się zaznacza. Krętek blady ma skręty regularne, strome i zachowuje je niezmiennie tak w czasie ruchu, choćby najżywszego, jak i w czasie zupełnego spoczynku. Krętek załamujący światło w spoczynku ma skręty ciała płaskie, wygładzone, a tylko w czasie najżywszego ruchu, i to tylko chwilowo, mogą być jego skręty zupełnie podobne do skrętów krętka bladego. W preparatach barwionych ta różnica z natury rzeczy odpada, bo zdarzyć się może, że przy utrwalaniu preparatów może krętek załamujący światło być utrwalonym w chwili najżywszego ruchu, wówczas właśnie, gdy jest do krętka bladego najpodobniejszy, a jeśli przy tem słabo się zabarwi, może śmiało uchodzić za krętka bladego.

Takie ostrożności zalecano tylko z początku, póki nie było dostatecznej liczby innych cech odróżniających. Te nowe znamiona zawdzięczamy znów ostatnim pracom Schaudinna. Sposobem, podanym przez Löfflera celem barwienia rzęsek, powiodło się Schaudinnowi wykryć u krętków bladych cienkie witki po jednej na każdym końcu tak, że delikatne śrubowate ciało kończy się jeszcze delikatniejszemi i ostremi witkami. Krętek załamujący światło i inne gatunki krętków (*spirochaete plicatilis*, krętek rozpadających się raków i t. p.) nietylko, że witek nie posiadają, ale w przeciwieństwie do krętka bladego kończą się tępo i końce mają tak grube, jak reszta ciała. Podobne ostre zakończenia w postaci witek opisują Herxheimer i Löser, a choć mówią początkowo o końcowych zgrubieniach, to jednak po rozpatrzeniu przedmiotu dochodzą do wniosku, że opisywane poprzednio zgrubienia nie są niczem innem, tylko właśnie delikatną witką, zwiniętą w pętlę, przez to naśladującą zgrubiałe ciało na końcach krętka. Oprócz więc dawniej już znanych cech, byłyby zaostrzone witkowate zakończenia jedną z najznamienniejszych cech krętka bladego. A im większa liczba takich cech, tem łatwiej odróżnić krętka bladego od tworów, postaciowo do niego podobnych. Tworów takich, zaliczanych do jednej grupy i objętych wspólną nazwą krętków (*spirochaete*) mamy już dotąd dość znaczną liczbę, n. p.: *spirochaete Ziemanni*, *sp. anserina*, *sp. buccalis* (*dentium*), *sp. anginae ulcerosae Plaut-Vincent* i *sp. recringens.*

(Dok. nast.)

Edmund Biernacki: **Zarys patologii krwi.** Warszawa 1905. Str. IV + 178.

Pracę tę, która zapełnia ważną lukę w naszem piśmiennictwie, wydała Redakcya »Gazety lekarskiej« w postaci t. zw. »Odczytów klinicznych« (Serya VII, zeszyt 3, 4, 5, 6, 7, 8). Rzecz ta powstała z wykładów, wygłoszonych po raz pierwszy w półroczu letniem r. 1903/4 w Uniwersytecie lwowskim, a ma na celu umożliwić uczniom medycyny i szerszym kołom lekarskim poznanie zasad hematologii patologicznej. Całość składa się z piętnastu rozdziałów, z których pierwsze 9 zajmują się patologiczną morfologią krwi, w następnych 5 omawia autor patologiczną chemię krwi, w ostatnim zaś streszcza naukę o antytoksynach, precypitynach i t. d. Nadto znajdujemy przy końcu pracy dwa małe dodatki.

Na uwagę zasługuje pogląd autora, obecnie już przez szereg badaczy poważnych (Grawitz, Pappenheim, Neumeister) uznany, że pomiędzy osoczem i krwinkami czerwonemi istnieje związek bezpośredni, że osocze krwi krążącej mieści się w erytrocytach i jest poniekąd ich wydzieliną, iż osocza »wolnego« jest mało, daleko mniej, niż się go wydziela z krwi obumarłej i mniej, niż to przyjmowano dawniej. Słuszności poglądu tego ma dowodzić wedle autora policytemia w wysokich górach, przy której znajdowano bardzo obfite małe krwinki czerwone. Tłómaczy się to zjawisko tem, że osocze krwi wyszło do tkanek, a że osocze musiało wyjść z krwinek czerwonych, bo w nich prawie tylko się mieści, więc wskutek tego zmniejszyła się średnia wielkość krwinek czerwonych i dlatego teraz mieści się ich więcej w pewnej jednostce objętości.

Bardzo ciekawe myśli wypowiada autor w sprawie badania krwi kolorymetrycznymi hemoglobinometrami. Autor zwraca uwagę w wykładach swoich (te same myśli rozwijał już dawniej w swych pracach), że krew przecie nie jest rozczynem jednego barwika, ale dwóch: jasnej oksyhemoglobiny i ciemnej hemoglobiny. Z tego więc wynika, że krew, która zawiera więcej hemoglobiny, czyli krew żylna, będzie ciemniejsza, a więc da przy badaniu hemoglobinometrem kolorymetrycznym wyższą liczbę, określającą zasobność krwi w hemoglobinę; natomiast krew tętnicza, posiadająca więcej oksyhemoglobiny, będzie jaśniejsza i dlatego przy tym sposobie badania wykaże mniej barwika. Chodzi dalej i o to, że oprócz hemoglobiny krew zawiera i inne barwiki (t. zw. osmazomy), mające zmieniać jej zabarwienie, a stąd wpływać i na nasze określenia ilościowe. I dlatego autor nie przypisuje wielkiego znaczenia hemoglobinometryi, natomiast wielką wagę zarówno pod względem teoretycznym, jak i czysto praktycznym, przykłada do hygremometryi, t. j. określania ilości wody we krwi całkowitej. Autor zwraca uwagę, że między ilością wody we krwi chorej i ilością różnych jej składników mineralnych istnieje ścisły i prawidłowy związek. A mianowicie, im więcej H_2O, tem więcej Na, a często i Cl, a tem mniej K, Fe i P. Najciekawszych i najważniejszych danych dostarczyły rozbiory żelaza. Przy wyższych stopniach wodnistości krwi (pierwotna niedokrwistość, rozwinięta błednica i t. d.) autor zawsze znajdował obniżenie odsetki Fe do $^1/_2$, nawet $^1/_3$ i $^1/_4$ ilości prawidłowej; tymczasem przy małych stopniach wodnistości krwi bez względu na przyczynę chorobową stwierdzał, że ilość Fe w krwi całkowitej nie była zmniejszoną. Zjawisko to jest tem ciekawsze, że kiedy autor obliczał, ile na 1 gr. pozostałości suchej przypada Fe we krwi chorej wodnistej, a ile we krwi prawidłowej, okazało się, że bardzo często (40% wszystkich przypadków) w krwi chorej rozwodnionej przypada na 1 gr. suchej pozostałości więcej żelaza, niż w krwi prawidłowej, a co jeszcze ciekawsze, więcej nawet w tych przypadkach, w których odsetkowo jest mniej żelaza w krwi całkowitej. Tym szczegółom przypisuje autor zupełnie słusznie pierwszorzędne znaczenie dla teoryi niedokrwistości. Dotąd tłómaczono niedokrwistość ubytkiem hemoglobiny we krwi. Otóż żelazo suchej pozostałości (popiołu) krwi pochodzi z hemoglobiny i taksamo pochodzi ono w krwi anemicznej z hemoglobiny (dotąd nie udało się znaleźć ani w osoczu prawidłowem, ani w przypadkach chorobowych wykazalnych ilości żelaza nieorganicznego i nie ma żadnych danych, by przypuszczać jego istnienie w krwi po za hemoglobiną). Wobec tego z ilości Fe wolno nam wnosić o ilości hemoglobiny. A więc na tej podstawie wolno teraz twierdzić, że ubytek hemoglobiny we krwi bynajmniej nie jest tak bezwzględnie stałą nieprawidłowością ustroju chorego, jak to nakazują mniemać wyniki kolorymetrycznych badań krwi, boć przecie w krwi chorej bywa bardzo często żelaza więcej.

W dodatku pierwszym omawia autor sprawę niedokrwistości. Ta sama rzecz była przedmiotem wykładu autora, wygłoszonego w roku zeszłym w Tow. lek. lwowskiem; — znaleźć go może czytelnik w sprawozdaniu z Tow. lek. lwowskiego w zeszłorocznym »Przeglądzie lekarskim«. W dodatku drugim streszcza autor w krótkich słowach pracę Hołobuta: »O stosunkach mię-

dzy parciem naczyniowem, a składem krwi«. (»Przegl. lek.« 1905, Nr. 35 i 36).

W »Zarysie« swoim porusza przeto autor wiele myśli nowych, ciekawych i oryginalnych, a że podaje je w formie nadzwyczaj przystępnej, osiągnie »Zarys« na pewno zamierzony cel: »umożliwić zarówno uczniom medycyny, jak szerszym kołom lekarskim poznanie wstępne elementów hematologii patologicznej«.

Stahr.

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Moosbrugger. **O wewnętrznem leczeniu zapalenia kątnicy.** (*Münch. med Wochenschr.* 1905, Nr. 37). Autor leczył w ostatnich pięciu latach przeszło 70 chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego, tak ostre jak i przewlekłe, tylko wewnętrznie — z wynikiem, jak twierdzi, znakomitym, stosując obficie srebro koloidalne Credego. W przypadkach lekkich chory natychmiast musi się położyć, dostaje ciągle okłady z siemienia lnianego i wewnętrznie *argent. colloidale* 1:200 wody, co $^1/_2$—1 godz. łyżkę stołową. W przypadkach ciężkich lub dalej posuniętych podaje się wewnętrznie *arg. colloid.* 1·5—2·0:200·0, co godz. 10 gr. i równocześnie należy 2 razy dziennie wcierać po 3 gr. maści kolargolowej przez 25—30 minut na stronach zgięcia kończyn górnych i dolnych po dokładnem ich zmyciu. Jeśli zaś istnieją silne wymioty, stosuje się kolargol w lewatywie w ilości przynajmniej 0·5 gr. na 50 gr. wody, a w ciężkich przypadkach 1:100 wody na jedną lub dwie lewatywy rano i wieczór. Dzieci zażywają z roztworu 0·5—0·75:100·0 co pół godziny łyżeczkę kaw, a w razie wymiotów dostają jedną do dwu lewatywek po 50 gr. tego roztworu i przytem wcierania z 1 gr. maści kolargolowej 1—2 razy dziennie. Przy tem leczeniu ani środki wypróżniające, ani makowiec lub morfina nie są wcale potrzebne. Autor utrzymuje, że jeżeli kolargolu użyje się wcześnie, to już drugiego dnia stan ogólny i miejscowy zaczyna się poprawiać, drugiego lub trzeciego dnia odchodzą już samodzielnie wiatry i stolec i następuje odrazu podmiotowe i przedmiotowe polepszenie. W przypadkach ciężkich, w których wysięk przebił już do otrzewnej i grozi ogólne zapalenie otrzewnej, poprawa następuje wprawdzie znacznie wolniej i przez 4—8 dni stan bywa jeszcze groźny, potem jednak również następuje polepszenie; w takich przypadkach trzeba podawać i wcierać kolargol przez kilka tygodni. Wogóle po zwalczeniu napadu ostrego nie należy nigdy odrazu przerywać leczenia kolargolem, inaczej powstają, według autora, nawroty, wymagające znowu większych dawek srebra koloidalnego. Dlatego M. stosuje zawsze jeszcze przez kilka tygodni po napadzie roztwór 1:200 kolargolu, co 3 godz. lub 3 razy dziennie 5—10 gr. Autor podaje, że z wyjątkiem dwu przypadków, w których już w chwili rozpoczęcia leczenia było zapalenie otrzewnej i ciężkie objawy zakażenia, a które rychło skończyły się śmiercią, wszyscy chorzy jego wyzdrowieli bez zabiegu operacyjnego i tylko u 2 chorych nastąpił po roku nawrót choroby. Jeśli przy dłuższem zażywaniu wielkich dawek kolargolu stolce stają się zbyt częste, nie należy przerywać leczenia, lecz tylko trzeba dawkę dzienną zmniejszyć. Jedynie gdy istnieje już ogólne zapalenie otrzewnej, wskazanym jest zdaniem M. zabieg chirurgiczny i równoczesne energiczne stosowanie srebra koloidalnego. Autor posuwa się tak daleko, że nie waha się skutku leczenia kolargolem w zapaleniu wyrostka robaczkowego porównać ze skutkami surowicy w błonicy!

Dr. Fels.

F. Rollin. **Kliniczne doświadczenia nad niedokrwistością.** (*Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr. 5) Równoczesne pojawianie się zaniku błony śluzowej żołądka, czyli tak zwanej *gastritis anacida vel achylia gastrica* z najsilniejszym stopniem niedokrwistości, znanym jako niedokrwistość złośliwa, skłoniło autora do badania związku między stopniem kwaśności treści żołądkowej, a stanem krwi i niedokrwistością. Autor dochodzi do wniosku, że istnieje ścisły związek między tymi stanami. Nadmiernej kwaśności treści żołądkowej odpowiada nadmierna ilość hemoglobiny, a w miarę spadku kwaśności zwiększa się stopień niedokrwistości. Przez poprawienie trawienia żołądkowego sztucznym sokiem Pawłowa można usunąć niedokrwistość, oczywiście, jeżeli to nie jest niedokrwistość z powodu utraty krwi n. p. z wrzodu żołądka. Skuteczność tego leczenia tłómaczy autor ważnym wpływem odkażającym, jaki wywiera sok żołądkowy, a którego niedopisywanie odbija się w następstwie na stanie krwi.

Dr. M. Blassberg.

Senator. **O dyetetycznem leczeniu wrzodu żołądka.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 3). Nie ulega wątpliwości, że przy dotychczasowem leczeniu wrzodu żołądka wstrzymywaniem się od pokarmów siły i odżywienie bardzo podupadają. S. podaje więc glutynę (klej i żelatynę), tłuszcz, cukier i białko w małej ilości w ten sposób, by nie obciążać żołądka i nie wywołać krwawienia, a zarazem odżywiać i wiązać nadmiar kwasu solnego. Klej jest lekko strawnym, bardzo pożywnym i tamuje krwawienie żołądkowe. Tłuszcz i cukier są bardzo pożywne i wiążą kwasy, a tłuszcz prócz tego działa łagodząco na wrzody, co nadaje mu również wielką wartość przy sprawach zapalnych i owrzodzeniach gardła i przełyku ze względu na zmniejszenie bolów przy łykaniu. S. stosuje więc wobec świeżych, krwawiących wrzodów żołądka: *Decoct. gelatinae alb. purissim. 15—20: 150—200 Elaeosacch. citri 50;* przed użyciem ogrzać; co 1—2 godz., a w naglących przypadkach nawet co $^1/_4$—$^1/_2$ godz. podać łyżkę stołową. Przytem podaje się świeże masło i śmietanę w małych ilościach, lecz zato często tak, że nawet ciężko chorzy spożywają w jednej dobie 30 gr. masła i $^1/_4$ l. śmietany. Jeśli chory niechętnie spożywa masło w stanie zwykłym, podaje mu się je w mrożonych kuleczkach, tak samo wielu chorych woli śmietanę, ubitą z cukrem lub bez cukru na pianę i mrożoną (*Schlagsahne*). Jeśli krwawienia się nie powtarzają, podaje się tych pokarmów coraz więcej i dodaje się mleko, jaja bite i t. p.; według polecenia Lenhartza można przejść do mięsa skrobanego o wiele wcześniej, niż według ścisłej metody Leube-Ziemssena. Odwar żelatyny sprawia niektórym chorym wstręt po dłuższem zażywaniu i zatrzymuje stolec, co z początku jest nawet poniekąd pożądane: dlatego w dalszym przebiegu choroby podaje się go rzadziej, albo zupełnie przestaje się go podawać, lecz w razie ponownego krwotoku należy go znowu podawać częściej; wstrzymuje on bardzo szybko wymioty krwawe. Zresztą można podawać klej i w innych smaczniejszych postaciach, jak galarety z nóżek cielęcych, kur lub kleju rybiego (*ichthyocolla, Hausenblase*) z dodatkiem cukru lub soków, i galarety mleczne, sporządzone z mleka, cukru, żelatyny, soku cytrynowego i t. p. Zamiast masła można niekiedy podawać dobrą oliwę; ponieważ jednak niektórych chorych pobudza ona do wymiotów, przeto można ją podawać dopiero w dalszym toku leczenia, a nie z początku. Oliwę podaje się albo czystą, albo w zawiesinie (*emulsio amygd.*). Przy takiem leczeniu obywał się S. w ostatnich latach bez lewatyw odżywczych.

Dr. Fels.

CHIRURGIA. Prof. L. Rydygier. **O leczeniu przerostu sterczu.** (*Tygodnik lek.* Nr. 1—2, 1906). Autor kolejno przechodzi i ocenia sposoby leczenia przerostu gruczołu krokowego. Cewnikowanie jest szkodliwe, bo przez zwłokę operacyi pozwala na rozwój zmian w sterczu, pęcherzu i nerkach. Zabiegi operacyjne na częściach płciowych (wytrzebienie, wycięcie przewodów nasiennych) okaleczają chorego, a bardzo często zawodzą. Zakładanie przetoki powyżej spojenia łonowego sposobem Pouceta, operacya Kryńskiego, unosząca wierzchołek pęcherza i wszywająca go w ściany brzuszne, oraz prostatotomia Merciera, Harrisona i Bottiniego powinny ustąpić pierwszeństwa zabiegom, zdążającym wprost do usunięcia przerostu sterczu. Z tych zabiegów resekcya sterczu sposobem autora, z pozostawieniem płatów bocznych przy cewce moczowej, jest ze wszystkich sposobów operacyjnego leczenia przerostu sterczu najmniej niebezpiecznym, nie grozi ani przypadkowem obrażeniem odbytnicy, ani pozostawieniem przetoki moczowej na kroczu, ani moczociekiem, ani nie wpływa ujemnie na popęd płciowy i możliwość jego zaspokojenia. Leczenie promieniami Roentgena nie jest dotąd jeszcze dostatecznie zbadane i wymaga wielkiej ostrożności z powodu ubocznego szkodliwego działania promieni Roentgena, zwłaszcza na części płciowe. Przy złośliwych nowotworach w przerosłym sterczu należy wykonać jak najdokładniejsze całkowite wyłuszczenie gruczołu.

Dr. M. Blassberg.

S. Grosglik. **Roentgenogram nerki rakowatej, symulujący obecność kamienia.** (*Medycyna* 1906, Nr. 1—2). Osebnik zupełnie zdrowy dostał nagle bez żadnych dolegliwości krwiomoczu, który w krótkim czasie skończył się pomyślnie. Po upływie trzech lat powtórzył się krwotok, który tym razem trwał uporczywie przez trzy miesiące. Źródłem krwawienia była lewa nerka niepowiększona. Mocz, z tej nerki pochodzący, zawierał prawie prawidłowe ilości mocznika i dokładnie eliminował cukier pod wpływem florydzyny. Na radyogramie widać wyraźny cień między 11-tem a 12-tem żebrem, znamienny dla kamienia. Rozpoznano kamień nerki, przy operacyi jednak znaleziono zwyrodnienie rakowe. Przyczyną błędnego rozpoznania była prawidłowa wydajność nerki, która wszakże, jak się to z preparatu okazało, pochodziła stąd, że sprawa nowotworowa szerzyła się tylko w górnej połowie nerki, nie naruszając dolnej połowy. Nadto przyczyną mylnego rozpoznania kamienia z roentgenogramu był skrzep zwapniały, usadowiony wśród masy rakowatej, nie przepuszczający promieni Roentgena.

M. Blassberg.

R. Barącz. **Zapalenie ścięgna Achillesa na tle skazy moczanowej.** (*Tygodnik lek.* Nr. 2, 1906). Autor spostrzegał w praktyce prywatnej przypadki zapaleń ścięgna Achillesa na tle skazy moczanowej. Chorzy uczuwają podczas chodzenia ból, zwłaszcza przy podniesieniu pięty, i kuleją. Ścięgno Achillesa ulega zgrubieniu, jest bolesne przy obmacywaniu, a często zniekształtnione twardymi, bardzo bolesnymi guzkami, dochodzącymi wielkości orzecha laskowego. Częste bywają nawroty tego cierpienia, oraz towarzyszące dolegliwości w różnych okolicach ciała u tego samego osobnika. Zapalenie zazwyczaj pojawia się w obu ścięgnach Achillesa, rzadziej jednostronnie, a trwa 2—3, rzadziej 5 dni. Czasami bywa jedno ścięgno znacznie silniej zajęte, niż drugie. Mocz i tryb życia chorych, dotkniętych tem cierpieniem, wskazują na tło dnawe. Leczenie jest dyetetyczne, a miejscowo działać należy przeciwzapalnie i unieruchomić ścięgno przylepcem. Wobec lekkich bólów wystarcza metodyczne miesienie. *M. Blassberg.*

Danielsen. **O nowokainie.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 46). Autor uważa nowokainę za bardzo dzielny środek znieczulający; stosuje się go w rozczynie 1 prc., 2 prc. i 10 prc. z dodatkiem suprareniny. Rozczyn stosuje się w znieczuleniu zwykłem, oraz sposobem Schleicha i Obersta, 10 prc. rozczyn zaś stosuje się do znieczuleń błon śluzowych. Rozczyn wyjałowiony przechowuje się w małych ciemnych flaszeczkach 10-gramowych. Nowokaina znieczula miejscowo bardzo dobrze, nie drażni, działa szybko, nie wywołuje żadnych ubocznych objawów zatrucia, żadnych bólów następowych, ani objawów zadrażnienia, nie wywołuje zgorzeli, nie zmniejsza działania wyciągu z nadnercza i daje się wyjałowić. Wskutek tych zalet i niskiej ceny może nowokaina zupełnie zastąpić kokainę i zasługuje na polecenie w praktyce prywatnej. Autor opiera zdanie swe o nowokainie na 255 przypadkach. *B. Żmigród.*

Kolaczek. **Przyczynek do etyologii raka.** (*Deutsche Aerztezeitung* 1905, Z. 11). U chorego 48-letniego, który za młodych lat przebył kiłę, a oddawna namiętnie palił tytoń, wystąpiła na języku i na błonie śluzowej warg i policzków leukoplazya. Guzki te sprawiały choremu uczucie ciała obcego w ustach, a nawet u orczywą suchość, o usunięcie której najbardziej choremu szło. Większe guzki usunięto przez wycięcie, poszczególne ranki spojono szwami, kilka mniejszych przypalono żegadłem Paquelina. Jeden z tych guzków, znajdujący się na lewej połowie wargi górnej, nie zgoił się mimo przypalenia, przeciwnie w tem miejscu poczęło się rozwijać owrzodzenie o twardych brzegach. Po czterech tygodniach poczęły brzęknąć gruczoły podszczękowe, co skłoniło do rozpoznania raka; w następstwie tego wycięto owrzodzenie i wyłuszczono gruczoły. W 3 miesiące później rozwinął się pierwszy nawrót w postaci przerzutów w gruczołach wzdłuż tętnicy szyjnej. Wykonano powtórną operacyę doszczętną, chory wyzdrowiał. Jednakże już po 2½ latach wystąpił drugi nawrót w postaci zajęcia gruczołów aż po obojczyk; gruczoły te wyłuszczono, ale wkrótce potem nastąpił trzeci nawrót, który wraz ze znacznem wyniszczeniem ustroju spowodował zejście śmiertelne, w przeciągu trzech lat, licząc od początku leczenia. Zdaniem autora nie ulega prawie żadnej wątpliwości, że za przyczynę powstania raka w miejscu, dotkniętem leukoplazyą, uważać należy uraz operacyjny, że zatem pomoc lekarska pobudziła utajone „usposobienie rakowe“ do wybuchu. Autor radzi, by w leczeniu leukoplazyi unikać rękoczynów, a jeśli już bez tego obejść się nie można, to guzki wycinać, gdyż wycięcie jest lżejszym urazem, niż przypalenie. *B. Żmigród.*

Van Lier. **O ucisku nerwów.** (*Beiträge zur klin. Chirurgie* Z. XLVI, 1905, str. 711). Ukłucie w ramię było powodem powstania tętniaka tętnicy ramiennej, który przez ucisk na nerw wywołał porażenie n. pośrodkowego (*medianus*). Tętniak wycięto, jednak zaburzenia nerwowe nie ustąpiły; polepszenie nastąpiło dopiero po 12 dniach, kiedy wykonano drugą operacyę. Polegała ona na odsłonięciu nerwu, przerosłego tkanką łączną i na kilkakrotnych podłużnych nacięciach. Na podstawie doświadczeń, robionych na nerwach kulszowych żab, doszedł autor do przekonania, że ciągłość w przewodnictwie nerwu nie ustaje wskutek ucisku na nerw, lecz że z nerwu zostaje przez ucisk wyciśniętą axioplasma i w ten sposób powstaje przerwa w przewodnictwie nerwu. Dopiero po ustąpieniu ucisku spływa axioplasma, a przez to wraca i zdolność przewodzenia. To tłómaczenie, oparte na doświadczeniach, uważa też autor za najlepsze w opisanym powyżej przypadku, zarówno jak i w innych, w których bardzo szybko po operacyi wracała zdolność przewodzenia i to w czasie zbyt krótkim, by mogło nastąpić odrodzenie się nerwu. *B. Żmigród.*

Lanz. **O zakładaniu przetoki wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 4, 1906). Autor jest przeciwnikiem zbyt porywczego operowania zapaleń wyrostka robaczkowego. Uwagi swe opiera na 1286 przypadkach, z których tylko w 710 usunął wyrostek; żaden z operowanych nie umarł. Według autora jest zupełnie wskazaną i nie grozi niebezpieczeństwem tylko operacya w samym początku napadu, t. j. najdalej drugiego dnia, albo też na zimno (najwcześniej w miesiąc po ostatnim napadzie). Stare ropnie okołowyrostkowe zwykle są jałowe, autor zaszywał przeto jamę brzuszną zawsze na głucho. Zdarzają się przypadki, w których wyrostka z powodu trudności technicznych nie można usunąć, jak to i autorowi w 3 przypadkach się zdarzyło. Obecnie w takich razach odłącza autor wyrostek od kątnicy, otrzewnę zaszywa, a wyrostek wraz z otaczającemi go tkankami wszywa w kąt rany zaotrzewnie. Zyskuje się przez to pewność, że jelito zagoi się bez przetoki, wyrostek zaś często sam potem wyropieje na zewnątrz albo też można go już będzie później przy drugiej operacyi usunąć łatwiej i bez niebezpieczeństwa zakażenia otrzewnej. *Klęsk.*

Graser. **Uwagi o leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 4, 1906). Materyał, zebrany przez autora, doprowadza go do przekonania, że obecnie średnia śmiertelność po operacyi ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego nie jest jeszcze bardzo małą. Objawy kliniczne często zawodzą i przy operacyi spotkać można niespodzianki, tak że z objawów żadnych wniosków co do stanu wyrostka i otrzewnej wysnuć napewno nie można. Operować powinno się pierwszego, najdalej zaś drugiego dnia, gdyż wtedy zwykle zmiany ograniczają się jeszcze do samego tylko wyrostka, a zwykle już trzeciego dnia dołącza się miejscowe zapalenie otrzewnej. Podawania makowca powinno się unikać, bo zaciera obraz chorobowy. Najpewniejszym jeszcze objawem ciężkich zmian jest napięcie mięśni brzusznych. *Klęsk.*

Hildebrand. **O leczeniu wola.** (*Ther. der Gegenwart* I, 1906). Przyczyny powstawania wola nie znamy jeszcze, to jednak pewne, że w niektórych okolicach panuje on nagminnie; zapobiegawczo więc powinniśmy osoby, skłonne do tego cierpienia, z okolic takich usuwać. Różne rodzaje wola zwykle dość dobrze rozróżnić można. Torbielowate rosną, a raczej powiększają się bardzo szybko i mają powierzchnię zupełnie gładką. Zapominać jednak nie należy, że i nowotworowe wole rosną zwykle szybko. Wół naczyniowy wpada sam w oczy rozwojem żył. Wole nowotworowe zwykle są mało ruchome z powodu zrostów. Wole miąższowe odznacza miękkość utkania i nieregularny kształt. Co do leczenia, to u osobników młodych pomaga często podawanie wewnętrzne jodku potasu, tyreoidyny, lub i samego świeżego gruczołu. Jod zewnętrznie w postaci maści nic nie pomaga. Wstrzykiwania nalewki jodowej do miąższu są zanadto niebezpieczne z powodu możliwości dostania się leku do żył. Gdy występują objawy utrudnienia oddechu, z operacyą zwlekać nie należy, gdyż leczenie środkami wewnętrznymi, wywołujące tworzenie się tkanki łącznej i kurczenie się gruczołu, jeszczeby duszność powiększyło. Torbieli nie radzi autor wyłuszczać podług Socina, gdyż często powstają nawroty, rzadko bowiem zdarza się, by był tylko jeden torbiel, ale zazwyczaj prócz niego jest jeszcze kilka małych; dlatego też najlepiej usuwać cały płat odrazu. Przy wolach naczyniowych wystarcza podwiązanie tętnic. W wolach zwapniałych usuwać należy tylko twarde ogniska. Zdania te opiera autor na doświadczeniu, zebranem z 600 operowanych przez siebie przypadków. Każdego wola można operować w znieczuleniu miejscowem. Rokowanie jest zupełnie dobre, śmiertelność $\frac{1}{4}$%, nawroty bardzo rzadkie. Niebezpieczeństwa operacyi wola polegają na krwotoku następowym, zapaleniu płuc i zranieniu nerwu krtaniowego. Przy dobrej technice i ostrożnem operowaniu, skrupulatnem tamowaniu krwotoku i podtrzymywaniu akcyi serca, niebezpieczeństwa te schodzą do zera i są daleko mniejsze, niż sam wól, grożący zawsze nagłem uduszeniem się chorego. Wole nowotworowe dają rokowanie złe, bo chorzy niestety zgłaszają się już zwykle za późno. *Klęsk.*

Hoffa. **Leczenie zniekształtniającego zapalenia stawu biodrowego.** (*Ther. der Gegenwart* I, 1906). Cierpienie to da się wyleczyć, ale tylko w początkach, a wtedy rozpoznać je bardzo trudno. Zdarza się ono u ludzi starszych bez wybitnego urazu, często wskutek długoletniej jazdy konnej. Zaczyna się skrycie, często pod postacią rwy kulszowej. Powinno się też wszystkich chorych, cierpiących rzekomo na rwę kulszową, badać nago i polecać im rozstawiać szeroko nogi przy badaniu. Objawami zniekształtniającego zapalenia stawu biodrowego są: utrudnienie i ograniczenie odwodzenia biodra, niemożność rozstawienia nóg szeroko, zmiany w kształcie szyjki, utrudnione skręcanie kończyny na zewnątrz, trzeszczenie w stawie, podniesienie się krętarza wielkiego ku górze. W obrazie röntgenowskim rysuje się ta zmiana położenia krętarza naturalnie najlepiej. Leczenie w początkach polega na stosowaniu przyrządu wyciągającego z pasem biodrowym. Przyrząd taki nosić musi chory (za dnia) prawie cały rok. Chory każdego ranka po obudzeniu się powinien smarować kończynę wódką francuską, zimną wodą i masować mięśnie, potem ćwiczyć staw biodrowy (ciągle w pozycyi leżącej), najlepiej przez takie ruchy, jak przy wdziewaniu pończoch i bucików, potem włożyć przyrząd i dopiero wtedy wstać z łóżka.

W późniejszych okresach choroby o wyleczeniu nie ma mowy i chory skazany jest stale na opisane leczenie i noszenie przyrządu. Próbować też można leczenia kąpielowego w Wiesbadenie, Cieplicach, Piszczanach, Karlsbadzie i t. d. Gdy choroba w końcu jest już bardzo daleko posunięta., nie pozostaje nic innego, jak wycięcie zniekształtnionej główki. Operacya ta, choć ciężka, daje jednak stosunkowo bardzo dobre wyniki, stawia chorych prędko na nogi i przywraca im zdolność do pracy. *A. Klęsk.*

Fr. Kijewski. **Kilka uwag w kwestyi stosowania nefrektomii w kamicy nerkowej.** (*Gaz. lek.* 1906, Nr. 1—3). U 35-letniego mężczyzny z powodu kamicy nerkowej usunięto (Prof. Kosiński) prawą nerkę. Po upływie 11 dni nastąpiły wskutek zatkania moczowodu drugiej nerki przez uwięznięty kamień bezmocz i mocznica, grożąca życiu chorego. Przy pomyślnej nefrotomii drugiej nerki, która uratowała chorego, stwierdzono, że nerka była już znacznie powiększona i mocno przekrwiona, a miedniczka jej bardzo rozciągnięta i wypełniona skrzepami krwi, oraz obfitym piaskiem moczowym, co łącznie tworzyło rodzaj kitu, który sam przez się już mógł być przeszkodą do swobodnego wypływania moczu. Nerka lewa w ciągu 12 dni po wycięciu nerki prawej musiała wykonywać nader wzmożoną pracę i ulegała tak znacznemu przekrwieniu, że krew nawet dostawała się do miedniczki. W pierwszych dniach po nefrektomii mocz wydzielał się niezbyt obficie: od 200—700 ctm.^{3}, i ciągle był zmieszany z krwią, ponieważ nerka nie mogła przesączyć dostatecznej ilości moczu, nie mogła podołać swojemu zadaniu i z trudnością przystosowywała się do nowych warunków; stąd też stare złogi moczowe i skrzepy krwi nie mogły być dostatecznie wymywane z nerki. Po zatkaniu moczowodu przez kamień skrzepy krwi nagromadzały się w miedniczce i wypełniły ją całkowicie. Po nefrotomii wprowadzono do nerki dość głęboko dren grubości niemal małego palca, przez który udało się całkowite odprowadzanie moczu. Skoro tylko usunięto skrzepy krwi i złogi moczowe, oraz ulatwiono odpływ moczu na zewnątrz, czynność nerki nie była hamowana, a objawy mocznicy szybko ustąpiły. *Dr. M. Blassberg.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. H. Füth i G. Lockemann. **O wykryciu kwasu mięsno-mlecznego w płynie mózgowo-rdzeniowym u chorych na drgawki porodowe.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 2). Podobnie jak Zweifel wykrył kwas mięsno-mleczny w krwi i moczu w przypadkach drgawek porodowych, wykryli F. i L. tenże składnik w 3 przypadkach w płynie mózgowo-rdzeniowym, przy sposobności nakłucia, polecanego przez Kröniga. *B. Wojciechowski.*

D. Brunet. **Rzadkie wskazanie do cięcia cesarskiego.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 2). 19-letnia pierwiastka zgłosiła się z końcem ciąży z powodu silnego, od kilku godzin trwającego krwotoku po pęknięciu żylaka wielkości orzecha laskowego na przedniej ścianie pochwy. Stwierdzono ogromne żylaki na całej przedniej ścianie pochwy: jeden z nich krwawi; w ciągu badania pękł inny żylak, a gwałtowny krwotok zmusił do tamponady. Przy zmianie tamponów po 2, względnie 3 dniach powtórzyły się gwałtowne krwotoki. Mimo iż trzeciego dnia rozpoczęły się lekkie bole, wykonał B. cięcie cesarskie zachowawcze, obawiając się, że w razie przeciągania się porodu ulegnie i tak już bardzo niedokrwista chora (tętno 128) nowym krwotokom przy zmianie tamponów lub w III okresie porodowym. W czasie zabiegu widoczne były w więzadłach szerokich żyły, dochodzące grubości palucha. Usunąwszy tampony po 48 godzinach stwierdzono, że żylaki zapadły się. Wyzdrowienie. Z 16 opisanych przypadków krwotoków z żylaków w ciąży lub podczas porodu skończyło się 7 śmiertelnie. Ruge i Martin polecają zapobiegáwczo w przypadkach żylaków kończyn dolnych dłuższe wstrzykiwania ergotyny. *B. Wojciechowski.*

C. v. Tussenbrock. **Dokładniejsze szczegóły o zwiotczeniu macicy przy skrobaniu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 2). T. stawia sobie pytanie, jakim sposobem łączy się zwiotczenie macicy z powiększeniem jamy macicznej w czasie skrobania. Doléris uważa wydłużenie jamy za proste następstwo ucisku zgłębnika na zwiotczałą ścianę macicy. Geyl dopatruje się w pewnych przypadkach źródła powiększenia macicy w ujemnem ciśnieniu w jamie brzusznej. Schaeffer odróżnia 2 okresy: 1) rozdęcie balonowate z zachowanem napięciem ściany i 2) zupełne zwiotczenie, lecz nie tłómaczy przekonująco przyczyny tych zjawisk. T. stara się do wyjaśnienia tej sprawy zużytkować wyniki doświadczeń samego Schaeffera, który stwierdził, że forsowne rozszerzanie ujścia wewnętrznego macicy nieciężarnej wywołuje miejscowe przekrwienie czynne obok ogólnego wzrostu ciśnienia krwi. Zestawiając to doświadczenie z wynikami ostatnich badań Keiffera nad naczyniami macicy, z których wynika, że na przejściu pomiędzy tętnicami a żyłami znajdują się liczne szczeliny śródtkankowe, w stanie spokoju puste, a w stanie czynnym narządu napełnione szczelnie krwią, sądzi T., że pierwszej chwili zwiotczenia macicy towarzyszyć musi dość znaczne napięcie jej ściany, jako następstwo przepełnienia wspomnianych szczelin krwią. Wraz z ustąpieniem zwiotczenia powinnoby ustąpić przekrwienie. Nic jednak dziwnego, że w następstwie podniety niefizyologicznej, jaką jest łyżeczka, zjawiska te niekiedy nie biegną równolegle, że zwiotczenie naczyń i wzrost ciśnienia krwi czasem ustępują, zanim macica się skurczyła, — a wówczas nastaje chwila zupełnej atonii macicy obok znacznego powiększenia jej jamy. *B. Wojciechowski.*

F. Stahler. **Poród przy macicy podwójnej, dwurożnej, z przegrodzoną pochwą.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 2). U 27-letniej pierwiastki z końcem ciąży pękł po krótkich bolach pęcherz płodowy przedwcześnie. W 7 godzin później stwierdzono: wypuklenie brzucha, silniejsze po stronie prawej, przez macicę smukłą: płód w położeniu miednicowem II, żywy; ponad wchodem do miednicy po stronie lewej opór, niedający się dokładnie określić; pochwa podwójna, z przegrodą grubości 3 mm. przez całą długość; 2 części pochwowe, z których prawa, miękka, przechodzi w ciężarną macicę, lewa zaś, zbitsza, w trzon macicy drugiej, po stronie lewej umieszczonej, nieciężarnej. Kiedy bole, silne i przykre, nie zdołały, prawdopodobnie z powodu fałszywego kierunku, po 34 godzinach od pęknięcia pęcherza wepchnąć pośladków do wchodu, sprowadził S., po uśpieniu rodzącej, łatwiej dostępną nóżkę tylną i wydobył łatwo płód lekko omdlały, który szybko docucono. Waga płodu 3250 grm. Oprócz małego pęknięcia krocza oderwała się przegroda w $^2/_3$ dolnych częściach od tylnej ściany pochwy. Łożysko wygnieciono. Połóg prawidłowy. Z macicy lewej odchodów nie było.

W przypadkach zdwojenia przewodu rodnego nie zawsze przebiega poród tak korzystnie. I tak spostrzegano krwotoki atoniczne z powodu rozwinięcia się łożyska na ścianie, łączącej obie macice, nadzwyczaj słabe bole i liczne przeszkody mechaniczne z powodu wrodzonych przeszkód w drogach porodowych, których w przypadku S. nie było. *B. Wojciechowski.*

P. Zweifel. **O zapobieganiu gorączce w połogu.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr. 1). Mimo zarzutów z wielu stron przekonał się Z. na obfitym dalszym materyale o pożytku, jaki przynosi wydalanie skrzepów z tylnego sklepienia pochwy w kilka godzin po porodzie. Uskutecznia się to na łóżku poprzecznem przy pomocy wziernika listkowego i suchych jałowych wacików. Mniej dobrze wypadły doświadczenia z wypłukaniem skrzepu zapomocą kanki; stosuje się je jednak w przypadkach, w których szyto krocze. Przy tem postępowaniu wynosiła chorobliwość w ostatnim kwartale 5·7 prc. Z. zaleca dalej gorąco badanie w rękawiczkach, przez co uzyskał spadek przypadków gorączkujących z 11·5 na 7·7 prc. Usunięcie skrzepów wpływa na wejrzenie odchodów w ten sposób, że tylko przez parę dni są odchody lekko krwawe, przytem skąpe, i szybko znikają zupełnie. *B. Wojciechowski.*

K. Baisch. **Przyżeganie macicy parą** (*vaporisatio*). (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 1). Po zadziałaniu pary, ogrzanej do 108° przez 1½ minuty, na dobę przed wycięciem macicy, dostrzega się gołem okiem strup brunatny, grubości 1—3 mm., a pod nim tej samej grubości warstwę czerwoną, poniżej miąższ zdrowy. Mamy zatem obraz oparzenia III. stopnia. B. przekonał się, że stopień oparzenia nie pozostaje w ścisłym związku z czasem działania pary, ani z małemi wahaniami w jej ciepłocie, gdyż strup chroni głębsze warstwy od dalszego działania ciepła. Wynik zależy od grubości warstwy gruczołowej. Cienka błona śluzowa może uledz zniszczeniu aż do warstwy mięsnej, z grubej pozostaje, po oddzieleniu się strupa, najgłębsza warstwa, z której odmładza się błona śluzowa. Nie znając grubości błony śluzowej przed zabiegiem, zdajemy chorą na los przypadku. U osób młodych zatem jest przyżeganie parą przeciwwskazane, gdyż przypadkowe, rzadkie zresztą, wyleczenia nie zrównoważą szkód. Wyjątek stanowi krwawiączka, plamica Werlhofa i t. p., przy których wchodzi w grę wycięcie macicy. Krwotoki w okresie przekwitania, opierające się tak często innemu leczeniu, nadają się bardzo do przyżegania parą. Chcąc być pewniejszym wyniku, dobrze jest na 5—7 dni przedtem macicę wyskrobać, — co już ze względów rozpoznawczych jest wskazane. Można wprawdzie wykonać oba zabiegi równocześnie, lecz wtedy niezbędnem jest z powodu bolesności uśpienie, a skrzepy utrudniają należyto działanie pary. Macica, w której są włókniaki, nie stanowi wdzięcznego pola do leczenia parą, a nawet może zabieg ten pociągnąć wtedy za sobą niebezpieczeństwo zgorzeli włókniaka. Podobnież nie jest to leczenie odpowiedniem w przypadkach zakażenia septycznego lub dwoinkami wiewiórowemi (2 barwne ryciny przedstawiają różnicę pomiędzy działaniem pary po wyskrobaniu i bez niego). *B. Wojciechowski.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Prof. Kisch. **Stosowanie leków kombinowanych.** (*Therapie der Gegenwart.* 1906, I). Lépine dowiódł, że połączone stosowanie małych, nieskutecznych dawek kilku silnych środków działa taksamo, a nawet lepiej, niż wielkie dawki jednego środka. K. używa również tego sposobu w chorobach serca i w chorobach kobiecych, stosując te leki często i w krótkich przerwach. W przypadkach przewlekłej niedomogi sercowej przepisuje K. np. *Rp. Tinct. digit. purp. 2, T. strophanti T. convall. majal. ãa 5, T. chinae comp. 25,* M. d. s. co godz. 10 kropel i osiąga tym lekiem skutek lepszy i szybszy, niż wielkiemi dawkami naparstnicy. Uważać tylko należy na to, by nie powstało działanie zbiorowe. Podobnie zapisuje: *Rp. Dialyzat Golaz, Herbae adon. vern., Herb. convall. majal. ãa 2·5 Tinct. ferr. pomat. 20; M. d. s.* co godz. 10 kropel. By u chorych na serce działać moczopędnie, zapisuje małe dawki naparstnicy, octanu potasowego (*kalium acet.*), wyciągu ostrawki (*extr. scillae*) i diuretyny do zażycia co godzina lub co pół godziny. W ciężkich krwotokach miesiączkowych, krwotokach macicznych w okresie przekwitania lub wskutek mięśniaków stosuje z dobrym wynikiem: *Rp. Tinct. haemostyptic. Denzel, Extr. hydrast canad., Extr. herb. gossypii, Extr. fluid. hamamel. virgin. ãa 10; M. d. s.* co ½ godz. 10 kropel. (*1 g. tinct. haemostyptic. Denzel* zawiera 0·1 sporyszu). Wobec podrażnienia tkanki przymacicznej, otrzewnej, a nieraz i jelit, stosuje zamiast większych dawek makowca: *Rp. Tinct. opii simpl. 5. T. cinnamom. T. valer. aether. (Aq. lauroc.) ãa 10;* co godz. 10—15 kropel. *Dr. Fels.*

Arhovinę poleca Fasano z Neapolu (*Archivio internationale di medizina e chirurgia* Nr. 20, 1905) przeciw wiewiórowi i nieżytowi pęcherza, u mężczyzn i u kobiet, wewnętrznie i zewnętrznie. Po użyciu 3—6 razy dziennie po 1—2 kapsułek à 0·25 gr. nabiera mocz własności bakteryobójczych i powstrzymuje rozwój dwoinek tryprowych. W przypadkach uporczywych poleca F. wstrzykiwania do cewki: *arhovin 5, ol. oliv.* 100, lub przepłukiwania pęcherza 2% roczczynem. Przy nieżytach szyi macicznej używał pręcików i gałek arhovinowych. W przypadku gruźlicy pęcherza stwierdzono polepszenie objawowe. Działanie szybkie, bez objawów ubocznych; mętny, amoniakalny mocz wkrótce się wyjaśnia, staje się znów kwaśnym i nie zawiera już bakteryi; nigdy nie zauważono po arhovinie ani dolegliwości żołądkowych, ani podrażnienia nerek. *Hr.*

Fränkel (*Wiener klin. Runds.* 29/30, 1905), zastanawiając się nad sposobem zapobiegania miażdżycy, oparł się na wzmiance Burwinkla, że surowica Trunecka wywierać się zdaje w miażdżycy wpływ korzystny. Trunecek sądzi, że korzystny wpływ surowicy polega na działaniu zawartych w niej soli na serce i na same tkanki naczyń, w szczególności na śródłonek. Otóż Fränkel, uważając wstrzykiwania surowicy z różnych względów za mniej odpowiednie, próbował podawać w 38 przypadkach kołaczyki antysklerozynowe, zawierające sole surowicy, i utrzymuje, że w 19 przypadkach dostrzegł poprawę lub czasowe znikanie objawów podmiotowych i przedmiotowych. F. twierdzi jednak, że przedewszystkiem spodziewaćby się można skutku z zapobiegawczego użycia tych kołaczyków, skoro tylko pojawią się pierwsze oznaki choroby, sądząc, że uzyskanie choćby najdrobniejszej poprawy podmiotowej godne jest starań. *Ll.*

Salofen, preparat salicylowy, poleca dr. A. Heindl (*Aerztliche Reform-Zeitung* 1904, Nr. 6) jako środek, niesprawiający, o ile nerki i przewód pokarmowy są zdrowe, żadnych objawów ubocznych. O ile się zdaje, rozpuszcza się dopiero w jelitach. W dawce 3—4 grm. działa szybko w przypadkach nerwobolu nadoczodołowego, gośćca mięśniowego, zapalenia gardła i wogóle we wszystkich następstwach przeziębienia. Poty albo zupełnie nie występują, albo tylko w nieznacznej mierze. Capellari donosi (*Gazetta degli Ospedali* 1896, Nr. 35) o 4 przypadkach nerwobolu kulszowego, leczonego skutecznie dawkami salofenu do 4 grm. dziennie. Leczenie trwało zawsze około tygodnia. Działania ubocznego nie było, z wyjątkiem lekkich potów. Dr. S. Dibailow (*Wraczebnaja gazeta* 1904, Nr. 27) chwali działanie salofenu w ostrym gośćcu stawowym (2 przyp.), w nerwobolu nerwu trójdzielnego (2 przyp.) i w influency (17 przyp.). Uważa ten preparat za słabszy od salicyl. sodowego i aspiryny, nie wywołujący za to objawów ubocznych. *A.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 29 listopada 1905.

Przewodniczy: Prof. Nowak. Obecnych członków 34.

I. Protokół z poprzednich posiedzeń przyjęto.

II. Kol. Doc. Droba uzupełnia dyskusyę nad swym wykładem **o zapaleniu nagminnem opon mózgowordzeniowych** w sposób następujący:

Praca kol. Lewkowicza p. t.: »O etyologii zapaleń opon mózgowordzeniowych«, drukowana w »Przeglądzie lekarskim« w r. 1900, a zawierająca stwierdzenie w 6 przypadkach w latach 1899/1900 obecności ziarenkowca nagmin. zap. opon w płynach mózgowordzeniowych, podaje oprócz tego przypuszczenie, zresztą nie nowe, wysnute z błędnych wyników badań Jägera i jego zwolenników, o których wyraźnie w odczycie powiedzieliśmy, że wprowadziły jedynie zamieszanie i fałszywe poglądy w epidemiologii tej choroby, powtarzane nawet w najnowszych podręcznikach lekarskich. Oto, co pisze kol. Lewkowicz: »Poza oponami i płynem mózgowordzeniowym znajdowano meningokoka, a właściwie, o ile nie stwierdzono identyczności dalszemi badaniami, dwoinkę wewnątrzkomórkową, w obecności odpowiednich spraw zapalnych w wydzielinie nosa, gardła i ucha, w plwocinie, w kale biegunkowym, w wysiękach osierdziowych, opłucnych, stawowych, w nerkach i moczu. Spostrzeżenia te rzucają pewne światło na sposób przenoszenia się zarazka z osobnika na osobnika w wydzielinie błon śluzowych i t. d. — wynikałoby jednak z tego, że choroba właściwie nie jest pierwotną, a uchodzi za taką jedynie dlatego, że pierwotne umiejscowienie, wobec zajęcia opon, bardzo mało na siebie zwraca uwagi. Zajęcie opon nie musi być stałem następstwem takiego swoistego zajęcia błon śluzowych, jest raczej powikłaniem. To też w czasie epidemii i po za nią znachodzono bez zajęcia opon w najrozmaitszych wydzielinach i wypocinach ustroju dwoinkę wewnątrzkomórkową. Sam widziałem ją w tych warunkach w plwocinie (w preparacie raz jeden, bez stwierdzenia naturalnie, że to jest ziarenkowiec nagminnego zapalenia opon)«.

Otóż według krytycznego zestawienia badań przez Albrechta i Ghona było do czasu rozpoczęcia naszych badań zaledwo 3 przypadki, w których ponad wszelką wątpliwość wykazano obecność meningokoka poza płynem mózgowordzeniowym i to jedynie i wyłącznie na błonie śluzowej nosa (raz na błonie śluzowej chorego na zapalenie opon, raz na błonie śluzowej nosa [zdrowego] ojca dziecka, zmarłego na zapalenie opon, a raz w wydzielinie nosa Kiefera, który, robiąc doświadczenia nad tym zarazkiem, nabawił się ostrego nieżytu nosa). Reszta badań, przytoczonych i przez kol. Lewkowicza, należy dziś do »badań niebyłych, bałamucących tylko rzecz«. Nie może też mieć znaczenia i ten jeden preparat rozcierany kol. Lewkowicza, w którym znaleziona dwoinka wewnątrzkomórkowa mogła być równie dobrze ziarenkowcem nieżytowym (*micrococcus catarrhalis*), zwłaszcza, że o ile z niezbyt jasnego tekstu wnosić można, znalazł ją kol. Lewkowicz poza epidemią. Podnieść tu należy, że poza epidemią badań ścisłych dotychczas nie było, a nasze, pierwsze, obecności swoistego zarazka w nosach nie stwierdziły. Z tego widać, jaką wartość mogą mieć badania, na których oparł Jäger swe przypuszczenie, które kol. Lewkowicz bądźto powtarza za Jägerem, bądź też modyfikuje o tyle, że uważa zapalenie opon za »powikłanie swoistego zajęcia błon śluzowych«, i do którego praw pierwszeństwa broni.

Obrona ta jednak była niepotrzebną, bo nigdzie w naszej pracy nie znajdzie nikt nawet śladów rozwinięcia tej myśli. Nasz kierunek badań miał początek bądźto w myśli Weichselbauma, wygłoszonej jeszcze w r. 1884, »że zarazek dostaje się najprawdopodobniej z nosa wprost do opon«, bądź w dodatnich i pewnych wynikach badań Albrechta i Ghona, którzy raz w nosie chorego, a raz w nosie [zdrowego] ojca dziecka, zmarłego na zapalenie opon, stwierdzili obecność swoistego zarazka, bądź w przypuszczeniu Weichselbauma i innych, że »choroba ta, podobnie jak zapalenie płuc, może być wynikiem samozakażenia ziarenkowcem nagminnego zapalenia opon, który stale, podobnie jak pneumokok, w prawidłowej błonie śluzowej nosa żyje«, bądź wreszcie w ogólnych zasadach i pojęciach, które dziś w epidemiologii panują, — i postępował w dalszym ciągu za wynikłymi z nich faktami, doprowadzając do wniosków, zupełnie sprzecznych z przypuszczeniem kol. Lewkowicza i nie wypowiedzianych do

dziś dnia przez nikogo. Streszczają się one w najogólniejszych zarysach w tem, że głównymi przenosicielami są (podobnie, jak »Choleraträger«) osoby zdrowe z otoczenia chorych lub ognisk epidemicznych, zakażające drogą powietrza w pewnych ściśle określonych warunkach nie jednostki, ale zwykle całe rodziny. U tych osób nieżytu błony śluzowej nosa, w przeciwieństwie do chorych, — nie spotykaliśmy wcale, — o czem w pracy naszej dość szczegółowo mówimy, usiłując właśnie tym brakiem nieżytu wytłómaczyć, dlaczego w nosach osób zdrowych dłużej swoisty zarazek się utrzymywał, niż w nosach osób chorych na zapalenie opon, u których dość często nieżyt nosa w początkach spotykano.

Przy tej sposobności należy podnieść, że wspomniana praca kol. Lewkowicza, stwierdzająca obecność meningokoka w płynie mózgowordzeniowym w 6 przypadkach w latach 1899/1900, a nie zawierająca zresztą żadnych innych badań, miała dla nas, a prawdopodobnie i dla sprawy zapalenia opon to tylko znaczenie, że zbierając przypadki tej choroby w Galicyi mogliśmy zapisać we wspomnianych latach te 6 przypadków, w których w płynie mózgowordzeniowym stwierdzono meningokoki. Późniejsi pracownicy kliniki chorób dzieci w Krakowie stwierdzali je zresztą w dalszych przypadkach stale, ale nie ogłosili swych wyników badań.

Wreszcie w sprawie pierwszeństwa odkrycia jednego z ziarenkowców, odbarwiających się sposobem Grama, a wspomnianych przez nas, który jako nowy gatunek opisał kol. Lewkowicz w r. 1901, powinienby kol. Lewkowicz zwrócić się do Seiferta, Kirchnera, a potem Pfeiffera i innych, z których pierwsi dwaj opisali ten gatunek ziarenkowca już w r. 1890 pod nazwą »*micrococcus catarrhalis*«, uwzględniony pod tą nazwą i przez nas. W sprawie tej odsyłam do niewystarczającego już dziś zresztą opisu kol. Lewkowicza w »Archives de medec. experimentale« 1901, Nr. 4, który proszę porównać z opisem »*micrococcus catarrhalis*«, uwzględnionym w każdym podręczniku bakteryologii.

Na tem kończę dyskusyę z mej strony, gdyż sądzę, że najlepszą odpowiedź da porównanie naszej pracy z wymienionemi artykułami kol. Lewkowicza (Przegl. lek. 1900). (*Streszczenie własne*).

Kol. Lewkowicz w odpowiedzi kol. Drobie podaje:

Kol. Droba porusza szczegóły, do sprawy nie należące, np. sprawę opisanego przezemnie ziarenkowca, podobnego do meningokoka, przypisując mi, jakobym identyfikował tego ziarenkowca z jednym z jego ziarenkowców, podczas gdy podobne zidentyfikowanie było dla mnie niemożliwem już choćby dlatego, że cechy ziarenkowców, wspomnianych przez kol. Drobę, są mi znane tylko w przybliżeniu z odczytu. Mój ziarenkowiec jest niewątpliwie bardzo zbliżony do *micrococcus catarrhalis* Pfeiffera, należałby wraz z nim do grupy *micrococcus catarrhalis*, do której Lehmann i Neumann zaliczają także meningokoka i gonokoka, różniłby się jednak od niego bardzo wyraźnie wzrostem na agarze, tworzy bowiem kolonie bardzo cienkie, drobne, zupełnie przeźroczyste, stąd niebieskawe, podobne do kolonii pneumokoka, regularnie zaokrąglone, zaś *micrococcus catarrhalis* kolonie białawe, zatem mniej lub więcej nieprzeźroczyste, na agarze z krwią zupełnie nieprzeźroczyste (Flügge 1896), podobne do kolonii gronkowca, o brzegach nieregularnie powyżeranych.

Co do kwestyi zasadniczej, to chodziło mi o stwierdzenie, czy kol. Droba miał podstawę przedstawić w odczycie (nie mogłem naturalnie mówić o pracy, która się dopiero drukować będzie) sprawę w ten sposób, że co do etyologii i epidemiologii nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych znanem jest tylko przypuszczenie wnikania meningokoka do opon z nosa, i że »zresztą sprawa pokryta jest (jak się wyraził) zupełnym mrokiem«?

Oto są szczegóły, które uważam za fakty, nie ulegające wątpliwości: 1) Zapatrywanie kol. Droby, mianowicie, że osoby z otoczenia chorych, mające zakażone błony śluzowe nosa meningokokiem, są głównymi roznosicielami choroby, pokrywa się w zasadzie z zapatrywaniem mojem, że choroba szerzy się jako *rhinitis meningococcica* (naturalnie z mniejszymi lub większymi objawami) i że na tem tle niejako w postaci powikłania rozwija się sporadycznie zajęcie opon. Różnica polegałaby co najwyżej na tem, że kol. Droba nie stwierdzał u roznosicieli nieżytu nosa, tylko zakażenie. Ja myślałem o nieżycie, gdyż u osób z zapaleniem opon w niektórych przypadkach można stwierdzić wyraźny nieżyt. Że bez zajęcia opon możliwy jest swoisty nieżyt, a zatem i możliwy udział danych osobników w rozwlekaniu zarazy, świadczy przypadek Kiefera. W jaki sposób przenosi się nieżyt, jest sprawą drugorzędnego znaczenia. Kol. Droba sądzi, że przez powietrze, zanieczyszczone zakażonym pyłem, ja sądziłbym, że, jak inne nieżyty zakaźne, przez zetknięcie bezpośrednie i zakażenie kropelkami. 2) Zapatrywanie moje było kol. Drobie znanem przed rozpoczęciem jego badań. 3) Badania kol. Droby, o ile dotyczą epidemiologii danej choroby, potwierdzają tylko wypowiedziane już zapatrywanie, nie przynoszą zaś żadnej zasadniczo nowej myśli.

Mimo tych faktów kol. Droba w odczycie tak rzecz przedstawił, jakoby zapatrywanie jego na epidemiologię było wynikiem wyłącznie jego badań. Czy i o ile zapatrywanie moje miało wpływ na tok badań kol. Droby, stwierdzać niepodobna, ale pominięte milczeniem w odczycie także być nie powinno, gdyż wielu kolegów, nie zajmujących się specyalnie przedmiotem, pracy drukowanej czytać prawdopodobnie nie będzie.

Kol. Droba odmawia uprawnienia rozumowaniom, opartym na stwierdzeniach mikroskopowych meningokoka poza oponami, mianowicie na błonach śluzowych, kwestyonując wartość tych stwierdzeń. Rzeczywiście można obecnie twierdzić, że dani badacze nie udowodnili ściśle, iż to, co widzieli i uważali za meningokoka w wydzielinach błon śluzowych, było rzeczywiście meningokokiem, ale — mianowicie co do wydzieliny nosa, a o tę głównie chodzi — nie można twierdzić, że to nie były meningokoki, gdyż dalsze badania, między innemi i kol. Droby, potwierdzają, że meningokok często u chorych i u osób z otoczenia chorych na błonach śluzowych nosa się znachodzi. Ale i bez znajomości jakiegokolwiek zarazka rozumowanie, doprowadzające do racyonalnego — jak się obecnie okazuje — zapatrywania na epidemiologię zapalenia opon nagminnego, możliwe było dla każdego, kto zauważył związek między zajęciem opon i zajęciem nosa, zajęcie opon uważał za następowe, a nieżyt swoisty nosa za zaraźliwy. Mnie np. nasunął się związek z zajęciem nosa, kiedy byłem jeszcze studentem medycyny, o chorobie słabe miałem wyobrażenie, a o zarazku nic nie wiedziałem, na podstawie obserwacyi piorunującego przypadku zapalenia opon nagminnego (sekcya). Objawy mózgowe trwały tu wogóle tylko kilka godzin, dzień zaś przed ich wystąpieniem zauważyłem nieżyt nosa objawiający się między innemi utrudnieniem oddychania przez nos. Przypadek ten utkwił mi głęboko w pamięci, a związek w nim zauważony był jednym z głównych punktów wyjścia dla mego wnioskowania. (*Streszczenie własne*).

III. Wybrano jednomyślnie komitet przedwyborczy, przedstawiony przez wydział towarzystwa.

IV. Kol. Wachtel przedstawia przypadek **zapalenia wyrostka sutkowego, leczonego** skutecznie **przekrwieniem biernem.**

V. Prof. Marchlewski wygłosił zapowiedziany odczyt: **O wynikach najnowszych badań nad barwikiem krwi i chlorofilem.** W dyskusyi zabierał głos kol. doc. Seńkowski.

Za sekretarza dorocznego: *Dr. T. Cybulski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

XV kongres międzynarodowy w Lizbonie. W uzupełnieniu ostatniego komunikatu z dnia 1 stycznia 1906 r. podajemy do wiadomości Szanownych Kolegów jeszcze następujące szczegóły: Oprócz wymienionych już sposobów podróżowania morzem przyjdzie prawdopodobnie do skutku podróż z Genui. Bliższych szczegółów dowiemy się później. Komitet wykonawczy w Lizbonie zamierza zorganizować podróże okrężne w Portugalii i w południowej Hiszpanii po znacznie zniżonych cenach. Firma Cook w Wiedniu przedłużyła termin zgłoszenia się do wzięcia udziału w podróży parowcem »Thalia« z Tryestu do 20 lutego. Gdyby jednak nie zgłoszono dostatecznego udziału, podróż ta nie przyjdzie do skutku. Koledzy chcący przyłączyć się do której ze wspólnych podróży do Lizbony, winni się zgłosić wprost do wymienionych biur[1]) podróżnych, nie zaś do komitetu polskiego, który

[1]) Dla podróżujących parowcem »Oceania«: Hamburg-America-Linie, Abteilung für Vergnügungsreisen, lub: Reisebureau der Hamburg-Amerika Linie, Berlin W. Unter den Linden 8, lub Jeneralna Ajencya dla Galicyi, Lwów, ul. Grodecka 95. — Dla podróżujących parowcem austryackiego Lloydu »Thalia« biuro firmy: Cook and Son, Wien, Stephansplatz 4. — Dla podróżujących z Włoch: M. Giovanni Chiari, Via de Rustici 2 Firenze (Florencya).

nie może zajmować się pośrednictwem i zamawianiem miejsc, a udziela tylko na żądanie informacyi przez sekretarza komitetu p. Doc. Dra. Majewskiego, Kraków, ul. Szczepańska 11.

Chcąc zapisać się na członka Kongresu, trzeba zgłosić się do sekretarza naszego Komitetu, który nadeszle odpowiednie drukowane informacye, dotyczące Kongresu, a także schematy do wpisania się. Wpisujący winien wpisać sekcyę jedną czy kilka, do których chce należeć. Wypełniony bilet przesyła się skarbnikowi p. Dr. Słapie, Kraków, ul. Kolejowa 4, załączając 25 franków (czyli 25 koron = 20 marek = 10 rubli) z dodaniem jednej korony na pokrycie kosztów administracyi i przesyłek. Panie, towarzyszące członkom Kongresu, korzystają z wszelkich udogodnień i zniżek podróży, a także z uroczystości, urządzonych na cześć kongresistów. Wpisy za każdą damę (żonę, córki, siostry) wynoszą połowę wpisowego, należącego się od członka Kongresu, a zatem 12·50 franków. Nazwiska pań towarzyszących wpisuje się na osobnym schemacie, dołączonym do schematu dla zgłoszenia uczestnictwa (Bulletin d'inscription pour dames).

O pomieszkania będzie w Lizbonie trudno, dlatego dziś już trzeba wprost pisać do biura pomieszkań, podając życzenie, czy na jedną, czy kilka osób pomieszkanie pożądane, pod adresem: Mr. Manuel José da Silva, Redaction du »Annuario Commercial de Portugal« Lisbonne, Palacio Foz. (podać przytem seryę i numer karty uczestnictwa, jeżeli ją zgłaszający się już posiada).

Można i bilet zgłoszenia się (billet d'adhésion) i pieniądze posłać wprost na ręce jeneralnego sekretarza komitetu wykonawczego pod adresem: Mr. le professeur Miguel Bombarda, Lisbonne, Nova Escola Medica, a komitet polski łaskawie uwiadomić o dokonanym fakcie.

Tytuły prac naukowych, mających się na Kongresie wygłosić, winny być podane przed 1 marca, z dodaniem krótkiego streszczenia w języku francuskim, niemieckim lub angielskim.

Komitet polski dla XV międzynarodowego lekarskiego kongresu w Lizbonie.

Prof. Dr. B. Wicherkiewicz, prezes.

Wiadomości bieżące.

Kraków, 8 lutego.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło we środę dnia 7 b. m. posiedzenie, na którem kol. prymaryusz Bogdanik miał wykład p. t. »Kreolina w chirurgii«, a kol. Bier wykład »O zafałszowaniu przypraw korzennych«.

— Wydział lekarski lwowski uchwalił przedstawić doc. pryw. dr. Bikelesa do tytułu profesora nadzwyczajnego.

— Wydział krajowy galicyjski mianował krajowym inspektorem szpitali dr. Józefa Łuszczkiewicza, dotychczasowego dyrektora szpitala w Sokalu.

— W Towarzystwie lekarskiem łódzkiem wybrano na rok 1906 prezesem dr. Jasińskiego, a wiceprezesem dr. Seweryna Sterlinga.

— Rada miejska lwowska uchwaliła wykonywać odkażenie mieszkań po chorobach zakaźnych zawsze na koszt gminy, bez względu na stan majątkowy stron. Niema wątpliwości, że uchwała taka wpłynąć musi bardzo korzystnie na poprawę stosunków zdrowotnych, gdyż dopóki za odkażenie płaciły strony, często uchylano się od odkażenia, tając przypadki zakaźne.

— Niemiecki wydział lekarski w Pradze oświadczył się za dopuszczeniem kobiet do habilitacyi, filozoficzny zaś przeciw temu.

— Na tegorocznym międzynarodowym zjeździe lekarskim w Lizbonie wykładać będą na posiedzeniach ogólnych: Brissaud (»Infantilismus«), Aaser (»Stosunek ostrych chorób zakaźnych do gruźlicy«), Sodré (»Patologia okolic podzwrotnikowych«), Neumann (»Anatomiczne podstawy nawrotów kiły i sposoby ich zwalczania«), Tarchanoff (»Rad w biologii i w medycynie«), Reclus (»Miejscowe środki znieczulające«), Bergmann (»Zadania nowoczesnej chirurgii«), nadto Manson i Esquerdo, którzy jeszcze nie podali tytułu wykładów. Dotychczas zgłoszono na zjazd (który będzie się dzielić na 17 sekcyi) 233 wykładów i odczytów.

— 35 zjazd chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie 4—7 kwietnia. Tematami obrad będą: 1) Zagadnienia z chirurgii polowej na zasadzie doświadczeń, zebranych w wojnie rosyjsko-japońskiej. 2) Chirurgiczne leczenie wrzodu żołądka. 3) Dalszy rozwój operacyi wysoko usadowionych raków odbytnicy. 4) Leczenie ostrych zapaleń przekrwieniem biernem.

— Międzynarodowy zjazd laryngo-rynologiczny odbędzie się w Wiedniu 21—25 kwietnia 1908. Organizuje go wiedeńskie Towarzystwo laryngologiczne ze względu na 50-tą rocznicę stworzenia kliniki laryngologii przez Türcka i Czermaka.

— W Medyolanie odbędzie się 26—30 września b. r. zjazd międzynarodowy w sprawie opieki nad obłąkanymi. Zgłoszenia przyjmuje prof. Ferrari, Bertalia, Bologna.

— 74 zebranie »British medical Association« odbędzie się 21—24 sierpnia 1906 w Toronto.

— Termin tegorocznego zjazdu balneologów niemieckich i austryackich oznaczono na 2—6 marca.

— W berlińskiej »Charité« utworzono schronisko dla chorych na raka.

— Berlińska »deputacya szkolna« postanowiła dla chorych dzieci szkolnych utworzyć »szkoły w lesie« (uzdrowiska leśne z nauką szkolną), w których dzieci pozostają zimą i latem, powracając do szkół zwykłych dopiero po zupełnem wyleczeniu.

— Ciekawy przyczynek historyczny podaje dr. Lachs w pracy p. t. »Z dziejów nierządu w Krakowie« (*Krytyka lek.* 1906, Nr. 1). W r. 1388 rajcy krakowscy nie mogąc dłużej znieść wybryków nierządnic krakowskich, wypędzili je z miasta, gdy zaś ten środek nie położył tamy nierządowi, zwrócili się do Dominikanina mistrza Falkenberga, profesora teologii, z prośbą o pouczenie ich, 1) czy należy w ogóle nierządnice w mieście ścierpieć i 2) czy można się zgodzić na istnienie publicznych domów nierządu. Odpowiedź Falkenberga, przytoczona przez autora, kładzie nacisk na to, że z powodu niedoskonałości człowieka po wypędzeniu nierządnic wyniknie większe zło w postaci cudzołoztwa, gwałtu, kazirodztwa i innych niedozwolonych sposobów zaspokojenia popędu płciowego. Godząc się więc z koniecności na ich pobyt w mieście, należy im dać mieszkanie, jako zaspokojenie najpierwotniejszych potrzeb.

Mianowani: Docenci Berger (psychiatra), Noll (fizyolog) i Grober (internista) w Jenie prof. nadzwyczajnymi; doc. Steudel (fizyolog) prof. nadzwyczajnym w Heidelbergu.

Wezwani: Na miejsce prof. Rankego do Monachium profesor Czerny z Wrocławia; na miejsce prof. Bertholda do Królewca prof. Leutert z Giessen; na miejsce prof. Kunkela do Würzburga prof. Straub z Marburga; prof. Noorden przyjął katedrę medycyny wewn. w Wiedniu po Nothnaglu.

Zmarli: Chirurg prof. n. Kolaczek w 63 r. ż. we Wrocławiu.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 3. Barszczewski: Dziesięciolecie promieni X w medycynie praktycznej. Kijewski: Kilka uwag w kwestyi stosowania nefrektomii przy kamicy nerkowej. Starkiewicz: Ze statystyki chorób płuc w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus.

— *Medycyna* Nr. 4. Anastazy Landau: O zawartości acetonu we krwi i w narządach. Heiman: Przypadek ostrego ropnia zraza skroniowego przez ostrą sprawę ropną w uchu wywołanego.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 5. Sołowij: O wartości sztucznego przedwczesnego porodu przy zwężeniu miednicy. Mindes: Przyczynek do techniki wywoływania przekrwienia biernego metodą Biera.

— *Kronika lekarska* Nr. 1 i 2. Giedgowd: Przymiot pozapłciowy. Giedroyć: Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce.

— *Głos lekarzy* Nr. 3. — Strejk lekarzy dolno-austryackich. Mikołajski: Kodeks deontologii lekarskiej. — Dziesięciolecie Izb lekarskich. — Mikołajski: Partactwo lecznicze w Galicyi. — Z praktyki sądowo-lekarskiej. — Mikołajski: Ważne usterki w sprawowaniu policyi sanitarnej. — Stan szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1905.

— *Časopis lékařův českých* Nr. 4. Spilka: O methodach zjištění počtu zárodků bakteriálních ve prostorové jedničce ůstředí a o bakteriologických počítadlech. Cisler: Nová anaesthetika w rhino-laryngologii. Kukula: O chirurgické therapii cholelithiasy. Ostreil: O vitalitě předčasně narozených dětí.

— *Presse médicale* Nr. 7. Broca: Wrodzone wyższe ustawienie łopatki. Faure: Sposób Biera. Desfosses: Najlepszy sposób szycia po wycięciu kawałka jelita. — Nr. 8. Tuffier: Otwieranie opłucnej bez odmy opłucnej. Mahé: Czy istnieje zapalenie jamy ustnej, wywołane przez kauczukowe nadstawki zębowe.

— *Semaine médicale* Nr. 5. Remouchamps: O przewlekłem śluzoworopnem zapaleniu ślinianki przyusznej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 5. Edlefsen: Jodan sodowy, a zapalenie opon mózgowordzeniowych. Lewiński: O zakryciu cukru gronowego i glukosaminu przez inne ciała, obecne w roztworze. Holzknecht: O radyologicznem badaniu żołądka w ogólności i znaczeniu jego w rozpoznawaniu rozpoczynającego się raka w szczególności. Finder: O alypinie w praktyce ryno-laryngologicznej. Rollin. Kliniczne doświadczenia co do niedokrwistości. Stoeckel: Pubiotomia, nowy sposób rozszerzania miednicy ścieśnionej.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 5. Liebl: O znieczulaniu miejscowem zapomocą nowokainy z suprareniną. Steinbüchel: Śródotrzewne skrócenie więzadeł według Mengego. Rosenberger: O wydzielaniu kwasu moczowego i zasad ksantynowych w czasie leczenia promieniami Röntgena u 2 chorych na białaczkę i jednego chorego na białaczkę rzekomą. Levy: Oznaczanie ilości cukru w moczu. Moro: Precypityna mleka krowiego we krwi 4½-miesięcznego wyniszczonego dziecka. Loeb: Przypadek przetoki żołądkowopłucnej. Daxenberger: Przypadek pneumokokowego zapalenia płuc z wyleczeniem. Wolff: Nauka o endotoksynach. Löwenstein: Nadmierna wrażliwość i przyspieszony odczyn. Koeppe: Śmiertelność osesków, a dobór według Darwina.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 5. Eppinger: W sprawie zatrucia kwasami. Ludwig, Panzer i Zdarek: O cieplicy w Vöslau. Freund: Kratkowate zaćmienie rogówki. Beer: W sprawie etyologii gorączki połogowej.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 5. Lewin: Los obcych ciał chemicznych w ustroju ludzkim, a w szczególności ich wydzielanie. Zunker: Czy ustrój ludzki potrzebuje sztucznych środków podniecających? Hofmeier: „Cięcie cesarskie przez pochwę“ i „era chirurgiczna“ w położnictwie. Westenhoeffer: O ropieniu około przysadki mózgowej i innych godnych uwagi zmianach w zakaleniu opon mózgowordzeniowych. Lüdke: Spostrzeżenia nad dysenteryą, wywołaną przez prątki, w Barmen. Kaliski: Nowy sposób badania chemizmu żołądka w czasie trawienia bez użycia zgłębnika. Rothmann i Mosse: Zatrucie pyrodyną u psów. Rosenfeld: Ostry wól jako skutek choroby morskiej.

Redakcya otrzymała: S. Serkowski: Materyały do nauki o odporności (Odb. z „Czasop. lek.“ 1906). Beck: 1) Zjawiska elektryczne kory mózgowej po częściowem jej zniszczeniu. Kraków, Rozpr. Akad. Umiej. 1906. 2) Elektrische Erscheinungen in der Hirnrinde nach partieller Exstirpation derselben. Kraków, Biul. Akad. Umiej. 1905.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 5 (od dnia 28/I do 3/II) **urodziło się** dzieci: żywo chł. 33, dziew. 21; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 19, kob. 13; zamiejscowych: męż. 17, kob. 11.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 10. 3) zapalenie płuc: miej. 6, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. 1 ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 3, ob. 2. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. — 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 2, ob. —. **Razem:** miejscowych 32, obcych 28.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się w *Domu Towarzystwa* (Radziwiłłowska 4) we środę dnia 14 lutego 1906 o godz. 6 wieczorem, na którem koledzy: prof. Piltz i dr. Rydel przedstawią chorych z kliniki neurologicznej.

Rok XLV. Kraków 17 Lutego 1906. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Zwężenie tchawicy przez ropnie zaprzełykowe (*abscessus retrooesophageales*).

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

Ropnie zagardłowe (*abscessus retropharyngeales*) należą do cierpień, które się, zwłaszcza u dzieci w końcu pierwszego roku życia, wcale nie zbyt rzadko spotyka. Tworzą one wypuklenia na tylnej, albo częścią na tylnej, częścią na bocznej ścianie gardła ponad krtanią, które, zatykając górny wylot jej przedsionka, sprowadzają zaduszenie, jeżeli na czas ropnia się nie otworzy. Ropnie te wytwarzają się zwykle w wiotkiej tkance pomiędzy zwieraczami gardła (*constrictores phoryngis*) a kręgosłupem; zdarzają się zaś najczęściej w pierwszym roku życia, później zaś już w miarę wieku znacznie rzadziej. O wiele rzadsze są ropnie zagardłowe powstałe na tle próchnienia trzonów kręgów szyjnych (*caries vertebrarum*); wytwarzają się one o wiele wolniej i zdarzają się w różnym wieku, zawsze jednak częściej u dzieci lub ludzi młodych, niż u starszych. Ropnie w tkance łącznej zagardłowej sięgać mogą w dół nawet poza dolny zwieracz gardła, a tem samem poza krtań; wyjątkowo jednak tylko szerzą się one jeszcze niżej, t. j. w tkankę pozaprzełykową. Zdarza się to mianowicie w złośliwych ropowicach (*phlegmone*) gardła, w których na granicach nacieku przechodzącego w ropienie nie wytwarza się zapalenie zlepne, przez które ropień zostaje ograniczony, lecz ropienie szerzy się z tkanki zagardłowej w tkankę kołoprzełykową, otaczając w końcu cały przełyk (*perioesophagitis*), czyli wytwarzając ropne zapalenie śródpiersia tylnego (*mediastinitis posterior*). Czasami zdarzyć się jednak może, że ropienie z poza dolnego zwieracza gardła szerzy się ku dołowi w tkankę zaprzełykową, z powodu jednak zapalenia zlepnego, jakie na jego granicy powstaje, nie obejmuje przełyku na około tak, że tylko spód ropnia poza górną część przełyku zachodzi i przez nią na tchawicę ugniata, co, zwłaszcza u małych dzieci, już samo przez się oddech znacznie może utrudnić. Pamiętnym jest mi przypadek tego rodzaju ropnia u 9-miesięcznego dziecka jednego z moich kolegów. Cała szyja była wyraźnie rozdęta, z tyłu krtani sterczał tylko szczyt ropnia, a oddech był w wysokim stopniu utrudniony. Po nacięciu ropnia w jego szczycie, tj. nad samą krtanią, dziecko wyrzuciło sporą ilość płynu ropiastego z taką siłą, że mnie nim na całych piersiach oblało; potem zaraz szyja sklęsła, a oddech stał się lekki. Podobny przypadek rozszerzania się ku dołowi poza przełyk ropnia powstałego na tle próchnienia kręgów szyjnych nie jest mi wcale znany; natomiast wydarza się nieraz, że ropień kręgowy opuszcza się zwolna na dół, ale i na bok zarazem, wypuklając się na szyi z boku krtani, a nawet opadając aż pod pachę.

Poniżej krtani ropnie w sąsiedztwie tchawicy są wogóle o wiele rzadsze. Powstają one zwykle z gruczołów limfatycznych kołotchawicznych, najczęściej gruźliczo zmienionych, które, ugniatając na tchawicę, oddech w wysokim stopniu utrudniać mogą. Zdarzały się nawet przypadki przebicia takiego ropnia, albo też nie zropiałego jeszcze gruczołu, do tchawicy lub oskrzela; gruczoł, zatykając tchawicę, sprowadzał zwykle zaduszenie; w jednym takim przypadku udało się jednak po zrobieniu tracheotomii i wydobyciu kawałków rozpadłego gruczołu zapomocą cewnika, wyratować od uduszenia dziecko sześcioletnie. (F. Petersen. *D. med. Wochschr.* 1885). Gruczoły te, lub ropnie z nich powstałe, ugniatają tchawicę zwykle z jednego boku, albo też skośnie z boku i tyłu, rzadziej zaś ugniecenie następuje wprost od tyłu. Ugniecenie od tyłu przez gruczoł gruźliczy spotyka się częściej w oskrzelach a zwłaszcza w oskrzelu prawem; aby jednak w ten sposób ugnieść tchawicę, musi się gruczoł wsunąć pomiędzy nią a przełyk i do niej przyrosnąć, co się już rzadziej wydarza. Z drugiej znów strony przebicie tchawicy łatwiej następuje od tyłu, gdyż ściana jej tylna, jako błoniasta, mniejszy przebiciu stawia opór, niż ściany posiadające pierścienie chrzęstne. To też spotykamy przypadki przebicia gruczołu lub ropnia gruczołowego przez tylną ścianę tchawicy, a zdarzało się nawet przebicie równoczesne do tchawicy i przełyku z wytworzeniem otworu pomiędzy niemi, przez który pokarmy do dróg oddechowych wpadały; jeden taki przypadek pamiętnym mi jest z kliniki Schröttera. Podobnież spotyka się wgniecenie tylnej ściany tchawicy przez ropień powstały pomiędzy tchawicą a przełykiem skutkiem ciała obcego przebijającego przednią ścianę przełyku; ropień ten również do tchawicy otworzyć się może, a łatwiej mu przychodzi przebić tylną ścianę tchawicy, niż przednią ścianę przełyku. W podobny sposób uciskać też mogą tchawicę od tyłu nowotwory, które się pomiędzy nią a przełyk wsunęły, lub też pomiędzy niemi rozwinęły. Najczęściej wydarza się to przy rakach przełyku, które, przebiwszy jego ścianę przednią, ugniatają tylną ścianę tchawicy, wrastając w nią równocześnie i szerząc się następnie wewnątrz tchawicy; o wiele rzadziej wsuwa się pomiędzy przełyk a tchawicę z boku guz gruczolaka lub mięsaka limfatycznego, a jeszcze rzadziej rozwija się pomiędzy niemi samemi nowotwór, zwłaszcza gruczolak (*adenoma*), gniotący tchawicę od tyłu. Wrzeszcie może być tchawica uciśnięta od tyłu przez wrastający pomiędzy nią a przełyk boczny płat gruczołu tarczowego, lub rozrastający się pomiędzy niemi odosobniony guz wola, albo też przez zaułek przełyku lub

tchawicy, przez zatrzymane w przełyku ciało obce znacznej wielkości itp. Wogóle jednak ugniecenie tchawicy od tyłu wydarza się znacznie rzadziej, niż z boków; najczęściej zaś powodem jego bywa rak przełyku przebijający tegoż ścianę przednią, znacznie zaś rzadziej inny nowotwór, gruczoł gruźliczy lub rakowaty, albo też powstały ze zropienia gruczołu, lub z przebicia przełyku przez ciało obce, ropień pomiędzy przełykiem a tchawicą, równie jak samo ciało obce przełyku, zaułek przełyku lub tchawicy itp.

W porównaniu do tych rzadkich przypadków o wiele jeszcze rzadziej wydarza się, by tchawica doznała ugniecenia od tyłu przez twory, które nie bezpośrednio za nią, lecz pomiędzy przełykiem a kręgosłupem się znajdują, a więc tchawicę przez przełyk ugniatają. Wydarzyć się to może przy nowotworach, zwłaszcza mięsakach limfatycznych, które tak, jak między tchawicę a przełyk, mogą także pomiędzy przełyk a kręgosłup w całości lub częściowo się wsunąć i wraz z przełykiem tchawicę ku przodowi wypierać i od tyłu ugniatać. W jednym przypadku znalazłem nawet ugniecenie tchawicy z tyłu i nieco z prawej strony przez tętniak łuku tętnicy głównej, który, wypukłając się aż poza przełyk, wyżłobił sobie odpowiednią wklęsłość na trzonach kręgowych. Przypadek ten opisał z mego oddziału wraz z wielu innymi przypadkami zwężeń tchawicy i oskrzeli Doc. Dr. Nowotny („Ueber die Tracheo- u. Bronchostenosen". *Arch. f. Laryng.* Bd. 17, J. 1905). Podobnież bardzo rzadkie są przypadki ropnia, rozwijającego się poza przełykiem i gniotącego przezeń na tchawicę. Nie powstają tu ropnie podobne do zagardłowych, gdyż ropienie, jakie w tkance kołoprzełykowej, np. skutkiem przebicia przez ciało obce, powstać może, ma wielką dążność do szerzenia się jako rozlany ropny naciek naokoło przełyku, tak, że ropień ograniczony prawie tylko pomiędzy przełykiem a tchawicą zwykł się wytwarzać; natomiast mogą powstać ropnie ograniczone w tylnem śródpiersiu z gruczołów limfatycznych, albo też z trzonów kręgów piersiowych. Jedne i drugie są rzadkie, a wyjątkowo tylko mogą wywierać ucisk na tchawicę od tyłu przez przełyk. Gruczoły limfatyczne powiększone znajdujemy bowiem najczęściej z boku tchawicy i przełyku; stąd zaś łatwiej im wsunąć się pomiędzy przełyk a tchawicę, niż dostać się poza przełyk, gdzie, aby stale pozostać, muszą do jego ściany tylnej, albo też do kręgosłupa przyrosnąć. Ropnie powstałe skutkiem próchnienia kręgów łatwo obsuwają się na bok i na dół; aby zaś mogły przez przełyk na tchawicę uciskać, muszą wypuklać się wprost ku przodowi i to w wysokości odpowiadającej tchawicy; muszą one zatem wychodzić z trzonów ostatniego kręgu szyjnego, lub pierwszych trzech kręgów piersiowych, by swem usadowieniem tchawicy odpowiadały. Aby na tchawicę ucisk silniejszy módz wywrzeć, muszą ropnie kręgowe być przytem nietylko odpowiednio napięte i niepodatne, ale zarazem większe, niż ropnie znajdujące się bezpośrednio za tchawicą, a to z powodu, że tchawica, będąc od ropnia przez przełyk oddzieloną, może przy niewielkim ropniu zesunąć się na bok od jego wypukłości, a tem samem uniknąć ugniecenia, lub stopień jego znacznie zmniejszyć. Stać się to może tem łatwiej, jeżeli ropień nie odpowiada samemu początkowi tchawicy, który z powodu sąsiedztwa z krtanią jest wobec przełyku mniej przesuwalny, lecz znajduje się niżej. Przy większych ropniach natomiast usunięcie się tchawicy na bok staje się niemożebnem, albo też w granicach, w których nastąpić może, nie zdoła tchawicy od ugniecenia uchronić.

Wobec tego, co powyżej podniosłem, łatwo pojąć, że przypadki ropni kręgów piersiowych i wogóle ropni zaprzełykowych uciskających tchawicę wydarzają się nadzwyczaj rzadko; od roku 1880 aż dotąd udało mi się odszukać następujące opisane przypadki tego rodzaju: 1) Beger: „Trachealstenosis durch Wirbelabscess" *Ztschr. f. Chirurgie* XIII. 1880. 2) Philipp. D. Turner: „A case of retrooesophageal abscess causing death by pressure on the trachea". *Lancet* 1887. (Przypadek dotyczył dziecka 3-miesięcznego, które zmarło w 4 godziny po tracheotomii. Przy sekcyi znaleziono ropień na kręgosłupie, sięgający od wysokości chrząstki obrączkowej do $^1/_4$ cala nad podział tchawicy. Dno ropnia tworzyły trzony i wyrostki poprzeczne kręgów, które nie przedstawiały nic nieprawidłowego). 3) I. Theodore Richards: „A case of retrooesophagealabscess", *Lancet* 1887. (Dziecko 3-letnie z garbem bolesnym obok wygięcia głowy na lewo, z oddechem utrudnionym, zmarło z zapalenia płuc. Przy sekcyi znaleziono ropień wielkości kasztana, wychodzący z kręgów 3 centymetry poniżej chrząstki obrączkowej, zrośnięty z przełykiem. Naokoło tchawicy znaleziono powiększone zserowaciałe gruczoły limfatyczne). 4) Brück: „Zwei Fälle von tuberculöser Wirbelcaries". *Pest. med. chir. Presse*, 1888. (W jednym z tych przypadków nastąpiła śmierć z zaduszenia, a przy sekcyi znaleziono ropień na 7 kręgu szyjnym i pierwszym kręgu piersiowym). Oprócz tych przypadków nie udało mi się aż dotąd znaleźć żadnego, w którymby tchawica przez ropień zaprzełykowy była uciśnięta. Wobec tego uważam sobie za obowiązek podać do wiadomości przypadek, jaki miałem w leczeniu w ostatnich czasach, w którym tchawica wraz z obu oskrzelami przez ropień kręgów piersiowych była ugnieciona, a zarazem dodać kilka uwag, odnoszących się do tego rodzaju przypadków wogóle. (Dok. nast.)

Napoje wyskokowe jako środek leczniczy.

Na podstawie spostrzeżeń poczynionych w r. 1905 w klinice lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał

Dr. St. Szurek
asystent kliniki.

Wśród klęsk rozlicznych, które trapią ludzkość, podkopują zdrowie ogółu i przynoszą mu szkody najcięższe, straty niepowetowane, pierwsze miejsce zajmują alkoholizm, gruźlica i kiła. Z tej trójcy wrogów ludzkości, blizko spokrewnionych i węzłami wzajemnego stosunku powiązanych, najzdradliwszym i najniebezpieczniejszym jest niewątpliwie wyskok, ponieważ nietylko zabiera zdrowie i życie swoich bezpośrednich ofiar, ale szerzy także wśród całego społeczeństwa najcięższe, najdotkliwsze, moralne i etyczne, społeczne i gospodarcze spustoszenia. Z rozmiarami tej klęski społecznej żadna inna nie może się porównać. Wyskok nadużyty niszczy zdrowie jednostki i kopie jej grób przedwczesny, rozbija rodzinę, zuboża społeczeństwo, wypełnia więzienia, domy przytułku i zakłady dla obłąkanych, szerzy

nędzę, zepsucie i upadek. Jego wpływ zabójczy idzie jak klątwa z pokolenia w pokolenie, a kalectwo duchowe i fizyczne jest jego spadkiem.

Ta klęska społeczna, zamiast maleć, ustawicznie jeszcze wzrasta i przybierać poczyna w krajach cywilizowanych rozmiary wprost zatrważające. Dość rzucić na dane statystyczne z lat ostatnich: W r. 1901 wydano w państwie niemieckiem na napoje wyskokowe 3,300 milionów marek, Wielka Brytania nie o wiele mniejszą kwotę, Stany Zjednoczone 300 milionów dolarów, Rosya zaś głównie na wódkę 1000 milionów rubli. Wedle Hartla ludność Austryi przepija corocznie przynajmniej 2 razy tyle, ile wynosi budżet wojskowy tego państwa, a wedle Daszyńskiej-Golińskiej sam podatek konsumcyjny od spirytusu w Galicyi, obliczony na głowę, wynosił w r. 1807 3·14 kor., gdy w r. 1881 wynosił tylko 0·74 kor., czyli w ciągu 16 lat wzrósł czterokrotnie. Równolegle z tymi ogromnymi wydatkami, jakie ponosi społeczeństwo na napoje wyskokowe, wzrosła niezmiernie produkcya i konsumcya napojów wyskokowych, zwiększyła się liczba szynków, restauracyi i t. p. zakładów, hodujących ludzi na niewolników wyskoku. Rzecz doszła do tego, że wedle zestawienia Legraina $^1/_4$ dorosłych mężczyzn we Francyi pracuje przy fabrykacyi i rozsyłce wyskoku, a wedle Dariny 1,100,000 rodzin żyje z rozpajania wyskokiem pozostałych 8 milionów rodzin. Na tem jednak nie kończy się rejestr grzechów wyskoku. Gdybyśmy chcieli poruszyć tylko najważniejsze sprawy, musielibyśmy uwzględnić także wpływ wyskoku na powstawanie chorób, a zwłaszcza umysłowych, statystykę zachorowań i statystykę śmiertelności, częstość wypadków nieszczęśliwych i samobójstw, spełnionych pod wpływem wyskoku, trwanie życia pijaków i abstynentów, związek bezsprzeczny między alkoholizmem, zbrodnią i prostytucyą, wpływ używania wyskoku na życie rodzinne, moralność i dobrobyt społeczeństw, wpływ przewlekłego alkoholizmu na potomstwo i zwyrodnienie całych narodów i t d. To jednak przekracza ramy niniejszej pracy. Ciekawych odsyłamy do bardzo zajmującej i pouczającej pracy prof. Kleckiego.

Do walki z tą klęską społeczną stanęły dopiero niedawno rządy i społeczeństwa. Rządy prawie wszystkich cywilizowanych narodów wydały już ustawy przeciw opilstwu, nieraz bardzo surowe, drakońskie, napozór bardzo skuteczne, w praktyce atoli nie zawsze wiodące do celu. Nierównie zbawienniejszą w skutkach okazała się działalność prywatna społeczeństw, żadną ustawą i przymusem nieusankcyonowana, w postaci stowarzyszeń, które wzięły sobie za cel walkę z wyskokiem, a których sieć pokrywa już całą Europę. Ruch ten, najpotężniejszy w Szwecyi, Norwegii i Finlandyi, z krajów tych, zużywających dawniej największe ilości wyskoku, uczynił kraje obecnie najtrzeźwiejsze i mocą przykładu poczyna oddziaływać na resztę Europy. W Niemczech „Towarzystwo przeciw nadużywaniu napojów wyskokowych“, oparte na zasadzie umiarkowania i „Krzyż niebieski“ oraz „Zakon dobrych Templaryuszów“, stojące znów na gruncie zupełnej wstrzemięźliwości, rozwijają się coraz pomyślniej; w Austryi stowarzyszeń abstynentów i umiarkowanych jest kilka, owoce atoli ich działalności dotąd niewielkie. Na czele tego międzynarodowego ruchu stoją osobistości tak wybitne, jak Bunge, Forel, Strümpel, Fraenkel, Hellenius i inni, a statystyczny i naukowy materyał, dotyczący wyskoku jako trucizny, od czasu klasycznej pracy Baera o pijaństwie i ochronie przed niem tak dalece wzrasta, że powstała potrzeba osobnej bibliografii, której opracowaniem zajął się w roku 1904 Abderhalden. Jeszcze przed 10 lub 15 laty cała ta sprawa miała w piśmiennictwie lekarskiem bardzo podrzędne znaczenie; obecnie pod wpływem tego potężnego ruchu każdy prawie poszyt lekarskich czasopism przynosi jakiś przyczynek do tego przedmiotu, a liczba prac jest już tak duża, że wyskok ma obecnie wśród środków leczniczych najobszerniejszą literaturę.

Jak każda rzecz ludzka, tak i ruch ten ma obok wielkich dodatnich stron swoją stronę odwrotną. Apostołowie każdego ruchu niezawsze zdołają sprawiedliwie odważyć każdy swój postępek, a tylko ci, którzy niosą swe ideje z pewną wyłącznością i namiętną jednostronnością, porywają za sobą masy i stwarzają ruch wielki. Nieruchawość tłumów i obojętność ich w sprawach najżywotniejszych są bowiem zawsze tak wielkie, że tylko gwałtowne i namiętne działanie przezwycięża ich bezwładność. Jakkolwiek więc z jednej strony wielka wdzięczność należy się krzewicielom walki z alkoholizmem za to, że przekonali szerokie koła o niebezpieczeństwie, jakiem alkoholizm zagraża nowożytnym społeczeństwom, to z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że w tej walce posługują się oni argumentami, niezawsze naukowo uzasadnionymi, a w krytyce działania wyskoku idą za daleko. W oczach abstynentów każda, nawet najmniejsza dawka wyskoku jest silną trucizną; wyskok jest według nich toksyną komórki drożdżowej (Bonne); w działaniu wyskoku widzą tylko skutki porażne, a to działanie porazające uważają za działanie przedewszystkiem szkodliwe; potępiają w czambuł zarówno pijaków, jak i umiarkowanie pijących, tych drugich uważają nawet za uwodzicieli niebezpieczniejszych od tamtych i widzą tylko szkody, jakie nadużycie napojów wyskokowych sprawia, a nie widzą korzyści, jakie wyskok w pewnych razach zapewnia. Jak wszelki fanatyzm znajduje swoich natchnionych i również fanatycznych zwolenników, tak i ten ruch wciągnął w wir swój pewną liczbę lekarzy, a wynikiem tego była krucyata przeciw wyskokowi, jako środkowi lekarskiemu, i walka eksterminacyjna, przeciw niemu na całej linii podjęta, której odgłosy dotąd się jeszcze ze szpalt dziennikarskich rozlegają i kto wie kiedy zakończą.

Jakiem jest działanie fizyologiczne wyskoku na ustrój zwierzęcy, to wyświetliły poniekąd badania ostatnich lat. Na niższe ustroje działa wyskok bezwątpienia jako trucizna, która zakłóca ich sprawy życiowe, a przy pewnem zgęszczeniu zupełnie je znosi. W r. 1897 stwierdził Hodge, że dodatek $^1/_{1000}$% wyskoku (2 kropli na 4 l.) opóźnia wzrost drożdży, a przy ilości 14% wzrost ten całkowicie znosi. Podobny wpływ, w słabszych (7%) roczynach hamujący rozwój, a w 50% roczynie zabijacy gronkowca złocistego, stwierdza Salzwedel i Elsner w roku 1900. Wirgin bada wpływ wyskoku na wiele rodzajów drobnoustrojów i znajduje, że w pewnych warunkach już bardzo małe ilości wyskoku (0·1%) rozwój jednych wstrzymują, gdy drugie bez szkody jeszcze 4% znoszą. Wedle nowszych doświadczeń Epsteina, Brunna, Barterelliego i t. d. wyskok bezwodny ma mieć tylko nieznaczne bakteryobójcze własności, największe zaś 50—70%, także Salzwedel i Stuer w odpowiedniem rozcieńczeniu i użyciu stawiają

go na równi z sublimatem i karbolem. Porosty żyją w 2% roztworach przez 24 godzin, giną w 4% (Bokorny). Wedle Bealea wyskok tamuje ruchy pełzaków (ameb) i leukocytów. Rigde spostrzegał, że rośliny, podlewane wodą, zawierającą 0·5% wyskoku, rosną gorzej i są bledsze, niż rośliny, wyskokiem niepodlewane, a Rauber znalazł, że w roztworach (2—10%) wyskoku tak rośliny, jak i zwierzęta wodne giną mniej lub więcej szybko. Dla zwierząt wyższych określił Dujardin Beaumetz i Andige dawkę śmiertelną na 8 grm. wyskoku na kilogram wagi zwierzęcia.

Z przewodu pokarmowego zwierzęcia lub człowieka wyskok szybko wsysa się do ogólnego obiegu, który go rozprowadza po całym ustroju. Gdziekolwiek się dostanie, wdziera się wyskok z największą łatwością do wnętrza komórek i wiąże się z ich protoplazmą, a ma tę szczególną właściwość, stwierdzoną przez Overtona na komórkach roślinnych, że działa przedewszystkiem na komórki najwięcej skomplikowane, najdelikatniej uorganizowane, a potem dopiero stopniowo na coraz prostsze — aż do najprostszych.

W żołądku podrażnia wyskok zakończenia nerwowe w błonie śluzowej, rozszerza naczynia i wzmaga ilość krwi, przez nie przepływającej, co podmiotowo odczuwa się jako rodzaj wewnętrznego rozgrzania. Jak wpływa na czynność gruczołów trawiennych i na chemizm trawienia, to co do tego dotąd nie było zgody. Wedle Claude-Bernarda, Ogaty, Buchnera, Kelloga, Rileya, Figga, wyskok nietylko nie ułatwia trawienia żołądkowego, ale przeciwnie opaźnia je i upośledza, a trudno strawne pokarmy czyni jeszcze mniej strawnymi. Natomiast Klemperer, Penzoldt, Riegel, Levy, Binz, Richet, Boas i t. d. utrzymują, że wyskok w małych dawkach wzmaga wydzielanie soku żołądkowego, czy też zawartego w nim HCl, działa więc drażniąco na gruczoły trawienne, a zatem ułatwia trawienie żołądkowe. Z naszych pracowników Gluziński jeszcze przed laty ogłosił w „Archiv. f. klinische Medizin" rzecz o wpływie wyskoku na trawienie żołądkowe, dochodząc do wniosku, że wyskok w małych dawkach wydzielanie soku i trawienie najpierw zwalnia, później jednak podnosi, natomiast upośledza siłę motoryczną żołądka, nawet w małych ilościach podany; natomiast w dużych dawkach podany trawienie bezwarunkowo zwalnia.

Nowa era w badaniach czynności żołądku i wpływu rozmaitych ciał na chemizm żołądka datuje się od czasu wprowadzenia do patologii doświadczalnej metody operacyjnej Heidenheina-Pawłowa. Z doświadczeń Zawriewa, dokonanych pod kierunkiem Pawłowa w pracowni Zakładu fizyologicznego medycyny doświadczalnej w Petersburgu na dwóch psach z żołądkiem małym, wyosobnionym wedle tej metody, wynika i to jest już obecnie pewne, że pod wpływem wyskoku wydziela się sok żołądkowy obficie, skutkiem czego nawet uważa Zawriew wyskok za swoisty bodziec dla błony śluzowej żołądka. Do podobnych wyników doszli Frouin i Molinier, którzy wykonali swoje doświadczenia na dwóch psach z żołądkiem, wyosobnionym w całości z przewodu pokarmowego z zachowaniem atoli nerwów błędnych i stwierdzili, że wyskok, wprowadzony do kiszek przez jamę ustną, ale z ominięciem żołądka, wzmaga bardzo wybitnie wydzielanie soku żołądkowego i że działa taksamo nawet wprowadzony przez odbytnicę. Z doświadczeń tych wynika dalej, że wyskok jest nietylko silnym, ale i bardzo trwałym bodźcem, bo choć wyskok znikał z soku żołądkowego już po upływie 48 godzin, wzmożone wydzielanie soku żołądkowego trwało jeszcze przez 5 dni. Nierównie ciekawsze były doświadczenia samego Pawłowa, które dowiodły, że nietylko bezpośrednie wprowadzenie pokarmów do żołądka wznieca wydzielanie soku żołądkowego, lecz że samo wzbudzenie łaknienia wystarcza, ażeby w żołądku wydzielał się silnie trawiący sok, tzw. przez Pawłowa sok żołądkowy „psychiczny". Słusznie przeto podnosi K. Klecki, że „człowiek zdrowy sztucznych sposobów do wzbudzenia łaknienia nie potrzebuje, a powinno ono występować jednocześnie z uczuciem głodu. W warunkach, w których żyjemy obecnie, nie zawsze jednak tak bywa; uczucie łaknienia nie zawsze wśród głodu się pojawia. Otóż doświadczenie poucza, że w chwilowym braku łaknienia u wielu osób, zresztą zupełnie zdrowych, zwłaszcza do napojów wyskokowych przyzwyczajonych, kieliszek wódki lub wina łaknienie sprowadzić może; że zaś uczucie to wzbudza wydzielanie się silnie trawiącego soku żołądkowego, przeto alkohol w małych dawkach przez sprowadzenie owego soku „psychicznego" może wywrzeć wpływ korzystny na trawienie w żołądku. Pogląd ten, wynikający z doświadczeń fizyologicznych, zgadza się w zupełności ze spostrzeżeniami z życia codziennego, które wskazują, że wielu ludziom po małej dawce alkoholu najprostszy posiłek lepiej smakuje, a przez to i lepiej służy; doświadczenia poczynione w więzieniach, domach poprawczych i t. d. również za tem przemawiają".

Wessany z żołądka dostaje się wyskok do prądu krwi i limfy. We krwi po dużych dawkach można go wykryć, jak to stwierdzili już dawniej Gmelin i Tiedemann, Lallemand, Duroy, a w najnowszych czasach Gréhant i Niclaix. Czy działa na krew i jej składniki, trudno napewno powiedzieć; w dawkach małych zdaje się jednak, że nie. Dawniejsi badacze, jak Manassein, znajdowali pod wpływem wyskoku powiększenie wymiarów ciałek krwi czerwonych i odnosili je do przyrostu tlenu w ciałkach, natomiast nowsi, jak Berkley i Friedenwald stwierdzali pokurczenie się ciałek czerwonych i obniżenie ilości Hb. Najbliższem prawdy wydaje się być twierdzenie Mayera, że wyskok w dawkach leczniczych nie wywiera żadnego wykazalnego wpływu ani na liczbę krwinek czerwonych, ani też na ilość Hb. Ścisłe doświadczenia Amerykanina Evelyna pomijamy tutaj, ponieważ wykonano je na koniach, nie zaś na ludziach. (C. d. n.)

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Chlorek barowy jako środek sercowy.

(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

Docent Witold Orłowski.

Jakkolwiek nauka lekarska posiada w obecnej chwili szereg środków sercowych, które wpływają dodatnio na mięsień sercowy i znajdują zastosowanie w razie upośledzonej

czynności serca, wywołanej przez rozmaite choroby już to serca, już to innych narządów (nerek, płuc i t. p.), pomimo to jednak poszukiwania nowych leków sercowych nie ustają. Powodów ku temu jest kilka. Przedewszystkiem przeważna liczba leków sercowych jest pochodzenia roślinnego. Ta okoliczność wywiera wpływ na niestałość ich działania. Rzecz w tem, że ilość pierwiastków skutecznych w roślinie może ulegać bardzo znacznym wahaniom, zależnie od wieku rośliny i miejscowości, gdzie ona rośnie. Z drugiej znów strony sposób przechowywania leku i długie przechowywanie mogą wobec nietrwałości jego pierwiastków skutecznych doprowadzić nawet do tego, że straci on zupełnie lecznicze swe działanie. Odznaczając się niestałością działania, niektóre z leków sercowych mają właściwość ujemnego działania zbiorowego. Ta okoliczność przeszkadza dłuższemu stosowaniu tych środków aż do powrotu osłabionej czynności serca do stanu zwykłego. Inne zaś znów leki (gorzykwiat, ostrawka i t. d.) wywierają uboczny ujemny wpływ na czynności narządu trawienia, wywołując często nudności, wymioty, biegunkę i t. d., lub zwężając naczynia krwionośne, przeszkadzają powstaniu prawidłowszej czynności dróg moczowych. Wreszcie nieraz spotykamy przypadki, w których żaden ze znanych leków nie poprawia czynności serca. Wszystkie te okoliczności wpływają bardzo na ocenę środków sercowych i tłómaczą różnicę w poglądach klinicystów na ich wartość leczniczą. Jedni naprzykład (Dujardin-Beaumetz) uważają naparstnicę za środek poprostu cudowny (*merveilleux, héroïque*) lub (Huchard) za środek, niczem nie dający się zastąpić w leczeniu chorób sercowych; inni zaś (prof. Wasiljew) uważają stosowanie naparstnicy za „występek“, radzą o tym leku czemprędzej zapomnieć, ponieważ ich zdaniem nietylko nie jest on pożyteczny, lecz wprost szkodliwy. Jedni z klinicystów (Botkin i inni) wysoko cenią gorzykwiat, inni (Eichhorst) natomiast stawiają go na równi z konwalią. Podobnie różnorodne są zdania i o innych lekach sercowych. Jedni z klinicystów uważają zwężenie lewego ujścia żylnego za przeciwwskazanie dla naparstnicy (Potain), inni (Niemeyer) przeciwnie uważają w tem cierpieniu naparstnicę za najpożyteczniejszą. Potain jest zwolennikiem stosowania naparstnicy w niedomykalności zastawki dwudzielnej, a Gubler uważa ją w tej wadzie za przeciwwskazaną i t. d. Wobec takiego stanu rzeczy każdy nowy lek sercowy zasługuje na uwagę i na szczegółowe badanie. To było pobudką, dla której postanowiłem wykonać szereg badań co do niedawno poleconego środka sercowego, mianowicie chlorku barowego. Na korzyść tego leku, oprócz pochlebnego zdania Koberta, przemawiała również stałość chemicznego składu i łatwość dawkowania.

Chlorek barowy (*Baryum chloratum, Terra ponderosa salita, Baryta muriatica*) odkrył Scheele w r. 1675; do medycyny zaś wprowadzili go w Anglii Crawford[1]) w r. 1789, w Niemczech Hufeland[1]) w r. 1794, we Francyi Fournier[1]) w r. 1795, wreszcie we Włoszech Scassi[1]) w r. 1809. Crawford polecał go jako środek, poprawiający łaknienie i ogólny stan i jako lek moczopędny; najskuteczniejszym, zdaniem tego autora, ma on być w zołzach otrętwiałych. Hufeland na podstawie swoich spostrzeżeń doszedł do wniosku, że chlorek barowy „podnieca czynność narządów trawienia, układ chłonny i gruczołowy, sprzyja rozpuszczaniu się śluzu w przewodzie jelitowym, podnosi ruchliwość jelit, odkrywa gruczoły i sprzyja wessaniu“. Hufeland gorąco polecał chlorek barowy w połączeniu z żelazem w zołzach, kile, chorobach skórnych, wolu, próchnieniu kości, wiewiórze, zatrzymaniu miesiączkowania, gośćcu, puchlinie i dnie. Z różnych postaci zołzów chlorek barowy, zdaniem Hufelanda, ma być najskuteczniejszy przy zołzowem porażeniu ważnych narządów i w postaci, przebiegającej z podnieceniem układu chłonnego, więc w tych razach, w których Crawford uważał go za mało skuteczny. Zdaniem Hufelanda chlorek barowy nie może być stosowany tylko w razie powikłania zołzów gnilcem lub nader wielkiem osłabieniem ustroju. Dodatnie działanie chlorku barowego w zołzach zaznaczają z późniejszych badaczy Fournier, Scassi, Beaudelocque (1), Kölreutter (2), Walsh (3), Arnold[2]), Brefeld[2]), Keek[2]), Kohlhaas[2]), Payau d' Aix[2]), Ferrari[2]), Fonssagrives (4), Bouchardat[2]), Dujardin-Beaumetz[2]) i inni. Beaudelocque ceni go w zołzach wyżej od jodu, Dujardin-Beaumetz zaś utrzymuje, iż chlorek barowy jest prawie jedynym środkiem swoistym w tem cierpieniu. Nieco ostrożniejszym w pochlebnej ocenie chlorku barowego w zołzach są Pinel[3]) i Braume[3]). Kölreutter i Lisfranc (5) polecają go w chorobach kości (*tumor albus* i in.), Brown-Séquard[4]) w drżączce porażnej, Guecci[4]) w tężcu urazowym; Hammond w wieloogniskowem stwardnieniu rdzenia, Neumann[4]) w obłędzie lubieżnym, Sichel[4]) jako lek swoisty w chorobie Basedowa, wreszcie Lagarde (6) poleca go we wszystkich tych przypadkach, w których wodnik chloralowy, chloroform, kurara i azotyn amylowy zawiodły. W zołzach chlorek barowy bywa stosowany dotychczas we Włoszech.

Zbyt pochlebne zdania o wartości leczniczej chlorku barowego wywołały jednak wkrótce reakcyę, zwłaszcza gdy Brodie (7), Campbell (8), Orfila (9), Gmelin (10), Blake (11), Onsum (12), Cyon (13) i inni wykazali, że sole barowe są bardzo trujące. Sceptyczne zapatrywanie na chlorek barowy coraz zwiększało się i doszło wreszcie do tego, że niektórzy (Ferriar[4]), Merk[4]), Henke[4]), Kretschmar[4]), Richter[4]) i inni) zaczęli odmawiać mu wprost wszelkiej wartości leczniczej. Stopniowo chlorek barowy wyrugowany zostaje w Niemczech przez jod i popada w takie zapomnienie, że większość podręczników niemieckich (Stumpf, Cloëtta-Filehne, Böhm, Hirsch, Penzoldt, Jacquet, Binz, Tappeiner i Stokvis) albo wcale o nim nie wspomina, lub też ogranicza się tylko do wzmianki, że soli barowych nie używa się już w celach leczniczych.

Tymczasem dalsze badania soli barowych w pracowniach farmakologicznych zaczynają stopniowo wysuwać nowe wskazania dla używania baru jako środka sercowego. Działanie jego na serce zarysowuje się tak wyraźnie i dodatnio, że badacze stawiają go już na równi z naparstnicą. Powstanie i rozpowszechnienie się tego poglądu zawdzięczamy przedewszystkiem badaniom z pracowni Koberta.

[1]) Przytaczam podług Walsha.

[2]) Przytaczam podług Bary, str. 91—93 i Schedela, str. 37—99.

[3]) Przytaczam podług Walsha.

[4]) Przytaczam podług Bary, str. 91—93 i Schedela, str. 37—39.

Brodie (7) był pierwszym, który dowiódł, iż sole barowe działają na ustrój trująco, a to przez swój wpływ na mózg i serce. Orfila (9) odrzuca bezpośrednie działanie baru na serce i przyjmuje działanie jego na rdzeń. Według Gmelina (10) sole barowe działają przedewszystkiem na mózg i rdzeń i tylko w drugiej linii na mięśnie prążkowane i serce za pośrednictwem nerwów sercowych, przez co wywołują początkowo bardzo przyśpieszone, następnie zaś zwolnione i ledwie dostrzegalne skurcze serca. Blake (11) uważa sole barowe za truciznę sercową, wzmagającą również znacznie ciśnienie krwi; wpływ baru na układ nerwowy Blake odrzuca. Onsum (12) nie zastanawia się wcale nad wpływem baru na serce, tłómacząc trujące jego działanie na ustrój w ten sposób, że sole barowe przechodzą we krwi w nierozpuszczalny siarkan barowy, który sprowadza zatory płucne. Tę teoryę opiera Onsum na doświadczeniu Hoppe-Seylera, który spostrzegał u psa po zatruciu węglanem barowym krwawe zawały płucne, jakoteż i na własnych doświadczeniach, w których stwierdził liczne drobne wybroczyny w gałązkach tętnicy płucnej i obecność baru w płucach zwierząt po zatruciu. Ten sam pogląd, coprawda, wygłosił poprzednio Mialhe (14) we Francyi. Mylności tego zapatrywania na istotę działania baru dowiódł wkrótce Cyon (13). Tenże badacz dowiódł jednocześnie, że trujący wpływ baru zależy od porażającego działania na serce, prawdopodobnie jego nerwy, i na układ nerwowy. Teoryę Onsuma obalają również badania zwłok po zatruciu solami barowemi (Ogier i Socquet (15), Stern (16) i inni) i badania Neumanna (17), który stwierdził, że bar szybko znika ze krwi i bywa wydalany z ustroju z moczem, przeważnie zaś z kałem; z narządów wewnętrznych bar zatrzymują wątroba, śledziona, nerki i najdłużej kości. (C. d. n.)

W sprawie przyrządów do odkażania mieszkań.

(Odpowiedź na artykuł dra L. Biera w Nr. 52 „Przegl. lekar." 1905.)

Napisał

Dr. Pisarski.

Podejmując polemikę w sprawie przyrządów do odkażania mieszkań i obronę przyrządu Flüggego, zaczepionego przez autorów niemieckich i przezemnie, nie spełnił kol. Bier jednego ważnego warunku, mianowicie nie oparł swej polemiki na praktycznem wypróbowaniu przyrządu Proskauera i Elsnera, ale zadowolnił się tem, że aparat ich obejrzał. Tylko porównawcze próby z tym i innymi przyrządami mogłyby dać podstawę z jednej strony do podania w wątpliwość próbnych badań Proskauera i Elsnera, a z drugiej do przyznania aparatowi Flüggego wyższości. Co do mnie, — to miałem początkowo zamiar wykonać takie porównawcze badania, gdy jednakowoż z przyczyn, odemnie niezależnych, tego uczynić nie mogłem, ograniczyłem się jedynie do sprawdzenia, czy sprowadzony przyrząd „Berolina" posiada podane przez autorów zalety i w tym też jedynie kierunku wysnułem me wnioski, zgodne z badaniami i wnioskami Proskauera i Elsnera i nie dające mi prawa podawania w wątpliwość porównawczych badań, jakie autorowie ci z przyrządem swym, Flüggego i innymi wykonali, a tem samem wniosków i poglądów, jakie o nich wysnuli. I dlatego ta część polemiki nie będzie miała dla mnie wagi dopóty, dopóki kol. Bier zapomocą ścisłych badań nie udowodni, że autorowie ci nie mieli racyi.

Co się tyczy dwóch zarzutów, uczynionych przez kol. Biera mej metodzie badania, która miała być rzekomo błędną wskutek nieznajomości literatury, to należy przedewszystkiem zaznaczyć, że, by takich zarzutów uniknąć, nie potrzeba było nawet „znajomości literatury". Wystarczyło zajrzeć i zastosować się do wskazówek któregokolwiek nowszego podręcznika bakteryologii, omawiającego także sposoby odkażania i metody badania wartości tych sposobów. W każdym bowiem z tych podręczników położono nacisk, jako na rzecz najważniejszą, na zobojętnianie resztek środka odkażającego, zanim się próbkę da do pożywki. Tego warunku nie mogłem oczywiście pominąć i w rzeczywistości go nie pominąłem, uważając zobojętnienie podczas odkażania łącznie z trzykrotnem przepłukaniem w wodzie nietylko za wystarczające, ale nawet za lepsze i to na podstawie doświadczenia, że próbki, zobojętniane raz podczas odkażania i powtórnie amoniakiem po odkażeniu, dawały często mniejszy odsetek dodatnich wyników. Łatwo to zrozumieć, bo i działanie amoniaku na mikroby nie jest obojętne.

Co do drugiego zarzutu, że zaniechałem „określenia siły odpornej użytych do prób zarazków wobec znanych środków odkażających", o którem również każdy podręcznik wspomina, — to takie określenie jest wtedy wskazane, gdy się robi teoretyczne porównawcze doświadczenia z nowym środkiem odkażającym. Określenie takie jednak i tak nie daje wcale pewnego punktu oparcia, gdyż jeden i ten sam szczep z jednej i tejsamej hodowli w różnych próbkach rozmaitą może posiadać odporność. Dlatego szczególnie przy „próbie praktycznej", o którą w mych doświadczeniach chodziło, o wiele lepszy daje obraz użycie świeżo wyhodowanych w świeżych hodowlach bądźto różnych szczepów, bądź też różnych gatunków, co też w mych badaniach spełniłem.

Z tegosamego też powodu, t. j. dlatego, że robiłem tylko „próbę praktyczną", użyłem pożywek płynnych, a pominąłem pożywki stałe na płytkach, gdyż nie chodziło mi wcale o obliczenie ilości wyrosłych kolonii, ale o stwierdzenie bezwzględnego odkażenia. Pożywki płynne uważam za o wiele wyższe od stałych; — to też nie pominąłbym ich nawet wtedy, gdyby celem badania było obliczenie kolonii, — ale badałbym wtedy równolegle.

Nitki jedwabne uważam w przypadkach, gdy się zobojętnia alkaliami, podobnie jak w mych badaniach, za wyższe od perełek i dlatego prawdopodobnie używali nitek również Proskauer i Elsner. I tego szczegółu także nie trzeba szukać w piśmiennictwie, gdyż uwzględniają go podręczniki. Przyrząd „Berolina" wybrano zresztą właśnie na podstawie piśmiennictwa, zanim mnie powierzono sprawdzić jego działanie; miasto Berlin również na tej podstawie tego przyrządu obecnie używa.

Tych kilka słów dla wyjaśnienia sprawy w odpowiedzi kol. Bierowi, który zresztą swą polemikę w obronie aparatu Flüggego powinienby po uzyskaniu pozytywnego materyału dowodowego zwrócić wprost przeciw Proskauerowi i Elsnerowi.

Tu jeszcze dodać trzeba, że od czasu wprowadzenia

przyrządu „Berolina“ do szpitala, przybyło kilka podobnych przyrządów formalinowych w Krakowie i okolicy, co świadczy, że chęć do dezynfekcyi wzrosła, a nie zmalała; małej zaś różnicy w kosztach, a o takiej jest tu mowa, nie można brać w rachubę, gdy chodzi o rzecz naprawdę lepszą; — a że tak jest, to i w tem dowód, że Berlin ją wprowadził.

Odpowiedź kol. Pisarskiemu.

Przez przejrzenie wskazanych przezemnie prac mógłby się był kol. Pisarski przekonać, że do odkażenia mieszkań w tym zakresie, w jakim osiągnąć je można przy użyciu aldehydu mrówkowego, wystarczy w ciągu 3—3½ godzin pięć grm. na 1 m³, i nic więcej nie można osiągnąć przy użyciu ośmiu grm na 1 m³, których wymaga przyrząd „Berolina“. Ze wszystkich prac nad przyrządem Walther-Schlossmanna właśnie wynika stanowczo, że używając więcej niż 5 grm. na 1 m³, absolutnie nie zyskuje się lepszego odkażenia, niż przy 8 grm na 1 m³, a tylko marnuje się formalinę i niepotrzebnie zwiększa się koszta. Dlatego to próby porównawcze z „Beroliną“ uważam za zbyteczne.

Dla dokładnej oryentacyi w metodyce badania środków odkażających nie wystarczają same tylko nowsze podręczniki bakteryologii. I z podręczników nawet, gdyby się do nich można pod tym względem ograniczyć, lepsze tu usługi, niż zwykłe podręczniki bakteryologii, odda choćby Lehmanna „Methoden der praktischen Hygiene“ i takiego podręcznika przy badaniach tych pominąć nie można.

Wybór przyrządu „Berolina“ był prawdopodobnie skutkiem tego, że zbyt wielką wagę przywiązywano do zarzutów, uczynionych przyrządowi Flüggego w piśmie „Gesundheitsingenieur“, informującem o sprawach higieny technicznej i miejskiej, a mało czytywanem przez zawodowych lekarzy higienistów. Niestety przez zarządy miast naszych takie pisma zbyt często brane bywają za wyrocznię przy decyzyach o specyalnych urządzeniach sanitarnych. Zawodowy lekarz-higienista patrzy na te sprawy innem okiem i jego nie zadowolni argument kol. Pisarskiego, że o wartości przyrządu „Berolina“ świadczy wprowadzenie tego przyrządu w Berlinie, Krakowie i jego okolicy.

Dr. L. Bier.

Odpowiedź kol. Bierowi.

Już w poprzedniej odpowiedzi zaznaczyłem, że wybór przyrządu mógł wypaść na korzyść „Beroliny“ jedynie na podstawie znajomości odpowiedniego piśmiennictwa, które jest tak bogate, że przytoczone przez kol. Biera prace nie wystarczyłyby wcale.

Wyniki doświadczeń, dokonanych nad przyrządem tym w „Institut für Infektionskrankheiten“ Kocha w Berlinie, ogłoszone były nietylko w piśmie, poświęconem sprawom higieny technicznej, „mało czytywanem przez zawodowych lekarzy-higienistów“, ale przedewszystkiem w „Festschrift zum sechzigsten Geburtstage von Robert Koch“, w którem to dziele uczniowie złożyli swemu mistrzowi szereg doborowych prac, których wątpię, by ktoś z zawodowców-higienistów mógł nie czytać.

Ponieważ te doświadczenia były wykonane pod okiem „zawodowych higienistów“ w Instytucie Kocha i wypadły porównawczo na korzyść przyrządu „Berolina“, przeto dołączywszy do tego moje próby, zgodne z wynikami Proskauera i Elsnera, muszę uważać przyrząd ten za postęp w odkażaniu formalinowem mieszkań, bez względu na większą ilość używanej formaliny i choćby nieco większe koszta przyrządu, — wychodząc z zasady, że konieczność i powszechność tego odkażania ugruntuje najlepiej zupełnie „pewny“ przyrząd, — a za duży postęp ku temu ideałowi muszę uważać na podstawie przytoczonych danych aparat Proskauera i Elsnera.

Muszę też dlatego podziękować kol. Bierowi, że przez wszczęcie polemiki dał sposobność do zwrócenia baczniejszej uwagi na ten przyrząd. *Dr. Pisarski.*

Na tem Redakcya dalszą polemikę zamyka.

Oceny i sprawozdania.

Krętek blady Schaudinna *(Spirochaete pallida Schaudinn).*

Sprawozdanie poglądowe.

Podał

Dr. Jan T. Lenartowicz.

(Dokończenie.)

Do ostatnich tygodni nie było rozstrzygniętem stanowczo, jaka jest właściwa budowa krętka bladego i jakie przeznaczyć należy mu miejsce w systematyce mikrobów. Schaudinn na podstawie podobieństwa krętka bladego z innymi krętkami, a szczególnie z krętkiem Ziemanna, żyjącym pasorzytnie u sów, teoretycznie przypuszczał, że krętek blady zaliczyć należy do pierwotniaków (*protozoa*), t. j. najniższych jednokomórkowych tworów świata zwierzęcego. Herxheimer żąda, aby dla stanowczego rozstrzygnięcia stwierdzić jądro komórkowe, wykryć okresy rozwoju, wniknąć głębiej w budowę jądra i komórki i określić aglutynacyę. W szczegóły budowy ciała krętka bladego starają się wniknąć Wechselmann i Löwenthal, którzy do tego celu posługują się ultramikroskopem. Przyjmują oni istnienie jąder, dość wyraźnych, których jednak dokładniej nie opisują, nadto dodają, że krętki blade dłuższe, o większej liczbie skrętów, są połączeniem kilku osobników pojedynczych i drobniejszych. Przytem opisują dwojakie twory, które mieli stale napotykać obok krętków bladych. Jedne z tych tworów mają kształt rożków o jednem lub kilku jądrach, drugie kształt laseczek delikatnych, jedno-, dwu- lub wielojądrzastych. Upatrują w tem podobieństwo do innych rodzajów krętków, u których podobne twory także stale się znajdują. Herxheimer, zajmując się dokładniej budową ciała krętka bladego, dosyć niejasno opisuje trzy grupy bardzo delikatnych tworów, w rodzaju ziarn. Jedne z tych ziarenek leżą wśród ciała krętka bladego (nigdy na końcu) i to w niejednakowej, zmiennej liczbie (blepharoblasty?), drugie — są to ziarna okrągłe, lub owalne, większe od poprzednich i czynią wrażenie jakby wypukleń czy nabrzmień w ciele krętka, (autor uważa je za jądra komórkowe); trzecie wreszcie leżą na końcu ciała krętka bladego i mogłyby zdaniem autora uchodzić za centrosom. Wszystkie te ziarna zalicza H. do jednej grupy. Inne ziarna, jeszcze drobniejsze, ale znajdujące się już na zewnątrz ciała komórkowego, jakby przyczepione do krętka bladego, zalicza H. do grupy drugiej i uważa za wytwory wymiany materyi krętków bladych, za wytwory wydzielnicze. Trzeciego wreszcie rodzaju ziarn, mniej wyraźnego, H. dokładniej nie tłomaczy.

W morfologii krętka bladego, a poniekąd w systematyce i biologii robią w ostatnich tygodniach ważny krok naprzód Krzyształowicz i Siedlecki. Już w pierwszej swej pracy zaznaczają istnienie podłużnego podziału krętków, — szczegół bardzo ważny, o którym Schaudinn dopiero później w drugiej swej pracy wspomina. Dalej stosownie do teoryi Schaudinna, że krętek blady mógłby, równie jak krętek Ziemanna, być jednem z ogniw rozwoju świdrowca (*trypanosoma*), stosownie do żądań Herxheimera, żeby, nim się krętka bladego zaliczy do pierwotniaków, wykryć w ciele jego jądro komórkowe i podać okresy rozwoju, autorowie ci podejmują mozolną pracę[1]) i w ostatnich dniach ogłaszają jej ważne wyniki. Przedewszystkiem oni pierwsi widzieli i dokładnie opisali jądro w ciele krętka bladego. Poprzedni badacze (z wyjątkiem jednego tylko Mulzera, który podaje najbardziej jeszcze dokładny i z opisem Siedleckiego i Krzyształowicza zgodny opis jądra komórkowego), tak niejasno podają wyniki swych badań i tak mało

[1]) Za łaskawe użyczenie mi do przeczytania pracy jeszcze w rękopisie Obu Szanownym Autorom raz jeszcze na tem miejscu najuprzejmiej dziękuję.

kładą na opis jądra nacisku, że istotnie dopiero praca Siedleckiego i Krzyształowicza te szczegóły wyjaśnia. Grubość krętka bladego nie jest ich zdaniem bynajmniej cechą odróżniającą, bo zależy od mniejszego lub większego skurczenia się ciała komórkowego; zgodnie zresztą z zapatrywaniem Oppenheima i Sachsa, którzy podnoszą, że grubość krętka bladego zależy od sposobu barwienia i od utrwalania. Preparaty, utrwalane w wyskoku, odciągającym silnie wodę, zawierać będą krętki cieńsze i delikatniejsze, niż te, które utrwalano bez użycia wyskoku. Krzyształowicz i Siedlecki uważają za najważniejszą cechę krętka bladego ostre wyciągnięcie końców ciała komórkowego, a nie, jak twierdzi Schaudinn, delikatne nitkowate jego zarysy. Owszem, w preparatach, którymi się posługiwali, napotykali typowe krętki blade stosunkowo dość grube, skurczone, i w tych grubszych właśnie okazach najdokładniej widzieli jądro. Tworzy ono niejako przerwę w ciele krętka bladego, przerwę, mającą jednak delikatne zarysy.

Prócz tego widzieli w jądrze drobne punkty: karyosomy. »Obecność zatem jądra u tworów, mogących się poruszać, a więc i zmieniać kształt, nakazuje zaliczać krętek blady do pierwotniaków«. To pierwszy najważniejszy punkt pracy Siedleckiego i Krzyształowicza, a zarazem wskazanie właściwego miejsca dla krętka bladego w systematyce mikrobów. Zaliczać go wobec tego należy do tworów świata zwierzęcego, a oddzielić stanowczo od drobnoustrojów świata roślinnego. Punkt drugi, to udowodnienie tego, co Schaudinn już dawniej podał, jako przypuszczenie. Ponieważ, wedle badań Schaudinna, krętek Ziemanna jest jednym z okresów rozwoju świdrowca (*trypanosoma*), wyraził tenże badacz przypuszczenie, iż możliwem jest, że i krętek blady jest postacią pochodną jakiegoś bliżej nieznanego świdrowca. Siedlecki i Krzyształowicz istotnie znajdują w swych preparatach obok krętka bladego postacie świdrowca, a prócz tego postacie przejściowe między świdrowcem, a krętkiem bladym. Świdrowiec, zdaniem ich, odgrywa w historyi rozwoju krętka bladego rolę makrogameta t. j. żeńskiej komórki rozrodczej. Istnienia płciowego rozmnażania się zaś dowodzi znalezienie tworów, podobnych do krętków bladych, ale krótszych i grubszych, albo złączonych w kolonie w postaci nitek długich wielojądrzastych, albo odosobnionych i wówczas krótkich, w środku ciała zgrubiałych, w zgrubieniu jądro zawierających, a na końcach zaostrzonych. Twory te uważają Siedlecki i Krzyształowicz za komórki męzkie: mikrogamety. Że te twory odgrywają rolę męzkich komórek rozrodczych, dowodzi łączenie się owych tworów (mikrogametów) ze świdrowcami, jako makrogametami. Jaki jest twór, powstały po kopulacyi, autorowie na razie rozstrzygnąć nie mogą; już jednak samo stwierdzenie świdrowca obok krętka bladego, stanowcze zaliczenie krętka bladego do pierwotniaków, określenie roli świdrowca jako makrogameta i odszukanie odpowiedniego mikrogameta, rzuca wiele światła na biologię krętka bladego, daje pewną liczbę ogniw, które należy tylko połączyć w całość zamkniętą. Prócz tego opisują Krzyształowicz i Siedlecki inne jeszcze twory, z których jeden rodzaj ma postać ciał podłużnych, falistych, wielojądrzastych, nieregularnie powyginanych, znacznie dłuższych i grubszych od zwykłych krętków, ciał, często na końcu rozszerzonych lub w płaty wyciągniętych. Twory te mogłyby być zdaniem autorów postacią rozwojową krętka bladego.

Tyle co do morfologii krętka bladego.

Przejdźmy obecnie do rzeczy powszechnie więcej znanych, a praktycznie może nawet ważniejszych, to jest do wykazania dróg, na jakich krętka bladego szukać należy, do sposobów sporządzania preparatów, uzyskiwania odpowiedniego materyału do badania i do metod barwienia.

Prac w tym kierunku (bezsprzecznie łatwiejszym) jest nierównie więcej. Prócz Schaudinna i Hoffmanna zajmowali się tem: Miecznikow, Roux, Levaditi, Kraus, Paschen, Mulzer, Bonnhoff, Roscher, Reitmann, Scholz, Siebert, Wolters, Bandi i Simonelli, Grouven i Fabry, Flügel, Oppenheim, Lipschütz i wielu innych.

Jedni, jak Mulzer, Reitmann, Roscher, Scholz, Lipschütz, stawiali sobie za zadanie przejrzenie jak najobfitszego materyału i tylko sprawdzenie dawniejszych badań, inni, jak Nöggerath i Staehelin, Buschke i Fischer, Brönnum i Ellermann, bądźto ogłaszali ciekawsze przypadki, bądź też podawali nowe drogi i sposoby badania.

Najodpowiedniejszym materyałem do sporządzania preparatów i wyszukania w nich krętka bladego są przypadki kiły świeżej, czy to pierwszorzędnej (wrzody twarde na częściach płciowych i pozapłciowe), czy też drugorzędnej (kłykciny sączące części płciowych, jamy ust, odbytnicy, guzki pokryte lub pozbawione naskórka i t. p.). Odpowiednim również materyałem, zwłaszcza, jeśli chodzi o uzyskanie samego tylko krętka bladego bez zanieczyszczeń innymi drobnoustrojami, jest sok z gruczołów chłonnych w okresie kiły świeżej, wówczas gdy te gruczoły są jeszcze wybitnie powiększone i soczyste.

Na takim też materyale opierały się pierwsze badania Schaudinna i Hoffmanna i z niego właśnie uzyskali początkowo tak oni, jak i inni badacze, pierwsze dodatnie wyniki. Chodzi tylko o to, w jaki sposób z takiego materyału sporządzać preparaty, by w nich potem znaleźć krętka bladego.

Większość autorów trojakiego do tego celu używała sposobu. Posługiwano się albo tak zwanymi preparatami odbitymi (Klatschpräparate), albo płytkiem zeskrobaniem powierzchownych warstw zmiany kiłowej, albo też skrobano głębiej i badano strzępy tkanek, w ten sposób uzyskane. Sposób pierwszy jest najmniej pewny; jakkolwiekby się zmianę kiłową, z której ma się otrzymać preparat, obmyło i oczyściło, zawsze pozostanie jeszcze dużo zanieczyszczeń rozmaitemi bakteryami, a to utrudnia badanie, utrudnia wyszukanie w preparacie krętka bladego, którego już i tak odszukać niełatwo i ze względu na delikatną budowę jego ciała i ze względu na słabe barwienie się. Nadto, jak dowiedli Krzyształowicz i Siedlecki, ilość krętków bladych rośnie w stosunku do głębokości podłoża, to znaczy: z im głębszych części zmiany kiłowej pochodzi materyał do badania, tem pewniej i tem obficiej napotykamy krętka bladego. Mulzer, który wykonał badania u bardzo wielu chorych kiłowych i niekiłowych, używając zawsze wszystkich trzech wspomnianych sposobów, zaznacza, że najpewniej dochodził do celu, jeśli posługiwał się skrobaniem płytkiem i głębokiem. Przez skrobanie płytkie rozumie się płytkie zdarcie (po poprzedniem oczyszczeniu pola badania) jakiemkolwiek tępem narzędziem powierzchownych warstw badanej zmiany kiłowej i uzyskanie w ten sposób soku tkankowego (surowicy i limfy), niejednokrotnie z krwią zmieszanego. Domieszka krwi jest niepożądana, bo ciałka krwi zasłaniają następnie w preparacie inne szczegóły i mogą badanie bardzo utrudniać. Stąd też Krzyształowicz i Siedlecki sposób ten nieco zmienili: zeskrobawszy spłaszczoną kopystką platynową warstwy powierzchowne, uciskają palcami z boków badany wykwit kiłowy, a wydobywającą się skutkiem ucisku ciecz surowiczą z małą tylko domieszką krwi biorą na szkiełko przedmiotowe. Skrobanie głębsze, zapomocą którego uzyskujemy strzępy tkanki, nadaje się głównie przy zmianach powierzchownych, suchych, zajmujących większe przestrzenie. Wydobyte strzępy tkanki rozgniata się między szkiełkami i bada się sok ich, ile możności bez domieszki krwi. Levaditi i Petresco jeszcze jednego używali sposobu. Suchy guzek skórny lub miejsce skóry, zajęte zmianą kiłową, drażnili jakiemkolwiek pryszczydłem, a wywoławszy w ten sposób pęcherze surowicą wypełnione, badali treść tych pęcherzy.

Co do gruczołów chłonnych, to celem dobycia z nich soku, potrzebnego do badania, podają Schaudinn i Hoffmann dwie, równie dobre metody. Albo się gruczoły bezgnilnie wyłuszcza i bada sok z nich wyciśnięty, albo po odpowiedniem oczyszczeniu pola operacyjnego nakłuwa się gruczoł igłą strzykawki i stara się wyciągnąć z niego sok. Niektórzy autorowie radzą celem łatwiejszego dobycia soku gruczołów lekkie miesienie lub ucisk w czasie aspiracyi. Lipschütz zaś stwierdza, że wyciągać należy sok z powierzchni gruczołów, gdyż naciek kiłowy i krętki znajdują się głównie w torebkach gruczołów.

Jakiegokolwiek z tych sposobów użyjemy i czyto bierzemy materyał z wykwitów kiłowych, czy z soku gruczołów chłonnych, czy też z narządów wewnętrznych za życia lub po śmierci, pozostają do wyboru dwie dalsze drogi badania. Albo badamy materyał świeży i żywy w kropli wiszącej i wówczas najlepiej w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, albo też materyał utrwalony, martwy, barwimy według pewnych metod i dopiero zabarwiony poddajemy badaniu. Droga pierwsza, jakkolwiek trudna może dla początkującego badacza, ma jednak, zdaniem Schaudinna, nad drugą tę wyższość, że można pewniej i bardziej stanowczo, według skrętów ciała i ruchów odróżnić krętek blady od pokrewnego mu, a często obok niego znajdującego się krętka łamiącego światło (*sp. refringens*). Większość jednak autorów z wyjątkiem Scholza używała do badań wyłącznie preparatów zabarwionych.

Otóż sposobów barwienia mamy dotychczas kilka, a jakkolwiek początkowo Schaudinn i Hoffmann podali tylko jedną metodę i tylko tę jedną (metoda Giemsy) początkowo zalecali, uważając ją poniekąd za swoistą, to jednak z biegiem

czasu okazało się, że i innymi sposobami barwienia nie do gorszych dochodzi się wyników. Podana przez nich metoda Giemsy, przez niego samego później ulepszona, zasługuje na to, by zapoznać się z nią nawet w szczegółach i posługiwać się nią w celach praktycznych. Podany przez Giemsę barwik ma skład następujący: *Azur II-Eosin 3 gr.*, *Azur II 0,8 gr.*, *Glycerini* (*Merck chem. rein*) *250 gr.*, *Methylalkohol* (*Kahlbaum I*) *250 gr.*

Sposób zaś barwienia tym barwikiem jest następujący:

1) Materyał, rozprowadzony cienko! na szkiełku i wysuszony na powietrzu, utrwalić w bezwodnym wyskoku przez 15—20 minut. Następnie osuszyć bibułą.

2) Barwik Giemsy rozcieńczyć przekroploną wodą tak, by na 1 cm³ wody przypadała 1 kropla barwika. Rozczyn ten dobrze wymieszać.

3) Tak rozcieńczonym barwikiem polać preparat natychmiast po osuszeniu i barwić przez 10—15 minut. (Najlepsze jednak zabarwienie otrzymuje się, gdy się działa barwikiem przez godzinę).

4) Obmyć dość silnym strumieniem wody.

5) Osuszyć bibułą, pokryć balsamem i szkiełkiem.

Preparat uważać należy dopiero wówczas za zabarwiony należycie, jeżeli jądra komórkowe zabarwią się czarno-czerwono (nie niebiesko). Wówczas i krętek blady barwi się właściwą mu barwą czerwoną. Drobne szczegóły wychodzą zdaniem Schaudinna najlepiej, gdy preparat utrwala się przez kilka sekund w parach kwasu osmowego.

Prócz tej metody podali inne sposoby liczni badacze jak: Davidsohn, Herxheimer i Hübner, Ploeger, Reitmann, Oppenheim i Sachs.

Reitmann po utrwaleniu preparatu w bezwodnym wyskoku i po zmyciu go wodą przekroploną wkłada go na 5 minut do 2% kwasu fosforo-wolframowego, który ma być poniekąd zaprawą dla krętka bladego, następnie opłukuje znów wodą przekroploną i 70% wyskokiem, znowu wodą, a po osuszeniu barwi używaną zwykle w bakteryologii nierozcieńczoną fuksyną karbolową, zagrzewając aż do powstania dymów. Przeprowadza następnie preparat przez wodę, wyskok, znów przez wodę, osusza i przykrywa balsamem i szkiełkiem. Jądra komórkowe barwią się wówczas ciemno, plazma jasno, surowica jeszcze jaśniej, a krętek blady wyraźnie i silnie czerwono.

Prostszymi sposobami barwienia posługują się Davidsohn, Oppenheim i Sachs. Davidsohn barwi krezylfioletem, dając na 100 gr. wody przekroplonej szczyptę (na koniec noża) tego barwika. Tak sporządzonym płynem barwi przez 1 lub nawet 40 godzin. Sposób Oppenheima i Sachsa ma być, jak sami autorowie w tytule pracy podają, »prostą i szybką metodą wyraźnego przedstawienia krętka bladego«. Używają oni karbolowego rozczynu fioletu gencyany (na 100 gr. 5% rozczynu kwasu karbolowego, 10 gr. wyskoku zgęszczonego rozczynu gencyany). Barwikiem tym barwią preparaty, wysuszone tylko na powietrzu, nie utrwalając ich wcale w wyskoku, jak to się robi przy innych sposobach barwienia. Barwią na gorąco, zagrzewając nad płomieniem aż do powstania dymów, poczem opłukują ostrożnie wodą i przykrywają balsamem i szkiełkiem. Krętek blady barwi się tą metodą pięknie niebiesko, a tylko skutkiem pominięcia wyskoku, odciągającego wodę, jest nieco grubszy. *Spirochaete refringens* barwi się tym sposobem znacznie ciemniej i wydaje się jeszcze grubszą. Główną zaletą tej metody jest prostota, łatwość i szybkość.

Prócz tych metod wspomnieć należy barwienie Marino (Bleu de Marino i eozyna), metodę Levaditiego (wezuwina i błękit metylowy Unny) i barwienie zapomocą Capriblau i Nilblau.

Z pomocą tych metod barwienia i wspomnianych wyżej sposobów sporządzania preparatów znalazł cały szereg badaczów stale i bez wyjątku mniej lub więcej liczne okazy krętka bladego w tworach kiły wczesnej, a nawet późnej, zgodnie stwierdzając, że krętek blady znajduje się tylko w wykwitach kiłowych, gdy natomiast poszukiwanie krętka bladego u osób zdrowych, lub chorych niekiłowych było bezskuteczne. Najwdzięczniejszym materyałem, jak potwierdza zgodnie większość badaczów, są przypadki kiły drugorzędnej i to świeżej. W tych zaś znów przypadkach, jak zauważył Roscher, najłatwiej znaleźć krętek blady w tych zmianach, które obfitują najbardziej w sok tkankowy, a więc przedewszystkiem w kłykcinach sączących, czyto na częściach rodnych, czy poza niemi, w obnażonych z naskórka guzkach i t. p. Największa też liczba badań dotyczy tego okresu kiły. Zbytecznem byłoby przytaczać tutaj dane statystyczne wszystkich autorów; wystarczy podać średni odsetek wyników dodatnich. Bezwątpienia odsetek ten, jak zauważył Schaudinn i inni badacze, rósł w miarę tego, jak uczono się rozpoznawać krętka bladego, jak nabierano wprawy w patrzeniu i szukaniu. Dziś już, przynajmniej co do kiły pierwszo- i drugorzędnej, możemy śmiało powiedzieć, że na 100 badanych przypadków w 90 krętki blade na pewne znaleźć można. Wynika to z obszernej statystyki Roschera, jak również ze statystyki Mulzera i Lipschütza.

Roscher badał 100 osób, świeżą kiłą dotkniętych, w tem łącznie 206 różnych objawów kiły. Na 100 przypadków w 90 i na 206 różnych wykwitów kiłowych w 184 znalazł krętki blade (89·3%). Badane były wrzody pierwotne na częściach rodnych i poza niemi, kłykciny sączące jamy ustnej i części rodnych, guzki suche i z naskórka obnażone, guzki ze skóry pokrytej włosami, kłykciny między palcami, sok z gruczołów chłonnych, blizkich źródła zakażenia i t. d.

Mulzer na 22 przypadki znalazł krętki blade w 20 (90·9%). Lipschütz i inni podają mniej więcej te same liczby. Nie zadawalano się jednak znalezieniem krętka bladego jedynie w tworach kiły pierwszo- i drugorzędnej i stwierdzeniem, że u zdrowych, jakoteż u chorych niekiłowych we wszelkiego rodzaju zmianach krętka bladego wykryć nie można. Jeśli krętek blady miał być uważany za właściwy zarazek kiły, to trzeba było jeszcze pewniejszych dowodów. Należało dowieść jego obecność nietylko w wykwitach kiły wczesnej, nietylko w zmianach powierzchownych, ale także w narządach wewnętrznych, we krwi i w zmianach późnych, choćby w kilakach. Toteż i na tem polu nie brak badań z wynikiem dodatnim. Dowodem tego prace: Buschkego i Fischera, Levaditiego, Salmona, Sieberta, Grouvena i Fabrego, Brönnuma i Ellermanna, Souzay i Pereiray, Nigrisa, Reischauera i innych.

W narządach wewnętrznych szukać było, rzecz prosta, najłatwiej na zwłokach, a że kiła u dorosłych najczęściej tylko w postaci zmian trzeciorzędnych, a więc bardzo późnych, nieprzydatnych do badania, napotykana bywa na stole sekcyjnym, przeto zwrócono się do badania kiły dziedzicznej. Tu bowiem są wszystkie dodatnie warunki, bo i częstość odpowiedniego materyału sekcyjnego i zmiany świeże na skórze i liczne zmiany w narządach wewnętrznych.

W narządach wewnętrznych, a mianowicie w soku wątroby, śledziony i płuc, wykazali krętka bladego pierwsi Buschke i Fischer. Opisany przez nich przypadek dotyczy 8-tygodniowego dziecka, zmarłego na kiłę dziedziczną. Sekcyę wykonano w 36 godzin po śmierci na zwłokach, przechowanych przez cały ten czas (celem uniknięcia rozkładu) w lodzie. Chociaż badacze ci znaleźli liczne okazy krętka bladego w wymienionych narządach, jednakowoż wynik badania ogłosili z zastrzeżeniem, że możliwem jest, iż po tak długim przeciągu czasu krętek blady wniknął do tych narządów dopiero następowo. Ostrożność tę nakazywała zwłaszcza i ta okoliczność, że za życia dziecka ani we krwi jego, ani też w licznych zmianach kiłowych na skórze krętka bladego wykazać nie zdołano. Ale już w kilka dni potem ogłaszają ci sami autorowie dodatek do poprzedniej pracy, podnosząc w nim, że zarzut, jakoby krętek blady dostał się do ustroju po śmierci, odpada, bo w ponownie przejrzanych preparatach z wziętych za życia tworów kiłowych znaleźli równie liczne okazy krętka bladego.

Bezpośrednio po nich stwierdził krętka bladego Levaditi w pęcherzach pęcherzycy kiłowej (*pemphigus syphiliticus neonatorum*), a obok tego w soku śledziony, wątroby i płuc. Również Souza i Pereira u 3-dniowego dziecka, zmarłego na kiłę, w surowicy pęcherzy, w soku śledziony, w soku nerek i bardzo liczne okazy w soku wątroby, a obok tego we krwi. Nieco później znaleźli znów liczne okazy krętka bladego Babes i Panea w soku nadnerczy, grasicy, śledziony, w szpiku kostnym i we krwi z serca. Brönnum i Ellermann donoszą o dodatnich wynikach badania u 7-miesięcznego zmacerowanego płodu. Spitzer wykrył krętki blade w kilakach w skąpych wprawdzie, ale typowych okazach. Rille i Vockerodt znajdują go nawet w suchych guzkach łuszczycy kiłowej rąk (*psoriasis palmaris syphilitica*), Bandi i Simonelli we krwi, wziętej z plamistej wysypki kiłowej (*roseola syphilitica*), Raubitschek we krwi opuszki palca osoby, dotkniętej drugorzędną kiłą. Badania krwi na większą skalę wykonali Noeggerath i Staehelin. Do badań brali za każdym razem 1 cm³ krwi, rozcieńczali go 10 cm³ $^1/_3$% kwasu octowego i mieszaninę centryfugowali. W osadzie krwi osób kiłowych znajdowali tym sposobem zawsze mniej lub więcej liczne okazy krętka bladego. U niekiłowych nie znajdowali go nigdy.

Najbardziej jednak znamiennem jest znalezienie krętka bladego u małp, którym sztucznie zaszczepiono kiłę ludzką. Miecznikow i Roux znaleźli go w zmianach pierwszorzędnych i drugorzędnych na 6 szczepionych małp czterokrotnie. Co więcej autorowie ci znajdowali krętka bladego nietylko wówczas, gdy szczepili kiłę z człowieka na małpę, ale i wtedy, gdy przeszczepiali z małpy na małpę. A przecie, jak zauważa Kraus, który wykonał podobne doświadczenia, u małp zdrowych nigdy ani na skórze zdrowej, ani nawet w inny sposób chorobowo zmienionej, krętka bladego się nie napotyka. Hoffmann szczepi małpę (*macacus*) krwią chorego na kiłę (nie leczonego) i we wrzodzie pierwotnym znajduje również krętki blade.

Siebert nie mniej ciekawe wykonał doświadczenie: Miecznikow i Roux zauważyli, że jad kiłowy nie przechodzi przez sączek gliniany. Otóż Siebert sączył krew chorych na kiłę i gdy w przesączu krętka bladego nie znajdował, to natomiast zdołał go wykryć na ścianach sączka.

W pierwszych tygodniach bieżącego roku Buschke i Fischer podali do wiadomości spostrzeżenie, dotąd może najdonioślejsze, mianowicie stwierdzenie krętka bladego w skrawkach narządów wewnętrznych dzieci, zmarłych na kiłę dziedziczną. Przed nimi miał podobno pierwszy Herxheimer widzieć dwa zaledwie, czy trzy okazy krętka bladego w skrawkach, ale tak niewyraźnie, że właściwie na tem tylko nie można się było opierać. Dopiero Bertarelli i Volpino podali odpowiedni sposób badania i pierwsi w skrawkach wykryli nieliczne okazy. Buschke i Fischer, posługując się ich sposobem, opisują już dokładnie rozmieszczenie krętków bladych w tkankach. Znaleźli oni krętki blade w skrawkach z kłykcin sączących, w skrawkach z wątroby i śledziony w 2 przypadkach, a w jednym przypadku w skrawkach z nerki i guzka skórnego. We wszystkich rodzajach skrawków najobficiej znajdował się krętek blady w otoczeniu naczyń, w ścianach naczyń w warstwie śródbłonka, a nawet w świetle naczyń. W skrawkach z guzka skórnego krętki blade najczęściej leżały w warstwie brodawkowatej i to wokoło naczyń włosowatych. W skórze właściwej było ich znacznie mniej i tu znów najczęściej wokoło gruczołów potnych, łojowych i torebek włosowych.

Jakkolwiek wszystkie te spostrzeżenia, oparte na licznych i bardzo sumiennych pracach znacznej liczby badaczy, przemawiałyby za tem, że krętek blady stoi w związku przyczynowym z kiłą, to jednak dotąd żaden autor, nie wyłączając Schaudinna, nie odważył się wypowiedzieć stanowczo twierdzenia, że krętek blady jest niewątpliwie i pewnie swoistym zarazkiem kiły. Zapatrywania wszystkich badaczy możnaby zamknąć w słowach Krausa, wypowiedzianych na posiedzeniu lekarzy w Wiedniu: »bis jetzt spricht alles dafür, dass wir in Spirochaete pallida, mit aller fast mit Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit den Syphiliserreger gefunden haben«.

W podobnym też duchu odpowiadają w Nr. 52 »Medizinische Klinik« z r. 1905 na zapytanie redakcyi tego pisma tacy klinicyści i badacze, jak: Finger, Jadassohn, Düring, Wolters, Bettmann i inni.

Przyczyną tej ostrożności w wypowiedzeniu ostatecznego zdania o roli przyczynowej krętka bladego w kile, jest jak dotąd niemożność uzyskania czystej jego hodowli, niemożność dostarczenia tego już niezbitego dowodu naukowego, któryby rozstrzygnął na zawsze wszelkie wątpliwości. Wątpliwości te są jeszcze dotąd. Obok bowiem krętka bladego chcą niektórzy autorowie w ostatnich czasach przypisywać rolę przyczynową w kile także opisanemu przez Siegla *cytorrhyctes luis*, a ci z natury rzeczy są przeciwnikami zapatrywań Schaudinna. Do takich należy Freund, Thesing, a poniekąd i Scholz, który, mimo tego, że sam stwierdził w kile krętki blade, podnosi, że możliwem jest, iż krętek blady znajduje się dlatego stale w zmianach kiłowych i tylko kiłowych, że kiła wytwarza dla niego odpowiednie podłoże bez przyczynowego głębszego zresztą związku. Autor ten miał też znaleźć typowe okazy krętka bladego w kłykcinach kończystych (*condylomata accuminata*), ale sam dodaje, że kłykciny te miały szeroką podstawę tak, jak kłykciny sączące.

Twierdzenie Thesinga, jakoby krętek blady był niewinnym drobnoustrojem, rosnącym w barwiku Giemsy, wygląda śmiesznie wobec tego, że krętki blade oglądano i żywe, więc bez użycia barwika i barwione innymi sposobami.

Doniesienie Kiolemenoglou i Cube o wykryciu krętka bladego w ropie z zapalenia żołędzi, w kłykcinach, w rozpadłych rakach i ropniach w gruźlicy skóry (*scrophuloderma*) sprostował, jak już poprzednio zaznaczono, Schaudinn.

Pozostawałby, jak dotąd, jeden tylko fakt, dotąd nierozstrzygnięty jeszcze, fakt znalezienia krętka bladego w tworze zgoła niekiłowym, bo w nabłoniaku skóry zakaźnym (*molluscum contagiosum*). Spostrzeżenie to podaje Flügel, ale zaznacza przytem, że ów nowotwór dotyczył chorego na kiłę.

Takie są mniej więcej w ogólnych zarysach dotychczasowe wiadomości nasze o krętku bladym. Zestawiając je, starałem się jedynie podnieść ważniejsze fakta, ocenę etyologicznego znaczenia krętka bladego w kile pozostawiając własnemu sądowi czytelników.

Piśmiennictwo. R. Kraus. Wien. klin. Wochschr. 1905, 22. — H. Raubitschek. Wien. klin. Wochschr. 1905. 28. — L. Spitzer. Wien. klin. Wochschr. 1905. 31. — R. Kraus Wien. klin. Wochschr. 1905. 37. — R. Kraus. Wien. klin. Woch. 1905. 41. — M Oppenheim i O. Sachs. Wien. klin. Wochschr 1905. 45. — F. Schaudinn i E Hoffmann. Berl. klin. Woch. 1905. 22. — E. Hoffmann. Berl. klin. Woch. 1905. 23. — V. Babes i I. Panca. Berl klin. Woch. 1905. 28. — E. Hoffmann. Berl. klin. Woch. 1905. 28. — C. Davidsohn. Berl. klin. Woch. 1905. 31. — E. Hoffmann. Berl. klin. Woch. 1905. 32. — H. Bonnhoff. Berl. klin. Wochschr. 1005. 36. — P. Mulzer. Berl. klin. Woch. 1905. 36. — Roscher. Berl. klin. Woch. 1905. 44. — Roscher. Berl. klin. Wochschr. 1905. 45. — Roscher. Berlin. klin. Wochschr. 1905. 46. — E. Hoffmann. Berl. klin. Wochschr. 1905. 40. — de Souza jun. i Pereira. Berl. klin. Wochschr. 1905. 44. — F. Schaudinn i E. Hoffmann. Deut. med. Wochschr. 1905. 18. — A. Buschke i W. Fischer. Deut. med. Wochschr. 1905. 20. — K. Reitmann. Deut. med. Wochschr. 1905. 25. — K. Herxheimer i H. Hübner. Deut. med. Wochschr. 1905. 26. — G. Giemsa. Deut. med. Wochschr. 1905. 26. — M. Oppenheim i O. Sachs. Deut. med. Wochschr. 1905. 29. — Reischauer. Deut. med. Wochschr. 1905. 34. — Guido Nigris. Deut. med. Wochschr. 1905. 36. — W. Scholz. Deut. med. Wochschr. 1905. 37. — C. Grouven i H. Fabry. Deut. med. Wochschr. 1905. 37. — C. Siebert. Deut. med. Wochschr. 1905. 41. — F. Schaudinn. Deut. med. Wochschr. 1905. 42. — E. Hoffmann. Deut. med. Wochschr. 1905. 43. — Brönnum i Ellermann. Deut. med. Wochschr. 1905. 44. — H. Flügel. Deut. med. Wochschr. 1905. 44. — B. Lipschütz. Deut. med. Wochschr. 1005. 46. — C. Frankel. Münch. med. Wochschr. 1905. 24. — Thesing. Münch. med. Wochschr. 1905. 28. — Rille. Münch. med. Wochschr. 1905 29. — H. Ploeger. Münch. med. Wochschr. 1905. 29. — Nöggerrath i Staehelin. Münch. med. Wochschr. 1905. 31. — Rille i Vockerodt. Münch. med. Wochschr. 1905. 34. — Bandi i Simonelli. Münch. med. Wochschr. 1905. 35. — G. Sobernheim i C. Tomasczewski. Münch. med. Wochschr. 1905. 39. — K. Herxheimer. Münch. med. Wochschr. 1905. 39. — K. Herxheimer i Löser. Münch. med. Wochschr. 1905. 46. — F. Krzyształowicz i M. Siedlecki. Monatsh. für prak. Dermat. 1905. 41. Przegląd lek. 1005. — Wechselmann i Löventhal. Med. Klinik 1905. 26. — Einige beim Menschen gefundene Spirochaeten Med. Klinik 1905. 28. — K. Herxheimer. Med. Klinik 1905. 32. — Wechselmann i Löventhal. Med. Klinik 1905. 33. — M. Wolters. Med. Klinik. 1905. 38. — Med. Klinik 1905. 52. — M. Siedlecki i F. Krzyształowicz. Rozprawy Akademii Umiejętnosci w Krakowie 1905. — Levaditi C. R. Soc. Biol. 1905. 24. — Buschke i Fischer. 1906. 2.

Pharmacopea austriaca editio VIII.

Właśnie wyszło ósme wydanie farmakopei austryackiej, które według rozporządzenia minist. z dnia 8 stycznia r. 1906 L. 56858 obowiązywać będzie od 1 lipca b. r. W egzemplarz tego wydania mają się zaopatrzyć wszyscy aptekarze i prowadzący domową aptekę lekarze, a lekarze urzędowi, praktykujący i weterynarze mają się dokładnie zapoznać z treścią i postanowieniami nowej farmakopei.

Ósme wydanie farmakopei uwzględnia nowe zdobycze nauki na polu lecznictwa, chemii farmaceutycznej i farmakognozyi. Z tego powodu wykreślono z farmakopei cały szereg leków i związków przestarzałych, o niepewnem działaniu, a zastąpiono je nowymi przetworami. Z nowych leków przyjęto jednak tylko takie, których działanie lecznicze zostało wypróbowane klinicznie i których skład chemiczny jest znany, stały, a czystość chemiczna może być łatwo zbadana. Z tego też powodu nie umieszczono w farmakopei przetworów organo-terapeutycznych i surowic, a co do sprzedaży tych środków wydało ministerstwo osobne rozporządzenia. I tak usunięto z farmakopei z ważniejszych przetworów: Antidotum Arsenici albi, Aqua Amygdalar. amar. Extract. Aconiti, Extract. Conii, Folia Coca, Hirudines, Hydrarg. bijodat. rubr., Kalium sulfurat., Massa pilular. Ruffi, Oleum Anisi, Bergamottae, Carvi. Radix Aconiti, Sapo venetus, Syrup. Papaveris, Tinct. spilanth. comp., Vinum Colchici i wiele innych. Natomiast przyjęto przetwory: Acet. pyrolign. crud., Adeps Lanae, Aether pro narcosi, Aethylum chloratum, Anetholum, Aqua chloroformiata, Bismuthum subsalicylicum, Chloroform pro narcosi, Cinnamalum, Cort. Quilaiae, Eugenolum, Extracta fluida: Chinae, Colae, Fungus Secalis, Hamamelidis, Viburni; Folia: Farfarae, Hamamelidis, Jaborandi, Juglandis; Fructus: Myrtilli

Sennae; Guaiacolum carbon; Herba: Adonidis, Convallariae, Equiseti, Maioranae, Polygonii; Hydrogenium hyperoxydatum solutum; Kreosotum carbonicum; Morphium diacetylicum, Olea: Betulae empyreum., Caiuputi, Sesami; Phenylum salicylicum; Pilulae acidi arsenic. composit.; Pilulae Kreosoti; Plumbum jodatum; Protargolum; Semen Colae; Species diureticae; Spirit. Formicarum; Syr. Aurant. florum; Syr. opiatus; Tannalbinum; Unguent. Naphtoli com.; Zinc., sulfocarbol.; Tela hydrophila; Tela et gossypium carbol. 2%; Gossyp. et Tela cum Bismutho subgallico 20%; Gossyp. et Tela iodoformiata 10, 20 et 30%, Gossypium et Tela salicylata 3%.

Osobno w dodatku do farmakopei (Elenchus) umieszczono cały szereg przetworów leczniczych złożonych, które się przyjęły w lecznictwie i są często przez lekarzy zapisywane. Farmakopea podaje sposoby przyrządzenia i stosunek składników tych przetworów, wyrabianych dotychczas przez aptekarzy jako osobliwki. Przez przyjęcie tych środków do farmakopei skład ich został ujednostajniony, czego dawniej nie było, gdyż każdy z aptekarzy według innego przyrządzał je przepisu. Z ważniejszych należą tu następujące: Collodium salicylatum; Emplastra: ad clavos, ad rupturas, domesticum; Lanoliment. leniens; Linimentum Calcis; Liniment. chloroform., Liniment. saponato-camphor. cum Kalio jodato; Liniment. saponato-camphor. c. amylo; Pastilli: Extract. Cascarae sagradae, Nitroglycerini, Tamarindorum com.; Pulvis adspersorius cum Bismutho subgallico et salicylatus; Pulv. digestivus; Pulvis Guaranae comp.; Pulv. Magnesiae c. Rheo; Pulv. Pectoralis; Pulv. sternutatorius virid; Syrupus Guaiacoli compositus; Syr. hypophosphorosus comp., Syrupi: Plantaginis — pectoralis et — Thymii comp.; Tincturae: gingivalis, odontalgica, rusci aether., et stomachica; Traumaticinum. Unguenta: ad perniones, Hydrarg. mitius et Plumbi tannici i inne. Nadto przyjęto formy leków: Bacilli medicati; Capsulae gelatinosae, amylaceae, Pastilli i Suppositoria.

Przy opisie surowców roślinnych uwzględniono ich budowę mikroskopową i podano znamienne jej cechy. Tu podano również, jaką ilość popiołu, wyciągu i istot działających powinny one zawierać. Również co do niektórych przetworów farmaceutycznych, jako to wyciągów, nastojów wyskokowych i t. d. szczególnie heroicznie działających, określa nowa farmakopea, jaką ilość istot działających mają zawierać, która to ilość jest stałą. I tak n. p. wymaga farmakopea, aby zawierały: Extr. Bellad. 2% Extr. Chinae 7·5%, Extr. Colae 1·0%, Extr. Hyoscyam. 0·3%, Extr. Strychni 16·0% alkaloidów, a Extr. Opii 20·0% morfiny; Tincturae: Belladonae 0·03%, Colchici 0·04%, Ipecacuanhae 0·20% alkaloidów, a Tinct. Opii crocata et simplex 1·0% morfiny; Tinct. Jodi 10% jodu.

W ten sposób również skład i tych przetworów ujednostajniono, a lekarzowi umożliwiono zastosowanie takiej właśnie dawki istoty działającej, jaką stosować zechce.

W szczegółowych uwagach postanawia farmakopea, że przez nazwę rozczynów należy rozumieć tylko rozczyny wodne, przez nazwę wody jedynie wodę przekroploną; do obliczenia kropel należy używać kroplomierza z rurką wypływową o średnicy światła (wewnętrznej) 3 mm., zapomocą którego odmierzonych przy 15° C. 20 kropel wody ma ważyć 1 gr. Rozczyny, które mają służyć do wstrzykiwań podskórnych lub do żyły, muszą być wyjałowione w parze wodnej, o ile nie podano innych przepisów. Leków, które same przez się posiadają własności bakteryobójcze, wyjaławiać nie potrzeba, te zaś, któreby mogły w wyższej ciepłocie rozłożyć się, należy sączyć przez sączki, nieprzepuszczające bakteryi. Sposoby badania leków, podane we farmakopei, uległy w nowem wydaniu również zmianom. I tak opuszczono sposób Marsha wykrywania arsenu, zastępując go sposobem Bettendorfa; do oznaczenia żelaza przepisano metodę jodometryczną, przy badaniu tłuszczów i olejów tłustych wymaga się oznaczeń cyfry jodowej i cyfry zmydlenia, a przy badaniu wyciągów i tynktur narkotycznych wymaga się oznaczenia ilości alkaloidów za pomocą metody wagowej i nastawienia przetworów tych na odpowiednią ilość alkaloidu, jak wyżej podano — przez rozcieńczenie lub zgęszczenie płynu. W końcu należy wymienić zmiany, jakie zaszły w tablicy maksymalnych dawek (liczby bez nawiasu znaczą dawkę *pro dosi*, w nawiasie *pro die*). Ważniejsze tu podaję: Cocainum 0·05 (0·15), Extr. Secalis fluid. 1·0 (3·0), Extr. Strychni 0·05 (0·1), Fung. Laricis 0·3 (1·0), Guaiacol. carbon 0·5 (5·0), Gummiresina Gutti 0·3 (1·0), Kreosotum 0·3 (1·0), Kreosotum carbonicum 0·5 (3·0), Heroinum 0·01 (0·05), Morph. hydrochlor. 0·03 (0·10), Phenylum salicylicum 2·0 (6·0), Radix Belladonae 0·1 (0·5). Resorcinum 0·5 (5·0) Semen Strychni 0·1 (0·2), Strychninum nitricum 0·01 (0·02), Tinct. Cantharidum 0·5 (1·5), Tinct. Strychni 1·0 (2·0), Zinc. sulfuric. qua emetic, 1·0 pro dosi.

Z tego, co tu powiedziałem, wynika zatem, że w ósmem wydaniu farmakopei austryackiej jest wiele zmian, ważnych dla lekarzy, którzy wobec tego koniecznie powinni zapoznać się dokładnie ze szczegółami tego wydania. *Doc. Dr. Lemberger.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. E. Moro. **Precypityny mleka krowiego we krwi 4½-miesięcznego niemowlęcia.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 5). U słabo fizycznie rozwiniętego dziecka, karmionego mlekiem krowiem, znaleziono we krwi silne (1: 80) precypityny mleka krowiego. Nadmierną tę dla niezmienionego białka przepuszczalność błony śluzowej jelit tłómaczyć można w tym przypadku jej niedokształceniem, lub sprawą nieżytową. *Dr. M. Godlewski.*

Alfr. Wolff. **O endotoksynach.** (Odpowiedź na artykuł Pirqueta i Schicka p. t. „Wrażliwość i przyspieszenie odczynu"). (*Münch. med. Wochs.* Nr. 5, 1906). Analogicznie do doświadczeń Pfeiffera, z których wynika, że przy bakteryolizie uwalniają się w ich ciele zawarte jady (endotoksyny), przeciw którym to jadom nie następuje u zwierzęcia przy powtórnem wstrzyknięciu bakteryi (jakby to można przypuszczać) odporność, lecz przeciwnie zwiększenie wrażliwości, dowodzi autor na licznych, na zwierzętach dokonanych doświadczeniach, że zupełnie te same wyniki uzyskać można, wstrzykując zwierzęciu obce jego ustrojowi białko. Autor sądzi, że w doświadczeniach Pfeiffera białko zabitych bakteryi działało właśnie tylko jako obce ustrojowi białko. Ponieważ nadmierna ilość endotoksyn (czy z ciał bakteryi, czy też z wprowadzonego, obcego ustrojowi białka powstałych) zwierzę zabija, wysnuwa stąd autor praktycznie ważny wniosek, aby nie stosować surowic bakteryobójczych zbyt późno lub przy zakażeniu zbyt ciężkiem; ilość bowiem nagromadzonych w ustroju bakteryi jest tak wielka, że ilość uwolnionych z nich pod działaniem surowicy endotoksyn musi zabić chorego. — W odczynie ustroju na jad owadów lub wężów, w wysypce, występującej u niektórych osób po zjedzeniu poziomek lub raków, w pewnych chorobach, jak rzucawka i nieżyt sienny, a wreszcie w t. zw. chorobie posurowiczej (Pirquet i Schick), widzi autor przykłady szkodliwego działania wessanego, a ustrojowi obcego białka, w patologii ludzkiej. *Dr. M. Godlewski.*

H. Eppinger. **W sprawie zatrucia kwasami.** (*Wiener klin. Wochs.*, Nr. 5, 1906). Doświadczenia dotychczasowe co do wpływu kwasów na ustrój zwierzęcy stwierdzały różne zachowanie się zwierząt roślinożernych i mięsożernych. Tak jednak nie jest w rzeczywistości. Różnica cała może polegać na tem, że ustrój roślinożerny nie tak szybko może wytworzyć amoniak konieczny do zobojętnienia kwasu, który broni od zatrucia ustroje mięsożerne. Autor wykonał doświadczenie w ten sposób, że zwierzętom roślinożernym podawał substancye, z których rozpadu powstaje amoniak, by w ten sposób ustrojowi dopomódz. W tym celu podawał zwierzętom wewnętrznie 285 cm.³ $^n/_4$ kwasu solnego (według Waltera dawkę śmiertelną), a równocześnie podskórnie wytwory rozpadu białka, więc glykokol, alaninę itd. Zwierzę pozostawało przy życiu, bo połączenia takie rozkładają się w ustroju dalej, zwiększają ilość wolnego amoniaku, który kwas wewnętrznie podany zobojętnia, tem samem zasadowość krwi nie ulega zmianie. Ciekawem jest, że tylko takie połączenia, które w pośredniej wymianie materyi grają rolę, ustrój roślinożerny przerabia, innych zaś, składem chemicznym bardzo zbliżonych, jak kwasy aminowe, przerobić już nie może; jeszcze wyższe związki, jak pepton, polypeptydy, zupełnie nie działają i zwierzę ginie. To zjawisko, że wyższe połączenia aminowe, które w przewodzie pokarmowym tylko pod wpływem soku trzustkowego się rozkładają, w ustroju roślinożernym po wstrzyknięciu podskórnem nie tak szybko działają, lub wogóle nie działają, tłómaczy nam hipotetycznie różnicę między roślinożernymi, a mięsożernymi ustrojami. U pierwszych musi być wydzielanie soku trzustkowego niedostateczne z powodu braku sposobności przystosowania, t. j. z powodu rodzaju pożywienia. W takim razie szczepienie trzustki zwierzęcia mięsożernego, n. p. psiej, do ustroju królika, musdostarczyć tego zaczynu i może w ten sposób ustrój uchronić od zatrucia, zaś wycięcie trzustki u psa uczyni go mniej odpornym wobec wprowadzonego kwasu. Pierwszego nie można brać w rachubę z powodu niemożności kontroli i autolizy. Doświadczenia typu drugiego potwierdzają uczynione przypuszczenie: pies, u którego wypięto trzustkę (a zabieg ten znosi on doskonale), ginie po wprowa-

dzeniu dawki śmiertelnej dla królika i to w krótkim czasie. — Jeżeli więc królik, który białkowemi substancyami się nie żywi, jak i pies, pozbawiony trzustki, giną w krótkim czasie po mniejwięcej jednakiej dawce kwasu, to zachodzi pytanie: czy nie powiodłoby się królika przez podawanie białka wzmocnić, t. j. uodpornić niejako wobec kwasu. Doświadczenia, wykonane przez autora, w zupełności przypuszczenie to potwierdziły; pomimo dawki śmiertelnej nie następowały żadne objawy zatrucia, jeżeli zwierzętom równocześnie wprowadzono surowicę wołu. U człowieka istnieje stan chorobowy, który klinicznie przebiega zupełnie pod postacią zatrucia. Jest to śpiączka w przebiegu cukrzycy. Doświadczenia Minkowskiego stwierdzają rzeczywiście obecność znacznej ilości kwasu β-oksymasłowego w okresie śpiączki. Jeżeliby ten stan chorobowy był zatruciem kwasem, w takim razie człowiek powinienby, według tych doświadczeń, zachowywać się odpornie. Tymczasem w rzeczywistości chorzy tacy giną, a leczenie dotychczasowe zapomocą alkaliów żadnego nie odnosi skutku. — Czy tu oprócz nieprawidłowej wymiany materyi, polegającej na wydalaniu cukru z ustroju, niema zaburzeń w przemianie białka, wyświetlić mogą doświadczenia dalsze, które autor prowadzi. *Dr. Łapiński.*

W Looss. **O przechodzeniu gąsienic tęgoryjca** (*ankylostomum*) **i węgorka kiszkowego** (*strongyloides*) **przez skórę na jelita.** (*Sprawozd. Zjazdu zoologów* 1905). Na podstawie doświadczeń na zwierzętach i na samym sobie doszedł autor do stanowczego przekonania, że gąsienice wymienionych pasorzytów dostawać się mogą do ustroju nietylko, jak dotąd sądzono, drogą przewodu pokarmowego (przez jamę ustną), ale i przez skórę. Pierwsza droga jest bierna, druga czynna, — a pasorzyt przebywa ją w ten sposób, że gąsienice, wśrubowawszy się w skórę, wciskają się do naczyń chłonnych lub żył powierzchownych, skąd dostają się do serca, a przez nie do płuc. Wtedy przechodzą z narządu krążenia do dróg oddechowych i wędrują przez tchawicę, krtań i przełyk do jelit. W gruczołach chłonnych część ich ginie. Gąsienice dostają się tem łatwiej, prędzej i liczniej w głąb ustroju, im osobnik, przez nie napadnięty, jest młodszy. U starszych osobników znaczna część ginie w ustroju, — a dążąc przez powierzchowne warstwy skóry bezpośrednio pod naskórkiem może wywołać chorobę skórną, znaną pod nazwą: *creeping disease* (*Hautmaulwurm*). Pasorzyty te mogą żyć czy to w postaci gąsienic, czy w stanie dojrzałym, bardzo długo (do 5 lat). *Krzyształowicz.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. R. Massini. **Przypadek duru brzusznego z niedostatecznem wytworzeniem aglutyniny.** (*Zentralblatt für innere Medizin* Nr. 1, 1906). Massini ogłasza przypadek z oddziału Neissera, dotyczący 35-letniego mężczyzny, który przebył dur brzuszny z nawrotem po 8 dniach, udowodniony wyhodowaniem ze krwi i stolca prątków durowych, osobliwy jednak przez to, że na początku choroby pojawiły się opryszczki na wargach (*herpes labialis*), oraz że nie było odczynu dwuazowego podczas całej choroby. Surowica chorego aglutynowała szczep pracowniany prątków durowych w rozcieńczeniu 1: 20, a raz tylko słabo 1: 40. Dopiero późno w okresie zdrowienia aglutynacya 1: 40 była wyraźna. Szczepy, z chorego wychodowane, zachowywały się tak samo. Próba z surowicą kozią o oznaczonem mianie, wypadła tak samo, jak na szczepach pracownianych. Słaba aglutynacya prątków pod wpływem surowicy chorego nie miała więc przyczyny w odmiennych własnościach szczepu chorobotwórczego, lecz w małej zdolności reakcyjnej ustroju chorego i w niewytworzeniu się dostatecznej siły aglutyniny.

Dr. Flis.

Prof. J. Pal. **Sfigmoskop do oznaczenia parcia tętniczego.** (*Zentralbl. f. inn. Med.* Nr. 5, 1906). Przyrząd ten dozwala oznaczyć parcie podczas skurczu i rozkurczu, a więc i różnicę ich, w naczyniach kończyn. Przeszedłszy krytycznie zasadę i budowę dotychczasowych przyrządów, opisuje S. swój własny przyrząd, zbudowany na zasadzie przyrządu Sahliego. Jest to mankiet, połączony z przyrządem graficznym pomysłu Bernda, który dozwala dowolnie zwiększać lub zmniejszać ciśnienie na kończynę i w ten sposób wywierać ucisk na tętnice. Przyrząd graficzny dozwala oznaczyć szczyt ciśnienia, równoważącego parcie skurczowe i szczyt parcia rozkurczowego. Krzywe, uzyskane tym przyrządem, zgadzają się z krzywemi, uzyskanemi przyrządem Janeway-Masing-Sahliego, jedynie tylko wskazuje ten przyrząd ciśnienia zawsze o kilka mm. mniejsze, niż przyrząd Sahliego. Nad przyrządem Strasburgera ma nowy przyrząd tę wyższość, że badanie może więcej osób równocześnie dokonywać i kontrolować, a nawet można je przedstawiać zapomocą projekcyi. *Dr. Flis.*

F. Jessen. **Przypadek raka i gruźlicy płuc, za życia rozpoznany.** (*Zentralbl. f. inn. Med.* Nr. 1, 1906). Przypadków takich ogłoszono niewiele, a tylko jeden (Turbana) rozpoznano za życia. Przytoczony przez J. przypadek dotyczy 45-letniego mężczyzny, u którego badanie przedmiotowe stwierdziło znaczne zmiany gruźlicze w płucach, prątki w plwocinie i aglutynacyę prątków Kocha przez krew. Chory kilka tygodni wysoko gorączkował, wreszcie ciepłota spadła, a przez czas kilku miesięcy zmniejszyła się ilość plwociny, znikły z niej prątki, objawy fizykalne nacieku w części ustąpiły. Rozpoznano przebycie zapalenia płuc i gojenie się nacieków gruźliczych z jamą w szczycie prawym. Aglutynacya znikła, natomiast stan ogólny chorego nie poprawiał się i utrzymywał się uporczywy kaszel. Po stronie prawej w dole z przodu zaczęło występować przytłumienie, potem stłumienie odgłosu, rozszerzenie żył skórnych, w końcu wypuklanie się ściany klatki piersiowej. Rozpoznano nowotwór płuca lub opłucnej, zwłaszcza że na röntgenogramie widać było silny ograniczony cień w miejscu stłumienia. Pacyent zmarł wśród objawów duszenia się. Sekcya potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Autor zalicza przypadek do podanej przez Lubarscha grupy, w której rak przyłącza się do gruźlicy w okresie jej gojenia się. *Dr. Flis.*

Fertig. **O urazowym wrzodzie żołądka.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1905, Nr. 37). Parobek 28 letni, zdrowy, który nigdy nie cierpiał na żołądek, doznał w pół godziny po obfitem śniadaniu kopnięcia kopytem w brzuch. Zemdlał natychmiast i żalił się potem na bole w całym brzuchu i ciężki oddech; wymiotów nie było. Przypuszczając krwawienie wewnętrzne lub pęknięcie jelita, otwarto w $2^1/_2$ godziny po urazie jamę brzuszną; nie znaleziono jednak żadnych uszkodzeń wewnętrznych. Żołądek był dosyć napełniony, lecz również bez śladu uszkodzenia. Tylko w okolicy więzadła wątrobnożołądkowego sączyło się z głębi nieco krwi, ponieważ jednak przy dokładniejszem oglądaniu i tu nie stwierdzono żadnego uszkodzenia, wprowadzono tu tylko tampon i brzuch zaszyto. Nazajutrz po operacyi wystąpiło silne wzdęcie brzucha i lekkie, nieco krwawo zabarwione wymioty, ciepłota wynosiła 39.6°, lecz stan ogólny był dobry i polepszył się jeszcze znacznie dnia trzeciego. Wieczorem czwartego dnia pojawiały się zapady, wymioty krwawe i bladość. Piątego dnia chory był jeszcze bledszy, wymioty były silniejsze i krwawe, przez wypłukanie żołądka wydobyto znaczną ilość krwi i skrzepów. Rozpoznano wtedy urazowy wrzód żołądka, lecz ze względu na liche stan chorego zaniechano operacyi; wymioty krwawe powtórzyły się, nastąpiły teraz i stolce krwawe, których w pierwszych dniach po operacyi nie było, i chory wreszcie umarł. Przy sekcyi nie stwierdzono zapalenia otrzewnej, narządy jamy brzusznej i piersiowej były nienaruszone. Żołądek nie okazywał zewnętrznie również żadnego uszkodzenia, zawierał zaś duży skrzep krwi. Na błonie śluzowej żołądka nie było żadnych zmian nieżytowych. Przy małej krzywiźnie znaleziono w jednej linii obok siebie cztery wrzody, 3 okrągłe o średnicy $^1/_2$—1 cm. i jeden podłużny, 3 cm. długi i $1^1/_2$ cm. szeroki, na dnie którego sterczała nadżarta prawa tętnica wieńcowa żołądka. Wszystkie wrzody były głębokie, miały ostre i podminowane brzegi.

O sposobie powstania wrzodów żołądka po urazie wiele pisano i robiono wiele doświadczeń na zwierzętach żywych i trupach ludzkich. Jako przyczynę przytaczają uderzenie kułakiem, kopnięcie nogą lub kopytem, pchnięcie rogiem, upadnięcie na brzeg stołu lub na sztabę żelazną, upadek ze znacznej wysokości, przejechanie, zgniecenie. W doświadczeniach na zwierzętach pokazało się, że jeśli wykonano silne tępe uderzenie w brzuch, przyciskano powłoki brzuszne do kręgosłupa, to pękały jelita, jeśli zaś żołądek był wypełniony pokarmem, jak w przypadku autora, to powstawały przedarcia w żołądku i to zawsze na małej krzywiźnie. W doświadczeniach innych autorów zdołano wywołać także i wrzody w różnych miejscach żołądka w tem sposób, że przez urazy tępe powstają naddarcia i krwawe nacieki błony śluzowej, która w tych miejscach obumiera i ulega strawieniu. Niektórzy autorowie jednak twierdzą, że z takich zgnieceń błony śluzowej nie zawsze powstają wrzody żołądka, lecz tylko pod wpływem zakażenia wtórnego. Rozstrzygającym zaś co do szybszego lub przewlekłego przebiegu takich wrzodów ma być stan i skład soku żołądkowego. *Dr, Fels.*

B. Wagner. **Ilościowe oznaczanie cukru w moczu i jego kliniczne znaczenie obok opisu własnego przyrządu, t. z. „Gärungs-Saccharo-Manometer“.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 48, 1905). Autor omawia zasady wszystkich dotychczas stosowanych sposobów oznaczania cukru w moczu i wytyka ich błędy. Najbardziej podobał mu się w ostatnim czasie zalecony przez T. Lohnsteina przyrząd, t. zw. „Praezisions-Gärungs-Saccharometer“, zbudowany na połączonej zasadzie chemiczno fizycznej: wskutek kiśnienia drożdży wytwarzający się wolny kw. węglowy ciśnie na słupek rtęci w manometrze rtęciowym, z którego wprost odczytuje badacz odsetkową ilość cukru w badanym moczu. W użyciu praktycznem ma jednak ten przyrząd pewne braki, a mianowicie płyn mający uledz kiśnieniu, musi się wraz z drożdżami wlać do

tego samego naczynia, co i rtęć, i dlatego rtęć zanieczyszcza się ustawicznie mazistym płynem, zawierającym drożdże, a nadto bardzo niedogodne i mozolne jest czyszczenie. Dla uniknięcia obu tych wad, t. j. zanieczyszczania się rtęci i żmudnego czyszczenia przyrządu podaje W. ulepszony przyrząd swego pomysłu, oparty na podobnej zasadzie. *Stahr.*

Bechtold. **Jednodniowe zapalenia płuc.** (*Münchener medizinische Wochenschrift* 1905, Nr. 44). W klinice lekarskiej w Würzburgu spostrzegano na 1054 przypadków zapalenia płuc 10 razy jednodniowe zapalenie. Prawie wszystkie te przypadki zaczynały się jednakowo, a mianowicie dreszczami, wysoką gorączką, a kończyły się przełomowym spadkiem gorączki. Powodem krótkiego przebiegu choroby była w kilku przypadkach mała siła żywotna bakteryi, wywołujących zapalenie płuc, w innych zaś razach szczególna, wprost nadzwyczajna odporność ustroju. Niektórzy autorowie, jak Jürgensen, kładą tak krótki przebieg choroby na karb epidemii, które się znamionują różnem nasileniem i różnym czasem trwania. *A. Kozaczka.*

Avellis. **Dzisiejsze granice i przyszłe cele leczenia dychawicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 42). Autor przytacza wszystkie teorye dychawicy; według tych teoryi należałoby postawić dychawicę na pograniczu chorób wewnętrznych, nerwowych, krtani i nosa. To też leczenie jest, zależnie od punktu zapatrywania się na cierpienie, różne, zwykle niezbyt skuteczne, a przynajmniej nie daje trwałych wyników. Chorobę tę powinno się leczyć w samym początku przy pierwszym napadzie i starać się przedewszystkiem usunąć przyczynę. Autor zwraca uwagę na dzieci z rodzin nerwowych, radzi je hartować, zmieniać tryb życia. Dla osob starszych i ogółu astmatyków zaleca pobyt w odpowiednio urządzonych sanatoryach przez dłuższy czas, gdzie leczenie polega na zupełnem poddaniu się chorego lekarzowi danego zakładu i na wykonywaniu zabiegów, przyjętych w zakładach dla osób nerwowych, jak: wodolecznictwo, miesienie, gimnastyka, technika oddychania w połączeniu ze sposobami, przyjętymi w zakładach dla piersiowo chorych. *A. Kozaczka.*

Starkiewicz. **Ze statystyki gruźlicy płuc w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus.** (*Gazeta lek.* Nr. 2—3, 1906). Na podstawie dat, zebranych w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus, wywodzi autor, jak dodatnio wpływają odpowiednie urządzenia higieniczne na stan chorych gruźliczych. Śmiertelność w nowym szpitalu jest znacznie mniejsza, niż w starym, aczkolwiek sposób leczenia i długość pobytu w obu jednakowe; i tak w starym szpitalu umarło z suchotników (stanowiących 17·5 prc. ogółu chorych), 43·4 prc. a nowym tylko 36·6 prc., mimo iż stanowili 18·25 prc. wszystkich chorych. Autor przypuszcza, że wyniki byłyby jeszcze lepsze, gdyby można chorych ze zmianami w rozmaitym stopniu osobno rozmieścić. Według spostrzeżeń autora w im późniejszym wieku gruźlica się pojawia, tem pewniejszym być można, że przebieg jej będzie bezgorączkowy, jakkolwiek z drugiej strony stan bezgorączkowy nie zawsze jest dowodem pomyślnego przebiegu. Jako przykład przytacza autor 19-letniego chorego, który przez pół roku przebywał w szpitalu i ani razu nie gorączkował, a jednak z powodu szybko posuwających się zmian po upływie tego czasu umarł. Autor przytacza też przypadek, dotyczący chorego, przywiezionego do szpitala z gorączką 39 prc. i znacznemi zmianami w płucach, u którego pojawiła się róża na twarzy; po ustąpieniu róży stan chorego znacznie się poprawił, a waga wzrosła o 28 funtów. *Dr. Hilfstein.*

Rosenberger. **O wydzielaniu kwasu moczowego i zasad ksantynowych u dwóch chorych na białaczkę i jednego chorego na białaczkę wrzekomą, w czasie leczenia promieniami Röntgena.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 5, 1906). Za źródło kwasu moczowego w moczu uważane są powszechnie rozpadające się ciałka białe, nic więc dziwnego, że zwiększona jest jego ilość w moczu chorych na białaczkę. Ponieważ zastosowanie promieni Röntgena pociąga za sobą, wraz ze zmniejszaniem się śledziony, wzmożony rozpad ciałek białych, przeto ilość kwasu moczowego w początku leczenia wzrasta, a dopiero wraz z poprawą składu krwi i ilość kwasu moczowego się zmniejsza. Stąd też zmniejszanie się ilości kwasu moczowego uważa autor za korzystne w rokowaniu. Okoliczność, że są przypadki, w których przy tym sposobie leczenia ilość ciałek białych bardzo znacznie się zmniejsza, ilość zaś kwasu moczowego tylko bardzo mało się zmniejsza, naprowadza autora na myśl, że nie dojrzałe ciałka białe rozpadające się, lecz hipotetyczna istota, z której one się tworzą, może być źródłem kwasu moczowego i że przekształcenie tej istoty na kwas moczowy może w pewnych warunkach łatwiej nastąpić, aniżeli wytworzenie się z niej ciałek białych. Leczenie promieniami Röntgena białaczki rzekomej odnosi zwykle skutek chwilowy, polegający na zmniejszeniu się śledziony; leczenie to jednak na ilość kwasu moczowego, w przeciwieństwie do białaczki prawdziwej, wcale nie wpływa. Ilość zasad ksantynowych w moczu chorych na białaczkę jest zwykle odwrotnie proporcyonalna do ilości kwasu moczowego. Zmniejszeniu się ilości kwasu moczowego wśród ogólnej poprawy towarzyszyło zwiększenie się ilości zasad ksantynowych. W białaczce wrzekomej zwiększenie się zasad ksantynowych w moczu każe rokować niepomyślnie. *Dr. M. Godlewski*

Richard Levy. **Ilościowe oznaczanie cukru w moczu. Porównanie wartości metody Rieglera, Pavyego i polaryzacyjnej.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 5, 1906). W roku 1904 w Nrze 5 *Münch. med. Wochs* ogłosił Riegler swoją metodę gazometrycznego oznaczania ilości cukru w moczu. Pod wpływem utleniającego działenia nadmanganianu potasowego na cukier tworzy się bezwodnik kwasu węglowego i węglan potasowy, z którego wypiera się bezwodnik kwasu węglowego zapomocą kwasu siarkowego. Zapomocą podanego przez Rieglera przyrządu oznacza się (przy pewnem ciśnieniu) ilość bezwodnika kwasu węglowego na objętość, a tablice podają, jakiej wadze bezwodnika kwasu węglowego, a następnie glikozy, odpowiada odczytana na przyrządzie przy pewnem ciśnieniu objętość tego gazu. Metoda Pavyego w odmianie Sahlego (*Deutsche med. Wochs.* 1905, Nr. 36) jest, jak dowodzą porównawcze badania Levyego, — do poprzedniej prostsza, w wykonaniu szybsza, dokładniejsza i nie wymaga kosztownych przyrządów. Do wrzącego płynu Pavyego w ilości 10 cm.³, t. j. z każdego z dwóch roczczynów (Nr. I siarkan miedzi krystal. 4·158, wody dest. do 500 ccm. Nr. II sól Seignetta 20·4, ługu potas. 20·4, amoniaku (c. g. 0·880) 300, wody do 500 cm.) po 5 cm.³, rozcieńczonego 50 cm. wody, puszczamy kroplami z biurety mocz zawierający cukier, znacznie go (najlepiej 50 razy) rozcieńczywszy. Odbarwienie płynu wskazuje na koniec odczynu. Uwzględniając rozcieńczenie i tę okoliczność, że 5 miligramów cukru redukuje 10 cm.³ płynu Pavyego, z łatwością obliczyć możemy ilość cukru w badanym moczu. Levy podaje też tabelki, z których to bezpośrednio odczytać można. Uzyskane tą metodą wyniki zgadzają się z wynikami metody polaryzacyjnej, a wyżej wyliczone jej zalety pozwalają ją uważać za jedną z najpraktyczniejszych. *Dr. M. Godlewski*

A. Loeb. **Przypadek przetoki żołądkowo-płucnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 5). Prócz zwykłych, tą rzadką sprawę znamionujących objawów, t. j. kaszlu, następującego bezpośrednio po jedzeniu, silnie kwaśno oddziaływającej plwociny, a nadewszystko obecności w niej treści pokarmowej, znaleziono w tym przypadku jeszcze w plwocinie kwas mleczny, oraz kolankowate bakterye. Przetoka, łącząca jamę, położoną w dole płuca prawego, powstała w tym przypadku prawdopodobnie wskutek przebijającego żołądek wrzodu okrągłego. *Dr. M. Godlewski.*

Daxenberger. **Przypadek zapalenia otrzewnej wywołanego dwoinkami Fraenkla; wyzdrowienie.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 5). Choroba rozwinęła się u dziecka w czasie dławcowego zapalenia płuc. Przypadek zasługuje o tyle na wzmiankę, że dwoinki Fraenkla tylko niezmiernie rzadko wywołują zapalenie otrzewnej. Wypocina była ropna. Po operacyi nastąpiło zupełne wyzdrowienie. *Dr. M. Godlewski.*

Kaliski. **O nowym sposobie badania czynności żołądka podczas trawienia bez użycia zgłębnika.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 5, 1906). Autor podaje kołaczyki Sahliego i na podstawie swoich wyników gorąco je poleca w praktyce. Sposób ten polega poprostu na wprowadzeniu do żołądka wskaźnika, który łatwo ulega wessaniu i daje się następnie wykryć chemicznie. Rzecz najważniejsza, by wskaźnik ten, czy to jod, czy błękit metylenowy, zawarty był w takiej substancyi, którą tylko kwas solny rozpuszcza, a na którą inne soki wcale nie działają. Największą trudnością było wyszukanie takiej substancyi. Adolfowi Schmidtowi w Dreznie udało się stwierdzić, że tkanka łączna z kiszki ślepej wołu rozpuszcza się w ciepłocie ciała tylko pod wpływem kwasu solnego z pepsyną, natomiast kwas mleczny i zaczyny trzustkowe na nią nie działają. Sahli użył do doświadczeń odpowiednich z tej tkanki kołaczyków i stwierdził, że u osobników, u których na szczycie trawienia da się wykazać kwas solny i pepsyna, kołaczyki te ulegają wessaniu, a zawarty w nich wskaźnik da się potem wykazać w moczu lub ślinie i przeciwnie: w razie braku kwasu solnego i pepsyny, kołaczyki nienaruszone opuszczają przewód pokarmowy. Autor zmienił sposób ten o tyle, że w miejsce tkanki łącznej użył błony sztucznej, tylko pod wpływem kwasu solnego się rozpuszczającej, który wiązał surowym katgutem. Jako wskaźników używał autor jodku potasowego w ilości 0,20 na dawkę i błękitu metylenowego w ilości 0,5 na dawkę. Przed użyciem należy kołaczyki włożyć do wody, aby się upewnić, że są szczelne i że opadają ku dołowi, co ze względu na wynik doświadczenia jest bardzo ważne. We wszystkich przypadkach, w których kwas solny i pepsyna by-

obecne, pojawiał się dany wskaźnik w moczu lub ślinie. Odczyn występował przy prawidłowej sprawności i wydzielaniu mniejwięcej w 7—12 godzin. W przypadkach kwaśności wzmożonej odczyn występował szybciej, bo w 4—7 godzin; w przypadkach niedomogi wydzielniczej lub niedomogi mięśniowej żołądka na drugi dzień, t. j. w 24 godzin. W przypadkach raka, gdzie brak było czynnika, któryby na osłonkę zadziałał, odchodziły kołaczyki niezmienione, więc i odczynu nie było. *Dr. Łapiński.*

Leren i Barret. **Radyoskopia żołądka.** (*Presse méd.* Nr. 9, 1906). Na podstawie wyników radyoskopii podają autorowie, że żołądek u człowieka stojącego jest ustawiony pionowo; żołądek prawidłowy ma się składać z dwóch odcinków: górnego, szerszego, i dolnego, wązkiego, prawie rurkowato wydłużonego. Dolna granica tego dolnego odcinka żołądka sięga najczęściej do pępka, bardzo często jednak u ludzi zdrowych leży powyżej pępka, a równie często dopiero 3—4 cm. poniżej pępka. Wobec tego oznaczenie dolnej granicy żołądka poniżej pępka nie dowodzi jeszcze bynajmniej rozszerzenia żołądka. Znamiennym natomiast w rozszerzeniu żołądka jest sposób wypełniania się żołądka płynem, którego to płynu górną granicę można zapomocą radyoskopii oznaczyć. Wobec wydłużenia żołądka w wązki dolny odcinek już mała ilość płynu tworzy w żołądku prawidłowym słup dość znacznej wysokości; przy rozszerzeniu natomiast wskutek rozdęcia dolnego odcinka w szeroki worek, nawet znaczniejsza ilość płynu tworzy słup o małej wysokości. Według autorów ten tylko objaw ma w rozszerzeniu żołądka znaczenie rozpoznawcze. *Mostowski.*

Fr. Soucek. **W sprawie nerkowego pochodzenia urobiliny.** (*Sbornik klinicky* 1906, Nr. 2). Autor opisuje spostrzegany przez siebie w klinice prof. Thomayera przypadek wybitnej żółtaczki u chorego, u którego przez cały ciąg choroby zupełnie nie było w moczu bilirubiny, a natomiast wybitnie występowały odczyny urobiliny. Krew u tegoż chorego dawała wybitny odczyn bilirubiny. Przypadek ten przemawia za twierdzeniem nowszych autorów, że przemiana bilirubiny w urobilinę odbywa się w nerkach. *Blassberg.*

K. Rösslen. **O prognostycznem znaczeniu żółtaczki w otruciach fosforem.** (*Sbornik klinicky* 1906, Nr. 2). Zazwyczaj uważa się żółtaczkę w ostrych zatruciach fosforem za przypadłość, źle rokującą. Wszelako na oddziele prof. Thomayera spostrzegał autor w ostatnich czasach trzy przypadki otrucia, połączone z żółtaczką, które się zakończyły wyleczeniem. Wszystkie trzy były lekkie z objawami żółtaczki tylko nieżytowej. W dwóch przypadkach stolce były bezżółciowe. Prawdopodobnie we wszystkich przypadkach zażyto niewielką ilość fosforu i wessanie trucizny było bardzo małe tak, że wywołała ona tylko miejscowe podrażnienie błony śluzowej dwunastnicy i przewodu żółciowego wspólnego. *Blassberg.*

M. A. Chauffard. **O kamicy przewodu żółciowego wspólnego.** (*Sem. méd.* 1906, Nr. 2). Jakkolwiek w przeważnej liczbie przypadków kamicy żółciowej kamienie tworzą się w pęcherzyku żółciowym, to jednakże istnieje także kamica samego tylko przewodu żółciowego wspólnego (*ductus choledochus*), jako odmienny typ anatomiczny i kliniczny kamicy, znacznie cięższy w swoich skutkach, a często trudny do rozpoznania. Autor przytacza dwa przypadki niepowikłanej kamicy przewodu wspólnego, oba z pomyślnym skutkiem operowane. Żółtaczka nie była wybitna; natężenie tego objawu bywa zresztą zazwyczaj zmienne. Celem ścisłego oznaczenia siedziby bolu, znamiennego dla kamicy przewodu wspólnego i trzustki, określił autor strefę skórną, którą nazwał *zona pancreatico-choledocha.* Jeśli pomyślimy sobie kąt prosty, którego ramiona stanowią linia środkowa ciała i pozioma, schodzące się w pępku, i kąt ten przepołowimy, to pasek, biegnący około 5 ctm. powyżej i na prawo od pępka od linii środkowej ciała do linii połowiącej kąt prosty, stanowi jako punkt bolesny strefę rozpoznawczo ważną przy zmianach przewodu żółciowego wspólnego i trzustki. Ze względów rozpoznawczych ważną jest też wysoka gorączka, dochodząca do 41°, i odpowiadająca jej leukocytoza. Wychudnienie często towarzyszy kamicy przewodu wspólnego; nie może ono stanowić bezwzględnej cechy, odróżniającej od raka. Kamica przewodu żółciowego wspólnego często pojawia się wspólnie z przewlekłem zapaleniem trzustki, którego znamieniem oprócz znacznego wychudnienia jest obniżenie się współczynnika przyswajania tłuszczów. *Dr. M. Blassberg.*

Prof. Edlefsen. **Jodan sodowy, a zapalenie opon mózgowordzeniowych.** (*Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr. 5). Edlefsen zachwala bardzo jodan sodowy (*natrium jodicum*) w zapaleniu opon mózgowordzeniowych tak u dzieci, jak i u dorosłych. U dzieci podaje wewnętrznie po 0.10 na dawkę, u dorosłych 1,5 na dzień. Dobre wyniki spostrzegał także po wstrzykiwaniu podskórnem tego środka. Jodan sodowy wywoływać ma także według E. zmniejszenie się powiększonych gruczołów chłonnych (10: 200, 3 razy dnia po pół łyżki). (Sam E. jednakże obszernie wywodzi, że w zapaleniu opon mózgowych nie należy obok podawania jodanu sodowego zaniedbywać innych środków, jak okładów lodowych na głowę, podawania bromku sodowego 10: 150, który ma uśmierzać w tej chorobie bole neuralgiczne, wymioty, drgawki i niepokój, wreszcie używania kolargolu i nakłucia lędźwiowego). *E.*

PEDYATRYA. Leisewitz. **O leczeniu chorób przewodu pokarmowego u osesków, ze szczególnem uwzględnieniem rozpuszczalnego pożywienia dla dzieci Dra Teinhardta.** (*Arch. f. Kinderh.* T. 42, 1905). Autor stosował w większej liczbie przypadków leczenie wyłącznie mechaniczno-dyetetyczne, nie używając żadnych zgoła lekarstw. Z mechanicznych środków używał: pompowania i płukania żołądka, które wystarczały nieraz, aby powstrzymać uporczywe wymioty; dalej przepłukiwania jelit słabym rozczynami soli kuchennej, garbnika lub octanu ołowiowego. Do przepłukiwania jelit używał autor miękkiego cewnika, który wsuwał jaknajgłębiej (40—50 ctm.). Przeciw objawom zapadu działały skutecznie wlewania podskórne rozczynu soli kuchennej z dodatkiem 2 grm. wyskoku na 150 ctm. W każdym przypadku przestrzegał autor z początku ścisłej dyety przez 2—3 dni (kleik, herbata, woda z białkiem), potem dopiero przechodził do mleka, które albo tylko nieznacznie rozcieńczał, albo, o ile było można, stosował nierozcieńczone. Gdy ten sposób żywienia nie dawał zadawalniających wyników, uciekał się autor do rozmaitych przetworów, z których podnosi zwłaszcza mączkę Dra Teinhardta (stosowaną w miarę wskazań z mlekiem, ze śmietanką, wodą, kleikiem). Streszczając wyniki swych spostrzeżeń, dochodzi autor do przekonania, iż w chorobach przewodu pokarmowego płukanie żołądka i jelit, jakoteż dyeta, stanowią główne, jeżeli nie jedyne czynniki lecznicze, wobec których działanie lekarstw jest conajmniej wątpliwe. *Żeleński.*

Oppenheimer i Bauchwitz. **O ciśnieniu krwi u zdrowych dzieci.** (*Arch. f. Kinderh.* T. 42, 1905). Wnioski, do których doszli autorowie, są następujące: 1. Przyrząd Riva-Rocciego w modyfikacyi Sahliego nadaje się do badania parcia krwi u dzieci i u osesków z tem zastrzeżeniem, że u osesków, jeżeli krzyczą podczas badania, można otrzymać fałszywe wyniki. 2. Parcie krwi wzmaga się z wiekiem. 3. Po przyjęciu pokarmu, zwłaszcza obfitem, wzmaga się parcie krwi. U osesków wzmożenie to nie jest stałem prawidłem. 4. Obfity dowóz płynów wzmaga również parcie. 5. Silna czynność fizyczna zwykle wzmaga parcie krwi. 6. Stan pobudzenia psychicznego powiększa zawsze ciśnienie. *Żeleński.*

Schlesinger. **Przypadek obustronnego ograniczonego zaniku twarzy.** (*Arch. f. Kinderh.* T. 42, 1905). Rzadkie to cierpienie (opisano zaledwie sześć przypadków), spostrzegał autor u 10-letniej dziewczynki; czynnikiem etyologicznym była przebyta w czwartym roku życia odra. *Żeleński.*

Schlossberger. **Przyczynek do etyologii** »*productio sottolinguale*«. (*Arch. f. Kinderh.* T. 42, 1905). Nazwą tą oznaczają włosey autorowie guzek pod językiem, najczęściej na wędzidełku, o powierzchni owrzodziałej, powstawający zwykle w okresie przerzynania się dolnych zębów siecznych. Po kilku tygodniach lub miesiącach guzek taki goi się bez śladu, o ile nie rozwinął się w ustroju, wyniszczonym jakąś ciężką przewlekłą chorobą. Autor na podstawie trzech spostrzeganych przypadków uważa tę sprawę chorobową za miejscową, spowodowaną mechanicznym urazem, przyczem jednak odgrywa rolę szczególne miejscowe lub ogólne usposobienie. *Żeleński.*

Klautsch. **O stosowaniu fortossanu u osesków.** (*Arch. für Kinderh.* T. 42, 1905). Głównym składnikiem tego przetworu jest organiczne połączenie fosforu pochodzenia roślinnego. Autor stosował z dobrym skutkiem fortossan u sztucznie żywionych osesków, u których przyrost wagi był niedostateczny, lub u których przejawiała się skłonność do drgawek (*spasmophile Diathese*). *Żeleński.*

Moll. **O stosowaniu alkalizowanej maślanki jako pożywienia dla niemowląt.** (*Archiv f. Kinderh.* T. 42, Z. V i VI, 1905). Autor żywił maślanką w znaczniejszej ilości zdrowe i chore dzieci, pozostające w klinicznem spostrzeganiu. Początkowo używał autor maślanki takiej, jak ją ogólnie stosują (podług de Jagera), przyczem stwierdził, iż kwaśna maślanka w wielu przypadkach tak u zdrowych, jak u chorych dzieci, oddaje znakomite usługi, jednakże posiada pewne ujemne strony, które nie dozwalają podawać ją przez dłuższy czas. Główną przeszkodę stanowią zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego, rozwijające się często po okresie pomyślnego stanu zdrowia i nieraz bardzo znacznych przyrostów wagi. Ta okoliczność, jakoteż poprzednie teoretyczne

badania, skłoniły autora do zmiany dotychczas używanego przyrządzania maślanki, mianowicie przez zalkalizowanie. W tej postaci białko przy ogrzewaniu ulega mniejszym zmianom i równomierniej jest rozmieszczone, co pozwoliło autorowi użyć jako dodatku mniejszej ilości mąki. Również przy zmniejszeniu kwaśnego smaku przez zalkalizowanie wystarczyła do osłodzenia mniejsza ilość cukru trzcinowego. Do 1 litra maślanki użył Moll 20 gr. cukru mlecznego, 20 gr. cukru trzcinowego, 9 gr. mąki ryżowej Knorra, 3 gr. suchego węglanu sodowego. Tak przyrządzone pożywienie podawał autor z bardzo pomyślnym wynikiem, jak sam określa, 1. jako dokarmianie obok piersi u zdrowych dzieci; 2. dla sztucznego żywienia zdrowych dzieci; 3. jako wyłączny sposób żywienia u przedwczesnych, wątłych dzieci; 4. w podostrych lub przewlekłych uporczywych niestrawnościach, zwłaszcza przy złem trawieniu tłuszczu; 5. dla dokarmiania lub sztucznego żywienia dzieci, wyniszczonych przewlekłemi chorobami przewodu pokarmowego. Z odrębnych wskazań wreszcie stosował autor alkalizowaną maślankę z dodatkiem 100 gr. śmietanki (zawierającej około 28 prc. tłuszczu) na 1 litr. *Żeleński.*

Looser. **O zmianach w kościach przy gnilcu i przy chorobie Barlowa (gnilcu niemowlęcym).** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 62, grudzień, 1905). Autor zbadał dokładnie anatomicznie przypadek gnilca u chłopca 14-letniego. Klinicznie bardzo ważnymi objawami była tu obok lekkiej skazy krwotocznej ogromna łamliwość kości, anatomicznie zanik kości, krwotoki podokostne i szpikowe, zatem zmiany, które można porównać ze zmianami przy chorobie Barlowa. Podobne spostrzeżenia, mianowicie u starszych autorów, wcale nie są rzadkie i dowodzą, że gnilec poniżej 18-go roku często bywa przyczyną zmian w kościach. Może on także wywołać rozstąpienie się dawno zrośniętych złamań, gdyż kostnina ma cechy kości młodej i sprawy przywarstwiania i rozpuszczania odbywają się w niej żywo. W chorobie Barlowa chodzi o prawdziwe gnilcowe schorzenie niemowląt skutkiem nieodpowiedniego żywienia. Należałoby zatem używać określenia, którego używał sam Barlow: gnilec niemowlęcy. Istotę choroby Barlowa stanowi skaza krwotoczna, przyczem krwotoki, skutkiem szczególnej skłonności układu kostnego oseska do zmian chorobowych, powstają przedewszystkiem w okostnej i w szpiku. Następstwem krwotoków szpikowych bywa zmiana szpiku na szpik włóknisty i zanik przyległych części kości, a niekiedy oddzielenie się nasad kości długich. *Lewkowicz.*

Baliin. **Etyologia i klinika dyszenia wdechowego wrodzonego.** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 62, 1905). Zboczenie to polega na silnym szmerze wdechowym, nie jest połączone z wybitniejszemi zaburzeniami stanu ogólnego, ani z rzeczywistą dusznością i ustępuje zwykle z końcem 1-go, lub początkiem 2-go roku życia. Tłomaczenie tego dyszenia przerostem grasicy i uciskiem na tchawicę (Hochsinger) upada wobec tego, że badanie pośmiertne w dwóch przypadkach autora nie wykryło tych zmian. Stale stwierdzanem zboczeniem jest wązkość i nieprawidłowy kształt krtani, mianowicie nagłośni. Autor skłania się do przypuszczenia, że zmiany te są pierwotne i stanowią istotną przyczynę cierpienia. Dyszenie wrodzone pogarsza rokowanie w przypadkach zapalenia płuc. Także zwykły nieżyt krtaniowy może stać się u takich chorych niebezpiecznym, gdyż szybko wywołuje zamknięcie krtani i zmusza do tracheotomii. Po cięciu tchawicy w przypadku autora dyszenie natychmiast ustąpiło, co dowodzi, że przyczyna nie leżała w tchawicy, lecz w krtani. *Lewkowicz.*

Salge. **W sprawie zakażenia gruźliczego w wieku niemowlęcym.** (*Jahrb. f. Kinderh.* T. 63, styczeń 1906). Autor wywołał zapomocą surowicy krwi niemowląt w 20 przypadkach na 80 badanych przypadków wyraźną aglutynacyę prątków gruźliczych (zawiesina według Kocha, wyrabiana przez Höchster Farbwerke). Sekcya w przypadkach z wynikiem dodatnim nie zawsze stwierdzała anatomiczne zmiany gruźlicy. Mimoto autor, opierając się na badaniach Weichselbauma i Bartela, twierdzi, że i tu należy przyjąć, iż ustrój jest już prątkiem gruźliczym zakażony i rozpoczął z nim walkę, a tylko zmiany anatomiczne jeszcze się nie wytworzyły. Autor otrzymywał zawsze wynik ujemny z krwią z pępowiny, podobnie z krwią osesków w trzech pierwszych miesiącach życia; tu jednak z jednym jedynym wyjątkiem u dziecka 11-tygodniowego, zakażonego prawdopodobnie przez ojca suchotnika. *Lewkowicz.*

Meyer i Langstein. **Acydoza oseska.** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 62, styczeń 1906). Autor dowodzi, że podobnie jak u dzieci starszych, także i u osesków acydoza, objawiająca się nadmiernem wydzielaniem acetonu przez nerki, zjawia się stale przy głodzeniu, mianowicie głodzeniu węglowodanowem. Łączy się ona ze zwiększeniem wydzielenia amoniaku. U osesków, dotkniętych zanikiem, nie stwierdzał autor acydozy, przeciwnie stwierdzał ją zawsze u osesków, chorych na ostry nieżyt żołądkowokiszkowy, połączony z wybitnemi zmianami ogólnemi. Acydozę należy tu odnieść do dyety głodowej, stosowanej w tych przypadkach, do zaburzenia w wyzyskaniu węglowodanów (w moczu stwierdza się stale cukier) i do wiązania alkaliów w przewodzie pokarmowym przez niższe kwasy tłuszczowe, znajdujące się tam w zwiększonej ilości. Aby nie zwiększać acydozy, radzą autorowie stosować za przykładem Salgego mleko odtłuszczone lub odtłuszczony pokarm mamki. *Lewkowicz.*

Leroux. **Leczenie gruźlicy u dzieci w sanatoryach morskich: Banyuls-sur-Mer i Saint-Trojan.** (*Arch. de méd. des enf.*, styczeń 1906). Autor zestawia wyniki, osiągnięte w obu wymienionych sanatoryach francuskich w ostatnich 10 latach w rozmaitych postaciach gruźlicy dziecięcej. Ogółem leczono 1196 dzieci, wydatki wynosiły 1,015.150 franków, 2 fr. na dzień leczenia. Postacie gruźlicy można ułożyć w szereg następujący: dzieci limfatyczne, usposobione, dziedzicznie obciążone, zagrożone, — gruźlica gruczołów szyjnych, gruźlica gruczołów piersiowych, gruźlica kostna (ogniska mniejsze), gruźlica otrzewnej, gruźlica stawów większych, gruźlica stawu biodrowego, gruźlica kręgosłupa, toczeń, gruźlica płuc. Pierwsze członki szeregu dają największy odsetek wyleczeń, czas potrzebny do wyleczenia jest tu najkrótszy i koszt najmniejszy (dla dzieci limfatycznych: 560 fr.). Przy następnych członkach wyniki coraz gorsze, czas potrzebny do wyleczenia w przypadkach korzystnych bardzo długi, stąd i koszt bardzo wysoki. Koszta wyleczenia przypadku gruźlicy płuc (tylko 3 przypadki na 31 niewyleczonych) wynosiły średnio 5570 fr. (= 2785 dni). Autor jest przeciwny przyjmowaniu przypadków gruźlicy płuc do sanatoryów ze względu na złe wyniki, wysokie koszta leczenia i niebezpieczeństwa grożące innym dzieciom. *Lewkowicz.*

Lesué. **Leczenie maślanką pewnych toksycznych zapaleń u dzieci (ognik i wyprysk).** (*Arch. de méd. des enf.*, styczeń 1906). W tych przypadkach, w których ani leczenie miejscowe, ani usunięcie przekarmiania nie wiodło do celu, zastępował autor mleko u dzieci sztucznie karmionych całkowicie, u dzieci przy piersi częściowo (połowę karmień) maślanką, przygotowaną według przepisu Teixeiry de Mattos. Do litra maślanki ze śmietanki słodkiej lub kwaśnej, dodaje się łyżkę stołową mąki pszennej, gotuje mieszając, doprowadza trzy razy do zawrzenia, dodaje 80—90 gr. cukru. Wyższość maślanki polega na małej ilości tłuszczu przy znacznej wartości kaloryjnej, zależnej od wielkiej ilości węglowodanów, na delikatnej zawiesinie sernika, na obecności kwasu mlecznego, który ma znaczenie przeciwgnilne. Karmienie maślanką usuwa szybko rozkład w jelitach, stolce cuchnące, zaparcie, i sprawia, że ognik leczy się w przeciągu 5—8 dni, wyprysk w przeciągu 2—4 tygodni. *Lewkowicz.*

Kien. **O pęcherzycy niemowląt (nie kiłowej).** (*Medizinische Klinik* Nr. 56, 1905). Pęcherzyca nie kiłowa zdarza się w kilku różniących się od siebie odmianach. Pęcherzyca o ostrym przebiegu pojawia się wyłącznie u noworodków (*pemphigus neonatorum*). Natomiast pęcherzyca swoista (*pemphigus acutus idiopath.*) zdarza się u starszych niemowląt i dzieci dobrze zbudowanych i odżywionych, nigdy zaś nie zdarza się u noworodków. Pęcherzyca przewlekła jest o wiele rzadsza, niż inne odmiany pęcherzycy i odznacza się skłonnością do ciągłych nawrotów. Od pęcherzycy kiłowej odróżniają się odmiany nie kiłowe tem, że przy pęcherzycy kiłowej pęcherze zajmują stopy i dłonie, co nie trafia się nigdy w tamtych postaciach są zwykle mniejsze i zawierają treść mętną. Najważniejszemi cechami pęcherzycy ostrej noworodków jest jej szybkie niespodziewane powstawanie między 4-tym a 9-tym dniem życia, skłonność do epidemicznego rozszerzania się. Spostrzeżenia, zebrane z ostatnich dziesięciu lat, dowodzą łatwości przenoszenia się pęcherzycy nietylko z dzieci na dzieci, ale także na dorosłych. Autor spostrzegał 6 przypadków pęcherzycy u niemowląt w wieku od 3 tygodni do 10 miesięcy. W większości przypadków, które skończyły się śmiercią, stwierdził autor zapomocą badania bakteryologicznego w treści pęcherzy i we krwi gronkowca ropotwórczego złotego i białego. Na podstawie tych kilku przypadków pęcherzycy dochodzi autor do wniosku, że 1) ostra pęcherzyca należy do najniebezpieczniejszych chorób wieku niemowlęcego, 2) pęcherzyca ostra swoista niemowląt jest tak pod względem przebiegu klinicznego, jak i cech bakteryologicznych, zupełnie podobna do pęcherzycy noworodków. *Stopczański.*

Cramer. **Czy istnieje septyczne zakażenie z przewodu pokarmowego u noworodków?** (*Archiv für Kinderh.* Tom 42, Zeszyt V i VI). Pomimo wielkiej skłonności ustroju noworodka do ogólnych zakażeń, zakażenie septyczne, mające punkt wyjścia z przewodu pokarmowego, należy w tym wieku do rzadkości. Autor omawia dwa takie przypadki, oba zakończone śmiercią w czwartym dniu życia, a w których badanie zwłok stwierdziło rozległe zmiany jedynie w przewodzie pokarmowym. Zakażenie nastą-

piło prawdopodobnie drogą smolki, która stanowi dobre podłoże dla chorobotwórczych drobnoustrojów. Na podstawie tych przypadków stwierdza autor, iż jeszcze przed rozpoczęciem właściwego żywienia mogą się rozgrywać w przewodzie pokarmowym sprawy chorobowe, które czynią wątpliwym pomyślny przebieg późniejszego żywienia. Ta okoliczność tłómaczy niepowodzenia, zdarzające się niekiedy z początku przy żywieniu piersią, a niesłusznie wkładane na karb „niedobrego" pokarmu. Pokarm naprawdę „niedobry" uważa autor za niezmiernie rzadki wyjątek. *Żeleński.*

Uffenheimer. **Nowy objaw utajonej tężyczki wieku dziecięcego: oblicze tężyczkowe.** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 62, grudzień, 1905). Objaw ten polega na tem, że twarz dziecka traci swoistą dziecięcość, a przybiera wyraz zamyślenia lub troski, a czasem znów chytrości. Jest to wynikiem stałego lekkiego skurczu mięśni twarzowych. Objaw ten spotykał autor bardzo często, ale nie stale. Jest on często objawem wczesnym, niejako zwiastunowym, pojawiającym się przed wszelkimi innymi objawami, mianowicie także przed wzmożeniem pobudliwości nerwów obwodowych na prąd stały, przed objawam Chvosteka i Trousseaua, stąd jego wielkie znaczenie rozpoznawcze. *Lewkowicz.*

Schütz. **Przewlekła niestrawność żołądkowo-kiszkowa w wieku dziecięcym.** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 62, grudzień, 1905). Autor zwraca uwagę, że wyzyskanie pokarmów (mięso, tłuszcz, skrobia) może być upośledzone nawet wtedy, gdy niema wybitniejszych objawów żołądkowo-kiszkowych. W takich przypadkach jedynie tylko badanie stolców co do znajdowania się w nich resztek pokarmowych, wykonane po zastosowaniu odpowiedniej normalnej dyety według Schmidta gołem okiem i pod mikroskopem, może wykazać zboczenie. Jako ilustracyę przytacza autor spostrzeżenie trojga rodzeństwa. Zaburzenie trawienia jednego pokarmu nie przebiega równolegle z zaburzeniem trawienia drugiego. Leczenie zboczenia jest głównie dyetetyczne: ograniczenie mięsa i zastąpienie go białkiem kurzem, przetworami białkowymi i sokiem mięsnym, ograniczenie tłuszczu i zastąpienie go węglowodanami, pokarmy bez przymieszek niestrawnych („bezżużlowe"), zatem zakazanie owoców, jarzyn, chleba czarnego, łącznotkankowych części mięsa. Jakiego stopnia ma być ograniczenie, pouczy systematyczne badanie stolców. *Lewkowicz.*

H. v. Ranke. **W sprawie zwężeń krtani, powstających czasem po intubacyi i następowej tracheotomii.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 42). Przypadki zwężeń krtani po intubacyi i następowej tracheotomii, wykonanej z powodu odleżyn po intubacyi, nie są częste. Chorzy tacy są zwykle zmuszeni przez całe życie nosić rurki tracheotomijne. Autor próbował rozszerzać zwężenie zapomocą odpowiednio grubych i zgiętych sond, ale wynik tego leczenia nie był zbyt pomyślny. R. przypisuje zwężenie krtani nietyle samej odleżynie i następowemu zbliznowaceniu, ile raczej stałemu usunięciu krtani z aktu oddychania. W warunkach prawidłowych sam prąd powietrza rozszerza krtań, natomiast po tracheotomii, nie biorąc udziału w oddychaniu, krtań wiotczeje, zapada się i zwęża. Ranke nie chce przyznać zupełnej słuszności O'Dwyerowi i amerykańskiej szkole, która zarzuciła zupełnie następową tracheotomię z powodu odleżyn, a została wierną intubacyi, ale broni także i zasad, przyjętych w Niemczech. Sam wybrał drogę pośrednią. Chociaż przyznaje, że Amerykanie nie mają większej śmiertelności, to jednak głównem hasłem jego jest ratować od śmierci, choćby i zapomocą tracheotomii, tylko rurkę zostawia teraz nie dłużej nad 2, najwyżej 3 dni na stałe i temu głównie przypisuje, że niema teraz przypadków zwężenia krtani, która muszące znów brać udział w oddychaniu, zwężeniu nie ulega. *A. Kozaczka.*

CHIRURGIA. Hecht. **Przyczynek do symptomatologii ropniaka zatoki szczękowej.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 37) Jeżeli ropniak zatoki szczękowej (*empyema antri Highmori*) trwa długie lata, może z powodu ciągłego połykania rozkładającej się ropy i wessania ptomatyn ropy gnijącej rozwinąć się ciężka niedokrwistość i znaczne wycieńczenie, połączone ze zboczeniami w trawieniu, jak gniecenie w żołądku, nudności i wymioty. Dwa razy spostrzegano nawet zapalenie otrzewnej w następstwie ropniaka zatoki szczękowej. H. spostrzegał przypadek ropniaka zatoki szczękowej u 42-letniej kobiety, u której rozwinęło się potem zapalenie wielu nerwów (*neuritis multiplex*) w kończynach górnych i dolnych, do czego przyłączyły się jeszcze silne bóle przy łykaniu i kłucie w lewem uchu. Stwierdzono tylko wciągnięcie błony bębenkowej, z czego można było wnosić tylko o nieżytowem obrzmieniu błony śluzowej trąbki słuchowej. Dopiero po rozpoznaniu ropienia w lewej zatoce szczękowej, otwarciu jej przez zębodół pierwszego zęba trzonowego i wypuszczeniu ropy znikły wszystkie te objawy i chora w pięć tygodni wyzdrowiała. Zapalenia gardła, a nawet krtani z powodu ropniaka zatok szczękowych nieraz się zdarzają. W drugim przypadku autora nastąpiło z powodu ropniaka zatoki szczękowej i rozszerzania się sprawy nagłe oślepnięcie, poczem rozwinęło się zapalenie opon mózgowych, któremu chora w jedną dobę uległa. Oślepnięcia z powodu ostrego zapalenia zatok szczękowych opisywano już i dawniej, a przyczyna ich leży prawdopodobnie w ucisku obrzękłej tkanki oczodołu na nerw wzrokowy i tętnicę środkową siatkówki, dlatego też zwykle takie oślepnięcia pozwalają dobrze rokować i we wszystkich dawniejszych przypadkach ślepota zawsze ustępowała. *Dr. Fels.*

Brenner. **Połączenie żołądka z jelitem, czy wycięcie, przy wrzodzie modzelowatym.** (*Archiv f. klin. Chir.* Tom 78, Zeszyt 3). Na zjeździe lekarzy i przyrodników w Karlsbadzie w roku 1902 polecił autor gorąco wycinanie części żołądka, jako jedyny zabieg przy modzelowatych wrzodach żołądka, zaś połączenie żołądka z jelitem uznał za wystarczające tylko przy wrzodach małej krzywizny i odźwiernika, nie zrośniętych z trzustką. Obecnie jednak zmienił nieco zdanie, przekonawszy się z doświadczenia, że i po połączeniu żołądka z jelitem wrzody modzelowate ustępują, chociaż niektórzy, n. p. Jedlička, dotąd nie chcą temu wierzyć. Autor opisuje 3 takie przypadki. W pracy swej wspomina autor także o losach operowanych przez siebie chorych: po połączeniu żołądka z jelitem (30 przypadków) umarło 4 chorych, t. j. 13·3 prc. śmiertelności, a po wycięciu (21 przypadków) umarło 6, t. j. 28·6 prc. śmiertelności. Wyniki co do czynności żołądka w obu razach jednakie, a skoro śmiertelność tak znacznie się różni, nic dziwnego, że autor przechodzi na stronę zwolenników łączenia żołądka z jelitem podobnie, jak to też większość operatorów na międzynarodowym zjeździe chirurgów w Brukseli uczyniła. *A. E. Klęsk.*

Ehrhardt. **Wycinanie grasicy przy dychawicy grasiczej** (*asthma thymicum*). (*Archiv für klin. Chir.* T. 78, Z. 3, 1905). Dychawicę grasiczą tłómaczą jedni przez mechaniczny ucisk powiększonego gruczołu, inni znów uważają ją za wyraz szczególnego usposobienia (*status thymicus*). Wycięcie grasicy w takich przypadkach należy do wielkich dotąd rzadkości. Pierwszą taką operacyę wykonał Rehn u $2^1/_2$-letniego dziecka, cierpiącego od 4 tygodni na duszność. Wykonano nacięcie tchawicy. Po 4 tygodniach chciano założyć krótszą rurkę do tchawicy, a gdy przytem powstała duszność, nasunęła się myśl o guzie śródpiersia lub grasicy. Nacięto przeto szyję nad wcięciem mostka i znaleziono silnie powiększoną grasicę, którą wyciągnięto i przyszyto nad mostkiem (*exopexia*). Wkrótce potem wyciął w innym przypadku częściowo grasicę Fryderyk König także z powodu duszności. Grasica była tu widoczna już pod skórą jako guz, występujący z pod mostka przy oddechu. Trzeci przypadek operował autor również z powodu duszności. Przed operacyą rozpoznawał guz śródpiersia lub powiększenie grasicy. Przy operacyi znalazł rzeczywiście powiększoną grasicę, którą powiodło się stosunkowo łatwo z pod mostka wydobyć i w całości wyciąć. Przebieg zdrowienia zupełnie prawidłowy. Do usunięcia grasicy w całości zachęciły autora doświadczenia Tarulliego i Lo Monaca na psach, dowodzące, że wycięcie grasicy u młodych zwierząt nie pociąga za sobą złych następstw, wyjątkowo tylko spostrzegano spadek ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny lub zmniejszenie się siły mięśniowej. Spłaszczenie tchawicy było w przypadku autora silne, wyrównało się jednak szybko. Nagłą śmierć w przypadkach stanu grasiczego (*status thymicus*) tłómaczy autor jedynie tem znacznem spłaszczeniem tchawicy. Grasicę uważa autor za narząd nawet w wieku dziecięcym zupełnie niepotrzebny, a raczej zbędny. *A. Klęsk.*

Martini. **O możności wytworzenia nowego ubocznego krążenia w nerce.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 78, Z. 3). Naczynia nerkowe stoją, jak wiemy, w łączności z naczyniami tkanki tłuszczewej okołonerkowej, przechodzą bowiem przez torebkę do niej. Te dodatkowe niejako naczynia nerkowe pochodzą od tętnic lędźwiowych, przeponowych, nadnerkowych, moczowodowych i nasiennych. Obecnie dążą chirurdzy do wynalezienia sposobu, któryby krążenie oboczne tą drogą wytwarzał. Jako taki sposób podano ściągnięcie torebki nerkowej, z dodatkowem w razie potrzeby przecięciem, przyszyciem, nakłuciem lub przemieszczeniem nerki do jamy otrzewnej. O korzystnym wpływie takiej operacyi pisał pierwszy w roku 1889 Tuffier, klinicznie wykonał ją pierwszy w roku 1894 Ceccherelli, za nim Obaliński, Edebohls, Jonnesco i t. d. Edebohls między rokiem 1899—1901 rozszerzył jeszcze znacznie wskazania do zdejmowania torebki, spostrzegłszy, że objawy zapalne w nerce wędrującej po ściągnięciu torebki znikały, podał też sposób leczenia zapalnych stanów nerek. O sposobie Edebohlsa wyrażano się na podstawie spostrzeżeń klinicznych różnie. Jedni przyjęli go z zapałem, inni, jak Albarran, Bernard, odmawiają mu wszelkiego znaczenia, twierdząc, że korzystne działanie zabiegu jest tylko przemijające, później bowiem tworzy się nowa torebka, jeszcze grubsza

i mniej unaczyniona, niż pierwotna. Po zdjęciu torebki nerka powiększa się, ale potem powraca do pierwotnych rozmiarów, tworzy się torebka gruba, zawierająca mało naczyń (Gifford). Zondeck wyraża się o zdejmowaniu torebki bardzo niekorzystnie twierdząc, że wywołuje ono krwotoki miąższowe i obumieranie nabłonka. Chcąc poprawić wady operacyi Edebohlsa, polecił Bakes łączyć nerkę, nie ze słabo unaczynioną tkanką tłuszczową, lecz z otrzewną i to bądź przez umieszczanie nerki po zdjęciu torebki w sieci, lub tuż pod samą otrzewną. Korzystny wpływ zdjęcia torebki uznają obecnie głównie lekarze włoscy, gdy inni nie uznają go wcale. W doświadczeniach swych autor starał się przekonać: 1) jak zachowuje się nowo wytworzona torebka; 2) jak zachowują się i tworzą nowe naczynia i krążenie uboczne; 3) jaką mają one wartość dla nerki. Autor przekonał się, że nowa torebka tworzy się głównie wskutek bujania tkanki łącznej i komórek nabłonkowych kory nerkowej. Przylega ona do nerki bardzo ściśle i po wytworzeniu się jest grubsza od torebki prawidłowej. Torebka ta bywa trochę cieńsza, jeżeli nerkę po zdjęciu torebki umieści się w sieci. Kurczenia się i twardnienia torebki nie spostrzegał zupełnie. Zdjęcie torebki wywołuje tylko przejściowe przekrwienie i wcale nie wpływa niekorzystnie na nabłonek. Zmniejszenie się ilości moczu po operacyi (*oliguria*) jest przejściowe i tłómaczyć je należy odruchem nerkowym. Jeżeli do zdjęcia torebki dołączono i przecięcie nerki, to nowa torebka w bliźnie nerkowej wchodzi aż do miąższu nerki. Co do wytwarzania się nowych naczyń, to stwierdził autor, że krążenie uboczne w nowej torebce jest o wiele silniej rozwinięte i naczyń spotyka się tu więcej, niż w torebce starej, szczególnie jeżeli nerkę umocowuje się do otrzewnej lub umieszcza w sieci. Dołączenie przecięcia nerki wpływa na krążenie uboczne niekorzystnie. Wreszcie co do wartości nowego krążenia dla nerki, to starał się autor określić to zapomocą podwiązywania naczyń nerkowych i przekonał się, że zwyrodnienie i obumieranie miąższu po podwiązaniu tętnicy lub żyły nerkowej występują o wiele silniej w nerce prawidłowej, niż w nerce, przedtem pozbawionej torebki (naturalnie po wytworzeniu nowej), do tego nawet stopnia, że krążenie żylne może się temi nowemi drogami ubocznemi zupełnie wyrównać; krążenie tętnicze wyrównywa się tylko częściowo. Podwiązanie obu żył nerkowych u zwierząt, u których przedtem pozbawiono nerkę torebki, pozwala zachować je przy życiu, jeżeli wykonano te zabiegi w odstępie jednego miesiąca; taki sam zabieg u zwierząt prawidłowych kończy się zaś zawsze śmiercią. Podobnie po zdjęciu torebki nerkowej przetrzymują zwierzęta równoczesne podwiązanie tętnicy i żyły nerkowej, natomiast zwierzę prawidłowe po tym zabiegu ginie. Krążenie uboczne nowowytworzone zdoła nawet utrzymać przy życiu psa po wycięciu drugiej nerki i następowem podwiązaniu żyły nerki operowanej.

A. E. Klęsk.

J. Eversmann. **Leczenie ssące Klappa przy ropiejących ranach skórnych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 4). W kilku przypadkach ropienia w powłokach po cięciu brzusznem i po operacyi Alexandra-Adama, stosował E., po zrobieniu malutkiego otworka w skórze, przyrząd Klappa celem dokładniejszego wydobycia wydzieliny, niż się to dzieje przez wypłukanie. Działanie ssące stosował przez $^1/_2$ godziny, z przerwą 1-minutową w odstępach 5-minutowych. Obok tego stosował E. maść lapisową i okład wysychający, nigdy zaś jamki nie tamponował, sądząc, że przyczynia się to do podtrzymywania wydzieliny, a niekiedy do wyropienia podwiązi lub szwów. Wyniki przemawiają, zdaniem E., na korzyść takiego postępowania. *B. Wojciechowski.*

Romme. **Znieczulenie chirurgiczne siarkanem magnowym.** (*Presse méd.* 1906, Nr. 9). Autor streszcza badania Meltzera z New-Yorku nad działaniem znieczulającem siarkanu magnu przy wstrzyknięciu do żył, podskórnie lub pod opony rdzenia. 0·06 gr. na kg. wagi zwierzęcia, wstrzyknięte podoponowo, wywołuje po 2 minutach porażenie i całkowite znieczulenie kończyn dolnych; porażenie i znieczulenie obejmuje powoli całe ciało, tętno ulega zmianie, oddychanie słabnie, odruch spojówkowy zachowany. W ciągu doby zwierzę powraca do zwykłego stanu. Dawką śmiertelną jest 0·25 gr. na kg. wagi zwierzęcia. Tego sposobu znieczulenia używano w celach chirurgicznych. Wstrzykiwano pod opony rdzenia (jak przy znieczuleniu kokainowem) 0·025 gr. na 20 kg. wagi chorego. Zabieg operacyjny rozpoczynano w 3—4 godziny po wstrzyknięciu. W jednym z przypadków liczba oddechów spadła do 10; wówczas przepłukano kanał kręgowy fizyologicznym roztworem soli. Czucie wracało w 8—14 godzin. pęcherz był porażony przez 2 doby, raz przez 12 dni. Obecnie radzi Meltzer operować w 2 godziny po wstrzyknięciu, po operacyi natychmiast przepłukać kanał kręgowy roztworem soli, a w razie potrzeby używać aparatu Fell-O'Dwyera do sztucznego oddychania. Autor wspomina nadto o jednym beznadziejnym przypadku tężca, uleczonym przez wstrzykiwanie rdzeniowe siarkanu magnu. *Mostowski.*

Spitzy. **Z dziedziny chirurgii i nauki o nerwach.** (*Zeitschr. f. orthopäd. Chir.* T. XIV). Jak wiadomo, można porażony nerw przez przyszycie do zdrowego pobudzić do czynności. Autor zastosował ten sposób przy porażeniu nerwu udowego i strzałkowego w przypadku zapalenia substancyi szarej rdzenia. Cięciem 6 cm. długiem, zaczynającem się od więzadła Pouparta, odsłonił nerw udowy, następnie drugiem cięciem od guza łonowego na wewnątrz, dostał się między między mięsień przywodzący długi, a łonowy, aż do rozgałęzienia nerwu zasłonowego (*obturatorius*). Po odcięciu gałązki powierzchownej tegoż nerwu tuż przy mięśniu, przeniósł ją podskórnie z pomocą rurki szklanej i wszył w nerw udowy. Po zeszyciu rany założył opatrunek gipsowy, obejmujący miednicę i udo. U dwóch operowanych w ten sposób chorych wynik był zupełnie dobry. *A. Klęsk.*

Brunn. **W sprawie gruźlicy jądra i najądrza.** (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.* T. 77). W sprawie leczenia gruźlicy jądra i najądrza zapatrywania bardzo się różnią: jedni są za postępowaniem doszczętnem, inni za zachowawczem. Bardenheuer poleca n. p. wyciąć najądrze (oczywiście, gdy w jądrze zmian niema), a następnie połączyć nasieniowód z ciałem Highmora (podług Rasumowskyego), a to celem zachowania sprawności gruczołu nasiennego. Brunn badał mikroskopowo jądra, na oko zupełnie zdrowe, przy wybitnych zmianach gruźliczych najądrza i we wszystkich przypadkach znalazł w jądrze gruźlicę. Wobec tego jest zwolennikiem jaknajdoszczętniejszego operowania, gdyż nie wolno zostawiać ognisk chorobowych w samem jądrze i do tego przez połączenie nasieniowodu (jak to radzi Bardenheuer) pozwalać im rozsiewać się dalej. *A. Klęsk.*

Wölfler. **Zeszycie nerwu podjęzykowego.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 45). Autor opisuje pierwszy, jak dotąd, przypadek skutecznego zeszycia nerwu podjęzykowego u chorego, który w napadzie szału zadał sobie kilka ran ciętych na szyi. Objawy skaleczenia nerwu polegały na utrudnieniu mowy (pod względem ruchowym) i jedzenia. W pół roku po operacyi wynik był zupełnie dobry, wrażliwość faradyczna i galwaniczna wróciły zupełnie. Opisano dotąd 6 przypadków przecięcia nerwu podjęzykowego, szwu jednak nigdy dotąd nie stosowano. *A. Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Prof. Stoeckel. **Pubiotomia, nowy sposób rozszerzania miednicy.** (*Berl. kl. Wochs.* 1906, Nr. 5). Stoeckel przemawia na podstawie dotychczasowych doświadczeń klinicznych za pubiotomią, jako zabiegiem bardzo łatwym, a nie niebezpiecznym, o wiele łagodniejszym od rozcięcia spojenia łonowego i po udoskonaleniu mogącym w ręku lekarza praktyka poza kliniką oddać wielkie usługi. Należy jednak przedtem przez dalsze próby w klinikach stwierdzić, czy zawsze zapomocą pubiotomii uda się urodzić dziecko żywe, a to jest dla tej operacyi warunkiem koniecznym. Jeżeli to oczekiwanie się sprawdzi, to wtedy pubiotomia podskórna według Walchera usunie w praktyce rozcięcie spojenia, przedwczesny poród, cięcie cesarskie ze wskazania względnego i wymóżdżenie płodu żywego. *E.*

W. Stoeckel. **Symfizeotomia czy pubiotomia?** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 3). Opis 2 przypadków pubiotomii podskórnej spos. Döderleina, w klinice Bumma: 1) Pierwiastka, rodziła już 4 doby i przyjęta została z ciepłotą 38°. Miednica krzywicza, płaska, sprzężna prawdziwa 8 cm., główka oparta o wchód. Ujście na 5 k. rozszerzono sposobem Bossiego w ciągu 10 min., wykonano pubiotomię i wydobyto kleszczami wysokiemi płód żywy, ważący 3180 gr.; obwód główki 34 cm. Połóg prawidłowy. 2) Pierwiastkę skierowano jako ciężarną do kliniki dla wywołania porodu przedwczesnego z powodu miednicy ogólnie ścieśnionej, płaskiej, krzywiczej, silnie pochylonej, ze sprzężną prawdziwą 7 cm. Poród wzniecono kolpeurynterem, a przy ujściu, rozwartem na małą dłoń, założono metreurynter i obciążono go. Po przebiciu pęcherza obrót na nóżkę, pubiotomia, bardzo trudne wydobycie płodu silnie omdlałego, z tętnem. Płodu nie docucono. Stwierdzono silny wgniot kości ciemieniowej tylnej i zwichnięcie kręgosłupa w części szyjnej. Połóg prawidłowy.

Bumm używa do przeprowadzenia piłki igły ostrej, odpowiednio wygiętej i wbija ją od dołu, pomiędzy wargą mniejszą a większą, wykłuwa zaś na zewnątrz od guzka łonowego (*tuberc. pubicum*); zresztą technika Döderleina. Operacya jest tak łatwa, że nadaje się do wykonania w domu prywatnym, czego o symfizeotomii powiedzieć nie można. Najniższym wymiarem sprzężnej prawdziwej, przy którym liczyć można na dobry wynik, t. j. na wydobycie płodu żywego, jest przy miednicy płaskiej 8 cm., a przy ogólnie ścieśnionej $8^1/_2$ cm. Wskazuje na to między innymi przytoczony przypadek drugi. Ponieważ z licznych doświadczeń wynika, że po symfizeotomii wchód miednicy cokolwiek znaczniej się rozszerza, niż po pu-

biotomii, przeto sądzi S., że należy symfizeotomię, mimo jej wad, zachować jako operacyę kliniczną dla przypadków cięższych, poniżej 8—8½ cm., w innych, lżejszych, stosować pubiotomię. Wyniki symfizeotomii zależą od tego, czy rana goi się doraźnie (*per primam*). Z 13 przypadków Bumma uległ zakażeniu tylko jeden, zresztą matki wyzdrowiały, a wszystkie dzieci urodziły się żywe.

B. Wojciechowski.

A. Döderlein. **W sprawie hebotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 3). Doświadczenie autora obejmuje 16 przypadków. Wszystkie matki wyzdrowiały, a tylko jeden płód obumarł po kleszczach Tarniera. W ostatnim swym przypadku uwzględnił D. życzenie Zweifla, by po przecięciu kości pozostawić poród siłom przyrody. Chodziło o osobę rodzącą po raz drugi, która po bezskutecznych kleszczach i wymóżdżeniu płodu przy porodzie pierwszym, pragnęła dziecka żywego. Miednica ogólnie ścieśniona, płaska, krzywicza, sprzężna prawdziwa 8 cm. Przy ujściu, rozwartem na dłoń, główka ruchoma. Po hebotomii zapobiegawczej otoczono miednicę pasem przylepca i czekano. Gdy po 3 godzinach główka jeszcze do miednicy nie zstąpiła, przecięto w jednem miejscu przylepiec, lecz nie zdjęto go. Wkrótce główka zstąpiła, a w 6 godzin po operacyi nastąpił samorodny poród płodu żywego, ważącego 3600 gr. Wśród tego skarżyła się chora jedynie na zwykłe bole porodowe; odpada więc zarzut okropności, czyniony żądaniu Zweifla. Na przyszłość postanowił D. zakładać zamiast przylepca wąż gumowy dokoła miednicy i zasadniczo zachować się wyczekująco, przyśpieszać zaś poród jedynie z wyraźnych wskazań.

B. Wojciechowski.

W. Rosenfeld. **O sposobie rozszerzania się miednicy przy pubiotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 3). W przekonaniu, że doświadczenia Tandlera zapomocą klina drewnianego, wciskanego w szczelinę, powstałą po pubiotomii na miednicy zwłok, nie odpowiadają warunkom naturalnym, przeprowadził R. szereg doświadczeń na miednicach świeżych, z zachowaniem więzadeł, ustalonych, przeprowadzając główkę zapomocą kleszczy i stwarzając niestosunek porodowy. Wyniki swe streszcza R. w następujący sposób: 1) Każda miednica ma dzięki swej elastyczności pewną zdolność rozszerzania się (sprz. prawdz. do 6 mm.), która się sumuje z rozszerzeniem, uzyskanem przez pubiotomię. 2) Pomiędzy stopniem rozszerzenia miednicy po pubiotomii w stosunku do symfizeotomii niema, szczególnie w pewnych typach miednic, znaczniejszej różnicy, ponieważ linie przecięcia po obu operacyach zaledwie o 1½ cm. są od siebie oddalone. 3) Miednica ogólnie ścieśniona ulega po pubiotomii rozszerzeniu przez jednostajne powiększenie wszystkich wymiarów, płaska zaś i ogólnie ścieśniona płaska miednica rozszerzają się niejednostajnie, po stronie operowanej więcej, niż po przeciwnej, z czego wynika, że 4) należy operować po stronie potylicy płodu. 5) Miednica płaska rozszerza się głównie kosztem jednostajnego rozciągnięcia stawu krzyżowo-biodrowego po obu stronach, ogólnie ścieśniona zaś przez silniejsze rozciągnięcie tegoż stawu po stronie operowanej. 6) Jednostronne rozszerzenie stawu łatwiej pociąga za sobą przedarcie odpowiednich więzadeł krzyżowo-biodrowych, aniżeli obustronne.

B. Wojciechowski.

R. Gersuny. **Próba zapobieżenia nieżytowi pęcherza wskutek cewnikowania.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 4). Mimo unikania wprowadzenia drobnoustrojów do pęcherza za pośrednictwem narzędzia i mimo przepłukiwań pęcherza płynami przeciwgnilnymi celem zniszczenia drobnoustrojów, pochodzących z szyjki, nie zdolano dotąd uzyskać zadowalniających wyników. Wychodząc z założenia, że ważną rolę w etyologii nieżytu pęcherza odgrywa uraz wskutek wprowadzenia choćby zupełnie czystego cewnika, a to przez dotykanie cewnikiem ściany pęcherza, przez załapywanie i kaleczenie się błony śluzowej w okienkach cewnika, przez nagłe uderzanie ściany pęcherza o cewnik w razie zbyt szybkiego odpływania moczu,— obmyślił G. cewnik szklany, zgięty w kształcie litery S, o średnicy przekroju ½ cm., o ściance grubej, a świetle cienkiem, ze zgrubieniem płytkowem w połowie długości, bez okienek bocznych. Cewniki te są krótkie, gdyż połowa długości wynosi 4—4½ cm., a wskutek swej budowy mogą być jednym lub drugim końcem do pęcherza wprowadzane. Na 35 wielokrotnie po cięższych zabiegach cewnikowanych chorych, u jednej tylko, cewnikowanej 14 razy po rozległej *colporrh. ant.*, powstał nieżyt pęcherza, u 4 zaś podrażnienie ograniczone do cewki, co G. uważa za wynik zachęcający.

B. Wojciechowski.

A. Labhardt. **Czy w każdym przypadku można rozpoznać zatrzymanie się łożyska dodatkowego?** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 4). Oglądając błony pod światło, widać zazwyczaj promień naczyń, dążących od łożyska dodatkowego do głównego. Jeżeli łożysko dodatkowe pozostało w macicy, można po tych naczyniach przerwanych w błonach dojść do rozpoznania. W razie częściowego lub zupełnego pozostania błon w macicy rozpoznanie jest utrudnione, lecz i wówczas daje się niekiedy odszukać przerwane naczynia w miejscu przyczepu kosmówki gładkiej (*chorion laeve*) do łożyska. Niemożliwem natomiast staje się rozpoznanie w przypadku zupełnego zatoru w łożysku dodatkowem i następowego zaniku naczyń. L. opisuje przypadek tego właśnie rodzaju, w którym, w razie pozostania łożyska dodatkowego w macicy, rozpoznanie na podstawie badania błon byłoby wręcz niemożliwe. Sprawa ta nie jest bez znaczenia również dla medycyny sądowej.

B. Wojciechowski.

Kroemer. **Leczenie zastoinowe Biera w ginekologii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 4). K. opisuje przyrząd w kształcie wziernika macicznego szklanego, którego koniec przedni, ślepy, posiada od góry rurkę, przeznaczoną do połączenia z pompą powietrzną, a od dołu przechodzi w kołbiasty zbiornik, służący do uchwycenia odpływającej wydzieliny i dający się łatwo opróżnić i oczyścić. Metoda jeszcze zbyt jest nowa, by mówić o ścisłych wskazaniach. K. przytacza tylko zachęcający przypadek ciężkiej ropnicy połogowej, w którym w 12. dniu zastosowano przyrząd ssący przez 10 minut, a nazajutrz nastąpiła nagła poprawa tętna i ciepłoty i ustąpiły poty. 10. dnia wyssano jeszcze 100 gr. ropnej cieczy. Nastąpiło wyleczenie. Badanie bakteryologiczne stwierdziło paciorkowce i gronkowce. Nie przeceniając na razie korzystnego wpływu leczenia metodą Biera w tym przypadku, stwierdza w każdym razie K., że nie podziałało ono szkodliwie, a bądź co bądź ułatwiło odpłynięcie ropnej treści z jamy macicy. Dalsze próby w takich przypadkach są wskazane. Można się spodziewać, że metoda Biera odda dobre usługi także w przewlekłych stanach zapalnych części rodnych i w ich następstwach, a to przez dowolne sprowadzanie przekrwienia lub niedokrwienia (po nakłuciach części pochwowej). Przypadki niedostatecznego zwinięcia się macicy połogowej powinnyby również stanowić wdzięczne pole dla metody Biera. Podobnież przypuszczać należy, że zrosty i stare ogniska zapalne w otoczeniu macicy, nieżyt maciczny (szczególniej po poprzedniem nacięciu błony śluzowej według Pfannenstiela) i inne stany przewlekłe nadadzą się do leczenia tą metodą. Co do wzniecenia poronienia zapomocą działania ssącego, to jeden przypadek autora zawiódł pokładane w tej metodzie nadzieje.

B. Wojciechowski.

OKULISTYKA. Chevallereau. **Keratotomia poprzeczna połączona.** (*Ophtalm. Klin.* Nr. 20, 1905). Operacya ta ma za zadanie wytworzyć dogodne warunki dla noszenia sztucznych oczu, a więc kikut oczny postaci prawidłowej, dobrze zaokrąglony i umożliwiający wydatne ruchy gałki ocznej. Zabieg ten wykonuje się w sposób następujący: w znieczuleniu ogólnem zakłada się rozwórkę powiekową i nożykiem Graefego przecina się rogówkę w południku poziomym w całej jej rozciągłości. Następnie chwyta się tęczówkę silnie szczypczykami, odrywa się ją od podstawy zapomocą ruchów kołujących, przecina torebkę soczewki i wyjmuje się soczewkę zapomocą łyżeczki. Rozwórkę szybko się oddala i zakłada opatrunek uciskowy. Oko sztuczne można nosić dopiero po 5—6 tygodniach. Operacyę tę zaleca autor w przypadkach bielma całkowitego (*leucoma corn. tot.*) lub wydętego garbiaka rogówki (*staphyl. corneae*) i wrodzonych lub nabytych wolich oczu (*buphtalmos*), gdy brak zupełnie poczucia światła.

Dr. W. Reis.

Micas. **Przypadek przerywanego łzawienia, wywołanego odruchem przełykowo-łzowym przy porażeniu nerwu twarzowego.** (*Opht. Klin.* Nr. 20, 1905). U mężczyzny 20-letniego, dotkniętego porażeniem nerwu twarzowego, powstało łzawienie, wzmagające się przy każdem akcie połykania. Powstanie tego objawu wytłómaczyć można istnieniem odruchu przełykowo-łzowego Carnota. Nerw błędny stanowi prawdopodobnie drogę odruchową. Zdaniem autora porażenie nerwu twarzowego bynajmniej nie było powodem pojawienia się tego odruchu, chory ten bowiem należał już i przedtem do tych rzadkich przypadków, w których można stwierdzić odruch Carnota i dopóty nic nie wiedział o tem zboczeniu, dopóki drogi, odprowadzające łzy, były prawidłowe. Dopiero z nastaniem porażenia, gdy osłabł także mięsień Hornera przy przewodach łzowych, powstało widoczne łzawienie. Przecięcie przewodu łzowego ułatwiło w tym przypadku dostęp łez i uwolniło chorego od przykrego cierpienia.

Dr. W. Reis.

Coopman. **Przypadek kurczu powieki, jako prawdopodobne następstwo wyrzynania się zęba.** (*Ophtalm. Klin.* Nr. 20, 1905). U dziecka 3-letniego powstał nagle kurcz powieki. Badanie ogólne nie dało żadnych wyników, a wszelkie zastosowane środki nie odniosły skutku. Dopiero piątego dnia zaczęło się dziecko uskarżać na ból zębów. C. stwierdził obrzęk dziąsła za drugim tylnym mlecznym zębem trzonowym. Naciął przeto dziąsło w mniemaniu, że to jest utrudnione wyrzynanie się zęba. Na drugi dzień ząb był już widoczny, a równocześnie ustąpił także kurcz powieki. Autor

upatruje związek przyczynowy między jedną sprawą, a drugą, powołując się na znane przypadki skurczu powieki przy próchnieniu zębów. Anatomiczną podstawę powstania tego objawu tworzy istnienie połączeń między rozgałęzieniami górnej gałęzi szczękowej nerwu trójdzielnego i gałęziami skroniowemi nerwu twarzowego.

Dr. W. Reis.

Antonelli. **Prosty sposób operacyjny dla niektórych postaci gradówki.** (*Ophtalm. Klin.* Nr. 20, 1905). Autor podaje nowy zabieg operacyjny dla leczenia gradówki, usadowionej przy brzegu powieki dolnej. A. wkłuwa obosieczny nożyk poza rzęsami w linii, w której się znajdują ujścia gruczołów Meiboma i posuwa ostrze w głąb pomiędzy skórą, a chrząstką. Lewa ręka podtrzymuje powiekę dolną w żądanej płaszczyźnie, a ucisk, wywarty palcami, działa znieczulająco i tamuje krew. Gdy ostrze noża dosięgło już środka gradówki, porusza się kilkakrotnie nożykiem w jedną i drugą stronę w tym samym poziomie, nie powiększając przytem cięcia na brzegu powiekowym. Po wyjęciu noża wyciska się zawartość gradówki, a resztę wydobywa się zapomocą ostrej łyżeczki. Rany nie szyje się; rana jest już zagojona, gdy po 24 godzinach zdejmuje się opaskę. Przeciwwskazaniem do tego zabiegu są gradówki powieki górnej, zanadto odsunięte od brzegu powiekowego; te należy nadal operować od strony spojówki.

Dr. W. Reis.

Abadie. **O wycięciu nerwu współczulnego** (*sympatektomia*) **w jaskrze** (*Ophthalm. Klin.* Nr. 23, 1905). Wycięcie górnego zwoju szyjnego nerwu współczulnego, podane przez autora jeszcze w r. 1897 zastosować można w takich przypadkach, gdzie wyczerpano już bezskutecznie cały arsenał środków leczniczych przeciw jaskrze. Po bezskutecznem więc wycięciu kawałka tęczówki i nacięciu twardówki oraz zapuszczaniu środków, zwężających źrenicę, należy wykonać ten zabieg chirurgiczny dla uratowania chorego przed zupełną utratą wzroku. Autor przytacza 3 przypadki, przez siebie spostrzegane, w których powiodło się uratować wzrok chorego jedynie tylko dzięki wycięciu górnego zwoju szyjnego. Dotychczas nie było po tej operacyi żadnego przypadku śmierci lub cięższych powikłań. Spostrzeżenia te przyczyniają się do poznania patogenezy jaskry i przemawiają za udziałem nerwu współczulnego w tej sprawie chorobowej. *Dr. W. Reis.*

Frenkel. **Maść Pagenstechera w leczeniu niektórych ostrych i podostrych zapaleń spojówki.** (*Rev. gen. d'opht.* 1906, Nr. 1). Erniot i Katz (z Petersburga) zauważyli, że w niektórych postaciach ostrego lub podostrego zapalenia spojówek, połączonego ze znaczną wydzieliną, przekrwieniem i rozpulchnieniem spojówki, takie środki, jak azotan srebra, argentamina, protargol, argyrol, zupełnie zawodzą, mimo zastosowania w odpowiedni sposób i w odpowiednich rozczynach. Natomiast w przypadkach tych okazała się niezwykle skuteczną maść Pagenstechera z żółtego tlenku rtęciowego. Autor w 18 przypadkach ostrego i podostrego zapalenia spojówki, wywołanego bądź to przez prątki Weeksa, bądź też przez prątki (*diplobacillus*) Moraxa-Axenfelda przekonał się, że istotnie środki żrące lub ściągające albo nie wywoływały żadnej poprawy, albo nawet działały wprost szkodliwie, zwiększając objawy zapalne i wydzielinę, natomiast żółta maść okazała się środkiem skutecznym, skracającym znacznie chorobę. Wyższości jej nad lapisem dowiodły właszcza te przypadki, w których autor przy jednakim stanie obu spojówek jedno oko leczył maścią, a drugie azotanem srebrowym. Po pewnym czasie trzeba było dla dobra chorego na tem drugiem oku lapis maścią zastąpić. *K. W. Majewski.*

Van Duyse i De Nobele. **Ochrona oka przy leczeniu części sąsiednich promieniami Roentgena.** (*Rev. gen. d'opht.* 1906, Nr. 1). Dla ochrony gałki ocznej przy naświetlaniu promieniami Roentgena skóry w bliskiem jej sąsiedztwie bywają używane płyty ołowiane, które jednak często nie przylegają dokładnie i nie usuwają niebezpieczeństwa, jakie oku zagraża. Autorowie polecają zatem muszelkę o brzegach gładko zaokrąglonych z t. zw. paryskiej emalii. Muszelkę taką, sporządzaną przez firmę braci Müllerów we Wiesbadenie, z postaci podobną do oka sztucznego, zakłada się pod powieki wprost na gałkę oczną, poprzednio dobrze znieczuloną zapomocą kokainy lub holokainy. Emalia paryska nawet w tak cienkiej warstwie zatrzymuje zupełnie promienie X, można zatem stosować długie nawet naświetlanie nietylko części, otaczających oko, ale nawet powiek i spojówki, bez obawy szkodliwego wpływu promieni Roentgena na przedni odcinek gałki ocznej. *K. W. Majewski.*

Prof. Schön. **Wodoocze** (*hydrophthalmus*), **jaskra i wycięcie tęczówki.** (*Zentralblatt für Augenheilk.* październik, 1905). Zdaniem autora wpływ wycięcia tęczówki w jaskrze polega na tem, iż w miejscu operacyi wytwarza się wiotka, przepuszczająca ciecze blizna. Następstwem tego zapatrywania jest polecany przez autora sposób operacyi w tych przypadkach jaskry, w których wzroku już uratować nie można, a chodzi tylko o usunięcie dolegliwości. Radzi on mianowicie zrobić cięcie w twardówce i przeszkadzać gładkiemu zabliźnianiu się rany tak, aby w miejscu operacyi utworzyła się ze spojówki torbiel. *Dr. Liebermann.*

I. Hirschenberg. **Przypadek jaskry na tle gruźliczem.** (*Zentralbl. f. Augenheilk.* listopad 1905). Badając tęczówkę oka, wyjętego z powodu jaskry, zauważył autor w jednem miejscu naciek, w którym widać było komórki olbrzymie, miejsca rozpadłe, skrzepłą istotę bez budowy, a ściany naczyń w niektórych miejscach były zgrubiałe. Obraz cały przemawiał za gruźlicą (wobec zmian w szczytach płuc), lub za kiłą. Autor skłania się do przypuszczenia, iż w danym przypadku była to gruźlica.

Dr. Liebermann.

L. Stemer. **O plamach barwikowych w rogówce** (*Zentralbl. f. Augenheilk.* paźdź 1905). Jakkolwiek plamki barwikowe na spojówkach są u Malajów bardzo częstem zjawiskiem, to przeciwnie plamki barwikowe rogówki są zjawiskiem stosunkowo rzadkiem. Takie dwa przypadki ograniczonych plamek w rogówce opisuje autor z własnej praktyki. W obu tych przypadkach nabłonek nie był zmieniony, barwik rozmieszczonym był natomiast w głębszych warstwach rogówki. *Dr. Liebermann.*

Darier. **Przeciwgronkowcowa surowica Doyena przy ropnem zapaleniu woreczka łzowego.** (*Ophthalm. Klin.* 1905. Nr. 24). W trzech przypadkach śluzoropotoku woreczka łzowego zastosował autor śródmiąższowe wstrzykiwania przeciwgronkowcowej surowicy Doyena. W pierwszym przypadku u kobiety, która nie mogła znieść leczenia miejscowego (zgłębnika i przestrzykiwań). Ropienie woreczka ustąpiło już po pierwszem wstrzyknięciu 3 cm³. surowicy, a skutek ten utrwalił się po kilku dalszych wstrzyknięciach. W drugim przypadku u 11-letniej niesfornej dziewczynki, u której założenie zgłębnika chyba tylko w uśpieniu byłoby możliwe, uporczywe ropienie w przewodach łzowych mimo wstrzykiwań surowicy Doyena wcale się nie zmniejszało. Autor zakończył sprawę wyłuszczeniem woreczka łzowego, żałował jednak, że nie wykonał dalszych w tym przypadku prób ze surowicą. W trzecim bowiem, również bardzo uporczywym przypadku śluzoropotoku obu przewodów łzowych u 17-letniej dziewczyny, u której zgłębnikowanie, protargol i argyrol tylko przemijające sprowadzały polepszenia, ropienie przecież dało się usunąć trwale po szeregu wstrzykiwań Doyenowskiej surowicy. *K. W. Majewski.*

Lapersonne. **Akromegalia i niedowidzenie połowicze skroniowe.** (*hemianopsia bitemporalis*). (*Archiv. d'Ophtal.* Nr. 8, 1905). Ze względu na blizkie sąsiedztwo anatomiczne przysadki mózgowej i skrzyżowania nerwów wzrokowych z jednej strony, a z drugiej ze względu na niewątpliwy związek przyczynowy między akromegalią, a zmianami chorobowemi przysadki mózgowej, wiodącemi zwykle do znacznego jej powiększenia (przerost, zwyrodnienie nowotworowe etc.), zaleca autor w każdym przypadku akromegalii dokładne badanie narządu wzroku, a w szczególności pola widzenia. Ucisk, wywarty przez powiększoną przysadkę mózgową na skrzyżowanie nerwów wzrokowych, wywołuje w wielu przypadkach akromegalii zwężenie pola widzenia, odpowiadające t. zw. niedowidzeniu połowiczemu skroniowemu obustronnemu (*hemianopsia bitemporalis*), przyczem zachowane są tylko nosowe połowy obu pól widzenia. Ponieważ widzenie naośne bywa przytem częstokroć przez długi czas nienaruszone, przeto chorzy mniej inteligentni wcale się nie skarżą na zaburzenia wzroku. Z czasem dojść może do zupełnego zaniku nerwów wzrokowych i do zupełnej utraty wzroku. Autor opisuje przypadek wybitnej akromegalii, spostrzeganej w paryskiej klinice okulistycznej, w którym wzrok w jednem oku był już prawie zupełnie stracony. Mimo tego powiodło się jeszcze oznaczyć obustronnie zwężenie pola widzenia, przedstawiające niewątpliwie typ połowiczej ślepoty skroniowej. *K. W. Majewski.*

Paschoff. **Przypadek zwapniałego wągra otorbionego w oczodole.** (*Archiv. d'opht.* Nr. 7, 1905). Autor wyłuszczył u 7-letniego chłopca guz, znajdujący się poza gałką oczną prawą w górno-wewnętrznej części oczodołu. Okazało się, że guz, który wedle wywiadów miał powstać w ciągu kilku tygodni wśród objawów zapalnych i wywołać wysadzenie gałki jakoteż upośledzenie wzroku, był torbielą grubościenną, mocno zrośniętą z otoczeniem. Torbiel wypełniona była płynem, zawierającym wiele chlorku sodowego, a prawie zupełnie niezawierającym białka, a oprócz tego zawierała ciało kuliste kredowo-białe, twarde, wielkości przypłaszczonego ziarna grochu. Pomimo odwapnienia nie można było dokładnie określić szczegółów budowy anatomicznej tego kulistego ciała. Autor domyśla się tylko wraz z Setischkroffem, profesorem zoologii w Sofii, że był to zwapniały wągr (*cysticercus cellulosae*). Torbiel, w któ-

rej wągr był zawarty, była widocznie wytworem zapalenia odczynowego wśród tkanki tłuszczowej oczodołu. Wągr, jako ciało obce, drażniące, otorbił się i uległ następnie zwapnieniu. Jeżeli bryłka zwapniała istotnie była wągrem, w takim razie spostrzeżenie autora jest cennym przyczynkiem do kazuistyki wnętrzniaków oczodołu. O ile bowiem wągr pod spojówką lub wewnątrz gałki ocznej (w ciałku szklistem lub pod siatkówką) nie należy w niektórych krajach, np. w Niemczech, do nadzwyczajnych rzadkości, o tyle rzadko znajdowano wągra w jamie oczodołu. Od czasu Graefego, który w r. 1863 opisał pierwszy taki przypadek, opisano tylko 15 spostrzeżeń, z których w dodatku kilka nasuwa podobne wątpliwości, jak i wyżej opisany przypadek. *K. W. Majewski.*

Lagrange. **Wszczepianie oka króliczego po wyłuszczeniu gałki ocznej do torebki Tenona** (*Archiv. d'opht.* 1905. Nr. 7). Autor od szeregu lat wszczepia po wyłuszczeniu gałki ocznej dla uzyskania lepszego podkładu dla sztucznego oka świeże wyłuszczone oko królicze do torebki Tenona. Takie oko zazwyczaj przyjmuje się i jakkolwiek w ciągu kilku następnych miesięcy cokolwiek się zmniejsza, to jednak stanowi bądźcobądź żywą i ruchomą gałkę, na której osadzone oko sztuczne, może pod względem kosmetycznym daleko lepiej spełniać swe zadanie, niż po zwyczajnem wyłuszczeniu gałki. Ażeby heteroplastyka ta nie skończyła się obumarciem wszczepionego oka zwierzęcego, należy zachować szereg ostrożności. I tak, oko królicze należy wtłoczyć do torebki Tenona, zwrócone rogówką ku oczodołowi, przez co unika się owrzodzeń, jakie często na rogówce powstają z powodu ucisku szwów, łączących, poprzed wszczepioną gałką, parami mięśnie proste. Ponad mięśniami zaszywa się spojówkę. Konieczną jest także rzeczą zatamować krwotok przed włożeniem oka króliczego, albowiem skrzepy krwi, oddzielając ją od odżywiającej sieci naczyniowej, utrudniają jej przygojenie się. Pamiętać wreszcie należy, że heteroplastyka ta nie osiągnie celu tam, gdzie wyłuszczenia gałki dokonano z powodu sprawy ropnej, np. zapalenia całego oka (*panophthalmitis*), skaleczenia, połączonego z ropnem zakażeniem rany, owrzodzeń gruźliczych, ropnych przetok twardówkowych etc. W takich razach torebka Tenona bywa również zakażoną ropnymi mikrobami, nie może zatem stanowić gleby podatnej dla plastyki, która z natury rzeczy udać się może tylko wśród jaknajkorzystniejszych warunków. *K. W. Majewski.*

Bistis. **O urazowem zapadnięciu się gałki ocznej** (*enophthalmus traumaticus*). (*Archiv. d'ophtal.* Nr. 9, 1905). Z powodu przypadku, w którym nieznaczne stłuczenie okolicy nerwu nadoczodołowego wywołało wybitne zapadnięcie się gałki (*enophthalmus*) wypowiada autor swe poglądy na patogenezę tej zmiany. Za urazowe zapadnięcie się gałki ocznej w ścisłem tego słowa znaczeniu uważa autor tylko te przypadki, w których uraz na drodze nerwowej (za pośrednictwem zwoju rzęskowego) wywołuje cofnięcie się gałki ocznej w głąb oczodołu, wyłącza zaś z tego pojęcia przypadki, w których oko zapada się z powodów czysto mechanicznych, np. gdy uraz wywoła złamanie jednej ze ścian oczodołu i powiększy w ten sposób jego pojemność. Urazowe zapadnięcie się gałki ocznej w ściślejszem znaczeniu powstaje, zdaniem autora, zgodnie z przypuszczeniem Schapringera, wskutek porażenia gałązek nerwu współczulnego, zaopatrujących gładkie włókna mięśnia Müllerowskiego. Włókna te przebiegają w więzadłach, łączących torebkę Tenona z przednim brzegiem oczodołu. Gdy więzadła te skutkiem porażenia zawartych w nich włókien mięśniowych utracą swe napięcie, torebka Tenona, a wraz z nią gałka oczna, cofają się w głąb oczodołu. *K. W. Majewski.*

Scrini. **O gruczołach łzowych ruchomych** (*dacryadenoptosis*). (*Archiv. d'ophtal.* Nr. 10, 1905). Na podstawie jednego przypadku, spostrzeganego w paryskiej klinice okulistycznej, i kilku przypadków, poprzednio już ogłoszonych, skreśla autor obraz kliniczny rzadkiej zmiany ocznej, polegającej na samorodnem (nieurazowem) opadnięciu gruczołu łzowego oczodołowego. Gruczoł ten, zazwyczaj w następstwie przebytego zapalenia (*dacryoadenitis*) powiększony i cięższy, niż w stanie prawidłowym, nie może się już pomieścić w swem łożysku kostnem (*fossa lacrymalis*), opuszcza je zatem, obsuwa się ku dołowi i dostaje się pod skórę powieki górnej, która rozciągnięta, ale zresztą niezmieniona, zwisa w postaci worka, przysłaniającego nieraz całą skroniową połowę szpary powiekowej. W worku tym wyczuć można obecność swobodnie ruchomego gruczołu łzowego, połączonego ze swem pierwotnem łożyskiem zapomocą wyciągniętego i zwiotczałego więzadełka Sommeringa i kilku drobniejszych pasemek włóknistych. W przypadku autora obustronne opadnięcie gruczołów łzowych powstało w następstwie ich przewlekłego zapalenia wiewiórowego (*dacryoadenitis gonnorrhoica chronica*). Leczenie tej zmiany może polegać tylko na przyszyciu opadniętego gruczołu do miejsca jego prawidłowego położenia i na pomniejszeniu worka skórnego przez wycięcie odpowiedniego kawałka skóry (*dacryoadenopexia*). *K. W. Majewski.*

Grand-Clement. **O przemijającem urazowem porażeniu nerwu odwodzącego.** (*Revue gén. d'opht.* 1905, Nr. 11). Autor omawia mechanizm powstania porażeń nerwu odwodzącego przy pęknięciach podstawy czaszki. Jeśli pęknięcie przebiega blisko końca kości skalistej, gdzie między kością, a oponą twardą przebiega nerw odwodzący, wtedy nerw ten może być zupełnie zerwanym lub zmiażdżonym, a następstwem tego jest stałe porażenie mięśnia prostego zewnętrznego po odpowiedniej stronie i trwały zez poraźny zbieżny z dwuwidzeniem poziomem równoimiennem. W takich jednak przypadkach, w których porażenie z czasem ustępuje, przyjąć należy krwotok z zatoki skalistej (*sinus petrosus*), skąd krew wylana dostawszy się do ciasnych przestrzeni między kością skalistą, a oponą twardą, którędy to przebiega nerw odwodzący, wywołuje przez ucisk porażenie tego nerwu, lub przynajmniej jego niedowład. W miarę jednak, jak krew ulega wessaniu, powraca przewodnictwo nerwowe i zez poraźny ustępuje. Autor opisuje taki przypadek przemijającego porażenia nerwu odwodzącego u pewnego górnika, który doznał zgniecenia czaszki między dwoma wózkami, naładowanymi węglem. Równoczesne, również przemijające porażenie nerwu twarzowego po tej stronie, gdzie była ugnieciona okolica wyrostka sutkowego, tłómaczy autor również krwotokiem z pękniętej tętnicy rylcowosutkowej (*art. stylomastoidea*). *K. W. Majewski.*

Darier. **Doraźne przerwanie choroby w przypadku** *blennorrhoea adultorum*. (*Opth. Klinik* 1905, Nr. 22). W pewnym przypadku ciężkiego wiewiórowego zapalenia spojówek, w którym rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem bakteryologicznem, zdołał autor w ciągu kilku dni stłumić ostrą sprawę zapalną, usunąć obfitą wydzielinę ropną i ocalić rogówkę zapomocą leczenia, polegającego na zapuszczaniu 5 prc. argyrolu dniem i nocą co pół godziny, zawsze po poprzedniem wypłukaniu worka spojówkowego roczynem nadmanganianu potasowego. Prócz tego stosował autor dwa razy dziennie na oko chore t. zw. kąpiel argyrolową. Polega ona na wlaniu do worka spojówkowego przy silnie rozchylonych, ale nie odwróconych powiekach i mocno w tył pochylonej głowie 25 prc. roztworu argyrolu. Autor zaleca gorąco argyrol, jako środek wnikający w głąb chorej spojówki i usuwający wydzielinę, a zupełnie nie drażniący i nie sprawiający bolu, oraz wcale nie szkodliwy dla rogówki. Wobec tych zalet powinien argyrol, zdaniem autora, wyrugować z użycia azotan srebra, przynajmniej w przypadkach śluzoropotoku spojówek tak u noworodków, jak i u dorosłych. *K. W. Majewski.*

R. Jocqs. **Przypadek ropnego zapalenia woreczka łzowego po operacyi ropniaka jamy szczękowej.** (*Opth. Klinik* 1905, Nr. 21). Coraz bardziej mnożą się spostrzeżenia powikłań w obrębie przewodu nosowołzowego po doszczętnej operacyi ropniaka jamy szczękowej sposobem Caldwell-Luca. Do dwóch spostrzeżeń, opisanych przez Leblonda, dodaje autor nowe, gdzie już w cztery dni po operacyi, wykonanej w jamie Highmora, zgłosiła się operowana z ropieniem woreczka łzowego. W przypadku tym obeszło się wprawdzie bez wyłuszczania woreczka łzowego, bo sprawa była świeża, a wystarczyło przywrócić drożność przewodu zapomocą zgłębnika i kilku przestrzykiwań woreczka łzowego, by usunąć cierpienie. Ze względu, że ropne zapalenie przewodu nosowołzowego grozi wielkiem niebezpieczeństwem dla rogówki, na której z łatwością może wtedy powstać wrzód, przeto jest rzeczą konieczną zmienić postępowanie operacyjne przy sposobie Caldwell-Luca tak, aby dolne ujście przewodu nosowołzowego uchronić przy niej od uszkodzenia, albo też ten sposób operacyjny zupełnie zarzucić. *K. W. Majewski.*

L. Dor. **W jaki sposób ochraniać oko przed promieniami pozafiołkowymi.** (*Revue gén. d'opht.* 1905, 10). Dostatecznie już dowiedziono, że pozafiołkowe promienie światła słonecznego wywierają na oko wpływ szkodliwy. Po dłuższem ich działaniu powstają zmiany na rogówce, opisano już także zaburzenia w siatkówce, a najwięcej cierpi przeźroczystość soczewki, która chłonie znaczną część tych promieni i chroni w ten sposób własnym niejako kosztem głębsze części oka. Głębsze części oka są zatem najbardziej narażone na szkodliwy wpływ promieni pozafiołkowych w oczach pozbawionych soczewki, n. p. po operacyi zaćmy. Niektórzy znów autorowie przypisują działaniu promieni pozafiołkowych ważne znaczenie w patogenezie zaćmy. Jako środek ochronny zaleca autor noszenie okularów ze szkła żółto zabarwionego, przekonał się bowiem zapomocą szeregu doświadczeń porównawczych, że takie szkło najbardziej pochłania pozafiołkową część widma. Niełatwo przyjdzie zapewne wyrugować rozpowszechnione dziś bardzo

konserwy niebieskie i dymne, ale dążyć należy koniecznie, by zamiast nich używano okularów ze szkła żółtego, które jedynie odpowiadają celowi. *K. W. Majewski.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. A. Neisser, Baermann i Halberstädter. **Próby przeniesienia kiły na małpy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 1, 2, 3). Już w roku 1903/4, zaraz po ogłoszeniu przez Miecznikowa dodatnich wyników szczepienia kiły na małpy, przedsiębrał Neisser próby w tym kierunku, przekonał się jednak wkrótce, że w Europie nie można dokonać doświadczeń na większym materyale. Zorganizował więc wyprawę na Jawę i tam dokonał całego szeregu badań na bardzo wielkiej liczbie (do 900 sztuk) małp różnego gatunku. — Przedewszystkiem stwierdza N. znany już dawniej fakt, że jad kiłowy daje się przeszczepić na małpy różnego gatunku i wywołuje u nich po 15—65 dniach (146 przyp.), najczęściej zaś po 3—5 tygodniach wyraźny naciek pierwotny o znanych znamionach. Szczepić jednak trzeba w ten sposób, że robi się dość głębokie nacięcia, w które wciera się wyciętą tkankę kiłową lub wydzielinę. Powstałe nacieki były mniej lub więcej typowe, jedne suche, inne łuszczące się, wreszcie rzadziej owrzodziałe, postać jednak nie zależała od gatunku użytej do doświadczenia małpy. — Materyał, używany do szczepienia, pochodził z wrzodów pierwotnych, kłykcin sączących, guzków i obwodowych części gruczołów chłonnych. Zmiany po szczepieniu następowały tem szybciej i pewniej, im kiła była wybitniej rozwinięta. Szczepienia z zagojonych wrzodów kiłowych i ze krwi w okresie wybuchu kiły nie dawały wyniku. Dwa razy powstał znamienny naciek po szczepieniu cząstek ściany kilaka, brakło jednak dokładnych wiadomości, w jaki czas po zakażeniu kilaki u chorych powstały. Z narządów wewnętrznych szczepionych małp okazały się rdzeń, wątroba, płuca, nerki, mięśnie i nadnercze niezakaźne, przeciwnie zaś śledziona, szpik kostny, gruczoły i jądra. — Dalej przekonano się, że małpy wyższego rzędu są czulsze na jad kiłowy, niż niższych gatunków, co do miejsca zaś najwrażliwsze są powieki i części płciowe małp niższych. Próbowano uczynić wrażliwszemi inne miejsca skóry (brzuch, piersi) przez wywołanie na nich innych chorób, jednak bez skutku. Szczepienia równoczesne jadu kiłowego i ospy dawały wynik ujemny co do kiły; szczepiona później wywoływała kiła znamienny naciek. — N. potwierdza również szczegół, znany już z badań innych autorów, że u małp niższych nie było zmian ogólnych. U orangutanów również nie spostrzegano zmian w skórze; u tego gatunku małp spostrzegano często zmniejszenie łaknienia, osłabienie ogólne, wychudzenie, ale równocześnie i objawy czerwonki, na którą ten gatunek małp łatwo w niewoli zapada. Powiększenie gruczołów chłonnych obok wrzodu pierwotnego stwierdzano także tylko u małp wyższych, u niższych wymacać gruczoły było bardzo trudno, ale szczepienia z gruczołów dawały wynik dodatni. Wyraźne objawy wtórorzędne stwierdzono u gibbonów; wysypki guzkowe na twarzy, brzuchu, pośladkach, dłoniach i błonach śluzowych. U małp niższego rzędu pojawiały się wyjątkowo guzki na twarzy, nie wywołując jednak zmian po przeszczepieniu. Często jednak pojawiały się u tych małp wykwity w otoczeniu zmiany pierwotnej i miejscowe nawroty już po zagojeniu się wrzodu, których N. nie uważał za powtórne zakażenie (*reinfectio*), gdyż u żadnej małpy takiego zakażenia powtórnego nie zdołał wywołać. Szczepienia z tych zmian wywołały kiłę. Z tych spostrzeżeń wysnuwa N. wniosek, że nie można oddzielać wyraźnie kiły małp wyższych od kiły małp niższych, chociaż bowiem zmiany drugorzędne są u pierwszych wyraźniejsze, niż u drugich, to jednak i u niższych spostrzegano często nawroty miejscowe, a brak zmian ogólnych nie dowodzi jeszcze wygaśnięcia jadu w ustroju. Można zatem stwierdzić tylko, że wyższe małpy są na jad kiłowy wyraźnie wrażliwsze. Ważnym jest szczegół, że szczepienia podskórne jadu kiłowego nie wywołały choroby, ani odporności na jad, gdy natomiast późniejsze szczepienia w skórę dawały wynik dodatni, a szczepienia z zakażonych podskórnie zwierząt na inne zwierzęta, nawet cząstkami narządów wewnętrznych, były zawsze ujemne. W dalszym ciągu roztrząsa N. sprawę odporności zakażonego kiłą ustroju na szczepienia jadem świeżym. Nie może być mowy o odporności całej skóry, gdyż występują nawroty w skórze, a szczepieniem świeżego jadu wywołać można zmiany podobne, nigdy jednak zmiany pierwotnej. Przypuszczaćby można zatem z Ehrlichem, że pasorzyty, istniejące w ustroju, przyzwyczajają się do niweczników przez siebie wytworzonych, ulegają zaś świeżo wytworzonym przez inne pasorzyty. Ale w takim razie pasorzyty, istniejące w ustroju, powinnyby wywołać zmianę pierwotną, a tak nie jest. Przyjąćby zatem trzeba zmienione oddziaływanie tkanek, przestrój tkanek (*Umstimmung*). Najbliższem prawdy byłoby przypuszczenie, że istnieją okresy choroby, w których istnieje odporność, i naprzemian inne, w których jej niema. Jak długo odporność istnieje, pasorzyty nie mogą się rozwijać, a gdy odporność ustępuje, rozmnażają się i wywołują nawrót choroby. Można było zatem w okresach nawrotów szczepić jad podskórnie, co jednak odporności nie sprowadzało, a obojętne dla zwierząt nie było, gdyż sprowadzało wychudzenie i charłactwo. Próby zachowania jadu żywego nie dały wyników dodatnich, czyto bowiem zmieszany z gliceryną, czy zatopiony w rurkach szklanych, czy pod chloroformem, czy pod parafiną, zawsze materyał taki tracił już po paru godzinach swą jadowitość. Wycięcie miejsca zakażonego w 8 godzin po szczepieniu nie odniosło skutku, gdyż w bliźnie wytworzył się wrzód pierwotny. Co do powstawania i trwania odporności, to szczepienia powtórne dowiodły, że niema żadnych prawideł co do tego, kiedy występuje ogólna odporność skóry. Co do uogólnienia się jadu zaś stwierdzono, że już w 54 dni po zakażeniu jad był w całym ustroju, bo szczepienie w tym czasie czyto drugiej powieki, czy miejsc odleglejszych (części płciowych) było bezskuteczne. Rtęć nie hamowała rozwoju wrzodu pierwotnego, ani nie zapobiegała uogólnieniu się jadu; śledziona i szpik kostny zwierząt, leczonych rtęcią, szczepione w 99 dni po zakażeniu, wywoływały znamienne dla kiły zmiany.

Właściwym celem pracy N. było wynalezienie sposobu uodpornienia ustroju na jad kiłowy. Można działać w tym celu w dwóch kierunkach; 1. tak, aby ustrój był odpornym na zakażenie, 2. aby ustrój zakażony uchronić przed uogólnieniem jadu i przed powstawaniem nawrotów. Przy uodpornianiu biernem możemy myśleć o niwecznikach, tworzących się w osoczu krwi lub w pewnych narządach, przyczem może wchodzić w grę 1. użycie żywych, ale osłabionych pasorzytów; osłabienie zaś uzyskać można: *a)* przez przeprowadzenie jadu przez odpowiednie zwierzę, *b)* przez chemiczne, mechaniczne i t. p. działanie. 2. Użycie chemicznie trujących substancyi: *a)* podanie obumarłych pasorzytów, *b)* wstrzykiwanie produktów, wytworzonych przez żyjące pasorzyty poza ustrojem zwierzęcym, *c)* przez użycie wyciągów z ciał pasorzytów. Próby uodpornienia biernego przez wstrzykiwanie surowicy chorych na kiłę, czyto ludzi, czy zwierząt, zupełnie zawiodły. Surowica nie wywoływała choroby, ani uodpornienia. Również wstrzykiwanie narządów wewnętrznych zwierząt, kiłą zakażonych, nie wytwarzało odporności. Są to wszystko jednak, jak dotąd, przeważnie nieudałe próby, bo przedewszystkiem zbadaćby trzeba, u których zwierząt i w jakich warunkach powstaje miejscowa, u jakich ogólna kiła, czy i dokąd jad się rozszerza w ustroju, do jakiego czasu uogólnienia jadu niema i jak długo uogólniony jad może zakażać? Odpowiedź na te pytania jest jeszcze ważniejsza dla sprawy uodpornienia czynnego, a badania kliniczne, jak dotąd, stanowczej odpowiedzi tutaj nie dają. Odporność ustroju na powtórne zakażenie jadem kiłowym nie jest jeszcze stanowczo udowodniona. Ale podobnież nie można dotąd nic stanowczego powiedzieć o zachowaniu się pod tym względem zwierząt, t. j. małp, u których chorobę wywołano.

O znaczeniu krętka bladego Schaudinna (*spirochaete pallida*) wyraża się Neisser nie całkiem stanowczo, ale jego znaczenie etyologiczne w kile uważa za bardzo prawdopodobne. *Krzyształowicz.*

T. Schultz. **O wiewiórowem zapaleniu naczyń chłonnych prącia z przerzutami, a bez wiewióra cewki moczowej.** (*Deut. med. Wochs.* Nr. 1, 1906). Bardzo mało opisano dotąd przypadków, któreby wskazywały na podobną możliwość pierwotnego zakażenia naczyń chłonnych. Przypadek, opisany przez autora, dotyczył chorego, leczonego w klinice Jadassohna. Chory ten na wiewióra nigdy nie cierpiał. Objawy podmiotowe ograniczały się tylko do bólów w okolicy spojenia łonowego, wzmagających się przy chodzeniu lub siedzeniu. Przy oddawaniu moczu chory nie doznawał żadnych dolegliwości. Przy badaniu znaleziono podłużny guz, usadowiony wzdłuż naczyń chłonnych przy nasadzie prącia. Guz ten, długości $1^1/_2$ ctm., nadzwyczaj bolesny przy dotykaniu, nie pozostawał w związku ze skórą. Wydzieliny z cewki moczowej zupełnie brak, mocz, oprócz kilku nitek, w których przy badaniu drobnowidowem nie znaleziono dwoinek wiewiórowych, zresztą zupełnie prawidłowy. Po kilku dniach pobytu chorego w klinice pojawił się lekki obrzęk w okolicy mięśnia łopatkowego prawego. W dalszym przebiegu choroby powstał rozlany obrzęk grzbietu stopy prawej bez zajęcia stawu skokowego i obrzęk przy nasadzie średniego palca ręki prawej. W tem miejscu następnie wytworzył się ropień, inne nacieki natomiast pod wpływem leczenia zwolna się wessały. Zapomocą nakłucia wydobyto z ropnia treść brudnokrwawą, z której wyhodowano na agarze z surowicą liczne czyste hodowle dwoinek wiewiórowych. Zastanawiając się nad miejscem wyjścia zakażenia, przyjmuje autor, że zakażenie nastąpiło bezpośrednio przez naczynia chłonne skóry prącia. *Stopczański.*

Vieth i Ehrman. **Badania i spostrzeżenia nad środkami balsamicznymi.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 2, 1906). Chociaż środki balsamiczne w leczeniu wiewióra oddawna były

w użyciu, to jednak pod względem sposobu działania niedostatecznie dotąd były zbadane. Na podstawie swoich licznych doświadczeń i badań nad wszystkimi prawie środkami, dawniej i obecnie używanymi do leczenia wiewióra, podaje V. podział tych środków na cztery grupy, a mianowicie na: 1) terpeny, 2) wyskoki terpenowe, 3) kwasy żywiczne, 4) reseny, obojętne estry. W pierwszej grupie mieszczą się te środki, które przy zewnętrznem użyciu wywołują podrażnienie, zaczerwienienie skóry, jak n. p. olejek terpentynowy, olejki kopaiwiane z rozmaitych gatunków balsamu kopaiwianego. Wewnętrznie podane działają te środki moczopędnie i drażnią nerki. Druga grupa obejmuje te środki, które tylko przy dłuższem działaniu słabo podrażniają skórę, wewnętrznie użyte wywołują zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego. Do tej grupy należą: santalol, otrzymany ze wschod.-ind. olejku sandałowego, amyrol z zach.-ind. olejku sandałowego i credol z olejku cedrowego. Środki trzeciej grupy miejscowo nie drażnią, użyte wewnętrznie zmieniają się w alkalicznym soku jelit na mydła i jako takie wywołują biegunkę. Do nich należą kwasy żywiczne kopaiwiane, żywica sosnowa i inne. W ostatniej grupie mieszczą się środki, które nie mając przykrego smaku, ani zapachu, podane wewnętrznie nawet w dużych dawkach nie wywołują żadnego podrażnienia. Obok gonosanu, gonorolu i innych należy do tej grupy ester salicylowy olejku sandałowego, t. zw. santyl. Lek ten podawali V. i E. u czterdziestu chorych po 30 kropli trzy razy dziennie. Podając ten środek nawet przez czas dłuższy nie zauważono najmniejszych nawet dolegliwości w zakresie przewodu pokarmowego u żadnego z chorych. A nawet u tych chorych, u których gonosan wywoływał odbijania i nudności, po podaniu santylu, nawet przed jedzeniem, objawy te nie następowały. Porównując te środki pod względem działania na nerki, przekonano się, że gonosan i olejek sandałowy wywołują bole w krzyżach i białkomocz, czego nigdy przy używaniu santylu nie zauważono. Pod względem wyników leczniczych działa santyl wogóle prawie tak samo, jak czysty olejek sandałowy, gonorol i gonosan. Palenie i pieczenie przy oddawaniu moczu zmniejsza się, bolesne wzwody prącia ustępują, a mocz szybko się wyjaśnia. Chociaż często zapomocą santylu można uzyskać polepszenie nawet w tych przypadkach, w których inne środki balsamiczne nie działały, to jednak podając sam tylko santyl bez leczenia miejscowego nie można się spodziewać zupełnego wyleczenia wiewióra. Ze względu atoli na swoje własności powinienby santyl zdaniem autorów zająć pierwsze miejsce między środkami, podawanymi wewnętrznie celem leczenia wiewióra. *Stopczański.*

J. Siegel. **Dalsze badania nad etyologią kiły.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, 2). W poprzednich pracach opisywał autor znalezione przez siebie we krwi kiłowych twory, które nazwał: *cytorrhyctes luis*. Obecnie zwraca uwagę na ich znamiona, po których można je rozpoznać we krwi niebarwionej; silny połysk, wyraźny podział jądra, jasna otoczka, a nierzadko i wyraźne witki. Twory te barwią się łatwo wszystkimi barwikami, używanymi dla barwienia bakteryi, obok tego zaś hematoksyliną, karminem ałunowym i błękitem metyl. boraksowym. Poprzednie doświadczenia na królikach powtarzał autor na białych myszach, wstrzykując im podskórnie ciecz ze zmian kiłowych, i już po tygodniu znajdował pasorzyty we krwi z ogona. Zauważa przytem, że zwierzęta, szczepione dużą ilością cieczy lub tkanki kiłowej, ginęły wkrótce, natomiast małą ilość materyału zakaźnego zwierzęta znosiły, a wtedy w 7—8 miesięcy po zakażeniu rozwijały się guzki i owrzodzenia na głowie i kończynach. Raz znalazł autor w wątrobie rozmiękłe ogniska, podobne do kilaków. W miejscu szczepienia jednak nie powstawała zmiana pierwotna, a dwa razy tylko wytworzyły się wrzodziejące guzy. U małp pojawiał się w 5—7 miesięcy po szczepieniu obrzęk skóry, głównie twarzy i worka mosznowego obok guzków. S. zwraca dalej uwagę, że wysypki u małp są znacznie wybitniejsze, jeżeli się trzyma małpy w ciepłocie 40° C. Wstrzykiwania sublimatu skracały przebieg zakażenia i zapobiegały nawrotom, które autor często u zwierząt spostrzegał. Prof. Ficker próbował uzyskać hodowle krętka bladego, wkładając wycięty bezgnilnie naciek pierwotny do bulionu z krwią ludzką lub surowicą, w którym spostrzegał po pewnym czasie twory ruchome, ale nie wykrywał żadnych bakteryi. Autor uważał te żyjące pasorzyty za opisane przez siebie *cytorrhyctes*. Podobnie Jancke przenosił do bulionu z krwią krople krwi z kiłowego łożyska i otrzymał hodowlę, nie dającą się przeszczepić na żadną ze znanych pożywek, używanych dla hodowania bakteryi, ale utrzymującą się w stanie żywym nawet przy czterokrotnem przeszczepieniu, przyczem ilość pasorzytów miała się zwiększać. Hodowla, przeszczepiona w skórę małpy (*macacus rhesus*), wywołała objawy kiły na rękach (łuszczyca dłoni i obrzęk gruczołów).

Krzyształowicz.

HIGIENA. Hoffmann. **Zarazek tężca w kale zwierzęcym.** (*Hyg. Rundschau* 1905, Nr. 24). Obecność zarazka tężcowego w ziemi ogrodowej nasuwała oddawna na mysl, że jednem z jego źródeł może być kał ludzki i zwierzęcy. Niezupełnie pewne wyniki poszukiwań dawniejszych starał się H. wyjaśnić nowemi badaniami, do których używał świeżego kału, czysto uchwyconego i hodowli z niego, sączonych przez filtr Berkefelda, zastrzykując je myszom. Na 22 doświadczeń tylko jedno stwierdziło obecność tężca i to przy użyciu sączonej 6-dniowej beztlenowej hodowli; zarazek tężcowy w kale zwierzęcym nie często przeto gości. *L. Bier.*

Esmarch. **Urządzenia ochronne przeciw wdychiwaniu zarazków chorobowych.** (*Hyg. Rundschau* 1905, Nr. 22). Coraz częściej zalecane nowe maski i inne przyrządy celem ochrony przed wdychaniem zarazków, celem ochrony przed zakażeniem, poddał E. ścisłym badaniom. Wynik ich wypadł wogóle niekorzystnie. Żaden ze sztucznych i złożonych przyrządów nie chroni przed zakażeniem, natomiast prosty sposób, polegający na dokładnem i silnem uciśnięciu chusteczką, lub watą ust i nosa, znacznie lepiej i pewniej działa. Jeżeli wypadnie dłużej stykać się z chorym i ręce są przytem zajęte, to zamiast posługiwać się przyrządami, lepiej dokładnie zatkać dziurki nosowe, na brzegu natłuszczone, watą i unikać oddechów ustami. *L. Bier.*

Bonhoff. **Tożsamość Löfflerowskiego zarazka duru mysiego z *b. paratyphi* typu B.** (*Arch. f. Hygiene* T. 50, 1905, str. 222). Wśród osób, zajętych niszczeniem myszy polnych zapomocą zarazka Löfflerowskiego, zauważono objawy poważniejszych i dłuższych zaburzeń jelitowych. W 2 takich przypadkach dostrzegł Trommdorf w kale bakterye, odpowiadające własnościami biologicznemi i aglutynacyą zarazkowi Löfflera. Dawniejsze spostrzeżenia B. nad zarazkiem Löfflera i *b. paratyphi* typu B. (Knoth-Schottmüllera) pod względem biologicznym i aglutynacyi przemawiały za wielkiem ich wzajemnem podobieństwem. Ponowne badania doprowadziły B. do wniosku, że ani zachowanie się morfologiczne, ani biologiczne, ani też zachowanie się zakażanych zwierząt nie pozwalają rozróżnić tych 2 gatunków. Ten sam wynik dały również badania co do aglutynacyi, jak niemniej i doświadczenia Pfeifferowskie na świnkach morskich. Zarazek Gaertnerowski *b. enteritidis* zachowaniem się morfo-biologicznem i aglutynacyą niewiele się różnił od obu tamtych gatunków bakteryi. Na podstawie swych badań sądzi B., że *b. paratyphi* typu A. jest więcej pokrewnym zarazkowi tyfusu Gaffkyego, aniżeli typowi B., nie można natomiast dotychczas rozstrzygnąć, czy ten zarazek jest identyczny z zarazkiem Löfflerowskim i *b. enteritidis*, i należy zaliczyć je do wspólnej grupy. Nazwę *b. paratyphi* należy zachować dla typu A, drugą odmianę tego zarazka lepiej określić mianem grupy *b. enteritidis Gaertner.* *L. Bier.*

Flügge. **Badania nad higienicznem znaczeniem niektórych czynników klimatycznych, szczególnie zaś wiatru.** (*Festschr. z. 60. Geburtstag Rob. Koch's*, 1905, str. 639). Dla oceny wpływu stanu pogody i wogóle klimatu na powstawanie niektórych chorób nie dają dostatecznie jasnego obrazu i nie mają prawie żadnej wartości praktycznej, używane dotychczas zestawienia poszczególnych czynników, składających się na pogodę i klimat, z liczbą równocześnie pojawiających się chorób nieżytowych i t. d. Istotną wartość, przedewszystkiem ze względu na utratę ciepła z ustroju, miałoby „ujęcie poszczególnych czynników, składających się na ciepło powietrza, w jeden wspólny wyraz, któryby odpowiadał uczuciu ciepła w ciele ludzkiem. Jeżeli uda się znaleźć taki wyraz, będzie można podać dla każdej chwili liczbę, która odpowiada równoczesnemu działaniu wszystkich czynników klimatycznych, składających się na uczucie ciepła; średnia z tych liczb odpowiadałaby średnim stosunkom klimatycznym pewnego miejsca o tyle i w tym stopniu, o ile wpływają one na wrażenia ciepła w ciele ludzkiem". Podana przez Vincenta *température climatologique*, obliczana według empirycznego wzoru, nie uwzględnia dostatecznie wiatru i stopnia wilgoci w powietrzu, nie może też być owym poszukiwanym wyrazem. Dla osiągnięcia odpowiedniej formuły potrzeba metodycznych badań nad wpływem działania poszczególnych czynników klimatycznych na uczucie ciepła. Jako początek wyników swej pracy w tym kierunku podaje F. dane o działaniu ciepłoty powietrza i wiatru. Wpływ wiatru na oziębienie przedmiotów martwych da się wyrazić ogólnym wzorem $Ww = C \cdot \tau \cdot T \cdot \sqrt{v}$, t. zn., że utrata ciepła z ogrzanego przedmiotu, spowodowana powietrzem ruchomem, pozostaje w prostym stosunku do iloczynu z pewnej stałej (C), z czasu trwającego oziębienia (τ), z różnicy między ciepłotą ciała i powietrza (T) i drugiego pierwiastka z szybkości ruchu powietrza ($\sqrt{v}$). Czy ustrój ludzki traci pod wpływem wiatru ciepło w ten sam sposób, nie zdołał F. rozstrzygnąć z powodu kolosalnych trudności technicznych takich badań. Dotychczasowe jednak badania

zdają się przemawiać za tem, że i u człowieka wzór ten się sprawdza. Równoczesne działanie powietrza o różnej ciepłocie i sile ruchu na przedmioty martwe o jednostajnej ciepłocie dało wzór $\delta = C\ (t^{\times} - t)$. $\sqrt{v}$, w którym C oznacza stałą liczbę, $t^{\times}$ cieplotę przedmiotu, t cieplotę powietrza, v jego szybkość. Z tablicy otrzymanej przy użyciu tego wzoru przekonać się można, że n. p. utrata ciepła z ciała przy: 25° C. w powietrzu i 11 m. sek. wietrze = 13° C. i sile wiatru 1 m. na sekundę; przy 15° C. w powietrzu i 5 m. na sek. wietrze = 35° C. i sile wiatru 1 m. na sekundę i t. d. *L. Bier.*

Heymann. **Statystyczne i etnograficzne przyczynki do kwestyi związku między żywieniem osesków a nabywaniem gruźlicy.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, 1905, Bd. 48). Wobec twierdzenia Behringa, że mleko krowie, podawane oseskom, jest głównem źródłem gruźlicy u ludzi, zaznaczył Flügge już na innem miejscu, że w krajach i okolicach, w których brak mleka krowiego, albo tam, gdzie nie używa się go do żywienia dzieci na szerszą skalę, gruźlica znacznie mniej powinna być rozpowszechnioną, aniżeli w krajach, w których żywienie mlekiem krowiem jest na porządku dziennym. H. dostarcza w pracy niniejszej część zapowiedzianych wówczas dowodów. Według wiadomości z Japonii nie znano w tym kraju prawie przez wieki mleka krowiego; znalazło ono wstęp dopiero wraz z otwarciem kraju dla cudzoziemców (1867). Ludność ogółem używa dotychczas bardzo mało mleka krowiego; karmienie dzieci piersią trwa tam natomiast 2 do 3 lat. Według zasad Behringa gruźlica nie powinna przeto być znaną wśród Japończyków powyżej 25 roku życia, zaś wśród młodszych mało rozpowszechnioną. W rzeczywistości jest jednak gruźlica płucna w Japonii wcale nierzadką, a śmiertelność z niej wynosiła w latach 1891—5 na milion ludności 1354 (na 10,000 zmarłych 648), w Tokio nawet 3973 przypadków śmierci (na 10,0 zmarłych 17,4 prc.). Na podstawie relacyi prot. Riedera-Paszy żywienie niemowląt odbywa się w Turcyi prawie wyłącznie piersią matki lub mamki. Zakażenie gruźlicą bydlęcą w wieku niemowlęctwa jest przeto w szerokich warstwach ludności Konstantynopola prawie wykluczonem. Mimoto spotyka się z gruźlicą wśród ludności w całym kraju wcale często, w Konstantynopolu zaś jest ona bardzo rozpowszechnioną. Również w Grenlandyi, jak donosi prof. Langmann i wynika z publikacyi Nansena karmi się dzieci wyłącznie piersią często aż do 3. i 4. roku życia. Dziecko, które straciło matkę, wyrzuca się tam w miejsce odludne lub do morza, jeżeli inna kobieta nie chce mu być mamką. Mimoto wśród ludności Grenlandyi gruźlica jest „niepokojąco“ rozpowszechnioną, a tłomaczyć to należy nader niekorzystnymi warunkami w urządzeniu mieszkań, nadto brudem. Z zestawień śmiertelności na gruźlicę innych krajów, powiatów i miast i ze stosunku dzieci karmionych piersią do żywionych mlekiem krowiem wynika również ten sam fakt, że mleko krowie, jako pożywienie dla osesków, tylko nieznacznie wpływać musi na powstawanie gruźlicy. W Berlinie wzmogło się znacznie sztuczne żywienie osesków od połowy wieku 19-go. W r. 1885. stosunek dzieci żywionych piersią do żywionych mlekiem krowiem wynosił 55,2 prc. do 33,9 prc.; w r. 1900. 31,4 prc. do 54,8 prc. Natomiast spadła śmiertelność w r. 1885. z gruźlicy w tem mieście z 31,69 na 10,000 ludności w roku 1900. na 23,61 zaś w r. 1902. na 21,4. Porównanie śmiertelności z gruźlicy płucnej Berlin ze śmiertelnością miast Szwecyi i Norwegii, gdzie karmienie piersią należy do reguły, dowodzi w nich śmiertelności znacznie wyższej, niż w Berlinie. Brak związku między śmiertelnością z gruźlicy płucnej a karmieniem sztucznem po myśli Behringa uwydatnia się nadto szczególnie w Czechach i Pradze, gdzie przy znacznej śmiertelności z suchot płucnych żywienie osesków odbywa się jeszcze przeważnie piersią. *L. Bier.*

Speck. **Czy istnieje związek między żywieniem osesków a nabyciem gruźlicy.** (*Zeitschr. f. Hyg.*, 1905, Bd. 48). Z polecenia Flüggego zasięgnął S. wiadomości w 72 sanatoryach gruźliczych co do 4467, a u wolno-praktykujących lekarzy co do 259 suchotników, jakiem mlekiem (macierzyńskiem czy krowiem) karmiono ich w pierwszych 3 miesiącach życia. Zestawienie wywiadów wykazało, że w 77 wzgl. 70 prc. przypadków karmienie odbywało się piersią. Przybliżone liczby podają również inni autorowie (Jacob i Pannwitz 67 prc., Schroeder 77 prc., Servaes 64 prc.). Fakt powyższy, że przeszło ⅔ suchotników nieotrzymywało w pierwszym okresie swego niemowlęctwa mleka krowiego, przemawia zatem przeciw twierdzeniu Behringa, jakoby żywienie osesków mlekiem krowiem było głównem źródłem gruźlicy u ludzi. *L. Bier.*

König. **Wyzyskanie w przewodzie pokarmowym ludzkim pokarmu, zawierającego wiele ciał białkowych i tłuszczu, oraz pokarmu, zawierającego mało tych ciał.** (*Zeitschrift für Unters. der Nahr.- und Genussmittel* 1904, Nr. 7). Autor wykonał 2 szeregi doświadczeń z wynikiem następującym:

1. Doświadczenia nad wyzyskaniem pokarmu obfitującego w białko i tłuszcz (wykonano wspólnie z Reinhardtem). Dwu zdrowych mężczyzn (63 i 94,5 klgr. wagi) karmiono pokarmem roślinnym, złożonym z grochu zielonego i dojrzałego, czerwonej kapusty, fasolki szparagowej, ciemnego chleba żytniego i razowego pszennego, dodając do tego dostateczną ilość mięsa w postaci szynki gotowanej lub surowej, albo kiełbasy. Osoby te otrzymywały nadto dziennie 1,5 l. piwa, ¼ l. kawy z mlekiem, 8,7 grm. kołaczyków Leibnitza, lub 134,1 grm. sucharów. Z zawartej w kale tych osób ilości azotu pochodziło ¼—⅓ z fizyologicznych wydzielin przewodu pokarmowego. Przyjmując, że azot w kawie mlecznej wyzyskały te osoby całkowicie, w pokarmie mięsnym aż do 3 prc., w kołaczykach i sucharach nie wyzyskały 19 prc., dochodzi K. na podstawie rachunku do wniosku, że zawartego w pokarmach roślinnych azotu nie wyzyskano w ilościach następujących: w groszku zielonym w 21,12 prc., w grochu dojrzałym 23,65 prc., w kapuście czerwonej 70,0 prc., w fasoli zielonej w 61,54 prc., w chlebie żytnim i ciemnym w 32,32 prc., w chlebie pszennym razowym 9,84 prc. Drzewnik w postaci, uboższej w węgiel (celluloza), trawi się w przewodzie pokarmowym, zawierająca zaś wiele węgla lignina nie podlega zmianom pod wpływem soków trawiennych.

2. Doświadczenia nad wyzyskaniem pokarmu, zawierającego mało białka i tłuszczu (wykonane wspólnie z Pollitzem i Rombergiem). Doświadczenia wykonano u 3 robotników ślusarskich (aresztantów), zajętych pracą dosyć ciężką, karmiąc ich strawą aresztancką w ilościach przepisanych, w której skład wchodzą codzienie ½ litra mleka i 550 grm. chleba. Średni stopień wyzyskania tego pokarmu, obliczany na 1 dzień (z okresu 8 dniowego) uwydatnia następujące zestawienie:

	W pokarmie dziennym	wyzyskano
	3229	—
suchej pozostałości	663,76	92,08
ciał organicznych	622,31	92,51
azotu w całości	14,34	80,47
azotu białkowego	12,65	82,06
tłuszczu	45,31	90,73
ciał wyciągowych i nie azotowych	427,36	98,34
pentosan	41,16	81,31
drzewnika	18,81	45,98
popiołu	41,47	85,55
	gramów	wzgl. prc.

Azot przyswajały badane osoby dziennie średnio w ilości 1,43 grm., mimoto waga ciała nie zmieniła się, co König przypisuje znacznej utracie wody. Na podstawie takiego wyniku doświadczeń przyjmuje K., że wyzyskanie pokarmu u osób badanych było dobrem, a zawarta w pokarmie ilość ciał azotowych wystarczającą do odżywienia. Uwagi godnem jest spostrzeżenie, że rozmaity stopień wyzyskania tłuszczu w poszczególnych dniach szedł równolegle z ilością jego w pokarmie, wzmagał się wraz z zwiększoną ilością, a opadał przy zmniejszeniu tłuszczu.

Ciekawy pogląd na wartość kaloryczną (średnią dzienną) tych sposobów żywienia daje porównanie ich w tym kierunku:

		Kaloryi na 1 kg. wagi ciała	Stos. pokar. azot. do nieazot. jak 1 do
Osoba ważąca 94,5 kg.	spożyła	38,89	4,1
	wyzyskała	37,86	4,4
„ „ 63,0 „	spożyła	37,62	4,0
	wyzyskała	35,7	4,3
Aresztanci, średnia waga 64,7 kg.	spożyli	43,33	6,5
	wyzyskali	39,73	7,7

Jak z tego wynika, wyzyskuje się większą ilość kaloryi z pokarmu aresztanckiego, nie obfitującego w białka i tłuszcz, aniżeli z pokarmu obfitującego w nie; należy jednak zaznaczyć, że wyzyskanie trudno strawnego pożywienia aresztanckiego wymaga więcej energii, aniżeli wyzyskanie pokarmu łatwiej strawnego i smaczniejszego. Stopień wydzielenia do kału białka i tłuszczu z pokarmu, obfitującego w nie, jest znacznie mniejszy, aniżeli z pokarmu, zawierającego mało tych składników; natomiast ciała wyciągowe, nie zawierające azotu, w obu szeregach doświadczeń wyzyskano prawie jednakowo, gdy z pentosan i drzewnika znacznie więcej pojawiało się w kale przy pokarmie, nieobfitującym w białko i tłuszcz. Lepsze wyzyskanie pentosan i drzewnika przy pokarmie, obfitującym w mięso, należy tłomaczyć wybitniejszem w tym przypadku gniciem, działającem na te ciała chemiczne. *L. Bier.*

Esmarch. **Zależność ciepłoty mieszkania od słońca.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, T. 48, 1905). W dosyć zaniedbanej przez higienę doświadczalną sprawie mieszkań podjął się znany higienista doświadczalnie określić czynniki urządzenia domu i mieszkania,

których wpływ na ciepłotę mieszkań w życiu codziennem i technice rozmaicie bywa oceniany. Wyniki doświadczeń, wykonanych w porze letniej na izolowanych grubą warstwą korka modelach domów, pokrytych w części, naświetlonej słońcem, rozmaitymi materyałami, używanymi w technice do pokrycia dachów, oszklenia i zasłon okien, streścić się dadzą w następujących zdaniach: Na ogrzanie mieszkań przez słońce wpływa prócz rozmaitego przewodnictwa materyałów budowlanych dla ciepła sposób i rodzaj materyału, użytego do krycia dachów. Dach łupkowy chroni od ciepła lepiej, niż dach z papy i blachy cynkowej, lepszą jednak od łupku jest dachówka. Użyta jako podkład warstwa izolacyjna, n. p. z desek, wybitnie wzmaga ochronę wobec ciepła (o 50, a nawet 100 prc.) i wyrównywa różnicę między pokryciem dachu papą i dachówką. Czarny i wogóle ciemny kolor dachu ułatwia wybitnie ogrzanie, wpływ ten jednak maleje przy zastosowaniu podkładu izolacyjnego, nie pozostaje jednak bez znaczenia dla ogólnej ekonomii ciepła w mieszkaniu w dłuższym okresie czasu. Z zasłon okien chroni zwykła lniana lepiej od story pręcikowej, grubsze lepiej od cienkich, jasne lepiej od ciemnych, o ile niema wybitnych różnic grubości. Kolor żaluzyi na ogrzanie mieszkania niema wpływu, natomiast chronią one mieszkanie od ciepła 2—3 razy lepiej od zwykłych stor płociennych. Wszystkie gatunki szkła białego z wyjątkiem szkła mlecznego, które chroni nieco lepiej od zasłon białych, przepuszczają wiele ciepła słonecznego; szkła barwne nie dorównują storom białym płóciennym. Pokrycie ścian zielenią, n. p. winem, chroni wybitniej, w miarę gęstości prawie o 50 prc.; ujemnym stronom pokrycia ścian domu zielenią, t. j. wilgoci i owadom, zapobiedz łatwo. *L. Bier.*

Hoffmann. **Mocz z publicznych miejsc ustępowych, a zarazki duru brzusznego.** (*Hyg. Rundschau* 1905, Nr. 7). Badany przez H. mocz z ustępów publicznych Berlina w okolicach, zamieszkałych przez chorych na dur i ozdrowieńców, zawierał tylko w jednym przypadku zarazki *b. paratyphi typu B.*, *Schottmüller*. Używano do badań agaru Konradi-Drigalskiego. Ujemny wynik badań przypisuje autor za małej ilości wykonanych badań. *L. Bier.*

Drigalski. **Przypadek gromadnego zachorowania po spożyciu mięsa końskiego.** (*Festschr. zum 60. Geburtstag R. Koch's*, str. 409, 1905). W przypadku gromadnego zachorowania 50 osób (3 z nich zmarło) z objawami ostrego nieżytu żołądkowojelitowego bez gorączki, wywołanego spożyciem mięsa końskiego, wyhodował D. na pożywce Drigalskiego-Konradiego z narządów 1 zmarłego odmianę *b. enteritidis Gaertner*. Ten sam zarazek znalazł D. również w mięsie owego konia jeszcze w 4 tygodnie po rzezi. Surowica chorych, objawiająca w pierwszym tygodniu bardzo wybitną aglutynacyę (1 na 300: 4000), w 4 tygodniu od zachorowania zachowała ją w stosunku 1 na 100 tak wobec hodowli oryginalnej Gaertnera, jak i wobec wyhodowanych zarazków. Wyhodowane zarazki były dla świnek morskich i myszy bardzo jadowite, nawet przy karmieniu; działanie to utrzymywało się nawet po przesączeniu i po ogrzaniu do 100° C. Zdaniem D. nie sprawia u człowieka zaburzeń wprowadzenie małej ilości zarazków do przewodu pokarmowego; chorobę wywołują bądź jady swoiste, wprowadzone do przewodu pokarmowego w mięsie, w którem się wytworzyły, bądź też wielka ilość zarazków, z których jad się uwolnił po obumarciu komórek bakteryi. Dowodzi tego ta okoliczność, że osoby chore spożywały mięso conajmniej w 8 dni po rzezi (kiełbasy i inne konserwy), jak również i to, że z otoczenia chorych nie zapadł nikt prócz tych, którzy owe mięso spożywali. Porównawcze badania biologiczne 13 odmian *b. enteritidis* z pokrewnymi zarazkami duru, paratyfusu i czerwonki pozwalają stanowczo odróżnić pierwsze zarazki od drugich; mianowicie różnią się te zarazki zdolnością wywoływania fermentacyi; najwięcej zbliżonym do *b. enteritidis G.* jest *b. paratyphi*. Porównawcze zaś badanie odmian *b. enteritidis G.* między sobą na podstawie aglutynacyi pozwala je rozdzielić na 2 grupy, z których jedna również jest pokrewną *b. paratyphi*. Dla zapobieżenia zatruciu jadem mięsnym proponuje autor, by z każdego dobitego lub wyraźnie chorego zwierzęcia przesyłano części śledziony i mięśni do pracowni bakteryologicznych. W razie znalezienia w mięsie *b. enteritidis* należałoby mięso to zniszczyć i stanowczo zakazać jego sprzedaży jako towaru o jakości pośledniejszej (Freibank). *L. Bier.*

Nieter. **Stwierdzenie prątków durowych w wodzie przez strącenie ich chlorkiem żelaza.** (*Hygienische Rundschau* 1906, Nr. 2). Autor porównywał różne sposoby wykrywania zarazka durowego w wodzie, polegające na wywoływaniu we wodzie rozmaitemi solami żelaza strątu, zawierającego zarazem zarazki duru i użyciu tegoż strątu do hodowli płytkowych. Na podstawie swoich doświadczeń uważa N. metodę Müllera (użycie chlorku żelaza) za lepszą od Fickerowskiej (siarkan żelazawy), gdyż otrzymywał pewny wynik jeszcze przy zakażeniu 3 litrów wody 1/50.000 częścią uszka platynowego. Do hodowli płytkowych używał autor pierwotnie agaru Drigalskiego, jednak lepsze wyniki osiągał później na pożywce agarowej z zielenią malachitową (Lentz-Tietza). Z pośród metod, polegających na strącaniu zarazka durowego, uważa N. metodę Müllera za najlepszą, sądzi jednak, że poszukując zarazków duru w wodzie należy obok tamtej używać także metod zagęszczania mikrobów przy zastosowaniu wstępnych hodowli (Vorkultur Ficker-Hoffmann). *L. Bier.*

NEUROLOGIA. C. Reinhold. **Porażenie postępujące w następstwie urazu.** (*Neurol. Centralbl.* Nr. 14, 1905). Autor zestawia zapatrywania wybitniejszych neurologów co do możliwości powstania porażenia postępującego wskutek urazu, a nie jako następstwo przebytej kiły, i przychodzi do przekonania, że uraz, aczkolwiek tylko wyjątkowo, jednak przecież może być jedyną przyczyną wystąpienia porażenia postępującego. Jako dowód przytacza przypadek, dotyczący woźnicy, który, niosąc ciężki wór na plecach, upadł i całym ciężarem stłukł sobie krzyże. W $^1/_4$ roku później stwierdzono leniwe oddziaływanie źrenic, później zaś zanik częściowy nerwu wzrokowego, zaburzenia w chodzeniu, lekkie upośledzenie czucia bólu w dolnych kończynach i wzmożenie odruchów. Później zaczęły występować objawy psychiczne, zrazu jako psychiczne zamroczenia i pomieszania, później jako stały upadek władz umysłowych. W tym czasie stwierdzono zupełny brak oddziaływania źrenic na światło. W końcu wystąpiły zaburzenia mowy, niedowłady mięśni gałek ocznych, drganie włókienkowe w twarzy i napady rzekomej padaczki i rzekomego udaru mózgowego. W jednym z nich nastąpiła śmierć w 22-gim miesiącu choroby. Sekcya wykazała: zgrubienie opon mózgowych, zaniki zwojów i zmiany w naczyniach; badanie zaś mikroskopowe: zanik włókien nerwowych poziomych (tangencyalnych) i nadpromienistych, nadmierny rozwój gleju, a w rdzeniu rozsiane zwyrodnienia poszczególnych włókienek. Autor uważa ten przypadek za dowód możliwości istnienia porażenia postępującego pochodzenia wyłącznie urazowego. Brak jednak charakterystycznych objawów umysłowych, fakt, iż brakowi oddziaływania źrenic na światło towarzyszyły zaniki nerwów wzrokowych, niedostateczne wykluczenie kiły i stosunkowo niedość znaczne zmiany mikroskopowe, zmniejszają znaczenie, jakie autor swemu przypadkowi nadaje, zwłaszcza jeśli się wspomni opisaną przez Köppena: „posttraumatische Demenz“. *Dr. A. R.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Binz. **O leczeniu odzięblin.** (*Therapie der Gegenwart* 1906, I). B. poleca maść następującą: *Calcariae chloratae 1, Ung. paraffini 9; M. tere exactissime, f. ungt.* Wieczorem należy kawałek tej maści wielkości grochu przez pięć minut wcierać w miejsce bolesne i czerwone, potem pokryć zwykłym opatrunkiem, materyą nieprzemakalną i wreszcie pończochą lub rękawiczką, by chlor się nie ulatniał za szybko i nie niszczył pościeli. Leczenie takie działa pewniej, niż pędzlowanie nalewką jodową lub rozcieńczonym kwasem azotowym. W świeżych przypadkach ból i zapalenie znikają już po tygodniu. Maść musi być świeża, co poznać można po tem, że wydaje zapach kwasu podchlorawego. Zapobiedz można odmrożeniom, jeśli skłonni do nich przyzwyczają się do codziennych zimnych kąpieli nożnych w ciepłej porze roku i w zimie nadal je stosują. *Dr. Fels.*

Wolf. **O zapobieganiu chorobie morskiej.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1906, Nr. 3). Osoba skłonna do choroby morskiej, powinna położyć się odrazu poziomo na łóżku, sofie lub na fotelu pokładowym. Należy unikać ubrania obcisłego, jak mocno spiętych kamizelek i spodni, a u kobiet przedewszystkiem sznurówki. Na szerokość czoła układa się ręcznik, zmaczany w gorącej (80°) wodzie i wykręcony, wiąże się go jak najmocniej, zaciskając jeszcze przełożonym patykiem i t. p. W pierwszej chwili trudno znieść tak gorący okład, mimo to jak najprędzej należy go zmienić na drugi, równie gorący. Okłady powtarza się, dopóki nie nastąpi ulga (uczucie lekkości). Jeść, pić, ani palić w czasie tych okładów nie wolno. Skutek okładów następuje w pół godziny lub godzinę. Przezwyciężenie choroby morskiej objawia się pragnieniem, którego jednak nie wolno gasić; dopiero gdy chory uczuje silny głód, wtedy może wypić słabą gorącą herbatę bez cukru i innych dodatków z prostym sucharkiem. Dopiero w dwie godziny potem można wszystko jeść, pić i palić. *Dr. Fels.*

Salit (ester kw. salicylowego), ciało płynne, oleiste, nierozpuszczalne w wodzie i glicerynie, łatwo zaś w wyskoku i oliwie, poleca W. Schmidt (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1906, Nr. 3)

wszędzie tam, gdzie jest wskazany kwas salicylowy, a więc przy nerwobolach, bolach gośćcowych, w gośćcu stawowym i mięśniowym, zapaleniu nerwu kulszowego, ścięgien, opłucnej i t. d. Salit wciera się w skórę. Objawów ubocznych, jak wyprysk lub zaburzenia trawienia, S. nie widział, aczkolwiek spostrzeżenia jego obejmują 40 przypadków. Dawkę zwykłą 2 razy dziennie po 1—2 łyżeczek kawowych, przekraczano kilkakrotnie bez wpływu szkodliwego. *H.*

Novargan w leczeniu wiewióra zachwala E. Schwarz (*Therap. Monatshefte.* 1906. I). Jestto przetwór, zawierający 10% srebra, w postaci proszku żółtawego, delikatnego, z którego sporządzono również kołaczyki po 0·2 g. W wodzie zimnej rozpuszcza się do 50%. Z prac, jakie v. Hoessle i Gröter o novarganie ogłaszają, wynika, że działa on w równych rozczynach głębiej, aniżeli protargol lub albargina, a mimo to mniej drażni. Lucke używał z dobrym skutkiem wkraplań novarganowych do przedniej części cewki w przypadkach ostrego wiewióra po 0·5 cm. 15% rozczynu przez tydzień. Na podstawie 14 przypadków stwierdza S., który używał 1—½% rozczynu, wpływ korzystny na objawy wiewióra, działanie zabójcze wobec dwoinek wiewiórowych i brak wpływu drażniącego. *Hr.*

Kwas nukleinowy ma wybitne własności chemotaktyczne względem krwinek białych. Te jego własności próbowali wyzyskać Mikulicz i Miyake do zwalczania zakażeń chirurgicznych. Doświadczeniami na zwierzętach stwierdził Miyake, że odporność na zakażenia wzrasta po wstrzyknięciu kwasu nukleinowego do otrzewnej lub pod skórę kilkanaście (20) razy. Po takich wstrzykiwaniach znosiły zwierzęta bez szkody dostanie się kału do jamy otrzewnej, które u zwierząt kontrolnych wywoływało zawsze zapalenie otrzewnej. Zdaniem zaś Mikulicza zapobiegawcze wstrzyknięcie kwasu nukleinowego przed laparotomiami powinnoby znacznie zmniejszyć niebezpieczeństwo, jakiem zawsze jeszcze grożą operacye na jelitach i żołądku. U ludzi wstrzykiwano na 12 godzin przed operacyą podskórnie 50 cm.² sześć. fizyologicznego rozczynu soli, zawierającego 2 prc. nukleinianu sodowego. *Zt*

* * *

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie wyborcze dnia 20 grudnia 1905.

Przewodniczy: kol. prof. Nowak, obecnych członków 37.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

II. Kol. Godlewski Maryan i Skórkowski Wacław zostali wybrani jednomyślnie jako nowi członkowie.

III. Następnie przystąpiono pod kierunkiem przewodniczącego komitetu przedwyborczego, prof. Jakubowskiego, do wyborów Komitetu Towarzystwa. Wybrani zostali: Kol. doc. Rutkowski prezesem, prym. Borzęcki wiceprezesem, prof. Korczyński Lud. sekretarzem stałym, Landau Jan bibliotekarzem, Wilczyński sekretarzem dorocznym, prof. Ciechanowski naczelnym redaktorem »Przeglądu lekarskiego«, a członkami komisyi redakcyjnej kol.: prof. Klecki, prof. Korczyński, Kwaśnicki i Wojciechowski.

Do komisyi przemysłowo-lekarskiej wybrani kol. prof. Korczyński, doc. Seńkowski i Korolewicz, do komisyi kontrolującej kol. Cercha i Wachtel, delegatami do Rady Zawiadowczej Tow. lek. gal. prof. Mars i Gluziński, a zastępcą prof. Raczyński.

IV. Prof. Jakubowski przedstawił wniosek komitetu przedwyborczego: »W celu zapewnienia nadal trwałej i skutecznej opieki dla domu Towarzystwa lekarskiego, członkowie Komitetu przedwyborczego wypowiadają życzenie, aby Towarzystwo lekarskie zamianowało stałym kuratorem domu swego ustępującego prezesa kol. Juliana Nowaka, pod którego kierunkiem dom ten zbudowanym został. Sprawę bliższego określenia praw i obowiązków kuratora przekaże Towarzystwo komitetowi celem stosownego załatwienia«.

Wniosek ten przyjęto.

V. Na skutek pisma Akademii umiejętności wybrano prof. Nowaka delegatem do komisyi konkursu im. Dra Warschauera.

Za sekretarza dorocznego: *Dr. T. Cybulski.*

Posiedzenie administracyjne dnia 17 stycznia 1906.

Przewodniczący: prof. Nowak, obecnych członków 38.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przed przystąpieniem do porządku dziennego przedstawił prof. Jaworski przypadek **plamicy gośćcowej** (typu Henoch). W dyskusyi zabierali głos kol. prof. L. Korczyński, Stahr i prelegent.

III. Sekretarz stały kol. Borzęcki przedstawił następujące sprawozdanie z czynności Tow. w r. 1905:

W liczebnym stanie członków Towarzystwa lek. krak. zaszły w ciągu roku 1905 następujące zmiany: przybyło członków honorowych 2, czynnych 26, ubyło członków czynnych przez śmierć i przesiedlenie 3, korespondent jeden; liczba członków czynnych powiększyła się o 21 i w dniu 31 grudnia 1905 stan liczebny przedstawiał się jak następuje: członków honorowych 15, członków czynnych 173, czł. koresp. 48.

W ciągu roku 1905 odbyło Towarzystwo 13 posiedzeń zwyczajnych, jedno nadzwyczajne, jedno administracyjne. Na posiedzeniach naukowych wygłoszono 14 odczytów i 12 demonstracyi.

W zakresie spraw administracyjnych pierwsze miejsce zajmuje otwarcie »Domu Towarzystwa lekarskiego«, które odbyło się uroczyście dnia 2 marca 1905. Myśl stworzenia ogniska własnego, w którem by skupiał się nietylko ruch naukowy, ale i towarzyski członków, doczekała się swego urzeczywistnienia dzięki niestrudzonej energii i zapobiegliwości prezesa kol. Nowaka. Towarzystwo lekarskie krakowskie w ocenieniu podjętej pracy ofiarowało Mu jednomyślnie godność członka honorowego. Drugie poczesne miejsce zajmuje pojawienie się z początkiem r. 1905 »Słownika lekarskiego polskiego« na półkach księgarskich. Owoc to długoletniej pracy. Na posiedzeniu administracyjnem skreślił kol. Ciechanowski w imieniu Komisyi słownikowej historyę tego dzieła. Towarzystwo nasze w uznaniu wielkich zasług, jakie położył około wydania Słownika prezes komisyi słownikowej prof. Browicz, zaliczyło Go dnia 5 kwietnia 1905 jednogłośnie w poczet swoich członków honorowych, wyrażając zaś wszystkim członkom Komisyi i tym, którzy w jej pracach byli pomocni, swoje gorące podziękowanie.

W dalszym ciągu z zakresu spraw administracyjnych podnieść należy, że w łonie Tow. lek. krak. w związku z Komisyą redakcyjną »Przeglądu lekarskiego« zawiązało się »grono sprawozdawców« pod przewodnictwem kol. Nowaka, które w rubryce wyciągów i sprawozdań umieszczało streszczenia prac.

W roku niniejszym rozwiązano Komisyę, która zajmowała się przesyłaniem wyciągów z prac polskich autorów do roczników Virchowa-Hirscha, a miejsce jej zajęła takaż komisya z łona Tow. lwowskiego.

W roku niniejszym zmarło dwóch członków czynnych: prof. dr. Edward Korczyński i dr. Karol Kramarzyński i jeden członek korespondent: prof. dr. Jan Mikulicz we Wrocławiu. Dotkliwą stratę poniosło Towarzystwo lekarskie przez śmierć ś. p. prof. dr. Edwarda Korczyńskiego. Był jednym z najstarszych członków, a sprawy i losy Towarzystwa obchodziły go żywo do ostatnich lat życia. Piastował kolejno wszystkie godności w komitecie Towarzystwa, wybrany wreszcie prezesem w roku 1875 i 1876. Jego dziełem było stworzenie Komisyi przemysłowo-lekarskiej, której przewodniczył do końca życia. Trwałemi zgłoskami zapisał swoje imię w rocznikach naszego Towarzystwa. Ś. p. prof. dr. Jan Mikulicz w ciągu krótkiego swojego pobytu w Krakowie żywy brał udział w ruchu Tow. lek. krak.; wybrany w r. 1886 wiceprezesem, a w 1887 prezesem Towarzystwa. — Cześć ich pamięci!

Sprawozdanie to przyjęto do wiadomości.

IV. Skarbnik kol. Dobrowolski przedstawił sprawozdanie kasowe za r. 1905, a prezes kol. Nowak zamknięcie ogólne rachunków budowy domu Towarzystwa i preliminarz budżetu Towarzystwa na r. 1906. Sprawozdania te przyjęto do wiadomości, a na wniosek kol. Kwaśnickiego uchwalono przez aklamacyę podziękować ustępującemu prezesowi za zasługi, położone w czasie 3-letniego urzędowania, doprowadzenie do skutku i ukończenie budowy domu.

V. Przyjęto sprawozdanie bibliotekarza kol. J. Landaua stanu biblioteki.

VI. Kol. prof. Ciechanowski zdał sprawę z administracyi »Przeglądu lekarskiego« w r. 1905.

VII. Kol. prof. Ciechanowski zdał sprawę z administracyi wydawnictwem »Słownika lekarskiego«. Oba te sprawozdania przyjęto do wiadomości.

VIII. Kol. Wachtel złożył imieniem komisyi kontrolującej sprawozdanie, które przyjęto do wiadomości, a na wniosek kol. Wachholza udzielono absolutoryum ustępującemu wydziałowi.

IX. Odczytano nadesłany przez Radę zawiadowczą Tow. lek. galic. wykaz zapomóg, udzielonych wdowom po członkach Tow. lek. krak. W dyskusyi zabierali głos kol. prof. Nowak, Wachholz, Borzęcki, Surzycki i Schaitter.

X. Uchwalono regulamin dla kuratoryi domu.

XI. Kol. prof. Browicz podnosi zasługi ustępującego redaktora kol. Kwaśnickiego i wnosi, by Towarzystwo wyraziło mu uznanie i wdzięczność za dziesięcioletnią pracę, co przyjęto przez aklamacyę.

Za sekretarza dorocznego: *Dr. T. Cybulski.*

Posiedzenie dnia 24 stycznia 1906.

Przewodniczący: kol. Doc. Rutkowski. Obecnych członków 35.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

II. Komitet Tow. wnosi, by Dr. Wład. Biegańskiego w uznaniu jego zasług dla nauki i piśmiennictwa polskiego zamianować członkiem honorowym Towarzystwa. Wniosek imieniem Komitetu uzasadnia kol. Ciechanowski. Głosowanie stosownie do przepisów statutu odbędzie się na następnem posiedzeniu.

III. Na członka Towarzystwa przyjęto kol. Korolewicza.

IV. Kol. prof. Piltz przedstawia przypadek **niedowidzenia połowiczego**: Służąca M. F., lat 40 mająca, cierpi już od dłuższego czasu na silne bole głowy. W ostatnich czasach były te bole tak silne, iż chora nieraz odchodziła od przytomności. 4 tygodnie temu pod wpływem silnego wzruszenia moralnego dostała w nocy napadu, w którym straciła wzrok. Jednocześnie powstało znieczulenie na twarzy w lewej górnej wardze, na końcach palców lewej ręki i na lewej nodze w okolicy ścięgna Achillesa i osłabienie obydwu lewych kończyn. Znieczulenie już po 3 dniach ustąpiło, pozostawiając po sobie na tych samych miejscach silny ból i uczucie ścierpnięcia, które trwało jeszcze przez 3 tygodnie; wtedy także obie lewe kończyny były wyraźnie słabsze od prawych. Utrata wzroku po 3 dniach ustąpiła, lecz nie zupełnie: chora zauważyła, iż widzi tylko przedmioty, znajdujące się przed nią z prawej strony, przedmiotów zaś, znajdujących się po stronie lewej, nie widziała. Perymetryczne badanie, wykonane w klinice prof. Wicherkiewicza, któremu zawdzięczam możność przedstawienia tej chorej, stwierdziło typowe lewostronne niedowidzenie połowicze. Wobec tego, że objawowe leczenie w tym przypadku nie dało żadnego wyniku, że perymetryczne badanie, kilkakrotnie i w klinice okulistycznej i w naszem ambulatoryum wykonane, nie wykazało żadnej wybitnej zmienności tej hemianopsyi, dalej wobec jednoczesnego istnienia zaburzeń czucia po stronie lewej i zaburzeń ruchowych w kończynach lewych, należy przyjąć, że hemianopsya w danym przypadku ma podkład organiczny. To przypuszczenie potwierdza cały szereg objawów somatycznych, dziś jeszcze istniejących, a mianowicie: wyraźne przeciągnięcie języczka na stronę prawą, nieznaczne odchylenie języka w stronę lewą, to, że ściskanie lewą ręką jest wybitnie słabsze, niż prawą, dalej wzmożenie odruchów ścięgnistych w górnej kończynie lewej większe, niż w prawej, odruchy lewego ścięgna Achillesa nieco większy, niż prawego, wreszcie źrenica lewa szersza od prawej. Jakkolwiek wszystkie te objawy są dziś bardzo nieznaczne, to jednak przy wielokrotnych badaniach chorej dały się zawsze stwierdzić. Na podstawie wszystkiego, co wyżej powiedziano, należy przypuścić, że hemianopsya w danym przypadku jest pochodzenia organicznego, zapewne na tle swoistem. Najprawdopodobniej przyczyną jest tu kilak, leżący gdzieś w okolicy poduszki (*pulvinar*) po stronie prawej. Kilak ten zajął przedewszystkiem ośrodkową drogę wzrokową (*radiations optiques de Gratiolet*), a także pośrednio wpłynął i na ośrodkowe drogi czuciowe i ruchowe. (*Streszczenie własne*).

V. Kol. prof. Browicz miał wykład: **„O topografii dróg żółciowych śródzrazikowych“.**

Sekretarz doroczny: *Dr. Wilczyński.*

Posiedzenie dnia 31 stycznia 1906.

Przewodniczy: Kol. Doc. Rutkowski. Obecnych członków 29.

I. Protokół z poprzednich posiedzeń przyjęto.

II. Wybrano jednomyślnie Dr. Władysława Biegańskiego z Częstochowy członkiem honorowym Towarzystwa.

III. Kol. Prym. Bogdanik przedstawia chorego ze zmiażdżeniem stopy i części podudzia, leczonego ½% rozczynem kreoliny.

IV. Kol. Prym. Borzęcki przedstawił: *a*) chorego, l. 40, u którego w dniu przyjęcia do oddziału chorób skórnych stwierdzono w rowku zażołędnym **równocześnie** istniejące: po jednej stronie **zmianę pierwotną**, po stronie drugiej **wrzód miękki**. Rozpoznanie kliniczne potwierdziło badanie bakteryologiczne i przeszczepienie wrzodu miękkiego z wynikiem dodatnim; ropa z przeszczepionego owrzodzenia zawiera prątki Krefting-Ducreya. Badanie wydzieliny ze zmiany pierwotnej, wykonane przez kol. Krzyształowicza, stwierdziło liczne krętki Schaudinna, brak zaś ich w preparacie, sporządzonym z wydzieliny wrzodu miękkiego. (Demonstracya preparatów) (*Streszczenie własne*).

b) chorego z rozległym **liszajem żrącym** twarzy (*lupus*), który zniszczył małżowinę uszną, i u którego w celu kosmetycznym według pomysłu kol. Gogulskiego zrobiono z aliażu glinu i cynku **sztuczną małżowinę**, odpowiednio pomalowaną i za pomocą sprężyny, biegnącej w poprzek czaszki, na miejscu właściwem przymocowaną;

c) chorego **z kiłą nosa**, u którego wykonano **plastykę** nosa.

V. Kol. Prof. Reiss przedstawia:

a) przypadek *Lichen puber planus*, leczony wstrzykiwaniami arsenu;

b) przypadek **liszaja rumieniowatego** (*Lupus erythematosus*), leczony również arsenem;

c) dziecko **z niezwykłem usadowieniem pierwotnego owrzodzenia kiłowego** na prawym migdałku z następową wysypką plamisto-grudkową.

W dyskusyi zabiera głos kol. Prym. Borzęcki.

VI. Kol. Doc. Gliński przedstawia:

a) liczne **późne zmiany kiłowe,** znalezione w zwłokach 49-letniej kobiety, zmarłej na zapalenie płuc włóknikowe. Badanie pośmiertne wykazało w kościach czaszki liczne ubytki, powstałe na tle kilaków, wychodzących z okostnej, wżerających się w kość i dziurawiących ją miejscami na wylot; kilaki okostnej (*periostitis gummosa*) stwierdzono również na obydwu kościach goleniowych, jednocześnie liczne kilaki znajdowały się wśród szpiku tych obydwu kości. Błona śluzowa na korzeniu języka przedstawiała obraz t. zw. zaniku gładkiego (*atrophia glabra*); więzadło językowo-nagłośniowe środkowe (*lig. glosso-epiglotticum med.*) było znacznie skrócone, nagłośnia wyraźnie odwinięta ku przodowi. W tylnej części gardła po stronie prawej, tudzież w dolnej części tchawicy znajdowały się rozległe blizny promieniste po kilakach; również dość znacznych rozmiarów bliznę po kilaku znaleziono w wątrobie. Z innych zmian, ktoreby w tym przypadku uważać należało również za następstwo zakażenia jadem kiłowym, podnieść wypada znaczny rozrost tkanki łącznej w wątrobie i trzustce, oraz wybroczynowe zapalenie opony twardej mózgu. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na mnogość późnych zmian kiłowych u jednej osoby, które to zmiany, nawet w pojedynczych narządach, coraz rzadziej spotyka się u nas na stole sekcyjnym.

b) Okaz **tętniaka tętnicy nerkowej prawej,** znaleziony w zwłokach kobiety 70-letniej. Tętniak znajdował się w głównym pniu tętnicy nerkowej, szerokim otworem łączył się ze światłem tętnicy, posiadał ściany całkowicie zwapniałe, a światło wypełnione skrzepami krwi; rozmiarami swymi tętniak ten dorównywał bez mała wielkości orzecha laskowego. Znaczenia klinicznego w tym razie tętniak ten nie posiadał i zasługuje na uwagę ze względu na niezwykłą rzadkość tej sprawy w tętnicach nerkowych.

c) Okaz nowotworu wrodzonego, usuniętego operacyjnie przez kol. Prym. Bogdanika z szyi 10-letniego dziecka. Guz ten, jak stwierdzają przedstawione jednocześnie preparaty mikroskopowe, posiada utkanie nowotworu bardzo rzadkiego, t. zw. **nerwiaka zwojowego** (*ganglio-neuroma*). (Opis tego przypadku będzie ogłoszony w »*Przegl. Lek.*«). (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi zabiera głos kol. prymaryusz Bogdanik: Guz wydobyty ze szyi niewątpliwie ma pochodzenie wrodzone, skoro go matka spostrzegła u dziecka już w 7 miesiącu życia. Usadowienie guza przemawia za tem, że zawierać on może włókna n. współczulnego, przy wyłuszczeniu bowiem dotarłem aż do wyrostków poprzecznych kręgów szyjnych, a guzek tętniczy (*tuberc. caroticum*) dokładnie można było wymacać. Czy jednak

cały nerw współczulny przecięty został, wątpię bardzo, bo po operacyi nie było znamiennych objawów, które wielokrotnie spostrzegałem, wycinając zwój środkowy n. współczulnego na szyi w padaczce. (*Str. własne*).

Kol. Gliński podkreśla z przemówienia kol. Bogdanika następujące szczegóły: 1) głębokie usadowienie guza na szyi w miejscu, gdzie przebiega nerw współczulny i gdzie leżą jego zwoje; 2) brak zaburzeń klinicznych ze strony nerwu współczulnego po wyłuszczeniu guza nowotworowego. Szczegóły te przemawiają właśnie za wygłoszonem przez prelegenta w pierwszem jego przemówieniu zdaniem, iż punktu wyjścia tego nowotworu szukać należy w układzie współczulnym, lecz że punktem jego wyjścia nie był ani właściwy nerw współczulny, ani jego zwoje, lecz jakieś zbłąkane przy wytwarzaniu nerwu współczulnego gniazdo komórek zwojowych. (*Streszczenie własne*).

VII. Kol. Gettlich przedstawia **tubusy celluloidowe**, mające nad dotychczas zwykle w krupie używanymi metalowymi tę wyższość, że są od nich lżejsze, a światło ich jest szersze. Tubusów tych wyjaławiać nie można; do odkażenia wystarcza mechaniczne oczyszczenie i opłukanie słabym rozczynem karbolu.

W dyskusyi zabiera głos kol. Gertler, podnosząc szczegółowe wskazania dla tych tubusów.

VIII. Kol. Prym. Bogdanik przedstawia swoje **nożyce kostne** i **uciskadło jelitowe** własnego pomysłu, którego opis poda w jednym z następnych numerów »*Przeglądu*«.

Sekretarz doroczny: *Wilczyński.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Bierny opór lekarzy gminnych w Austryi dolnej trwa dalej. Imieniem dolno-austryackiej Izby lekarskiej, która nie obejmuje lekarzy wiedeńskich, prezydent jej dr. List, tudzież wiceprezydent dr. Riss udali się w towarzystwie posła dra Chiariego, przewodniczącego parlamentarnej komisyi sanitarnej, do ministra spraw wewnętrznych hr. Bylandt-Rheidta. Deputacya przedstawiła ministrowi smutne położenie ekonomiczne całego stanu lekarskiego w Austryi Dolnej, zwłaszcza zaś lekarzy gminnych, uzasadniła ich żądania i prosiła ministra, ażeby jako najwyższy naczelnik zarządu sanitarnego usunął te stosunki, które dały powód do biernego oporu lekarzy. Minister oświadczył, że spełni żądania lekarzy, o ile na to pozwolą istniejące ustawy i przepisy. Wiedeńska Izba lekarska uchwaliła tymczasowo 1000 kor. na rzecz strejkowego funduszu lekarzy. Na ten sam cel złożyły ofiary wiedeńskie Towarzystwa lekarskie. *R.*

Reformę służby zdrowia w Królestwie polskiem zakreśla »Kronika lekarska« (1906, Nr. 1) w ramach następujących: Utworzenie Rady zdrowia, złożonej wyłącznie z lekarzy, a zarządzającej całą służbą zdrowia; oddzielenie spraw sanitarnych od sądowo lekarskich i leczniczych, dotąd wspólnie spoczywających na barkach każdego lekarza urzędowego; ustanowienie w każdym powiecie przynajmniej jednego lekarza sanitarnego i jednego lekarza sądowego (w miastach gubernialnych po 2, w Warszawie i w Łodzi po 10—15 lekarzy sądowych); utworzenie na każde 3 gminy szpitalika po 8—10 łóżek z osobnym lekarzem i jednej posady akuszerki, w każdem mieście powiatowem szpitala na 30—50 łóżek, w każdej gubernii większego szpitala o 5 oddziałach, uzdrowiska dla suchotników, przytułku dla nieuleczalnych i podrzutków. Każdy szpital ma mieć zupełną autonomię, a tylko kontrola i statystyka należą do krajowej Rady zdrowia. *R.*

W sprawie znawców lekarskich. Na wniosek profesora medycyny sądowej Dittricha z Pragi uchwalili profesorowie medycyny sądowej wszechnic austryackich zwrócić się do Ministerstwa sprawiedliwości z przedstawieniem, ażeby przy wprowadzaniu wszelkich reform w zakresie znawców lekarskich było zapytywane o fachowe zdanie grono profesorów medycyny sądowej, jako najwyższych przedstawicieli tej gałęzi nauk lekarskich, a nie departament sanitarny Ministerstwa spraw wewnętrznych, mało z tym zakresem obeznany. Na referentów petycyi w tej sprawie obrało grono profesorów medycyny sądowej prof. Krattera z Gracu i prof. Wachholza z Krakowa, którzy w tych dniach swój elaborat przesłali już wnioskodawcy. W elaboracie tym upraszają profesorowie o udzielenie im prawa inicyatywy w zakresie zmian i ulepszeń przepisów, dotyczących znawców, w szczególności zwracają uwagę na konieczną potrzebę wydania nowego regulaminu co do sposobu wykonywania sekcyi sądowych i t. d. *R.*

Bardzo ruchliwy Związek lipski (Leipziger Verband), który jednoczy lekarzy z całego cesarstwa niemieckiego i po wszystkich większych miastach ma swoje grupy miejscowe, zajął się ostatnimi czasy urządzeniem wykładów, mających na celu zapoznanie studentów medycyny oraz młodych lekarzy z wielkim już dzisiaj działem ubezpieczenia robotniczego i z ważną dla całego stanu lekarskiego sprawą zawodowej organizacyi. Miejscowa grupa berlińska urządziła d. 17 listopada r. z. dwa pierwsze wykłady. Pierwszy przemawiał Dr. Kähler na temat: »Lekarz i publiczność«, podając z własnego bogatego doświadczenia zajmujący obraz licznych wzajemnych stosunków między lekarzem a publicznością, a zwłaszcza zwracając uwagę na liczne niebezpieczeństwa, grożące ze wszystkich stron młodemu początkującemu lekarzowi. Omawiał stosunek „lekarza" do leczących się kobiet, mówił, jak lekarz powinien odnosić się do chorego i jego otoczenia w sprawie rozpoznania i rokowania, omawiał formę ordynacyi, jak powinien zachować się lekarz wobec publiczności życzliwej, a wrogiej naszej nauce, o koniecznej liczbie i czasie lekarskich odwiedzin, o pożyciu towarzyskiem lekarza z pacyentami, potem o tajemnicy lekarskiej, o sprawie przerywania ciąży, o stosunku lekarza do kolegów przy naradach lekarskich, o honoraryum lekarskiem, o »wdzięczności« pacyentów i t. d. Wykład swój zakończył następującemi słowy: »Otóż widzicie panowie, jak wiele kamieni spotykamy na naszej codziennej drodze, o które tak łatwo się potknąć, a które przecież musimy starannie omijać tak, że nic dziwnego, jeśli czasem deświadczenie i siły jednego człowieka na te ciężkie trudy nie wystarczą. I dlatego łączcie się panowie w stowarzyszenia i tam się uczcie obyczajów lekarskich, a przedewszystkiem nauczcie się rozumieć święty obowiązek solidarności zawodowej. Na każdym jednak kroku pamiętajcie Panowie o pięknych słowach Nothnagla: »Tylko dobry człowiek może być dobrym lekarzem«, które bodaj trafiły na żyzną glebę i dały bujny owoc«.

Drugi mówił Dr. Peyser: »O organizacyi zawodu lekarskiego«. Przedstawił pokrótce historyę rozwoju organizacyi lekarskiej w Niemczech, a następnie nakreślił obraz obecnych stosunków: 1) co do organizacyi państwowej (Izby lek., sądy honorowe), 2) co do organizacyi koleżeńskiej (Towarzystwa lekarskie) i 3) co do organizacyi zawodowej (Związek lipski) i omówił korzyści, jakie wywalczyła lekarzom organizacya.

Dalszy wykład z zapowiedzianego cyklu wykładów p. t.: »Zur Einführung der Medizinstudierenden und Medicinalpraktikanten in das Gebiet der Arbeiterversicherung und ärztlichen Standesorganisation« odbył się w Berlinie 24 listopada r. z. i to na temat »Lekarz i kasy chorych«. Dr. Lennhoff mówił w tym wykładzie o obowiązkach lekarza kasowego względem chorych i kas, a mianowicie o obowiązku jak najszybszego leczenia chorych członków kasy, obok jak największego oszczędzania środków, jakimi rozporządzają kasy, przyczem jednak chorzy, n. p. przez skąpienie leków, ucierpieć nie powinni. Mówił także o stosunku, jaki zachodzi między ustawą o kasach chorych, a ubezpieczeniem od wypadku, na stałą niezdolność do pracy i na starość. W drugiej części wykładu zajął się prelegent sprawą stosunku lekarza do kasy chorych: »Członkowie kas chorych rekrutują się przeważnie z ludzi, którzy dawniej lekarza albo zupełnie nie mogli zapłacić, albo bardzo niedostatecznie płacili; to jest przyczyną, dlaczego kasy płacą lekarzom bardzo małe wynagrodzenie. Ponieważ w czasie powstawania kas lekarze starsi zarabiali stosunkowo dość, by się utrzymać, więc odstępowali praktykę kasową młodym początkującym lekarzom i w ten sposób rozwinął się system stałych lekarzy kasowych, z wszystkiemi wadami, które się z biegiem czasu ujawniły, wadami, które odczuwa zarówno ogół członków kasowych, jak i cały stan lekarski«. Dobrze dobranymi przykładami objaśnił prelegent, jak w życiu wygląda poniżające godność zawodową ubieganie się lekarzy o posady w kasach chorych. I dlatego przemawiał gorąco za wolnym zorganizowanym wyborem lekarzy i przedstawiał korzyści, płynące stąd zarówno dla kas, jak i dla lekarzy. Naprzeciw organizacyi kas chorych powinna stanąć organizacya lekarzy i to nie miejscowa, ale centralna, obejmująca całe państwo. Co pod tym względem zdziałał dotąd Związek lipski w kilku latach swego istnienia i jak ułatwił młodym lekarzom, zaczynającym praktykę, stawianie pierwszych kroków, przedstawił prelegent w zakończeniu swojego ciekawego wykładu.

W dniu 1 grudnia r. z. mówił Dr. Joachim »O pośrednictwie pracy lekarskiej« i wykazywał, jak zarówno lekarzom, jak i publiczności zależeć powinno na odpowiedniem rozdzielaniu lekarskiej pomocy, jak rzecz ta jest ważna szczególnie dla lekarza, chcącego zabezpieczyć sobie byt i jak takie urządzenie jest

konieczne dla kontroli lekarskiej statystyki i dla wyrównania podaży i popytu na pracę lekarską.

Tego samego dnia wykładał Dr. Davidsohn »O nędzy lekarskiej i o samopomocy«. Przyczyną nędzy jest nietylko zmiana stanowiska społecznego lekarzy, wywołana nowemi ustawami i przepełnieniem w zawodzie, ale niejednokrotnie choroba, a przez nią niezdolność do pracy, niestety nierzadko także alkoholizm i morfinizm. Samopomoc do pewnego stopnia pomyślała i o pomocy dla takich, którzy sami są winni swojemu nieszczęściu.

Wykłady w dniu 8 grudnia dotyczyły sprawy ubezpieczenia lekarzy. Dr. Bentsch uzasadniał konieczną potrzebę ubezpieczenia lekarzy na przypadek choroby, niezdolności do pracy, od nieszczęśliwych wypadków i na życie. Na podstawie liczb, uzyskanych z kasy ubezpieczenia lekarzy niemieckich (Versicherungskasse für die Aertzte Deutschlands) udowadniał, że lekarze powinni się ubezpieczać w kasach lekarskich zawodowych, które im dają większe korzyści, niż wszystkie inne kapitalistyczne towarzystwa ubezpieczeń.

Przy końcu wykładu swego zwrócił się prelegent z gorącą odezwą do słuchaczy: »Pamiętaj o tem, że ubezpieczyć się musisz tylko sam i nie oglądaj się ani na państwo, ani na swoje przedstawicielstwo zawodowe, ani nie czekaj na ubezpieczenie przymusowe. Jeszcze do tego bardzo daleko, a jeśli do tego dojdzie, to takie ubezpieczenie ogólne wypadnie drożej, bo objąć będzie musiało zarówno starych, jak młodych, zarówno chorych, jak zdrowych. Pomnij, że w żadnym innym zawodzie nie można zarabiać i w dzień i w nocy, w dzień powszedni i w święto najuroczystsze, ale zrozum, że przez ten sposób zarobku przeceniasz swoje społeczne stanowisko. Rozważ, że te nadliczbowe godziny twej pracy w zawodzie, to rabunek twego zdrowia i dlatego zarobek ten powinieneś uważać niejako za pożyczkę i nie powinieneś go zużywać. Nie ubezpieczaj się na życie wcześniej, zanim się nie ubezpieczysz dostatecznie na przypadek choroby i stałą niezdolność do pracy, gdyż w przeciwnym razie łatwo mogłoby ci braknąć pieniędzy na dalsze opłaty na ubezpieczenie na życie, a wtedy stracisz, coś już upłacił. Nie zapominaj o humanitarności, której od ciebie wymaga zawód twój w stosunku do każdego chorego, przedewszystkiem w stosunku do członków twej rodziny, żony i dzieci i nie powinieneś dlatego poprzestać na ubezpieczeniu siebie samego na przypadek choroby, niezdolności stałej do pracy i na starość, ale zabezpieczysz swoich najbliższych na przypadek twej przedwczesnej śmierci«.

Zebranie zakończył Dr. Hesselbarth rozprawką o prawie i o ochronie prawnej lekarza niemieckiego. Mówił głównie o sprawie wynagradzania lekarzy i o środkach prawnych, przysługujących lekarzom, by się uchronić przed szkodami tak moralnemi, jak i materyalnemi.

Wykłady tego rodzaju okazały się bardzo potrzebnymi i korzystnymi i należy się spodziewać, że za Berlinem pójdą i inne miasta, nietylko niemieckie. *Stahr.*

Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 15 lutego 1906.

— Dnia 14 b. m. odbyło się posiedzenie Towarzystwa lek. krak., na którem prof. Piltz i dr. Rydel przedstawiali i omawiali przypadki z kliniki neurologicznej.

— Na dorocznem posiedzeniu Koła lekarzy Polaków w Petersburgu w dniu 24 stycznia (6 lutego) do Zarządu obrano: prezesem dr. M. Strawińskiego, wiceprezesem prof. dr. St. Zaleskiego, sekretarzem pierwszym doc. dr. W. Orłowskiego, drugim dr. K. Ulińskiego, skarbnikiem dr. U. Wiercińskiego, bibliotekarzem dr. S. Ostrowskiego, członkami doradczymi prof. dr. J. Ziemackiego, prof. dr. S. Raczyńskiego, dr. S. Wolańskiego i dr. A. Karnickiego; na kandydatów drów Z. Orłowskiego, Z. Sowińskiego i prof. dr. J. Szawłowskiego; do komisyi rewizyjnej drów J. Białobłocką, Wilamowskiego i W. Kozłowskiego.

— Wydział lekarski lwowski przedstawił na katedrę higieny następujące terno: I. doc. Kučerę, II. doc. Panka, obu ze Lwowa, III. doc. Drobę z Krakowa i dr. St. Serkowskiego z Łodzi. (»Tyg. lek.«).

— Prof. dr. Grzegorza Ziembickiego ze Lwowa mianowało Towarzystwo chirurgiczne w Paryżu swym członkiem zagranicznym.

— Na posiedzeniu, odbytem d. 11 stycznia 1906, uchwalili lekarze chorób dziecięcych we Lwowie założyć Kółko pedyatrów lwowskich i obrali prezesem kol. Szydłowskiego, zastępcą kol. Wachtla i sekretarzem kol. Hornunga. Na posiedzeniu tegoż Kółka w dniu 27 stycznia w szpitalu św. Zofii przedstawił kol. Hornung 2 przypadki *pseudohypertrophia musculorum progressiva* u 2 braci, a kol. Progulski mózg dziecka, dotkniętego chorobą Littla.

— Powodem, dla którego Towarzystwo szpitala św. Zofii we Lwowie zabroniło dalszych wykładów pedyatryi w tym szpitalu, jest odrzucenie przez ministerstwo kilku propozycyi Towarzystwa. Zakazem tym chce Towarzystwo przymusić rząd do ostatecznego załatwienia sprawy kliniki chorób dzieci. Wydział lek. lwowski podjął starania, by wykłady mogły się odbywać w szpitalu przynajmniej do końca bieżącego półrocza. (»Tyg. lek.«).

— Fizykat miejski we Lwowie rozpoczął starania, aby niezamożni mogli w razie potrzeby otrzymywać z aptek surowicę przeciwbłoniczą na koszt miasta.

— Lwowski »Przegląd higieniczny« został organem urzędowym Towarzystwa »Ochrona młodzieży«, nie przestając być organem Towarz. higienicznego.

— Ankieta, zwołana w połowie stycznia przez Wydział krajowy w sprawie budowy zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi, odbyła się z udziałem profesorów dr. Halbana, Piltza i Żuławskiego, dyrektora dr. Kohlbergera i prymaryusza dr. Świątkowskiego i uznała za miejsce na razie najodpowiedniejsze na zakład Lusinę pod Swoszowicami, ułożyła szkice planów zakładu i uchwaliła wysłać komisyę dla zbadania zakładów zagranicznych, do której, jak się dowiaduje »Tygodnik lek.«, mają być zaproszeni z lekarzy prof. Halban i dyr. Kohlberger.

— Między 21 a 27 stycznia stwierdzono w Galicyi 12 nowych przypadków ospy, mianowicie w Krakowie 1 (dziecko z Odessy zachorowało w izrael. schronisku dla emigrantów), w powiecie brodzkim 8, (z tego 6 robotnic, sortujących pierze w Brodach) i w pow. dąbrowskim (3), oraz 37 nowych przypadków duru osutkowego w 8 powiatach (Stryj 15, Tłumacz i Jaworów po 7, Horodenka 4, Zborów 2, Nadwórna, Przemyślany, Stary Sambor po 1).

— Zapalenie opon mózgowych szerzy się szybko w zachodniej części Śląska austr.

— »Kronika dentystyczna« ma zacząć wychodzić w Warszawie pod redakcyą M. Krakowskiego.

— Zakład leczniczy w Nałęczowie dobiegł 25 lat istnienia. Wskrzeszony z zupełnej ruiny w roku 1880 przez dr. Fortunata Nowickiego, miał w pierwszem pięcioleciu średnią frekwencyę 295 osób, w ostatniem — 796. Z początku otwierany tylko w lecie, działa zakład od r. 1885 także i w zimie, przybierając wtedy wszystkie cechy zakładu zamkniętego. Obecny dyrektor zakładu dr. Puławski jest piątym z rzędu. Oprócz działalności leczniczej zapisał zakład dobrze swe imię w zakresie działalności piśmienniczej na polu lekarskiem, klimatologicznem, botanicznem i etnograficznem, oraz pracą społeczną dla dobra miejscowej ludności (ambulatoryum lecznicze, kąpiele ludowe, szkoła koszykarska, towarzystwo kredytowe).

— Współredaktorem »Časopisu lek. česk.« obrany został doc. dr. Kose.

— Jak rząd pruski pojmuje obowiązki państwa co do opieki sanitarnej, świadczą zawarte w budżecie na r. 1906 olbrzymie kwoty na udotowanie licznych nowych katedr uniwersyteckich, budowę nowych gmachów klinicznych i t. d. (w jednej tylko »Charité« berlińskiej wyda rząd na budowę i dokończenie rozpoczętych gmachów 478,000 Mk.), a nadto takie wydatki, jak: $^1/_4$ miliona marek na wykonanie państwowej ustawy o chorobach zakaźnych, 350,000 marek na zwalczanie jaglicy i t. d.

— Niemieckie Towarzystwo kąpieli dla ludu ogłasza konkurs na najlepsze plany łazienki wiejskiej z nagrodami 400—600 marek, terminem do 31 marca b. r. Prace konkursowe przesyłać należy pod adresem: »Deutsche Gesellschaft für Volksbäder«, Berlin NW. 6. Karlstrasse 19.

— Zjazd internistów odbędzie się 24—27 kwietnia b. r w Monachium.

— Na tegorocznym zjeździe niemieckiego Towarzystwa sądowo-lekarskiego będzie przedmiotem obrad sprawa rozpoznawania śmierci z utonięcia. Imieniem komitetu Towarzystwa zaprosił prof. Puppe z Królewca prof. Wachholza z Krakowa, aby jako znany na tem polu badacz zechciał objąć pierwszy referat.

— 17 b. m. zbiera się w Wiedniu świeżo zawiązany austryacki oddział międzynarodowego kryminalistycznego zjednoczenia (Internation. kriminalistische Vereinigung). Członkiem zawiązującego się oddziału został z Polaków obrany prof. dr. Wachholz z Krakowa.

— Pierwszą kobietą, dopuszczoną we Francyi do konkursu na posadę lekarza schronisk (asyle) dla chorych chronicznych, będzie panna dr. Magdalena Pelletier, intern schroniska w Villejuif.

— Pierwszeństwo we wprowadzeniu obowiązkowego szczepienia krowianką przyznawano dotąd Bawaryi (w roku 1807). Obecnie utrzymuje dr. Goldschmidt na zasadzie badań archiwalnych, że jeszcze wcześniej (25 grudnia 1806) wydało takie prawo małe księstwo włoskie Piombino i Lucca pod rządami Elizy Bonaparte, siostry Napoleona I, który sam jeszcze w roku 1805 nakazał szczepić wszystkich swych żołnierzy, o ile nie przechodzili już ospy.

— Wskutek aresztowania wielu lekarzy powstał w wielu guberniach Rosyi brak lekarzy ziemstw. W okolicach samej Moskwy np. uwięziono 23 lekarzy; na miejsce ich jednakże ziemstwa nie mogą powołać zastępców, nietylko dlatego, że bardzo trudno o zastępców na czas zgoła nieokreślony, ale też i dlatego, że obecny nastrój ludności zagraża niebezpieczeństwem każdemu przybyszowi, miejscowym mieszkańcom nieznanemu.

— Osobliwą prośbę rozpatrywała niedawno rada profesorska Instytutu lekarskiego dla kobiet w Petersburgu. Oto student Wseświacki wniósł podanie o przyjęcie na IV kurs do Instytutu, uzasadniając swą prośbę tem, że żona jego jest słuchaczką Instytutu i że razem łatwiej jest małżeństwu uczyć się..... Zdania rozdzieliły się: jedni z członków rady utrzymywali, że prośbę należy uwzględnić, skoro kobiety bywają dopuszczane na wydziały lekarskie równo z mężczyznami; drudzy zaś sprzeciwiali się temu, gdyż ustawa Instytutu mówi tylko o słuchaczkach. Ostatecznie wybrano drogę pośrednią i zezwolono proszącemu zostać hospitantem (wolnym słuchaczem) Instytutu.

Zmarli: Dr. S. S. Rosenstein, profesor medycyny wewn. w 74 r. ż. w Leyden; b. prof. patologii w Modenie Casarini; b. prof. histologii i fizyologii w Rzymie Moriggia.

Dr. Kalikst Pawłowski, powstaniec z r. 1863, potem na zesłaniu w Irkucku szanowany powszechnie lekarz, zmarł w 72 roku życia w Warszawie, gdzie osiadł po powrocie z wygnania.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 4. Wilczyński Tadeusz: Badania cytologiczne wysięków i przesięków opłucnej i otrzewnej, oraz płynu mózgowo-rdzeniowego. Łuczycki: Przypadek obłędu. Opętanie przez dyabła i gady i określenie charakteru tego cierpienia.

— *Medycyna* Nr. 6. Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1904. Heiman: Przypadek ostrego ropnia zraza skroniowego przez ostrą sprawę ropną w mózgu wywołanego.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 6. A. Gluziński i Reichenstein: T. zw. „myeloma“ i białaczka limfatyczna. Sołowij: O wartości sztucznego przedwczesnego porodu przy zwężeniu miednicy.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 2. Panek i Sperling: O biologicznym sposobie oczyszczania wód ściekowych. Gargas: Miasta ogrodowe.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 9 i 10. Zieliński: Złoto w dentystyce.

— *Časopis lekařův českých* Nr. 5. Cisler: Nová anaesthetika v rhino-laryngologii. Spilka: O methodach zjištění počtu zárodků bakteriálních ve prostorové jednicce ústředí a o bakteriologických počtadlech. Orstčil: O vitalitě předčasně narozených dětí. Bouček: Úvahy a zkušenosti porodnické praktického lékaře.

— *Presse médicale* Nr. 9. Létienne: O starzeniu się. Leven i Barret: Radyoskopia żołądka: kształt, granica dolna i sposób napełniania żołądka. Houzel: O upuście krwi w napadzie padaczkowym. — Nr. 10. Barié: Niedrożność tętnic wskutek zatoru w toku chorób serca. Landouzy: Medycyna społeczna.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 6. Lange: O przewlekłej postępującej pląsawicy (Huntington) w wieku młodocianym. Petitti: O wyzyskaniu różnych rodzajów cukru u chorych na cukrzycę. Meyerhoff: W sprawie rozpoznawania duru zapomocą typhusdiagnosticum Fickera. Tobias: Leczenie fizyczne nawykowego zaparcia stolca. Goldschmidt: Endoskopia cewki moczowej. Bruhns: Wskazania do leczenia chorób skórnych promieniami Röntgena.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 6. Petry: O działaniu zaczynu podpuszczkowego na sernik. Profanter: Tymczasowe doniesienie o nowym sposobie oburęcznego badania ginekologicznego. Mucha i Scherber: O wykryciu krętka bladego w tkance kiłowej. Hofbauer: W sprawie patogenezy gruźlicy płuc. Szaboky: Zgęszczenie osmotyczne wód gleichenberskich.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 6. Gruber i Futaki: Seroactivitas i fagocytoza. Fischer: Zwalczanie błonicy z uwzględnieniem spostrzeżeń, poczynionych w automacie restauracyjnym w czasie epidemii. Ruppanner: O zapaleniu miedniczek nerkowych w ciąży. Colley: Spostrzeżenia i uwagi o leczeniu ostrych spraw ropnych Bierowskiem przekrwieniem zastoinowem. Herhold: Zastosowania przekrwienia biernego w ostrych sprawach ropnych w szpitalu garnizonowym w Altonie. Mindes: W sprawie techniki przekrwienia sposobem Biera. Groedel: Palce pałeczkowate u lewej ręki przy tętniaku łuku tętnicy głównej. Bittorf: W sprawie patogenezy wrodzonego zaparcia stolca. Schiff: Promienie Röntgena i rad przy nabłoniaku. Schilling: Torbielak nadnercza, wyleczony operacyjnie. Sommer: W sprawie śródmacicznego stężenia pośmiertnego. Hofmann: Przeniesienie kierunku podłużnego w opatrunkach wyciągowych. Zippel: Układanie zanieczyszczających się chorych na mulu torfowym.

Redakcya otrzymała: St. Serkowski: Wskaźniki moczu na mocy spostrzeżeń w pracowni własnej. Odb. z „Nowin lek.“ 1906.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 6 (od dnia 4/II do 10 II) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 23, dziew. 26; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 21, kob. 20; zamiejscowych: męż. 14, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 5 ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. 1. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 8, ob. —. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 6. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 7, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2, ob. 2. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 41, obcych 26.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Rok XLV. Kraków 24 Lutego 1906. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Zwężenie tchawicy przez ropnie zaprzełykowe *(abscessus retrooesophageales).*

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

(Dokończenie.)

W styczniu b. r. przyszła do mojego ambulatoryum klinicznego matka z dzieckiem czteroletniem, które przed 3 miesiącami przebyć miało zapalenie płuc, poczem wytworzył się ciężki oddech, który po pewnym czasie trochę się poprawił, potem jednak znów się pogorszył i odtąd stopniowo pogarsza się coraz bardziej. Badanie dziecka wykazuje, że wydech jest znacznie więcej utrudniony, niż wdech; szmer zwężenia przy wydechu zdala słyszalny, silny, przy wdechu szmer słaby, krótki. Mimo to znać przy wdechu wciąganie dołka podsercowego i międzyżebrzy, a przy silniejszym nawet i żeber po bokach w dole klatki piersiowej (ponad przyczepami przepony); przy wydechu pracują wyraźnie mięśnie brzuszne. Wypukiem stwierdza się stłumienie nad lewym szczytem w tyle. Przy osłuchiwaniu słychać dość słaby szmer pęcherzykowy przy wdechu, natomiast silny, po obu stronach jednakowy szmer zwężenia przy wydechu. Badanie laryngoskopem okazuje krtań zupełnie zdrową. w głąb tchawicy jednak, jak zwykle u dzieci, nie udaje się zajrzeć zwierciadełkiem. Wobec tych objawów rozpoznałem zwężenie tchawicy, przypuszczając jako jego przyczynę ugniecenie przez gruczoły limfatyczne, gruźliczo nacieknięte. Nie mogąc wykazać za pomocą opukiwania ani z przodu, ani też z tyłu stłumienia, któreby gniotącemu guzowi odpowiadać mogło, nie miałem podstawy do rozpoznawania, z której strony ugniecenie to nastąpiło, nie mogłem nawet być zupełnie pewnym, że przyczyną zwężenia tchawicy jest jej ugniecenie, a nie jakaś sprawa chorobowa, w niej samej się odbywająca. Znacznie większe jednak utrudnienie wydechu, niż wdechu, obok braku objawów jakiegoś tworu ruchomego w tchawicy (Ventilgerausch), kazało przecież myśleć raczej o ugnieceniu; brak zaś stłumienia w okolicy mostka kazał przypuszczać, że guz gniotący znajdować się musi głębiej, a może nawet w tylnem śródpiersiu, gdzie wykazanie go za pomocą opukiwania między łopatkami jest o wiele trudniejsze i mniej pewne. Owa znaczna przewaga utrudnienia wydechu nad utrudnieniem wdechu kazała przypuszczać, że obok tchawicy ugniecione być mogą także i początki oskrzeli, a w takim razie ugniecenie to nastąpić mogło najprawdopodobniej od tyłu, albo też z dołu, z popod samego podziału tchawicy. Podnoszę tu owo niestosunkowo silne utrudnienie wydechu jako objaw bardzo ważny; bywa wprawdzie nieraz i przy zwężeniu samej tchawicy wydech więcej niż wdech utrudniony, o ile jednak w tchawicy nie ma tworów, poruszających się przy oddechu, niestosunek w utrudnieniu obu aktów oddechowych nie bywa zwykle tak wybitny. Tutaj zaś był on bardzo wyraźny i dlatego przypuszczałem, że obok końca tchawicy ugniecione być mogą także i początki oskrzeli; łatwo bowiem pojąć, że przy wydłużeniu, jakiego tchawica doznaje przy wdechu, klin jej podziału wysuwa się z dolnego jej końca, a tem samem wdech łatwiej się odbywa, niż wydech, przy którym klin ten wraca w dawne położenie, a przy wydechu nasilonym wtłacza się nawet w tchawicę jeszcze więcej. Moje przypuszczenia przedstawiłem matce dziecka i oznajmiłem, że wobec nich nie jestem na razie za tracheotomią, gdyż wiele po niej obiecywać sobie nie mogę; jeżeli jednak stan dziecka tak się pogorszy, że zajdzie niebezpieczeństwo uduszenia, wtedy, nie mając nic do stracenia, wykonam tracheotomię, a może też moje podejrzenia okażą się niesłuszne. W tym celu chciałem, by dziecko pozostało w szpitalu, matka się jednak na to nie zgodziła; miała się jednak z dzieckiem co kilka dni pokazywać. Dziecku przepisałem małe dawki jodku potasu.

Już dnia następnego przyszła matka z dzieckiem, podając, że noc była bardzo ciężka z powodu znacznego pogorszenia się oddechu. Znalazłem istotnie, że dziecko znacznie ciężej oddycha, niż dnia poprzedniego, choć, jak matka stwierdziła, w nocy było o wiele gorzej jeszcze. Wobec więc stale dotąd postępującego pogorszenia i stanu takiego, że najbliższej nocy zaduszenia się już obawiać się należało, zaproponowałem matce tracheotomię, przedstawiwszy jej istotne, t. j. niewielkie widoki pomyślnego wyniku operacyi. Matka na operacyę się zgodziła. Pomimo znacznego utrudnienia oddechu wolałem operować w uśpieniu, a to w celu uniknięcia napierania oddechu, które więcej jeszcze wydech utrudniaćby musiało; tem bardziej zaś uśpienie wydawało mi się dozwolonem, że wdech, lubo bardziej utrudniony, niż dnia poprzedniego, zawsze jednak był wyraźnie łatwiejszy od wydechu. Uśpienie też nastąpiło bez żadnej przeszkody. W celu dokładnego obejrzenia tchawicy przed tracheotomią, założyłem uśpionemu dziecku tracheoskop przez usta i krtań do tchawicy, licząc, że w danym razie będę go mógł przeprowadzić przez miejsce zwężone, a tem samem ułatwić oddech jeszcze przed tracheotomią, jak to uczynił Nowotny w przypadku, wspomnianym w jego pracy habilitacyjnej („Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli przy tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej". *Przegl. lek.* 1905). Przez tracheoskop stwierdziłem, że tchawica już blizko swego górnego końca ugnieciona jest od tyłu, a zarazem w całości ku przodowi wyparta tak, że trudem tylko tracheoskop dał się w jej osi utrzymać, zbaczając ciągle dolnym końcem ku tyłowi. Napotkawszy opór w przeprowadzeniu tracheoskopu

poniżej, założyłem weń przetyczkę (mandryn) i z jej pomocą przeprowadziłem go przez miejsce uciśnięte do głębi tchawicy; przytem zauważyłem, że zboczył on wraz z całą tchawicą dość znacznie na prawo. Gdy po wyjęciu przetyczki oddech nie nastąpił, rozpoczęliśmy sztuczne oddychanie, przy którem jednak ledwie odrobiny powietrza przez miejsce zwężone z sykiem przechodziły; w tracheoskopie miałem przytem ciągle widok od tyłu zasłonięty i nie mogłem, podobnie jak i przedtem, dojrzeć szpary, znajdującej się przed wtłoczoną ścianą tylną, pomimo, że z pewną siłą koniec tracheoskopu ku przodowi odsuwałem. Wykonałem więc natychmiast tracheotomię i wprowadziłem tracheoskop przez otwór w tchawicy; doznałem jednak tych samych trudności i miałem tak samo widok od tyłu zasłonięty, a przy sztucznem oddychaniu już nawet psykania powietrza w miejscu uciśniętem nie było. Przy tem zauważyłem, że tracheoskop doznaje jeszcze silniejszego parcia ku tyłowi, niż przy tracheoskopii górnej. W końcu udało się przecież siłą nastawić tracheoskop tak, żem ujrzał klin podziałowy tchawicy i wejścia do obu oskrzeli; i wtedy jednak nie udało mi się przeprowadzić powietrza przez sztuczne oddychanie. Wprowadziłem wreszcie bronchoskop w oskrzele prawe, ale również sztuczne oddychanie mi się nie udało. Dziecko wreszcie już nie żyło; zginęło ono wśród moich zabiegów z uduszenia.

Tak górna jak i dolna tracheoskopia wskazywała mi, że guz gniotący znajduje się w tyle tchawicy, a zarazem, że jest zupełnie nieruchomy, tak, że się nie dał ani trochę za pomocą tracheoskopu na bok uchylić, lecz raczej dało się przesunąć tchawicę na jego bok prawy. Nie przemawiało to za powiększonym gruczołem, albo pakietem gruczołów, któryby powinien choć trochę ustąpić wprowadzonemu do tchawicy tracheoskopowi. Ugniecenie jednostajne tchawicy może w $^3/_4$ jej długości, oraz niemożność przeprowadzenia sztucznego oddychania nawet po wprowadzeniu tracheoskopu prawie do samego jej podziału, wskazywały, że guz gniotący był duży i sięgał pod podział tchawicy, a przytem przedstawiał jednostajną wypukłość. Nagłe zatamowanie oddechu przy uciśnięciu guza tracheoskopem wskazywało na jego elastyczność, skutkiem której, w miarę rozepchania części ugniecionych w górze, tj. tchawicy, tem silniejszy ucisk wywierał spód guza poniżej, tj. na oskrzela; trzeba więc było przypuszczać treść płynną guza, otoczoną silną torebką. Wobec tego przypuszczałem albo pakiet gruczołów zropiałych, otorbiony i przyrośnięty do kręgosłupa, albo też ropień kręgów piersiowych górnych, otoczony grubszą ścianą. Sekcya, wykonana przez doc. Dra Glińskiego, potwierdziła to drugie przypuszczenie. Na kręgach piersiowych I—IV znajdował się ropień, skłaniający się nieco na lewo i sięgający na lewą część ostatniego kręgu szyjnego. W dnie ropnia trzony kręgów, a nawet ostatni krąg szyjny po stronie lewej, były ponadżerane; ściany ropnia utworzone z tkanki łącznej, przedstawiającej torebkę dość grubą; treść ropnia stanowi ciecz ropiasta, a w części rozmiękłe masy serowate. Tchawica przez ucisk od tyłu spłaszczona; ropień sięga poniżej jej podziału, gruczoły limfatyczne pod podziałem tchawicy powiększone, zserowaciałe, ale nie rozmiękłe. Ropień, który zajmował 5 kręgów, był przytem odpowiednio do swej długości szeroki.

Przypadek ten zasługuje na uwagę pod kilku względami. Rzadkość ugniecenia tchawicy przez ropnie kręgów piersiowych podniosłem już na wstępie; tu zaś podnieść jeszcze muszę niezwykłą rozległość ropnia, który usadowiony był na 5 kręgach i odpowiednio swej długości szeroki, tak, że mógł ucisk wywierać na tak znacznej przestrzeni. Sama górna część tchawicy nie była tu ugnieciona z powodu, że ropień zajmował lewą tylko stronę ostatniego kręgu szyjnego; wypuklenie zaś ropnia wprost ku przodowi na kręgu I—IV piersiowym ugniatało przez przełyk na tchawicę, a zarazem i na oba oskrzela, gdyż miejscu podziału tchawicy odpowiada trzon kręgu trzeciego tak, że chrząstka międzykręgowa, oraz krąg czwarty już poniżej podziału się znajdują, a ropień aż do spodu kręgu 4-go sięgał. Powiększone gruczoły pod podziałem tchawicy mogły też do tem większego ugniecenia oskrzeli się przyczynić. Pod względem rozpoznawczym dodam do tego, co powyżej podałem, jeszcze następujące uwagi: U małego dziecka niepodobna było zajrzeć w głąb tchawicy za pomocą zwierciadełka, wykonać zaś zaraz tracheoskopię górną w celu li tylko rozpoznawczym, nie uważałem za właściwe; wolałem ją wykonać w uśpieniu, będąc przygotowany do tracheotomii, która mogła po tracheoskopii okazać się natychmiast konieczną. Wreszcie same objawy zwężenia dawały mi ważne wskazówki rozpoznawcze: szmer zwężenia silny i jednakowy nad obu płucami wskazywał na zwężenie tchawicy, tak zaś przeważające utrudnienie wydechu czyniło prawdopodobnem zwężenie oskrzeli. Jedno z drugiem dało się pogodzić, gdy się przyjęło, że zwężonym jest koniec tchawicy wraz z początkami oskrzeli; takie zaś zwężenie najłatwiej mogło sprawić jakieś ciało, ugniatające całą okolicę podziału tchawicy od zewnątrz; pod tym też względem rozpoznanie przez sekcyę potwierdzonem zostało. Co do istoty tworu gniotącego, to o gruczołach gruźliczych więcej, niż o ropniu kręgów myślałem, a to wobec większej częstości tych pierwszych, przypuszczałem jednak także ropień kręgów; sekcya wykazała, że ten ostatni był przyczyną ugniecenia, były jednak i gruczoły pod podziałem tchawicy gruźliczo naciekłe.

Wobec takiego rozpoznania niewiele od zabiegów leczniczych można się było spodziewać; to też nie kwapiłem się z niemi, a przystąpiłem do nich dopiero wobec grożącego w najbliższym już czasie zaduszenia. Wtedy należało już tracheotomię bezwarunkowo wykonać, ona jedna bowiem dawała jeszcze jaką taką nadzieję wyratowania dziecka, gdyż w mojem rozpoznaniu, nie popartem jeszcze przedmiotowem zbadaniem tchawicy, mogłem się przecież omylić: przeważające utrudnienie wydechu mogło być sprawione przez nowotwór, lub nawet ciało obce, usadowione w tchawicy nad samym jej podziałem; mógł wreszcie i guz gniotący tchawicę nie być tak wielki, albo też ugniatać ją skośnie, a nie wprost od tyłu. Wykonanie przed tracheotomią górnej tracheoskopii nie mogło wobec zdrowej krtani mieć wpływu niekorzystnego, a mogło dać pewność co do miejsca, kształtu i istoty zwężenia; w danym razie mogło nawet posłużyć do zabiegów leczniczych, np. w razie obecności ciała obcego lub uszypułkowanego polipa w głębi tchawicy, co lubo nieprawdopodobne, nie było przecie zupełnie niemożebne. Rzeczywiście tracheoskopia górna pouczyła mnie, że cała tchawica jest wyparta ku przodowi i z wyjątkiem samej górnej swej części ugnieciona od tyłu. Dopiero wprowadzenie tracheoskopu w miejsce uciśnięte wywołało zupełne zatamowanie oddechu; tu więc nasuwa się pytanie,

czy nie należało, stwierdziwszy stan rzeczy, dalszego wsuwania tracheoskopu zaniechać i do tracheotomii przystąpić odrazu. Te same jednak skutki, jakie miało wprowadzenie tracheoskopu do głębi tchawicy przez krtań, musiałoby mieć i po tracheotomii, podobnież jak i założenie dłuższej kaniuli tracheotomijnej, które przecież było konieczne. Mając więc już tracheoskop w tchawicy, wolałem go odrazu przeprowadzić przez miejsce zwężone, zwłaszcza, że, nie spodziewając się takiej wielkości tworu gniotącego, liczyłem na to, że, wsunąwszy tracheoskop aż do końca tchawicy, uda mi się otrzymać oddech lekki, jak to osiągnął Nowotny w przypadku wyż wspomnianym. Oczekiwania moje zawiodły mnie jednak; ropień sięgał zbyt nizko i ugniatał oba oskrzela tak, że po przeprowadzeniu tracheoskopu do głębi tchawicy, zgniótł je już w zupełności; to samo jednak stałby się musiało i wtedy, gdybym był tracheoskop dopiero po tracheotomii założył, jak to wreszcie istotnie po tracheotomii stwierdziłem. Jak silnie była tchawica ku przodowi wyparta i jak szeroki był guz z tyłu ją gniotący, ocenić mogłem tak przy górnej, jak i dolnej tracheoskopii, po sile, jaką był party dolny koniec tracheoskopu w tył od osi tchawicy, oraz po silnem zboczeniu tchawicy na prawo, jakie wprowadzeniu tracheoskopu do jej głębi towarzyszyło.

Nawiązując do powyższego przypadku, wspomnieć tu muszę o przypadku Nowotnego, opisanym w jego rozprawie habilitacyjnej (l. c.). W przypadku tym tchawica była ugnieciona nad samym podziałem od strony lewej; ponieważ jednak głowa wygięta była na prawo, kręgosłup zaś na lewo wypuklony i przy dotyku bolesny, a skrzywienie to od pół roku wytwarzać się zaczęło, podczas gdy objawy krzywicy, jakieśmy znaleźli, już od dwóch lat istnieć miały, przeto można przypuszczać, że i tu powstał ropień kręgów z częściowem ich zniszczeniem, który jednak z powodu wygięcia kręgosłupa nie mógł już uciskać na tchawicę od tyłu przez przełyk, lecz uciskał na nią od strony lewej. To ostatnie wydaje mi się jednak mniej prawdopodobnem z powodu, że ucisk nastąpił wprost od strony lewej, a nie od lewej i tyłu, jakby to przy tem wygięciu ropniowi kręgowemu odpowiadać powinno. Przytem ściana wtłoczona była silnie zaczerwieniona, co nie odpowiada gniotącemu przez przełyk ropniowi kręgowemu, lecz każe myśleć raczej o gruczole limfatycznym powiększonym, najprawdopodobniej gruźliczym, który przyrósł do ściany tchawicy, a w którym ropienie już się rozpoczęło. Gruczoły takie i przy ropniach kręgów spotkać można, jak to wreszcie w moim przypadku, równie jak i w przypadku Richardsa (l. c.) przy sekcyi stwierdzono; ten ostatni przypadek różni się tylko tem, że w nim tchawica, mimo wygięcia głowy na lewo, była wprost od tyłu, i to w swej górnej części, ugnieciona. W przypadku Nowotnego, który zrazu na klinice, później zaś ambulatoryjnie, a w całości blizko trzy miesiące był u nas w leczeniu, dziecko zmarło w końcu skutkiem wycieńczenia, gdy lewa ściana tchawicy pod wpływem długich kaniul przestała się już wgniatać w światło tak, że dziecko nawet przy krótkiej kaniuli lekko oddychało, a długą dostawało jedynie dlatego, iż obawialiśmy się, żeby przecież po pewnym czasie wgniecenie ściany lewej znów nie nastąpiło. Wobec braku badania pośmiertnego istoty tworu gniotącego tchawicę oznaczyć na pewne nie można, najprawdopodobniej były nim jednak powiększone gruczoły limfatyczne, które, jak się zdaje, w następstwie gruźliczego zapalenia kręgów gruźliczym zmianom uległy.

Pomysł Nowotnego wykonania tracheotomii przy założonym przez krtań tracheoskopie, który w powyższym przypadku zabieg ten operacyjny znakomicie ułatwił, w moim przypadku nie powiódł się wcale; wprowadzenie tracheoskopu do głębi tchawicy zatamowało oddech w zupełności, a tem samem sprowadziło zaduszenie dziecka. To samo jednak musiałoby nastąpić i po tracheotomii, jak to już powyżej wykazałem. Pomiędzy obu tymi przypadkami zachodzi ta ważna różnica, że w przypadku Nowotnego ugniecenie nastąpiło z boku, w moim zaś od tyłu. Różnica to bardzo ważna, gdyż usunięcie gniotącego guza, albo też samej tchawicy, na bok przez tracheoskop lub długą kaniulę tracheotomijną, nie napotyka na większy opór zwykle nawet przy nowotworach znacznej wielkości, jeżeli ugniecenie z boku następuje; natomiast przy ugnieceniu z przodu, albo z tyłu, tchawica wraz z guzem gniotącym znajduje się między mostkiem a kręgosłupem, które jej ani naprzód, ani w tył ustąpić nie dozwalają, tak, że jedynie na koszt wgniecenia się w sam guz, lub przez zesunięcie się na jego bok, rozepchaną być może. Dlatego też wprowadzenie tracheoskopu lub dłuższej kaniuli w głąb tchawicy, od przodu lub tyłu uciśniętej, napotyka na opór o wiele większy, niż przy jej ugnieceniu z boku, lub nawet z obu boków. Zachodzi zatem pytanie, czy nie należy wykonywania tracheotomii przy założonym tracheoskopie jedynie do tych przypadków ograniczyć, w których tchawica z boku jest ugnieciona, w razie zaś ugniecenia z przodu lub z tyłu, wprzód wykonać tracheotomię, a potem dopiero dolną tracheoskopię. W przypadkach niepomyślnych, jak mój, możeby się wtedy udało, w razie zatamowania oddechu, wsunąć jeszcze na czas bronchoskop do prawego oskrzela i w ten sposób przynajmniej oddychanie prawem płucem umożliwić. Tę drogę byłbym też obrał, gdybym był przypuszczał, że ropień jest tak rozległy; znalazłszy jednak już dość wysoko w tchawicy jej ugniecenie, nie sądziłem, by ono aż popod jej podział sięgać miało. W przypadkach jednak, w których tchawica już w samym początku jest od tyłu ugnieciona, jak to np. było w przypadku Turnera, a prawdopodobnie i w przypadku Brücka (l. c.), założenie tracheoskopu przed tracheotomią mogłoby być bardzo przydatne; bez tego bowiem przy tracheotomii, a nawet krykotracheotomii, byłoby trudno uniknąć rozcięcia tylnej ściany tchawicy wraz z przednią, a może i tylną ścianą przełyku, z powodu znacznego wgniecenia ich w tchawicę, przeprowadzenie zaś tracheoskopu przez miejsce uciśnięte zapobiegałoby takiemu skaleczeniu na pewne.

Mówiąc o ugnieceniu tchawicy przez ropnie kręgów piersiowych pragnąłbym uwzględnić zarazem i inne ich stany chorobowe, przy których ugniecenie to nastąpićby mogło; są one jednak wogóle jeszcze rzadsze. Odnosi się to głównie do nowotworów kręgów, które, wypuklając się odpowiednio, mogłyby przez przełyk ucisk na tchawicę od tyłu wywierać. Pod tym względem znalazłem tylko wzmiankę, że przypadek nowotworu kręgów, ugniatającego tchawicę od tyłu, opisuje Morgagni w dziele swem: „De sedibus et causis morborum“; pomiędzy referatami z naszego fachowego piśmiennictwa nie udało mi się jednak podobnego przypadku od r. 1884 aż po dziś dzień odszukać. Sam przypominam

sobie z czasów studenckich z sekcyi przypadek guza nowotworowego, jak mi się zdaje mięsaka, wychodzącego z górnych kręgów piersiowych; czy jednak tchawica była ugnieciona i czy były za życia jakie objawy utrudnienia oddechu, nie jest mi wiadomem. Inne cierpienia kręgów, które do utrudnienia oddechu prowadzić mogą, dotyczą kręgów szyjnych, z których tylko ostatni początkowi tchawicy odpowiada; o ile więc ponad nim jakaś sprawa chorobowa w kręgach się wytwarza, może ona jedynie na krtań, a nie na tchawicę oddziaływać. Pominąwszy ropnie kręgów szyjnych, które podobnie, jak inne ropnie zagardłowe, mogą górny wylot przedsionka krtani zatykać, mielibyśmy jako przypadki rzadkie jedynie utrudnienie oddechu z powodu skrzywienia kręgosłupa ku przodowi *(lordosis)* i zwichnięcia kręgów szyjnych do zaznaczenia. Na podstawie kilku tego rodzaju przypadków skrzywienia kręgosłupa ku przodowi, jakie w piśmiennictwie spotykamy, twierdzić można, że kątowate zagięcie między kręgiem szyjnym 4-tym a 5-tym, albo też wysadzony silnie trzon kręgu 4 go, wtłaczając się nad samo wejście krtani, oddech znacznie utrudnić mogą. Spotykano też odleżynę na płycie chrząstki obrączkowej przy kątowatem zagięciu pomiędzy 5-tym a 6-tym kręgiem szyjnym, która w następstwie do stałego zbliżenia strun głosowych, a stąd utrudnienia oddechu prowadziła. Podobnież ma się rzecz i ze zwichnięciem kręgów szyjnych, których też kilka przypadków opisanych spotykamy. W jednym przypadku takim z mojego oddziału szpitalnego znalazłem twarde wzniesienie, ostro występujące na jakie 2 ctm. ku przodowi z tyłu i więcej od strony prawej pod podniebieniem miękkiem, a schodzące prawie prostopadle ku dołowi tak, że nie dozwalało w lusterku otrzymać obrazu głośni. Uważać to musiałem za sterczący ku przodowi trzon trzeciego kręgu szyjnego, nad którym krąg drugi został w tył zwichnięty. Za tem przemawiało też i badanie karku, przy którem zaraz pod guzem potylicy wyczułem wyraźnie sterczący wyrostek kolczysty *(proc. spinosus epistrophei)*, pod nim zaś zagłębienie w karku, pod którem dopiero wyrostek kolczysty kręgu siódmego wyczuć było można. Oddech w tym przypadku nie był wcale utrudniony, łatwo jednak pojąć, że podobne zwichnięcie trzonu kręgu czwartego ku przodowi mogłoby sprawić zatkanie wejścia do krtani od góry. Przypadek wreszcie samoistnego zwichnięcia kręgów szyjnych w następstwie zropienia ich trzonów miałem raz na moim oddziele u chorego, cierpiącego od dłuższego czasu na próchnienie kręgów. Przyszedł on do mnie z otwartym jaż samoistnie ropniem zagardłowym; później otworzyłem mu z zewnątrz głęboki ropień za prawym kątem szczęki dolnej. Po pewnym czasie tylna ściana gardła zaczęła się stopniowo ku przodowi tak nachylać, że zajrzenie do krtani stało się niemożebnem; oddech jednak był przytem zupełnie lekki. Wreszcie wystąpiło w ciągu kilku godzin takie utrudnienie oddechu, że zawezwany Dr. Nowotny natychmiast tracheotomię wykonał. Na drugi dzień stwierdziłem, że trzony kręgowe tak naprzód opadły, że tylna ściana gardła na korzeniu języka spoczywała; wsuniętym pomiędzy nią a korzeń języka palcem można było wymacać silne kątowate zagięcie tylnej ściany gardła nad samą krtanią ku przodowi.

Zwichnięcia kręgów szyjnych, czy to przypadkowe, czy też samoistne, nie mogą, podobnie jak i skrzywienie kręgosłupa ku przodowi, sprowadzić ugniecenia tchawicy; mówiąc jednak o tem ostatniem, o ile przez cierpienie kręgów sprowadzone być może, chciałem wspomnieć zarazem i o utrudnieniu oddechu, jakie cierpienie kręgów szyjnych z powodu swego sąsiedztwa z krtanią sprowadzić może. Rzadkość tego rodzaju przypadków jest powodem, dla którego tu o nich wspominam.

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Chlorek barowy jako środek sercowy.

(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

Docent Witold Orłowski.

(Ciąg dalszy.)

Z następnych badaczy, którzy zajmowali się sprawą działania baru na ustrój zwierzęcy, Mickwitz (18) doszedł do wniosku, że chlorek barowy działa na ośrodkowy układ nerwowy, wywołując u zwierząt o zmiennej ciepłocie porażenia w sferze ruchowej i czuciowej, u ciepłokrwistych zaś drgawki; oprócz tego chlorek barowy podnosi parcie krwi, niezależnie od podrażnień ośrodków naczynioruchowych w rdzeniu przedłużonym; wreszcie podrażnia gładkie mięśnie jelit, pęcherza moczowego i prawdopodobnie naczyń krwionośnych. Szczegółowszemu badaniu sprawę wpływu baru na serce i obieg krwi poddali prof. Böhm (19) i Bary (20). Pierwszy z tych badaczy przekonał się, że niewielkie dawki chlorku barowego, wstrzyknięte pod skórę (0,01—0,03 grm), wywołują u żab znaczne nasilenie pracy przedsionków i komórki serca; częstość skurczów albo nie zmienia się, albo też obniża się o kilka uderzeń na 1′; wzmożona czynność serca stopniowo zmniejsza się, nieraz niżej nawet od pierwotnej, a to wskutek tego, że komórka traci własność zupełnego zwiotczenia w czasie rozkurczu. Większe dawki 0,05—0,1 grm szybko wywołują ruchy robaczkowe serca i ustanie jego czynności po upływie 1—1$^1/_2$ godzin już to w skurczu, już to w rozkurczu; podrażnienie nerwu błędno-współczulnego nie wywołuje u żab, zatrutych chlorkiem barowym, ustania czynności serca w rozkurczu; czynność serca, wstrzymaną przez muskarynę, bar przywraca. U zwierząt ciepłokrwistych małe dawki chlorku barowego — 0,01, zdaniem Böhma podnoszą parcie krwi i zwalniają tętno; większe dawki (0,02) po trwającym 5—6″ wzroście ciśnienia krwi początkowo stopniowo, następnie zaś szybko obniżają parcie. Po 20—30″ parcie krwi odrazu znacznie się podnosi i po kilku falach dochodzi szczytu, który przewyższa 2—2$^1/_2$ razy pierwotny poziom ciśnienia; okres ten trwa 5 minut; następnie ciśnienie początkowo powoli, przed zgonem zaś zwierzęcia szybko spada do zera. Tętno po małych dawkach (0,01), wstrzykniętych do żył, zwalnia się, po średnich (0,02) początkowo zwalnia się, w okresie zaś wysokiego ciśnienia bardzo się przyspiesza, w okresie spadku ciśnienia jest nieprawidłowe; wielkie dawki 0.04 grm. zwalniają tętno. Szczegółowy rozbiór tych zjawisk doprowadza wreszcie Böhm'a do wniosku, że sole barowe wzmagają pracę serca u żab i zwierząt ciepłokrwistych; czynność lewej komory ustaje u ssących ostatecznie zawsze w skurczu;

u żab zaś komora zatrzymuje się najczęściej w skurczu; sole barowe porażają zakończenia n. błędnych; pobudliwości dośrodkowej *n. depressoris* bar nie zmienia; sole barowe w dawkach średnich podnoszą bardzo znacznie parcie krwi, niezależnie od wpływu baru na ośrodkowy układ nerwowy i przyspieszają tętno; w dużych zaś dawkach porażają serce, najprawdopodobniej jego nerwowe zwoje automatyczne; naczynia krwionośne bar znacznie zwęża.

Ringer i Sainsbury (21) stwierdzili, że ustanie czynności serca w skurczu i zwolnienie ruchów serca przy zatruciu żab barem nie zależy od ośrodkowego układu nerwowego. Działanie baru na serce żab jest, zdaniem tych badaczy, zupełnie podobne do działania naparstnicy, jak to utrzymywał już przed tem Blake. Bary (20) w obszernej rozprawie z pracowni Koberta doszedł do wniosku, że chlorek barowy wzmaga u żab siłę skurczów serca, obniża ich częstość, wreszcie zatrzymuje czynność serca zawsze w okresie skurczu; to ustanie czynności serca nie jest wynikiem porażenia mięśnia sercowego, lecz skutkiem jego tężca; działanie chlorku barowego nie zależy od ośrodkowego układu nerwowego; chlorek barowy przywraca czynność serca, postrzymaną przez muskarynę, jak również znosi wpływ podrażnienia n. błędnego, jakkolwiek, wbrew twierdzeniu Böhma, nerw ten nie ulega pod działaniem baru porażeniu; tamujący wpływ n. błędnego nie może przejawić się jedynie wskutek tego, że bar silnie podnieca mięsień sercowy; czynność serca u żab ustaje pod działaniem baru zawsze w okresie skurczu, u ssących zaś zwierząt i w okresie skurczu i w okresie rozkurczu, w pierwszym jednak o wiele częściej; parcie krwi po średnich dawkach chlorku barowego podnosi się, niezależnie od ośrodków naczynioruchowych, jedynie wskutek wzmożenia czynności serca i zwężenia naczyń obwodowych. Bary dochodzi wreszcie do wniosku, że sposób działania chlorku barowego jest bardzo podobny z jednej strony do działania ciał gromady digitalinowej, z drugiej zaś fizostygminy, jako środka, w wysokim stopniu podniecającego mięsień sercowy.

Schedel (22) sądzi na podstawie swoich badań, że chlorek barowy podnieca mięsień sercowy, na nerw zaś błędny działa początkowo podniecająco, następnie zaś poraża go; badacz ten utrzymuje wogóle, że chlorek barowy działa na serce i obieg krwi podobnie, jak naparstnica.

Kakowskij (24) wśród innych środków leczniczych badał również wpływ chlorku barowego na odosobnione serce królików i kota w rozcieńczeniach 1:400·000—1:5000. Wnioski, do których doszedł, są następujące: średnie dawki chlorku barowego (1:200000—1:25 000) wywołują „początkowo zwolnienie i wzmożenie, następnie powrót tętna do dawnego stanu i osłabienie, wreszcie niemiarowość; chlorek barowy może regulować rytm; duże dawki (1:5000) znacznie zwalniają i wreszcie wstrzymują ruchy serca; zwolnienie zależy od bezpośredniego działania baru na przyrząd ruchowy serca; zresztą jednak wzmożenie pracy odosobnionego serca nie zwraca na siebie szczególniejszej uwagi“ (str. 131—132). Takie są wnioski Kakowskiego, który wykonał swe badania w pracowni R. Koberta. Muszę jednak zaznaczyć, że ta praca nie wytrzymuje w wielu miejscach poważnej krytyki naukowej. By tego dowieść, wystarczy zwrócić uwagę chociażby na doświadczenia z chlorkiem barowym: wszystkie te doświadczenia wykonał bowiem Kakowskij na nader osłabionych i nieprawidłowo tętniących sercach lub na sercach zwierząt padłych. Rzecz prosta, że przy takiej metodyce przepłukiwanie serc odżywczą cieczą Ringer-Lockea mogło już samo przez się sprzyjać uregulowaniu i wzmożeniu czynności serca bez wszelkiego udziału chlorku barowego, dodanego w bardzo znacznem rozcieńczeniu. Kakowskij uważa za możliwe doświadczenia z płynem Ringer-Lockea na odosobnionem sercu kota (str. 131), chociaż ten płyn jest, jak wiadomo, izotoniczny jedynie względem surowicy krwi królików. Dla objaśnienia działania chlorku barowego na serce kota, przytacza Kakowskij krzywą skurczów serca, nie podaje jednak dla porównania krzywej prawidłowej czynności serca (str. 233 w. 31) Kakowskij odróżnia skurcze serca parzyste i nieparzyste (str. 130), nie określając odróżniających je cech i t. d. Zastanawiać się dłużej nad tą pracą, pomimo jej objętości, uważam za zbyteczne, ponieważ nawet sam Kakowskij wydaje jej poniekąd *testimonium paupertatis*, gdy mówi, że praca ta nie jest pozbawiona „usterek, mianowicie: niedopatrzeń, opuszczeń, nieścisłości i niedomówień, zwłaszcza zaś grzeszy tem, że wnioski są nieobmyślane (otsutswije produmanności w wywodach) i t. d.“ (str. 241).

W ostatnim czasie ogłosił Brat doświadczenia na kotach z sercem wyodrębnionem *in situ* metodą Bock-Heringa; okazało się, że chlorek barowy przyspiesza skurcze serca (z 30 do 33, nawet 36 w ciągu 10″), obniża fale tętnicze, obniża ciśnienie krwi, wywołuje czasami rytm bliźniaczy i trojaczy (*trigeminia*) lub niemiarowość; w niektórych zresztą doświadczeniach po chlorku barowym pojawiła się nieprawidłowa czynność serca bez poprzedniego przyspieszenia.

Wpływ chlorku barowego na układ krwionośny po za obrębem serca badali, prócz Mickwitza, Böhma i Bary, Ringer i Sainsbury, Kobert (25), Thomson (26), Treu (24), Paldrock (28) Pick (29) i Zakusow (30). Wykonując doświadczenia na różnych narządach odosobnionych (kończyny, nerki, pętle jelit i t. d.) zwierząt o stałej i zmiennej ciepłocie, badacze ci przekonali się, że chlorek barowy jest środkiem, wybitnie zwężającym naczynia, nawet w rozcieńczeniu 1:100 000 (Zakusow). Kobert i Paldrock tłómaczą to działanie bezpośredniem działaniem baru na mięśnie naczyń, Bary zaś, przyjmując przeważny wpływ baru na te mięśnie, nie odrzuca wpływu na nerwy naczyniowe, jakkolwiek uznaje, że jest on nieznaczny.

Brodie i Dixon (31) w najnowszej pracy stwierdzili również, że chlorek barowy zwęża naczynia odosobnionych narządów i dowiedli tego nawet co do płuc, których naczynia pod wpływem adrenaliny, pilokarpiny i muskaryny ulegają rozszerzeniu. Ta różnica w działaniu tych środków zależy zdaniem Brodie i Dixona od tego, że bar działa bezpośrednio na mięśnie naczyniowe, adrenalina zaś, pilokarpina i muskaryna wpływ swój wywierają na zakończenia nerwów naczynioruchowych, których, jak wiadomo, naczynia płuc nie posiadają.

W miarę postępu badań wpływu baru na serce i obieg krwi, zaczęto zalecać w piśmiennictwie, by stosować go jako środek sercowy jednakowej wartości leczniczej z naparstnicą. (C. d. n.)

Napoje wyskokowe jako środek leczniczy.

Z uwzględnieniem spostrzeżeń poczynionych w roku 1905 w klinice lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał
Dr. St. Szurek
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Z prądem krwi i limfy przenika wyskok do wszystkich narządów ustroju i działa na ich komórki Największy wpływ wywiera wyskok w ustroju zwierzęcym na tkankę najbardziej złożoną, tj. tkankę nerwową, a z niej przedewszystkiem na komórki kory mózgowej, jako twory najsubtelniej uorganizowane. Że tak jest w rzeczywistości, wynika z badań Schulinusa i nowszych Gréhanta, którzy oznaczając ilość wyskoku w poszczególnych narządach po dużych dawkach wyskoku lub też po upiciu się, znajdowali go stosunkowo najwięcej w mózgu, a najmniej w wątrobie.

Jak wyskok działa na mózg i że przedewszystkiem działa na mózg, tego uczy nas na tysiącznych przykładach praktyka codzienna. Działanie jego objawia się tutaj przedewszystkiem zniknięciem uczucia znużenia, a więc pozornem, chwilowem spotęgowaniem zdolności do pracy: w rzeczywistości objaw ten zdaje się polegać na oszołomieniu pewnych ośrodków nerwowych i osłabieniu skutkiem tego pewnych wpływów hamujących. Następstwem tego jest równocześnie pewne rozpętanie wyobraźni z szybszym przebiegiem i obfitszą ilością skojarzeń, czego wyrazem jest żywość, ruchliwość, odwaga, brak troski, wesołość, dowcip, gadatliwość i uczucie ogólnego podniecenia, u osób wrażliwszych kłótliwość, gniewliwość, swawola i t. d. Z powiększeniem dawki i rozpostarciem się działania na dalsze obszary układu nerwowego nastaje drugi okres działania wyskoku, działanie odurzające, objawiające się pewnego rodzaju znużeniem, ociężałością, brakiem stanowczości, upośledzeniem sądu i krytyki, u innych nieprzepartą potrzebą snu, działanie, poszukiwane właśnie z tego powodu przez wielu dla tych letejskich własności wyskoku.

Ścisłe doświadczenia nad działaniem wyskoku na właściwe czynności psychiczne są zdobyczą czasów nowszych. Jeszcze w r. 1873 wykonywał je Exner w Wiedniu, potem Dietl, Vintschgau. Właściwie jednak dokładne wiadomości o tym wpływie podał dopiero heidelberski psychiatra Kräpelin w pracy swojej o działaniu na proste czynności psychiczne niektórych środków lekarskich, jak chloroformu, eteru, herbaty, morfiny, a przedewszystkiem wyskoku, a wynik jego badań jest tak ciekawy, że warto go przytoczyć:

„Jeżeli rzucimy okiem na całość obrazu, wywołanego działaniem wyskoku, któryśmy usiłowali z doświadczeń sobie wytworzyć, to nie można zaprzeczyć, że są to te stare, z codziennego doświadczenia nam wszystkim dobrze znane rysy, z których się on składa. W lekkich zarysach daje nam doświadczenie te same objawy, które w ciężkich postaciach ostrego zatrucia wyskokiem brutalnie odtworzone wszędzie spostrzegamy. Utrudnieniu pojmowania w naszych doświadczeniach odpowiada niezdolność pijanego do śledzenia tego, co się w jego otoczeniu dzieje, znalezienia się odpowiedniego, trudność pobudzenia uwagi, potęgujące się aż do całkowitej niewrażliwości, przytępienie jego narządów zmysłowych W zwolnieniu spraw kojarzenia się odnajdujemy obniżenie umysłowych czynności pijanego, niemożność wyłuszczenia sprawy bardziej zawikłanej lub zrozumienia jej, utratę sądu wobec własnych i obcych wytworów ducha, brak jasnego rozważenia i zrozumienia doniosłości własnych słów i czynów. Jakościowe zmiany skojarzeń oznaczają nam: płytkość biegu myśli, skłonność do stereotypowych i trywialnych zwrotów mowy, do pustych dowcipów słownych, do kaleczenia obcych języków Ułatwienie ruchowych odczynów nakoniec jest źródłem spotęgowanego poczucia siły, ale także wszystkich owych nierozważnych, bezcelowych, popędowych i gwałtownych działań, któremi wyskok tak się osławił nietylko w historyi głupich i swawolnych psot, ale także szczególnie w rocznikach zbrodni popędowych. Z niego płynie podatność, z jaką towarzystwo podpitych daje się porwać przez jedno hasło, jeden koncept, przykład do najnierozumniejszych czynności, z niego gadadliwość, popęd do hałasowania, śpiewania, krzyczenia, kłótni, które, jak to poprzednio roztrząsaliśmy, jeszcze wtedy nawet trwają, kiedy utrudnienie myślenia jest już wyraźne. Do tej strony działania wyskoku należy odnieść zapewne także to doświadczenie, że pod wpływem środka tego odpadają te psychiczne hamulce, które określamy jako lękliwość, zakłopotanie, że wyzwalamy się z pod władzy tych wszystkich niezliczonych względów, które zresztą w stosunkach ludzkich nasze działanie i mowę najdokładniej regulują. Uwalniamy się od uprzedzeń, stajemy się odważni i bezwzględni, mówimy, co nam na sercu leży, wypowiadamy poprostu nasze zdanie, nie troszcząc się o dalsze tego skutki, rozgadujemy nasze tajemnice i dzielimy się najtajniejszemi poruszeniami naszej duszy z całkiem obojętnemi i obcemi osobami“.

Badania te nad działaniem wyskoku poprowadzili dalej uczniowie Kräpelina, jak Ach, z którego doświadczeń wypływa, że wyskok uszkadza czynność psychiczną tem silniej, im większych ona wymaga wysiłków, co również zgadza się z codziennem doświadczeniem; stąd wynika, że „wyskok na pracownika umysłowego, który pracuje twórczo, najszkodliwiej działać musi“ Tą samą drogą poszedł Joss i doszedł do tych samych wyników, badając wpływ wyskoku na zwykłą, złożeńszą pracę duchową, a Aschaffenburg, badając wpływ na wyniki zwyczajnej pracy.

W dalszych doświadczeniach szkoły Kräpelina chodziło głównie o rozwiązanie pytania, jak długo trwa stan oszołomienia i mniejszej sprawności psychicznej po jednorazowej i większej dawce wyskoku, a powtóre o wpływ przewlekłego działania wyskoku na czynności duchowe. Pierwsze pytanie starali się rozwiązać Fürer i Rüdin, drugiem zajął się Smith, a z doświadczeń tych wynika fakt dla nauki niezmiernie doniosły, że podobnie, jak niektóre inne trucizny, wywiera wyskok wyraźne działanie następowe, trwające dni kilka, czyli że przy stałem użyciu jego wpływy szkodliwe mogą się sumować. Doświadczenia Smitha powtórzył następnie Kürz i sam Kräpelin, a wynik swych badań ujęli oni w te słowa: „Jednorazowa dawka 80 grm wyskoku nie znika z ustroju szybko i całkowicie, ale pozostawia po sobie pewne działanie następowe, które po dobie jeszcze nie całkiem ustaje. Jeżeli się dawkę tę po dobie powtarza, to następuje powoli działanie zbiorowe, które uważać musimy

już za pierwszą oznakę przewlekłego alkoholizmu, a które już po 12-dniowem trwaniu da się bardzo wybitnie stwierdzić, ponieważ polega na obniżeniu zdolności do pracy, wynoszącem 25—40%. Stąd wynika naukowe określenie alkoholizmu, które wybiega daleko poza określenie codziennego życia. Pijakiem jest każdy, u którego trwałe działanie wyskoku stwierdzić się daje, u którego zatem działanie następowe jeszcze nie zniknęło, kiedy nowe się już zaczęło. Zwyczajną cielesną i duchową pracę spełnia pijak bez wybitnego zaburzenia, ale zdolność do roboty trudniejszej, roboty o wyższej wartości zatraca się. W kieracie zwykłej pracy zawodowej może przeto pozostać całkiem niespostrzeżonem obniżenie zdolności do pracy przez trwałość działania wyskoku; ono objawia się zatamowaniem samodzielnej, twórczej pracy, niezdolnością do rozwiązywania wielkich, pełnych odpowiedzialności zadań".

We wszystkich tych badaniach, a zwłaszcza ostatnich Kürza, stwierdzano niewątpliwie działanie następowe wyskoku dopiero po dawkach stosunkowo wielkich, bo wynoszących 80 grm dziennie czystego wyskoku, co odpowiada 8 szklankom piwa lub 8 kieliszkom wódki, dawkach, których jak słusznie podnosi Klecki, bezwarunkowo za umiarkowane uważać nie można. Czy po dawkach małych, umiarkowanych podobne szkodliwe działanie zbiorowe na czynność psychiczną również istnieje, na to szkoła Kräpelina nie dała odpowiedzi i co do tego brak wszelkich doświadczalnych danych. Wynikiem tych wszystkich badań jest na wszelki sposób to, że pewne ośrodki nerwowe wyskok pobudza, być może tylko pozornie podnieca przez zahamowanie innych wyższych ośrodków, ale zawsze podnieca, inne zaś wyższe ośrodki odrazu odurza. Czy człowiek ma obowiązek być zawsze zimno-trzeźwym i nie wolno mu nigdy, choćby w najcięższych chwilach, korzystać z tego działania czyto podniecającego, czy odurzającego, nie jest rzeczą naszą rozstrzygać. Ale że lekarz może i powinien w wielu przypadkach z tego działania korzystać, że jemu i jego działalności ten *„diabolus in solutione"* może oddać wielkie usługi, na to postaramy się w dalszym toku naszych wywodów wskazać.

Pobudliwość narządów zmysłowych pod wpływem wyskoku, jak to zgodnie wszyscy przyznają, tępieje; stwierdził to Gley i Richet na zmyśle czucia i słuchu, Ridge na zmyśle wzroku, a Fröhlich na zmyśle węchu.

(C. d. n.)

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. A. Fraenkel. **O leczeniu zapalenia płuc.** (*Therapie der Gegenwart* 1906, I). Leczenie zapalenia płuc wielkiemi dawkami naparstnicy znalazło zwolenników we Francyi, mniej zaś w Niemczech. Fraenkel stosuje nieraz do 4 gramów naparu naparstnicy w ciężkich przypadkach, a zwłaszcza tam, gdzie liczba tętna ma skłonność do wzmagania się, parcie krwi zaś przeciwnie do obniżania się. Naparstnica obniża także ciepłotę, chociaż to jej działanie ma mniejszą wagę. Lecz leczenie włóknikowego zapalenia płuc wielkiemi dawkami naparstnicy wymaga niektórych ostrożności i dozwolone jest tylko w pierwszych trzech dniach choroby i nie dłużej też, jak tylko przez trzy dni, u chorych, nie cierpiących ani na organiczną chorobę serca lub naczyń, ani też na przewlekłe zapalenie nerek. W późniejszych dniach choroby dozwolone są tylko mniejsze dawki naparstnicy. Główną rolę przy osłabieniach i zapadach chorych na zapalenie płuc odgrywa porażenie nerwów naczynioruchowych, dlatego też mają tu ważne znaczenie środki, wywierające wpływ na unerwienie naczyń, jak przedewszystkiem kofeina, która wzmaga także krążenie w naczyniach wieńcowych serca, a może je nawet rozszerza i poprawia w ten sposób pośrednio sprawność mięśnia sercowego. F. stosuje więc kofeinę w wielkich dawkach, jeżeli tętno jest słabo napięte, a bardzo często, albo też wobec innych niebezpiecznych objawów, jak znaczna sinica i duszność w połączeniu ze zwątrobieniem kilku zrazów płucnych, wogóle w ciężkich zapaleniach płuc. Autor stosuje kofeinę wyłącznie w postaci wstrzykiwań podskórnych, w tej bowiem postaci nie działa ona na żołądek i skutek jest o wiele szybszy; a używa tylko 10 prc. roztworu, ponieważ wstrzykiwanie jest mniej bolesne, niż 2 prc. Tego roztworu wstrzykuje się 1 cm. sz. co 2—3 godz., a nawet co godzina, zależnie od częstości tętna i jego napięcia; wogóle wahała się ilość zużytej w jednej dobie kofeiny między 0·6—1·5 gr. Kofeina nie działa zbiorowo, zasługuje przeto na pierwszeństwo przed wielkiem dawkami naparstnicy. Jedynym skutkiem ubocznym wielkich dawek kofeiny są pewne, nieraz silne objawy mózgowe, jak niepokój, rzucanie się i bezsenność i wtedy należy lek ten usunąć. Według doświadczenia autora kofeina tylko w tych przypadkach nie skutkowała, w których liczba tętna przekraczała 130 uderzeń na minutę, natomiast dopisała mimo innych ciężkich objawów prawie zawsze wtedy, jeżeli liczba tętna nie przekroczyła 110 uderzeń. W przeciwieństwie do wielkich dawek naparstnicy nie wywiera kofeina żadnego wpływu na ciepłotę. Oczywiście można skutek kofeiny jeszcze popierać innymi środkami sercowymi, jak kamforą. F. stosuje także w zapaleniu płuc, jak i w innych ostrych chorobach zakaźnych, regularne dawki wyskoku; mocnych środków wyskokowych, jak koniaku i szampana, należy użyć dopiero w razie prawdziwych objawów zapadu. *Dr. Fels.*

Umber. **O leczeniu naparstnicą.** (*Ther. der Gegenwart* 1906, I). Działanie używanej już od 120 lat naparstnicy dopiero w ostatnich lat dziesiątkach zostało dokładnie zbadane. Stosowanie naparstnicy jest wielką sztuką, a brak skutku jest często tylko wynikiem nieodpowiedniego jej stosowania. Wobec serca zdrowego naparstnica prawie wcale nie działa na mechanizm krążenia, dlatego n. p. chybia celu chcieć usuwać wysięki opłucne i t. p. zapomocą naparstnicy, jeśli mechanizm krążenia jest nienaruszony. Naparstnica tylko tam może wywrzeć wpływ na krążenie, gdzie ono doznało zaburzenia, gdzie więc istnieje chorobowy rozdział krwi, t. j. zastój w układzie żylnym i zwykle, chociaż nie zawsze, brak krwi w układzie tętniczym. Gdzie ten chorobowy rozdział krwi u chorych sercowych jeszcze nie powstał, tam i leczenie naparstnicą nie jest właściwe. By naparstnica działała skutecznie, potrzebna jest dalej jeszcze dostateczna część sprawności mięśnia sercowego; wobec daleko posuniętego jego zwyrodnienia zmiany w krążeniu jeszcze się pod wpływem naparstnicy pogarszają. Dawkowanie naparstnicy musi się stosować do rodzaju choroby serca, i kto stosuje zawsze jednakowe dawki, nigdy nie osiągnie zupełnego skutku. I tak zaburzenia przy wadach zastawki dwudzielnej wymagają wielkich dawek (0·8—1·0 w naparze na dzień), zaburzenia przy wadach zastawek tętnicy głównej tylko małych dawek (0·25—0·4 na dzień). Przy połączonych wadach zastawkowych dawka zależy od wady przeważającej. Również i przy zmianach mięśnia sercowego wielkie dawki naparstnicy są przeciwwskazane. U. zaleca gorąco dłuższe stosowanie małych dawek naparstnicy

Dalsze pytanie dotyczy szczegółu, w jakiej postaci składniki naparstnicy najlepiej działają. Znaną jest rzeczą, że działanie naparstnicy zależy bardzo od pory zbioru i pochodzenia liści i że zmniejsza się ono po dłuższem lub niestosownem ich przechowaniu, jak i napary mniej są skuteczne, jeśli nieco dłużej stoją. Również bardzo chwiejne jest działanie nalewki naparstniczanej. Właściwym czasem na zbiór naparstnicy jest miesiąc lipiec, w tym i następnych miesiącach działanie jest najsilniejsze i zmniejsza się potem tak, że po roku wynosi tylko czwartą część pierwotnej siły; na ten szczegół więc należy zawsze uważać. Mimoto z końcem lata i w jesieni nastają nowe trudności, albowiem farmakopea przepisuje wprawdzie coroczne odnawianie liści naparstnicy, nie podaje jednak ściśle terminu odnawiania, który też w różnych aptekach rozkłada się na kilka miesięcy; dlatego Focke zalecił, by w recepcie dodać rok zbioru żądanych liści naparstnicy (n. p. *fol. digit. de 1905*) i według tego oznaczyć dawkę, albo dodawać w recepcie *fol. digit. »titr.«* (mianowany), t. zn. fizyologicznie oznaczone przetwory, jakie dzisiaj wytwarzają różne fabryki, chociaż i te przez dłuższe i nieodpowiednie przechowanie mogą tracić na sile. Próbowano także i tę wadę usunąć przez różne przyrządzanie liści i wytwarza się także farmakodynamicznie mianowane dyalizaty naparstnicy, a od kilku lat starano się użyć dla celów leczniczych digitaliny i digitoksyny, głównych działających składników naparstnicy. Jednak prze-

twory digitaliny nie nadały się do stosowania w praktyce, a digitoksyna Mercka wymaga wiele ostrożności w stosowaniu. Innym przetworem digitoksyny jest *digitoxinum solubile*, zwane „digalen", którego 1 cm. sz. zawiera 0·3 mg. digitoksyny i odpowiada 0·15 skutecznych liści naparstnicy. Wskazania dla digalenu są te same, jak dla naparstnicy. Gdzie idzie o szybkie działanie naparstnicy, jakoteż w razie wymiotów i zaburzeń trawienia, poleca się wstrzykiwanie digalenu do żył w dawce po 2 cm. sz. Podskórne zaś wstrzykiwanie digalenu jest bolesne i nie przewyższa wcale wewnętrznego stosowania. Dla dłuższego leczenia digalen jest mniej wskazany, niż liście naparstnicy mianowane.

Dla usunięcia puchlin sercowych lub sercowo-nerkowych poleca się połączenie przetworów naparstnicy, więc i digalenu z jednym z nowszych środków moczopędnych, jak *coffeinum natriobenzoic.* (0·2 gr. 3—6 × dziennie), diuretynę (4—5 × 1·0 w przeciągu popołudnia) lub agurynę (4—5 × 0·5 w przeciągu popołudnia). Również dobre jest *theophyllinum natrio-aceticum* (*1·5 : 200 aquae* do 6 łyżek dziennie), które jednak należy podawać dopiero wtedy, kiedy osiągnięto już skutek naparstnicy, t. j. w dobę po pierwszej dawce naparstnicy przy stosowaniu wewnętrznem. *Dr. Fels.*

Prof. Pässler. **Leczenie salicylem i zapalenie nerek w ostrym gośćcu stawowym.** (*Ther. der Gegenw.* 1906, II). Lüthje stwierdził, że wewnętrzne stosowanie salicylu wywołuje prawie zawsze ostre zapalenie nerek, które jest jednak nadzwyczaj lekkie i po usunięciu salicylu znika bez śladu; dlatego też można ostry niepowikłany gościec stawowy leczyć nadal salicylem. Jak jednak postąpić, gdy ostry gościec sam wywołał zapalenie nerek? Lecząc takie powikłanie u 16-letniego chłopca, P. podawał przez siedem dni po 3 gr. aspiryny, mimoto stan nerek się polepszył i po usunięciu leku zapalenie zupełnie ustąpiło. Tak więc aspiryna, usuwając gościec, wywarła pośrednio dobry wpływ na nerki. Zresztą dowiódł niedawno Frey, że przez alkalizowanie moczu zapomocą wód alkalicznych lub dwuwęglanu sodu można wogóle zapobiedz wszelkiemu bezpośredniemu podrażnieniu nerek przez salicyl. *Dr. Fels.*

Hauffe. **233 przypadki gośćca stawowego, leczone bez przetworów salicylowych.** (*Ther. der Gegenwart* 1906, II). H. jest lekarzem w szpitalu prof. Schweningera i poleca używany tam sposób fizykalno-dyetetycznego leczenia gośćca stawowego. Polega ono na gorących kąpielach (38—45° C.) i okładach gorących w różnej postaci. Po kąpieli gorącej, w której bolesność stawów się zmniejsza, następuje zawijanie na godzinę, poczem smaruje się staw oliwą, pokrywa papierem gutaperchowym, na to wata szara i opaska lub flanelka; opatrunek ten pozostawia się przez cały dzień. Okłady te stosuje się tak długo, dopóki obrzęki i bole nie znikły zupełnie. Na staw barkowy, biodrowy i na piersi można zamiast oliwy stosować terpentynę, pokrywając papierem gutaperchowym i taki okład może nawet przez kilka dni pozostać. Przy silnych bolach kładzie się na te okłady jeszcze worek gutaperchowy, napełniony gorącą wodą lub gorące banie, flaszki, kamienie, kataplazmy. Jeśli nogi są zajęte, stawia się łóżko z tej strony wyżej. Zabiegi te wywołują przekrwienie miejsc chorych, podobnie jak sposób Biera. W dalszym ciągu leczenia następują gorące kąpiele miejscowe; powikłania choroby nie przeszkadzają w stosowaniu kąpieli. Przy zapaleniu wsierdzia i osierdzia miejscowe okłady gorące. Skoro bolesność ustała, rozpoczyna się ruchy bierne w kąpieli, albo zaraz po kąpieli, bo wtedy są najmniej bolesne. Również i chory sam wykonuje ruchy czynne i zmienia często położenie w łóżku. Chorzy muszą rychło wstać z łóżka i chodzić, przez co zapobiega się zesztywnieniom stawów, potem następuje gimnastyka i ruchy na wolnem powietrzu. Po ustąpieniu gorączki stosuje się obok gorących kąpieli miejscowych także zimne tusze lub zmywania. Dobrze działają także kąpiele powietrzne, a nieraz już z początku choroby wynosi się chorego w łóżku po kąpieli na powietrze słoneczne. Chorym podaje się mało mięsa i więcej jarzyn, wogóle szczupłe, lecz częste pożywienie, do picia podaje się soki owocowe, a w razie silnego pragnienia gorące płyny łyżeczkami, co doskonale gasi pragnienie, podobnie jak i płukanie ust gorącą wodą. Przewlekły i zniekształtniający gościec stawowy leczy się w ten sam sposób kąpielami gorącemi, zwłaszcza miejscowemi, ruchami biernymi i czynnymi i dyetą, polegającą na skromnych, lecz częstych posiłkach. Podobnie leczy się i gościec wiewiórowy, zapalenie stawów po płonicy, pląsawicę, plamicę (*purpura*), rumień guzowaty i inne pokrewne gośćcowi choroby. *Dr. Fels.*

C. Hofmann i R. Lüders. **Vesipiryn, nowy środek przeciwgośćcowy i odkażający mocz.** (*Ther. der Gegenwart* 1906, II). Vesipiryna, znajdująca się w handlu w proszku i kołaczykach, nie rozpuszcza się w wodzie, jest prawie bez smaku i zapachu. Łączy w sobie działanie kwasu salicylowego i fenolu bez skutków ubocznych salolu. Chemicznie ma się ona do salolu tak, jak aspiryna do kwasu salicylowego; nie rozkłada się w żołądku, lecz dopiero w jelitach, dlatego oddzielony tam kwas salicylowy dostaje się do krwi i może działać istotnie skutecznie jako środek przeciwgośćcowy i odkażający mocz. Po użyciu większych dawek mocz pozostaje zupełnie czysty i nie zmienia barwy prawidłowej. Nieznaczną ilość kwasu karbolowego, zawartą w tem połączeniu, wyrównywa i zobojętnia zupełnie zawarty w leku kwas octowy (najlepsza odtrutka karbolu). Nie pojawia się zatem nigdy mocz karbolowy, ani podrażnienie nerek, ani białkomocz lub krwiomocz. Vesipiryna zastępuje zupełnie salol i poniekąd aspirynę. Ponieważ kwas salicylowy oddziela się dopiero w jelitach, przeto nie działa ona niekorzystnie na żołądek; napotnie nie działa ona wcale, albo bardzo mało i dlatego nadaje się do leczenia chorych chodzących. Vesipiryna jest wskazaną w zapaleniach pęcherza, gdzie według autorów działa szybko i skutecznie, w zapaleniu miedniczek nerkowych i wogóle wtedy, gdy chcemy działać odkażająco na drogi moczowe; również dobrze działa zapobiegawczo w przypadkach cewnikowania pęcherza (1—2 gr. dziennie), podobnie jak helmitol bez ujemnych skutków ubocznych. Dalej wskazanym jest ten lek w ostrym gośćcu stawowym (4—6 gr. dziennie) i bolach gośćcowych, nerwobolach, grypie. Dorosłym podaje się zwykle 3 razy dziennie po 1 grm. w przerwach jednogodzinnych, dzieciom 0·5 kilka razy dziennie. *Dr. Fels.*

Bittorf. **W sprawie patogenezy wrodzonego zaparcia stolca (choroba Hirschsprunga).** (*Münch. med. Wochenschr.* 1906, Nr. 6). Na podstawie własnego przypadku, stwierdzonego sekcyą, a dotyczącego 5-miesięcznego dziecka, oraz danych z piśmiennictwa, uważa autor nadmiernie długą pętlę esowatą za przyczynę tej sprawy. Zalegający kał wywołuje przez bezpośredni ucisk i przez wytwarzające się obficie gazy stopniowe rozszerzanie się jelita, co oczywiście znowu utrudnia wydalanie kału. Nadmiernie obciążona, a skutkiem długiej krezki nadmiernie ruchoma pętla esowata łatwo opada ku stronie prawej, przez co wytwarza się na przejściu pętli esowatej w odbytnicę załamanie ściany kiszki, a temsamem zwężenie jej światła, zwłaszcza jeżeli t. zw. zwężenie Amussata, które w tem miejscu bywa już fizyologicznie, jest wybitnie wykształcone. *Dr. M. Godlewski.*

Barszczewski. **Dziesięciolecie promieni X w medycynie praktycznej.** (*Gazeta lek.* 1906, Nr. 3). Dotychczas zebrane doświadczenie poucza, że nawet w tym zakresie, w którym promienie Röntgena mogą przynieść medycynie istotny pożytek, uzyskać mogą dobry wynik tylko lekarze, dobrze z rzeczą obznajomieni. Do pierwotnego rozpoznawczego zastosowania promieni X w chirurgii przy złamaniach i wyszukiwaniu ciał obcych, przybyły w miarę doskonalenia się przyrządów i sposobów badanie i dokładne oznaczenie stosunku serca do otoczenia, radyoskopia dróg oddechowych górnych i płuc (ciała obce, zagęszczenia miąższu płucnego, ropnie, nowotwory, późniejsze okresy gruźlicy), stwierdzenie kształtu i położenia żołądka (po zadaniu 10—20 prc. *mag. bism.* z mlekiem), wykrycie, a nawet określenie rodzaju kamieni moczowych. Natomiast w kamicy żółciowej promienie X pod względem rozpoznawczym niewielki przynoszą pożytek. W celach leczniczych wprowadzono naświetlanie promieniami X w rozmaitych chorobach skórnych, w przypadkach raka i w białaczce, jednak, jak dotąd, ze skutkiem wątpliwym. *Dr. Hilfstein.*

M. Meyerhof. **W sprawie rozpoznawania duru zapomocą typhusdiagnosticum Fickera.** (*Berl. klin. Wochs*, 1906, Nr. 6). W przebiegu duru z końcem drugiego tygodnia choroby wypada próba Fickerowska dodatnio, dlatego też zapomocą tego sposobu nie można wcześnie duru rozpoznać. Za to sposób ten dla odróżnienia duru od innych chorób jest bardzo dobry. Próby tym sposobem w innych cierpieniach przedsięwzięte, zawsze wypadały ujemnie. Raz jedyny wypadła próba ta dodatnio u chorej, która przebyła przed 6 laty dur. Próba Fickerowska wypada również ujemnie w paratyfusie. M. otrzymuje krew zapomocą nakłucia żyły łokciowej środkowej. Sposób ten da się nawet u dzieci łatwo wykonać, a lepszy jest stanowczo od nacinania skóry na lędźwiach i stawiania w tem miejscu baniek. *E.*

Prof. Jaksch. **O nie zauważonem dotąd źródle pentozuryi pokarmowej.** (*Zentralbl. f. inn. Med.* 1906, Nr. 6). Jaksch wspomina o typowym przypadku pentozuryi przewlekłej, rozpoznawanej przez lekarzy długi czas jako cukrzyca. Mając zamiar przypadek ten gdzieindziej ogłosić, zwraca obecnie uwagę tylko na to, że napoje owocowe, nie zawierające wyskoku, jak w tym przypadku jabłecznik, zawierają obficie pentozy, a po 1—1½ litra takiego napoju w moczu tak zdrowych, jak chorych, wypadają dodatnio próby Trommera, Nylandera, Tollensa, a ujemnie próba fermentacyjna. Pentozurya trwa po użyciu napoju najmniej 24 godzin. Stąd wnioski dla lekarza praktyka: 1) w razie dodatnich prób powyższych należy

uzupełnić wywiady co do używania napojów owocowych; 2) nigdy nie zaniedbywać przy badaniu próby fermentacyjnej i Tollensa. Gdy one wykażą jedynie pentozy, niema przeciwwskazania do dalszego używania takich napojów. *Dr. Flis.*

V. Petiti. **O wyzyskaniu rożnych rodzajów cukru u chorych na cukrzycę.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 6, 1906). P. badał na klinice Senatora zdolność wchłaniania rozmaitych gatunków cukru, n. p. gronowego, trzcinowego, mlecznego i lewulozy u chorych na cukrzycę. Podawał cukier chorym jużto wewnętrznie, już też przez odbytnicę, którą przedtem oczyszczał zapomocą lewatywy ze zwykłej wody; przed doświadczeniem wprowadzał 4—5 kropel nastoju makowca do odbytnicy. Ilość cukru w moczu i stolcu oznaczał zapomocą metody polaryzacyjnej i Fehlinga doszedł do następujących wyników: 1. Każdy gatunek cukru ulega wessaniu w odbytnicy. 2. Czy cukier, podany wewnętrznie, lepiej się wchłania, niż przez odbytnicę, trudno rozstrzygnąć. 3. Po wprowadzeniu cukru do ustroju, czy to przez usta, czy przez odbytnicę, zawsze pojawia się w moczu większa ilość cukru prawoskrętnego. 4. Najlepiej wchłania ustrój cukier mleczny, najgorzej gronowy. 5. W cięższych postaciach cukrzycy nie zmienia się zatrucie kwasami po wprowadzeniu cukru do ustroju wymienionemi drogami; wydzielanie cukru nie zmienia się. 6. Lewatywy z cukru, szczególnie z cukru mlecznego powinnyby znaleść zastosowanie u chorych na cukrzycę. Na podstawie swych doświadczeń roztrząsa P. pytanie, czy cukier, wprowadzony do odbytnicy, dostaje się do wątroby, i dochodzi do wniosku, że w istocie tak się dzieje, wbrew zapatrywaniom Arnheima i Orłowskiego (*Zeitschr. f. diät. und physik. Ther.* Tom VIII, S, 75 i 481). *E.*

Wł. Palmirski i Z. Karłowski. **Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1904.** (*Medycyna* 1906, Nr. 5). Statystyka ta dotyczy 1070 przypadków, a uwzględnia płeć, miejscowość, wiek, czas rozpoczęcia leczenia, gatunek zwierząt, które pokąsały chorych i pory roku. Ze wszystkich tych przypadków, leczonych metodą Pasteura, zmarła w r. 1904 wskutek wodowstrętu jedna osoba, t. j. 0·09 prc. Leczenie w tym przypadku trwało 30 dni. Podczas leczenia zmarły 2 osoby, z osób nieleczonych zmarło według zebranych wiadomości osób 5. Autorzy leczyli metodą wzmocnioną, rozpoczynając szczepienia rdzeniami 8-dniowymi, kończąc 3-dniowymi. U osób pokąsanych w twarz rozpoczynali leczenie od 8-dniowych rdzeni, a kończyli jednodniowymi. Leczenie trwało od 16—30 dni; wstrzykiwali po 2 ctm.³ dość gęstej zawiesiny z rdzenia królika, zarażonego jadem stałym (*virus fixe*). Ciężko pokąsani otrzymywali dawki podwójne. Rdzenie lecznicze przechowywano w ciepłocie najwyżej 12—15° C. *E.*

PEDYATRYA. Epstein. **O niebieskiej plamie krzyżowej i innych mongołowatych objawach u europejskich dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, 63, styczeń, 1906). Autor spostrzegał niebieską plamę krzyżową (p. streszczenie pracy Fujisawy *Prz. lek.* 1905) kilkakrotnie, zanim sprawę poruszono w piśmiennictwie. Na podstawie badań, podjętych w praskim domu podrzutków w ostatnich dwóch latach, ocenia autor częstość zboczenia na 1: 600, spostrzegał je bowiem 4 razy na 2400 badanych noworodków. Wobec rzadkości objawu u dzieci białych, a częstości w rasie żółtej i malajskiej („prawie u wszystkich noworodków“) musimy go uznać za cechę rasową. Przeciwnie przy tak zw. mongołowatem niedołęztwie umysłowem, mongołowatem wejrzeniu, przyjmuje autor zboczenie zawiązkowe. Chodzi o dzieci o płaskiej, okrągłej twarzy, wiotkich tkankach, opóźnionem kostnieniu czaszki, rozwijające się powoli, a odznaczające się niezwykłą ruchliwością, zachowujące się cicho, „nie umiejące płakać“, okazujące nierzadko różne objawy zwyrodnienia i rozwój władz umysłowych upośledzony, ograniczoność aż do wyraźnej głupowatości. *Lewkowicz.*

Schkarin. **O aglutynacyi w zołzach.** (*Jahrb. f. Kinderheilkunde*, 63, styczeń, 1906). Autor stwierdził u dzieci wybitnie zołzowych aglutynacyę prątków gruźliczych w 62·5 prc. przypadków, zatem wyniki podobne, jak u dzieci dotkniętych gruźlicą, klinicznie dającą się wykazać (78·9 prc.). Przeciwnie w przypadkach skazy wysiękowej, jak ją określa Czerny (język geograficzny, ciemiączko załupione, słodki strup, wypryski, świerzbiączka, wyrośle gruczołowate, przerost migdałków, nieżyty nosa, gardła i t. d.) i u dzieci niegruźliczych wynik dodatni stwierdzano tylko rzadko (25, względnie 21·4 prc.) i przeważnie tylko przy mniejszych rozcieńczeniach. Ze względu na to zachowanie się należy skazę wysiękową ze zołzów wydzielić. Odczyn dodatni próby ma znaczenie niewątpliwe w rozpoznaniu gruźlicy u dzieci, mianowicie gruźlicy utajonej. Rozpoznanie może być uważane za pewne, jeżeli odczyn następuje także przy większych rozcieńczeniach (1: 50, 1: 100). *Lewkowicz.*

Allaria. **Gęstość drobinowa surowicy krwi u dzieci dotkniętych zapaleniem nerek i bez niego.** (*Jahrb. für Kinderh.*, 63, styczeń, 1906). Autor badał 10 dzieci chorych na zapalenie nerek i 9 mających zdrowe nerki. Wyniki są następujące: Całkowita gęstość drobinowa surowicy krwi dzieci chorych na ostre lub przewlekłe, miąższowe lub śródmiąższowe zapalenie nerek prawie nigdy nie przekracza granic fizyologicznych, jeżeli nie ma objawów mocznicy. (U dorosłych często stwierdza się podwyższenie gęstości nawet bez objawów mocznicy). Tłómaczy się to tem, że u tych chorych stwierdzić można często pewien stopień rozwodnienia krwi. Przeciwnie u dzieci, dotkniętych mocznicą, gęstość drobinowa była zawsze wzmożona, co w przypadkach wątpliwych może mieć wielkie znaczenie rozpoznawcze. To podwyższenie polega, jak dowodzą badania przewodnictwa elektrycznego, na nagromadzeniu się drobin, nie podlegających jonizacyi, zatem drobin głównie organicznych, przedewszystkiem organicznych odpadków wymiany materyi. Wzmożenie gęstości drobinowej wskazuje na zatrzymanie we krwi tych odpadków i jest dowodem istnienia przyczyn, które wiodą do mocznicy. *Lewkowicz.*

Sarvonat. **Przypadek twardziny** (*sclerema*) **noworodków.** (*Arch. de méd. des enf.*, styczeń, 1906). Przypadek ten odznaczał się tem, że nie było obniżenia ciepłoty ciała, słabości wrodzonej, ani poprzedzających zaburzeń kiszkowych, któreby mogły wywołać utratę wody; skład tłuszczu podskórnego był prawidłowy. Za przyczynę przyjmuje autor na podstawie badania pośmiertnego i histologicznego ściegnistą przemianę skóry i tkanki podskórnej, jako zboczenie wrodzone, lub pozostałość po przebytem zapaleniu. Patogeneza twardziny noworodków prawdopodobnie nie we wszystkich przypadkach jest jednaka. *Lewkowicz.*

NEUROLOGIA. Ziehen. **Zmiany kiłowe w obrębie tylnego dołu czaszkowego.** (*Ther. der Gegenwart*, 1906, I i II). Rozróżniamy trzy główne postacie kiłowych chorób mózgowych, a mianowicie: 1. zniedołężnienie poraźne, 2. kilakowa i 3. naczyniowa kiła mózgowa. Zniedołężnienie poraźne rzadko łączy się z kilakową lub naczyniową kiłą mózgu. Najczęściej jeszcze się zdarza, że w dalszym przebiegu kilakowej lub naczyniowej kiły mózgu klinicznie i anatomicznie porażenie postępowe się wyłania, natomiast nadzwyczaj rzadko w przebiegu porażenia postępowego rozwija się następowo kilakowa lub naczyniowa kiła mózgu. Natomiast dość częste są połączenia kilakowej i naczyniowej kiły mózgu. W obrębie kilakowej postaci kiły mózgu rozróżniamy jeszcze: przymiot kilakowy miękkich opon mózgowych (*leptomeningitis gummosa*), przymiot kilakowy miękkich opon mózgowych z zajęciem istoty mózgowej (*encephalomeningitis gummosa*) i przymiot kilakowy nerwów mózgowych i ich pochewek (*neuritis radicum gummosa*), które to trzy postacie po największej części ze sobą się łączą. Przymiot kilakowy mózgu rozwija się częściej na podstawie, niż na półkulach mózgowych.

Przymiot mózgu kilakowy lub naczyniowy, usadowiony w obrębie tylnego dołu czaszkowego, daje obraz kliniczny choroby mostu, rdzenia przedłużonego lub też móżdżku. Nieraz przymiot kilakowy w obrębie tylnego dołu czaszkowego wywołuje znaczną tarczę zastoinową. Z. opisuje cztery typy kiły w obrębie tylnego dołu czaszkowego. 1) W kilku przypadkach zaburzenia w zakresie n e r w u t r ó j d z i e l n e g o górowały jako jedyny prawie objaw w całym obrazie choroby. 2) Jeszcze częstsze są przypadki, w których n e r w s ł u c h o w y podobną odgrywa rolę i to albo ramię przedsionkowe, albo ślimakowe, albo też obydwa. Wogóle objawy przedsionkowe są w kile tylnego dołu czaszkowego tak częste, że w każdym przypadku zawrotu o charakterze przedsionkowym należy to rozpoznanie mieć na oku, uwzględniając jednak to, że podobne objawy przedsionkowe i ślimakowe zdarzają się i w kiłowem zapaleniu okostnej kości skalistej bez zajęcia opon. 3) W trzeciej grupie przypadków przeważają objawy w zakresie p o d n i e b i e n i a, k r t a n i, p r z e ł y k u, a często i j ę z y k a, t. j. objawy ze strony 9—12. nerwu mózgowego. W jednym przypadku autora przeważało w obrazie chorobowym porażenie podniebienia i przełyku, uwydatniające się szczególnie w szybkiem zmęczeniu tak, iż takie przypadki łatwo pomieniać można z niedomogą mięśniową (*myasthenia*). 4) Ostatni typ kiły w obrębie tylnego dołu czaszkowego tworzą przypadki z zajęciem końca rdzenia przedłużonego, t. j. p i e r w s z y c h n e r w ó w s z y j n y c h i n e r w u d o d a t k o w e g o. Te cztery typy jednak tylko rzadko występują odrębnie, albowiem łączą się zwykle ze sobą albo z przymiotem kilakowym przednich części podstawy i półkul mózgu, jakoteż z objawami psychicznymi tak, że powstają bardzo różne obrazy chorobowe. Z powodu bliskiego sąsiedztwa rdzenia przedłużonego przypadki to są bardzo niebezpieczne i leczenie powinno być energiczniejsze, niż wobec innej siedziby kilakowego przymiotu mózgu. Niestety często sprawa chorobowa mimo leczenia dalej postępuje i zejścia śmiertelne są dość częste. Leczyć zaś należy te przypadki wielkiemi dawkami rtęci i równo-

cześnie jodem. Z. podaje jodku sodowego 4—8 g. dziennie i poleca wcierać z początku 4—6 g. szaruchy dziennie, jednak w przypadkach groźnych należy dawkę podwyższyć na 8—12 g., a nieraz wyjątkowo nawet do 20 gr. *Dr Fels.*

W. Sterling. **Przyczynek do kazuistyki choroby Tay-Sachsa.** (*Idiotismus familiaris amauroticus*). (*Neurol. Centr.*, Nr. 2, 1906). Chorobę tę odznaczają następujące objawy: obojętność (apatya), zajęcie plamki żółtej, jasna ślepota *(amaurosis)*, niedołęstwo umysłowe i wiąd. Oprócz wszystkich tych objawów były w opisanym przez Sterlinga przypadku jeszcze przeczulica słuchowa odpowiednio do ogólnej nader wygórowanej wrażliwości chorego na podniety czuciowe, oraz cały szereg ruchów i automatycznych dźwięków, których zresztą w tej chorobie dotychczas nie spostrzegano. Również były napady swoistego rodzaju kurczów drgawkowych w mięśniach twarzy, ust, mięśniach oddechowych, oraz płacz kurczowy. Co się tyczy sfery ruchowej, opisano zwiększone napięcie wielu grup mięśniowych, zwłaszcza prostowników głowy, oraz zaniki mięśniowe bez zmian odczynu elektrycznego. Na większą atoli uwagę zasługuje objaw, tylko przez Sterlinga spostrzegany, a polegający na wyprostowaniu wszystkich palców przy drażnieniu dłoni, a zatem objaw, analogiczny do objawu Babińskiego na nodze. Zmiany anatomiczne tej nader rzadkiej postaci chorobowej (w piśmiennictwie istnieje zaledwie 9 protokołów sekcyjnych) polegają na sprawach zwyradniających (nie zapalnych!) obu półkul mózgowych z następowem zajęciem włókien nerwowych w moście, móżdżku, rdzeniu przedłużonym, oraz rdzeniu w ogólności. Jednym z pierwszych objawów rozpoznawczych jest zajęcie plamki żółtej na dnie oka, oraz zanik nerwu wzrokowego. Patogeneza dotychczas nieznana; Sterling skłania się do przyjęcia wrodzonych wad rozwojowych w mózgu, które w pierwszych miesiącach życia pozapłodowego prowadzić mają do zwyrodnienia układu nerwowego. Choroba ta jest rodzinna, a szczególnie nawiedza dzieci żydowskie. *Schudmak.*

W. Spielmeyer. **O szczególnym rodzaju niedołęstwa ze ślepotą.** (*Neurologisch. Centralblatt*, Nr. 2, 1906). Spielmeyer usiłuje na podstawie dokładnego spostrzegania klinicznego oraz badania anatomiczno-patologicznego wyodrębnić postać chorobową, wielce do choroby Tay-Sachsa zbliżoną, a przecież od niej się różniącą. W opisanych przez niego przypadkach znamionowały chorobę zmiany psychiczne, połączone z napadami padaczkowymi, dopiero w 6 roku życia występujące, usposobienie rodzinne (4 dzieci tej samej rodziny), oraz wybitne zmiany na dnie oka (*retinitis pigmentosa*) bez zajęcia plamki żółtej. Badanie pośmiertne stwierdziło w dwóch przypadkach sekcyjnych jedne i te same zmiany, jak się zdaje tej tylko chorobie właściwe, a mianowicie mikroskopowo układ nerwowy bez zmian, drobnowidowo zaś wybitne zmiany komórek zwojowych, rozsiane w całym układzie ośrodkowym, a szczególnie wybitne w istocie korowej półkul mózgowych; natomiast pochewki rdzenne i włókna osiowe były nietknięte. Na te typowe zmiany zwraca autor szczególną uwagę, sądząc, że tak typowemu obrazowi anatomicznemu odpowiadać musi typowa postać kliniczna, której ujęcie w cechy symptomatologiczne, li tylko dla niej znamienne, od dalszych spostrzeżeń zależeć będzie. *Schudmak.*

J. Grasset i Gaussel. **Objaw organicznego porażenia kończyny dolnej, polegający na niemożności podniesienia równoczesnego obu kończyn, przy możności podniesienia każdej z nich zosobna.** (*Revue neurologique*, Nr. 17, 1905). Tytuł sam zawiera istotę objawu. Mianowicie chory, dotknięty porażeniem jednostronnem organicznem, a leżący na wznak, zdoła podnieść każdą kończynę z osobna ponad powierzchnię łóżka; nie może jednak podnieść obu kończyn równocześnie. Autorowie w całym szeregu przypadków stwierdzili ten nowy, przez nich podany objaw, tłómaczą go zaś w następujący sposób. Do wykonania jakiegokolwiek ruchu potrzeba po pierwsze skurczu odpowiednich mięśni, a rozkurczu mięśni przeciwdziałających. (Prawdopodobną jest rzeczą, iż mięśnie przeciwnicze nietylko biernie, ale nawet czynnie z pewną siłą się wydłużają, jak tego zdają się dowodzić doświadczenia Sherringtona, który zauważył, że po przecięciu zupełnem nerwów, poruszających oko n. p. ku stronie lewej, można drażniąc odpowiedni ośrodek korowy wywołać jednak ten ruch dzięki czynnemu rozciąganiu się antagonistów mięśni porażonych). Oprócz tego jednak do wykonania jakiegokolwiek ruchu potrzeba ustalenia stawów sąsiednich, czasem nawet sąsiednich członów ciała. Podobnie chcąc siąść z pozycyi leżącej bez pomocy rąk trzeba oprócz pracy mięśni, zginających tułów i miednicę w stosunku do ud, jeszcze pracy tych mięśni, które wyprężają i prostują kończyny dolne i tych, które zdolne są przycisnąć kończyny do powierzchni łóżka. Już u zdrowego człowieka przy takiem siadaniu podnoszą się pięty nieco nad powierzchnię łóżka: jeśli jednak jedna noga wskutek niedowładu jest słabsza, niż druga, to ona podniesie się przy siadaniu bez pomocy rąk wyżej, niż zdrowa. Nazywamy to objawem niedowładu jednostronnego, Babińskiego. Odwrotnie chcąc podnieść, leżąc, obie kończyny dolne wyprostowane ponad łóżko, trzeba między innemi także te mięśnie natężyć, które ustalą tułów w stosunku do powierzchni, na której się leży. Przy podnoszeniu tylko jednej nogi trzeba oprócz tułowia ustalić także drugą kończynę. Przy istnieniu zatem połowiczego niedowładu, który dotyka także mięśnie lędźwiów i kręgosłupa, udaje się choremu, jeśli ma tylko jedną nogę podnieść, ustalić ciało, ustalając równocześnie i tułów i drugą nogę; tułów jednak zbyt mało ma siły, aby podołać zadaniu bez pomocy nogi: to też podniesienie równoczesne obu nóg staje się niemożliwe. *Dr. A. Rydel.*

F. Lange. **O przewlekłej postępującej pląsawicy (Huntington) w wieku młodocianym.** (*Berliner klin. Wochs.* 1906, Nr. 6). Lange opisuje dokładnie spostrzegany przez siebie przypadek pląsawicy Huntingtonowskiej. Zdarza się ona głównie w średnim wieku, ale także i u ludzi jeszcze bardzo młodych. Choroba ta jest dziedziczna i nagabuje czasem całe rodziny. Pląsawica rodzinna zwykła w następnych pokoleniach nagabywać osobniki coraz młodsze, tak że im dalsze pokolenie, tem wcześniej cierpienie to występuje. Czynnikiem, wywołującym tę chorobę, jest po największej części uraz (mechaniczny, psychiczny). W rozpoznaniu różniczkowem ważne są: dziedziczność i wczesne zaburzenia psychiczne. Rokowanie jest niepomyślne. Leczenie w przypadkach daleko posuniętych bezskuteczne. *E.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Werner. **Leczenie gruźlicy pneuminem.** (*Therap. der Gegenwart.* 1906, II). Pneumin jest przetworem kreozotowym; ma postać proszku żółtawego, prawie bez smaku, o lekkim zapachu kreozotowym. Działa korzystnie na sprawę płucną, nie obciąża żołądka, podnosi łaknienie i nie wywiera skutków ubocznych; dawka dzienna 1·5—2·5. *Dr. Fels.*

Wpływ **digalenu** na serce badał doświadczalnie na żabach Kumoji Sasaki (*Berliner klin. Wochs.* 1905, 25). Stwierdził przytem, że serce żab oddziaływa na digalen zupełnie tak samo, jak na napar naparstnicy. Z podobieństwa działania toksykologicznego digalenu i naparstnicy wnosi autor, że digalen posiada główne i najważniejsze własności naparstnicy. Przy doświadczalnem zatruciu digalenem zjawia się niemiarowość dopiero w ostatniem okresie, i wtedy nawet nie bywa jednak tak znaczna, jak po naparstnicy. *Hf.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 29 grudnia 1905.

Obecnych członków 50; przewodniczący kol. Wechsler.

I. Wybrano komisyę-matkę w składzie, proponowanym przez zarząd. Wchodzą więc do niej: kol. prof. Beck, Franke, doc. Herman, Jasiński, prof. Machek, Mikołajski, Moszkowicz, doc. Rencki, Ruff, Sołowij, Stachiewicz, Weksler, Zawadzki, prof. Ziembicki.

II. Prof. Czyżewicz przedstawia chorą po **dwukrotnem pęknięciu macicy.** Po raz pierwszy zgłosiła się do kliniki położniczej lwowskiej z niezupełnem pęknięciem macicy przy położeniu miednicowem. Przypadek był świeży, chora wyszła zdrowa. Po raz drugi zgłosiła się na oddział położniczy w kilkanaście godzin po odpływie wód płodowych z gotowem pęknięciem po tej samej stronie, mierzącem około 15 cm. Otrzewna pozostała prawdopodobnie nienaruszoną. Wykonano obrót, poczem z powodu niestosunku trepanacyę. Podczas całego połogu nie było podwyższenia ciepłoty, co prelegent przypisuje nienaruszeniu jamy otrzewnej. Resztę pozostawiono siłom przyrody i oto chora przebyła szczęśliwie dwukrotne powikłanie, które z reguły jest śmiertelne. Oba te pęknięcia zaliczyć należy do tej grupy, która polega na zboczeniu w samej tkance; skąd jednak pochodzi ta kruchość tkanek, dotąd wyjaśnionem nie jest.

Kol. Obtułowicz przytacza z własnej praktyki podobny przypadek, który jednak za drugim razem zakończył się śmiercią. Za pierwszym razem po dokonaniu obrotu i wymóżdżenia na główce następującej u wieloródki przy zaniedbanem poprzecznem położeniu, spostrzegł kol. O. zupełne pęknięcie macicy od tyłu i od strony lewej, a przez szczelinę w ścianie macicy wysuwała

się sieć i pętle jelit. Po przestrzykaniu macicy ciepłym rozczynem sublimatu 1:10.000 i po odprowadzeniu sieci i jelit wytamponowano wnętrze macicy gazą jodoformową; nastąpiło wyleczenie. W rok później usunął kol. O. u tejże kobiety łożysko po poronieniu trzechmiesięcznego płodu, a w następnym roku został wezwany znów do porodu, lecz zastał już pęknięcie macicy od przodu, a chorą bez tętna.

III. Kol. Czyżewicz jun. mówi **O rozszerzadle Bossiego w praktyce.** Omówiwszy w krótkości historyę tego narzędzia, zdaje sprawę z 12 przypadków, operowanych przez siebie w ubiegłych dwu latach w lwowskiej szkole położnych. Zestawienie tych przypadków wykazuje, że stosowano sposób Bossiego u pierwiastek w ciąży 3 razy, u wieloródek w ciąży 2 razy, u pierwiastek rodzących 2 razy, u wieloródek rodzących 5 razy. Czas trwania rozszerzania wynosił u pierwiastek w ciąży 16—25 min. (średnio 21 min.), u wieloródek w ciąży 4—8 min. (średnio 6 m.), u pierwiastek rodzących 15—21 min. (średnio 18 m.), u wieloródek rodzących 5—11 min. (średnio 8 m.), Częstość obrażeń po zabiegu była następująca:

	bez obrażeń	wręby	pęknięcia nie krw.	pęknięcia krwaw.
u pierwiastek w ciąży	1	1	—	1
u wieloródek »	1	1	—	—
u pierwiastek rodząc.	—	—	1	1
u wieloródek »	1	3	1	—
Razem	3	5	2	2

Na 12 operowanych wyszło zdrowych 11 matek i 6 dzieci. Umarła 1 matka z ciężką atonią macicy po przedwczesnem odklejeniu łożyska i silnym krwotoku poza zakładem; sekcya nie wykazała żadnych pęknięć. Dzieci urodziło się 4, nieżywych 2, umarło razem 6.

Wskazaniem do operacyi były: rzucawka 6 razy, grożące pęknięcie macicy przy niepodatnem ujściu 3 razy, gorączka z powodu rozkładu płodu obumarłego przy położeniu zaklinowanem 2 razy, przedwczesne odklejenie łożyska 1 raz. Operowano zawsze bez wzierników, a tylko pod kontrolą ręki według zasad, podanych przez Bossiego. Obniżając silnie narzędzie, wprowadzano je do szyi macicy, a następnie rozkręcano powoli ramiona ruchami dosyć częstymi, lecz bardzo drobnymi, tak długo, aż ujście doszło do wielkości największego obwodu główki płodu, poczem wyjmowano rozszerzadło i kończono poród kleszczami, zakładanemi nawet na nieustaloną główkę lub robiono perforacyę. Zabiegu dokonywano w uśpieniu z wyjątkiem dwu przypadków, w których nie było to możliwem z powodu groźnego stanu chorych. Podczas rozszerzania kontrolowano palcem brzegi ujścia i stwierdzono, że pęknięcia powstawały nie podczas rozszerzania, ale podczas przejścia główki przez ujście.

Z powyższych faktów można już wyciągnąć pewne wnioski. Przedewszystkiem można stosować metodę Bossiego nawet w takich przypadkach, w których nie ma jeszcze czynności porodowej, inaczej mówiąc można zapomocą niej w krótkim czasie zamienić osobę ciężarną na położnicę, co ze względu na groźny stan matki jest rzeczą bardzo ważną. Trudność wykonania zabiegu zależy od obecności części pochwowej lub jej zaniknięcia. W pierwszym przypadku rozszerza się ona jak rura, prawie bez skracania się, w drugim taksamo, jak w prawidłowym porodzie. Stąd nierównie łatwiej mogą powstać pęknięcia przy utrzymanej części pochwowej.

Czas trwania zabiegu zależy od oporu tkanek. U pierwiastek jest znacznie dłuższy, niż u wieloródek. Wskazówek żadnych postawić nie można. Szybkość rozkręcania narzędzia zależy od osobistej wprawy operatora, który sam musi ocenić, czy przy danym oporze wolno się dalej posuwać. Stąd jest rzeczą pewną, że pęknięć powstaje coraz mniej, im więcej się operowało przypadków. Na ogół biorąc, można rozszerzać prędzej, niż to podał Bossi. Pęknięcia zazwyczaj nie powstają podczas rozszerzania, lecz potem. Chcąc ich uniknąć, należy rozszerzać ujście więcej, niż potrzeba, licząc na to, że po wyjęciu rozszerzadła ujście w pewnym stopniu się zmniejszy — i robić zawsze kleszcze lub perforacyę, nigdy zaś obrót.

Wskazania do zabiegu należy trochę uszczuplić. Przedewszystkiem odpada wzgląd na dziecko, a dalej przypadki *placenta praevia*. Pozostają: 1) rzucawka; 2) gorączka z powodu rozkładu płodu w macicy; 3) grożące pęknięcie macicy przy niepodatnem ujściu; 4) przedwczesne odklejenie łożyska; 5) niedomoga serca przy ciężkich chorobach.

W praktyce prywatnej można przyrządu używać, jeśli się ma osobistą wprawę i umie obchodzić z pęknięciami szyi macicy. W przeciwnym razie stać się może narzędzie niebezpiecznem. W porównaniu z innemi metodami jest ono lepsze od cesarskiego cięcia Dührsena, które wymaga asysty i sprawia większe obrażenia, — i lepsze od balonów macicznych, których nie można dokładnie wyjałowić, a czasem trudno wprowadzić, a których działanie zawsze jest zbyt powolne. (*Streszczenie własne*).

Kol. prof. Mars zwraca uwagę prelegenta, że jeszcze w r. 1902 w tymże samym przedmiocie wyszła praca z tego samego zakładu, bo z jego kliniki. Kol. Brejter, asystent kliniczny, przedstawił na jednem z posiedzeń Tow. lek. lwowskiego przyrząd Bossiego i późniejsze, jak niemniej podał wyniki z przypadków, operowanych tą metodą w klinice. Praca ta była ogłoszona w »Przeglądzie lekarskim«. Wówczas już kol. prof. M. wypowiedział swoje zapatrywanie, które także zaznaczał przy innej sposobności przed kilku tygodniami w Tow. ginekologicznem, którego prelegent jest członkiem. Między wynikami, do jakich prelegent doszedł, jest jeden nadzwyczajny, bo przyznać należy, że rzeczą nadzwyczajną jest, aby w przeciągu 4 minut można było zamienić osobę ciężarną na położnicę. Kol. M. sądzi, że rozszerzanie nieprzygotowanej szyi macicy budzi najwięcej obawy naddarcia i dlatego nie może się zgodzić na zdanie, które kol. prelegent słyszał od prof. Fritscha, a który radzi stosować instrument wtedy, gdy jeszcze szyja macicy nie jest przygotowana. Co do samego sposobu rozszerzania, to prof. M. sądzi, że należy używać postępowania, zbliżonego do czynności fizyologicznej, t. j. rozszerzać szyję instrumentem do pewnego stopnia, potem zwolnić napięcie i tak powtarzać rozciąganie raz za razem z przerwami, gdyż wtedy postępuje się najłagodniej, najostrożniej i najwydatniej. Wreszcie co do wskazań dodaje, że przy łożysku przodującem należy się obawiać tej metody.

IV. Kol. Paklikowski przedstawia chorą z rozległą **przetoką pochwowo-pęcherzową i wynicowaniem pęcherza.** Wieloródka, rodziła dwa razy siłami natury, trzeci poród przed sześciu miesiącami, choć trwający dni siedem — ukończony bez pomocy lekarskiej. W pierwszym już dniu porodu zauważyła chora mimowolne moczenie, po rozwiązaniu stan się pogorszył, a prócz tego ukazał się guz miękki, wystający przed srom. Guz ten jest wynicowanym pęcherzem, któremu brak tylnej dolnej ściany. Ujścia moczowodów zachowane, pociągnięte wysoko w górę (widoczne wytryskiwanie moczu). Zniszczenie sięga aż do ujścia wewnętrznego cewki, ujście zarośnięte. Cierpienie to powstało prawdopodobnie przez ucisk napierającej główki przy pełnym pęcherzu.

V. Kol. Rubin przedstawia chorą, u której **wysięk okołomaciczny przebił w okolicy pępka.** Możliwość takiego przebicia, choć bardzo rzadkiego, staje się zrozumiałą, jeżeli się uwzględni stosunki rozmieszczenia tkanki łącznej miednicznej, której zapalenie stanowiło właśnie podkład anatomiczno-patologiczny tego cierpienia. Naciek zapalny szerzyć się może wszędzie tam, gdzie jest wiotka tkanka łączna, a więc: 1) po obu stronach macicy jako *parametritis lateralis* i ten naciek, przechodząc na talerze biodrowe, przebija najczęściej koło więzadła Pouparta lub wyżej aż koło nerki; 2) zapalenie w *subserosium paracervicale*, to jest w tkance między tylną ścianą pęcherza, a szyjką macicy, jako *parametritis anterior*, przechodząc po bokach pęcherza (*paracystitis*) do *cavum praeperitonaeale Retzii*, przebija ścianę brzucha w okolicy pępka, co się też stało w przedstawionym przypadku, może też przebić do szyjki pęcherza; wreszcie 3) zapalenie w *subserosium retrocervicale* jako *parametritis posterior*, tworzy zwykle płaski naciek między pochwą a odbytnicą i szerząc się ku dołowi przebija do odbytnicy, rzadko do tylnego sklepienia pochwy, lub przez *foramen ischiadicum maius* pod *m. glutaeus*. Sekretarz doroczny: *Zawadzki*.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Komitet narodowy polski dla XV międzynarodowego kongresu lekarskiego w Lizbonie odbył w dniu 18 b. m. zebranie, na którem przewodniczący prof. Wicherkiewicz przedstawił wyczerpująco działalność zarządu komitetu, zmierzającą do zapewnienia narodowi polskiemu należnego stanowiska na kongresie, a kongresowi odpowiedniego współudziału polskich lekarzy i uczonych. Prezydyum komitetu nie szczędziło zabiegów, by udogodnić podróż polskim uczestnikom Zjazdu. Stosownie do

postanowienia »Związku międzynarodowego prasy lekarskiej« komitet polski przybrał do swego grona kilku przedstawicieli polskiej prasy lekarskiej (dr. Chłapowski i dr. Święcicki z Poznania, dr. Kwaśnicki z Krakowa, dr. Kramsztyk z Warszawy, prof. Kadyi ze Lwowa).

Mimo usilnych zabiegów komitetu polskiego udział Polaków dotychczas nie zapowiada się zbyt pomyślnie, czego należy żałować, bo organizacya zjazdu wogóle rokuje dobrze o jego powodzeniu, a nieobecność nasza w turnieju naukowym złe rzucałaby światło na dorobek naukowy polski. Prezes komitetu czyni dalsze starania, by w Lizbonie wystąpienie polskich uczonych wypadło korzystnie i ma nadzieję wyjednać dla nich odrębne biuro urzędowe. Zabiegi te atoli spełzną na niczem, gdy braknie na Zjeździe Polaków. Obojętność dla sprawy, częściowo dająca się wytłómaczyć wydarzeniami politycznemi, tak dotychczas jest wielka, że nawet na zebranie komitetu polskiego zjechał tylko jeden członek zamiejscowy, prof. Sieradzki ze Lwowa. Wobec zbyt małej liczby zgłoszeń za pośrednictwem komitetu polskiego, nie można było urządzić żadnej wspólnej podróży, a dopiero w Lizbonie może nastąpić zszeregowanie się polskich uczestników. Pozostawia się więc woli każdego wybór wytkniętych już sposobów podróżowania do Lizbony.

Instytucya komitetów narodowych, będąca dla kongresów międzynarodowych lekarskich wogóle może balastem albo bez znaczenia, dla nas jest jednak ze względów podtrzymywania jednolitej myśli narodowej i godności narodowej wobec świata naukowego — wielkiej wagi.

Po karty uczestnictwa zgłosili się do komitetu polskiego dr. dr.: Białokur z Jałty, Borkowski z Druszkówki (Wołyń), Karwacki z Warszawy, Kawczyński z Parczewa (gub. siedlecka), Maciański z Wilna, Markiewicz z Kałusza, Bogdanik i Spira z Krakowa.

Odczyty zgłoszono następujące: Dr. Bogdanik: Le traitement opératoire et conservatoire de la tuberculose. Dr. Karwacki: 1) Les anticorps spécifiques dans le choléra et chez les vaccinés. 2) Immunisation contre la tuberculose. 3) Demonstration d'un réactif pour le sérodiagnostic de la tuberculose. Dr. Spira: Zastosowanie formaliny w leczeniu chorób ucha środkowego. Prof. Wicherkiewicz: 1) Quelques considerations sur la retinitis punctata albescens. 2) La valeur de la pyoctanine dans la thérapeutique oculaire.

Komitet odbędzie w Marcu jeszcze jedno posiedzenie ze współudziałem członków z kół prasy lekarskiej.

Bierny opór lekarzy w Austryi dolnej. Lekarze gminni Austryi dolnej rozpoczęli z dniem 1 lutego b. r. bierny opór co do czynności, które im przydzielano dotąd niejako w poruczonym zakresie działania i które dotąd za niezwykle nizkie, godności zawodowej bezsprzecznie uchybiające wynagrodzenie spełniać musieli (leczenie podrzutków, badanie szupaśników, szczepienie i donoszenie o chorobach zakaźnych). Dzień 1 lutego, to przełomowa chwila w historyi organizacyi lekarzy austryackich w ogóle. Z tą datą porzucili lekarze system dawny: proszenia, wnoszenia petycyi, uchwalania rezolucyi i t. d., a wstąpili na drogę stanowczego działania bez oglądania się na jakąkolwiek pomoc z boku. Słusznie porównują pisma zawodowe państwo, kraj i gminy z owym sprytnym, bogatym chorym, który raz, zmuszony już koniecznie zawezwać do siebie ze stołecznego miasta sławnego lekarza za wysokiem wynagrodzeniem, pospraszał wszystkich chorych członków swej rodziny, aby i im już »za jednym zachodem« owa powaga lekarska udzieliła porady. Tak samo postępują władze z lekarzami. Ponieważ lekarze »i tak już są« po gminach, a więc niechajże »za jednym zachodem« spełniają służbę sanitarno-policyjną, niechajże »przy sposobności« donoszą o chorobach zakaźnych, niechaj szczepią, niech leczą podrzutków. Wszystkie te czynności powinni spełniać właściwie lekarze państwowi, albo też powinny być wynagradzane lekarzom gminnym wedle taryfy. Żądaniem płacenia wedle taryfy nie dali się jednak zastraszyć przeciwnicy lekarzy, odgrzebali zaraz taryfę z r. 1823, która przyznaje lekarzom za leczenie podrzutków wynagrodzenie w kwocie siedmiu krajcarów monety konwencyjnej za każdą następną (nie pierwszą) wizytę i tłómaczą lekarzom w różnych pismach codziennych, że taryfa ta obowiązuje do dziś dnia, że ktoby z lekarzy wzdragał się ordynować za takiem wynagrodzeniem, podpada karze aresztu według §. 335 ustawy karnej. Grożono także lekarzom wypowiedzeniem wszystkich posad, wstrzymaniem subwencyi krajowych. Ale bezskutecznie: nie znalazł się dotąd lekarz, coby się zgodził podstawić nogę któremukolwiek z kolegów w walce o godność i byt.

Ruch ten lekarzy dolno-austryackich, niezupełnie słusznie biernym oporem nazywany, pokazał, że poczucie solidarności zawodowej tkwi głęboko w sercach wszystkich lekarzy i wszystkich przedstawicielstw zawodowych. Izby lekarskie Austryi dolnej i Wiednia akcyę całą bez zastrzeżeń gorąco poparły. Uchwaliły mianowicie, że ktokolwiekby z kolegów złamał solidarność i nie zważał na owe 4, przez lekarzy gminnych postawione żądania, będzie karany w drodze dyscyplinarnej i będzie uznany i publicznie napiętnowany jako człowiek bez czci. Wprawdzie jak raz dożyliśmy w sporze z namiestnictwem dolno-austryackiem tej szczęśliwej chwili, że się ono uznało kompetentnem poprawiać nasze pojęcia o honorze zawodowym, wątpić jednak należy, czy i obecnie zechce się puścić znowu na tak bystre wody wobec imponującej jednomyślności i solidarności lekarzy całego kraju, a nawet monarchii. Przemawia za tem i ta okoliczność, że owe osobistości, którym z urzędu przypada załagodzenie obecnego sporu, oświadczyły zgodnie, że owe wynagrodzenia, jakie się płaci lekarzom, najzupełniej już naszym czasom nie odpowiadają, nawet jeżeli taryfa z r. 1823 jest prawomocna.

W walce przeciw lekarzom starano się poruszyć także i publiczność; wrogowie lekarzy starali się publiczność wprost podjudzać, tłómacząc jej, że lekarze z niehumanitarnego egoizmu zawodowego chcą szkodzić społecznym interesom zdrowotnym. Jeśli występujący do walki z lekarzami powołują się na §. 335 ustawy karnej, który karze lekarza za takie zaniechanie czynności, które jest przyczyną śmierci człowieka, to należy tym naszym wrogom odpowiedzieć, że przepis ten zupełnie do obecnej sprawy się nie odnosi. Wszak lekarze nie występują do walki z chorymi i cierpiącymi, którym muszą służyć, wszak nigdyby się lekarze nie zgodzili, by w walce o swój byt innych narażać na szwank, ale występują do walki z władzami, które wymagają, by lekarze byli humanitarni kosztem humanitarności względem siebie samych i swoich rodzin.

Stanowisko, jakie zajęły władze wobec walczących lekarzy, jest bardzo ciekawe i godne właściwego oświetlenia. Kiedy jakikolwiek inny zawód (n. p. kolejarze) chwytał za broń biernego oporu, albo tylko groził, że się go chwyci, zaraz zapełniały się dzienniki półurzędowemi wiadomościami o gorączkowych i długich naradach w tem lub owem ministerstwie, w tej lub owej dyrekcyi, i mnóstwem półurzędowych obiecanek dla walczących. Nigdy zaś nie zdarzyło się nam wtedy czytać półurzędowej rady, by walczący z idealnych stron swojego zawodu zrobili sobie plaster i przykryli nim swą nędzę. Inaczej postępuje się z lekarzami. Im wciąż wskazują na ich ideały, ilekroć im nic nie chcą dać. Bo inna rzecz opór bierny na kolei: — tam straty materyalne są olbrzymie i rosną z każdą godziną, — a inna rzecz opór lekarzy, który ani nie może, ani nie zamierza wywołać żadnej szkody publicznej. (I dlatego ruch lekarzy niesłusznie nazwano biernym oporem). Inaczej też, niż przy biernym oporze każdego innego zawodu, zachowują się władze wobec ruchu lekarzy, nie zmierzającego do szkodzenia publiczności: wobec »biernego oporu« stosują »bierne stanowisko«. A to dzieje się znowu dlatego, że nie ma ministerstwa sanitarnego, któreby z obowiązku musiało zająć się taką sprawą i ją załatwić. Tak więc jedna władza jako niekompetentna oddaje sprawę drugiej, druga trzeciej i tak wciąż w kółko. Może wreszcie bierny opór lekarzy otworzy raz rządowi oczy na to, że administracya sanitarna jest zbyt ważnym działem, żeby stanowiła uboczne zajęcie dla ... prawników.

Utworzony w Izbie lekarskiej wiedeńskiej Komitet z radcą dworu prof. Schautą na czele zebrał już przed 1-ym lutego dla poparcia walczących sumę przeszło tysiąca koron. Ruchem całym kierują połączone Zarządy obu organizacyi lekarskich Austryi niższej. Wydały one i rozesłały do wszystkich kolegów szczegółowe przepisy wykonywania oporu, jako też służą bezzwłocznie wyjaśnieniami i obroną każdemu z walczących kolegów. Za moralnem i materyalnem popieraniem walki oświadczyły się oprócz Izb wiedeńskiej i dolno-austryckiej: »Wolna organizacya lekarzy obwodowych i gminnych Styryi«, »Związek lekarzy Karyntyi«, »Tow. lek. VIII. obwodu m. Wiednia,« »Chrześcijański Związek lekarski w Austryi«, »Związek lekarzy Krainy«, »Wolna organizacya lekarzy gminnych niemieckiego Tyrolu«, »Organizacya lekarzy gminnych Śląska« i t. d. Z ruchem tym sympatyzuje również wiele pism codziennych tak, że walczący są dobrej myśli i mają nadzieję zwycięstwa. *E. S.*

Walka lekarzy dolnoaustryackich z władzami trwa już trzy tygodnie. Dotychczas jednak wydział krajowy i rząd zachowują się odpornie i próbując ruch stłumić przymusem, nawet nie rozpoczęły rokowań, któreby już nawiązano, gdyby

walkę podjęła nawet drobna jakaś grupa robotnicza. Lekarze zawiadamiają wprawdzie władze o pojawianiu się podejrzanych przypadków chorób zakaźnych, bez podania jednak rozpoznania. Władze powinnyby załatwić z pośpiechem wszystkie takie doniesienia o pojawieniu się chorób zakaźnych, pochodzące od czterystu kilkudziesięciu lekarzy gminnych, a ponieważ rządowych fizyków powiatowych jest wszystkiego dwudziestu kilku, przeto nie mogą oni w żaden sposób stwierdzić wszystkich przypadków. Zaraz w pierwszym tygodniu wpłynęło do władz przeszło dziewięć tysięcy doniesień o rzekomem pojawieniu się chorób zakaźnych, które przydzielono rządowym lekarzom powiatowym do »dalszego urzędowania«. Tymczasem władze nie traktują tych doniesień na seryo, lecz uważają je za akty biernego oporu — nie spieszą się więc wcale z wysyłaniem lekarzy rządowych do gmin, w których miały się pojawić choroby zakaźne. Niektóre starostwa wydały zwierzchnościom gminnym polecenia, co mają przedsięwziąć w razie, gdy lekarz gminny stwierdzi podejrzany przypadek choroby, a nie powie dokładnie, jaka to choroba. W takich przypadkach, zanim lekarz rządowy znajdzie czas, by zjechać do gminy i zarządzić, co należy, postarać się ma zwierzchność gminna, ażeby chorych pomieszczono w gminnym szpitalu epidemicznym, albo też w razie, jeżeli pozostają w opiece domowej, strzedz, by nikt się z nimi nie stykał i by współmieszkańcy domu nie uczęszczali do kościoła, ani też na zabawy, na których gromadzi się większa liczba osób i t. p., dzieci zaś z takiego domu nie wolno posyłać do szkoły. Takie rozporządzenie wydało przed paru dniami starostwo w Bruck nad Litawą i dodało na końcu następujące pouczenie: »Gdyby jednak lekarze gminni zdecydowali się podać jasne rozpoznanie i orzec, że w danym przypadku nie zachodzi obawa zarażenia — w takim razie odpada też potrzeba przeprowadzenia zarządzeń w tym reskrypcie wskazanych«.

Ze sposobów walki, stosowanych przez lekarzy dolnoaustryackich, niektóre mogą być i są istotnie wyzyskiwane jako zarzut przeciw walczącym, mogący narazić ich na niechęć szerokich kół. Gdyby było prawdą, że lekarze dolnoaustryaccy zgłaszają obecnie więcej przypadków rzekomo zakaźnych chorób, niż się ich w istocie przydarza, to budzi się bardzo poważna wątpliwość, czy cel w tym przypadku może uświęcać.... świadomą przesadę. W przypadkach zaś rzeczywiście zakaźnych i grożących rozwleczeniem epidemii, jest chyba obowiązkiem nietylko »urzędowym«, ale obowiązkiem etycznym każdego lekarza użyć wszelkich znanych mu środków zapobieżenia niebezpieczeństwu; w takim przypadku zalecenie »taktyki bojowej« w postaci przemilczenia właściwego rozpoznania w doniesieniach do władz, może niejednego lekarza wprawić w konflikt z samym sobą.

R.

XVI. Wiec austr. stowarzyszeń lekarskich odbędzie się 25 marca b. r. w Wiedniu w sali posiedzeń Towarzystwa lekarskiego. Oprócz spraw administracyjnych i sprawozdania Wydziału, obejmuje porządek dzienny następujące sprawy: sprawozdanie instytucyi, wspierającej wdowy i sieroty po członkach austryackiego związku stowarzyszeń lekarskich; sprawozdanie z loteryi; lekarze a reforma wyborcza; wolna organizacya lekarzy.

E. S.

Przetwór leczniczy „Pastilli jodoferratini comp.“ wyrobu apt. Jahra dopuściło ministerstwo spraw wewn. do ogólnego obrotu w aptekach austryackich.

Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 lutego 1906.

Ankieta w sprawie zakładu dla obłąkanych w Galicyi zachodniej, złożona z członka Wydziału krajowego posła Onyszkiewicza, protomedyka radcy dworu Dr. Merunowicza, dyrektora zakładu kulparkowskiego Dr. Kohlbergera, profesorów Dr. Halbana, Piltza, Żuławskiego, dalej Dr. Świątkowskiego, radcy budownictwa inż. Braunseisa, profesora politechniki Lewińskiego i architekty Wydziału krajowego inż. Kamienobrodzkiego uznała, jak donosiliśmy, za pożądane wysłanie komisyi technicznolekarskiej celem zwiedzenia podobnych zakładów w zachodniej Europie. Komisya, do której Wydział krajowy powołał dyrektora Dr. Kohlbergera, prof. Halbana i inżyniera Klimczaka, wyjechała przed dwoma tygodniami za granicę.

Uznając zupełnie zawodową kompetencyę członków komisyi, niepodobna jednak nie wyrazić zdziwienia i żalu, że wśród wysłanników Wydziału krajowego niema ani jednego przedstawiciela psychiatrów krakowskich. Wszak sprawa zachodnio-galicyjskiego zakładu dla obłąkanych ma, jak to i sam Wydział krajowy dotąd uznawać się zdawał, dla krakowskiego Wydziału lekarskiego i dla miasta Krakowa znaczenie pierwszorzędne, stąd też w każdym okresie tej sprawy z natury rzeczy należy się głos przedstawicielowi zachodniej części kraju w tejsamej przynajmniej mierze, jak innym powołanym czynnikom. O pominięcie przedstawiciela zachodniej Galicyi, której ludność z przyszłego zakładu ma korzystać, upomnieć się powinni w pierwszym rzędzie posłowie tej części kraju, gdyż obecne postąpienie Wydziału krajowego mogłoby stać się niebezpiecznym precedensem na przyszłość.

Mamy nadzieję, że Wydział krajowy w dalszej akcyi w najszerszej mierze uwzględni udział przedstawicieli zachodniej części kraju, miasta Krakowa i Wszechnicy Jagiellońskiej, który jedynie dać może rękojmię ściśle przedmiotowego traktowania sprawy drugiego zakładu dla obłąkanych w Galicyi i ukończenia jej w sposób równomiernie dla całego kraju korzystny.

— Jak się dowiadujemy nie powzięła ankieta, zwołana w sprawie budowy zachodnio-galicyjskiego zakładu dla obłąkanych, żadnych uchwał co do miejscowości, w której ma zakład stanąć, czego zresztą dowodem jest to, że już po ankiecie ogłosił Wydział krajowy ponownie wezwanie do właścicieli ziemi, by zgłaszali oferty na sprzedaż gruntów pod zakład.

— Po 33-letniem urzędowaniu ustąpił ze stanowiska inspektora szpitali krajowych Dr. Jan Stella-Sawicki, którego nazwisko związane jest z pierwszym okresem autonomicznym szpitalnictwa galicyjskiego. Urodzony w r. 1831 w Szawlach na Żmudzi z ojca lekarza, kształcił się w gimnazyum w Szawlach i Krożach i w szkole kadeckiej w Petersburgu. Odbywszy już jako oficer kampanię węgierską w r. 1848, wyjechał po ukończeniu akademii wojennej w Petersburgu w r. 1854 w randze kapitana na studya zagranicę, z których powróciwszy posuwa się szybko w karyerze wojskowej, służąc kolejno w Kownie, Kursku (przeniesiony tam za udział w uczczeniu poety Syrokomli) i w Petersburgu, ogłaszając szereg prac wojskowych i dobijając się w 28 r. ż. stopnia pułkownika. W r. 1863 wystąpiwszy z wojska i wyjechawszy do Galicyi, walczy naprzód w oddziale powstańczym Wysockiego, a potem działa samodzielnie pod nazwiskiem Strusia. Po upadku powstania dzieli tułacze losy emigracyi, przebywając kolejno w Szwajcaryi, w Augsburgu i w Strassburgu, utrzymując się to z lekcyi, to jako robotnik w zakładzie galwanoplastycznym, to z pracy piórem; wreszcie zebrawszy nieco grosza kończy medycynę w r. 1870 w Strassburgu i tam pełni służbę lekarską w czasie oblężenia. Następnie praktykuje w Genewie, a po nostryfikacyi dyplomu w Krakowie i praktyce w szpitalu lwowskim, zostaje w r. 1873 inspektorem szpitali krajowych (drugim z kolei). Oprócz licznych prac beletrystycznych i pamiętnikarskich z okresu powstania, wydaje cały szereg popularnych podręczników (»Rady dla mężatek« 6 wydań, »Poradnik lekarski dla ludu« 2 wydania, »Higiena życia powszedniego«, »Pielęgnowanie zdrowia«, »Podręcznik dla pielęgnowania chorych«) i 9 roczników Kalendarza lekarskiego.

Zważywszy, że wydatki na szpitalnictwo galicyjskie wzrosły w czasie urzędowania Dr. Sawickiego dziesięciokrotnie i że w tymże stosunku wzrosła liczba szpitali w kraju, że w okresie tym, zwłaszcza zaś w ostatnich jego latach, przekształcać się poczęły nasze szpitale prowincyonalne na modłę nowożytną, a organizacya krajowej służby lekarskiej uległa reformie, nietrudno ocenić rozmiary podejmowanej przez Dra Sawickiego pracy, w której uznać należy wytrwałość i dobrą wolę.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyła posiedzenie dnia 3 lutego 1905, na którem przyjęto do wiadomości sprawozdanie lekarskie i administracyjne o ubiegłym sezonie w zdrojowisku Morszyn, oraz przeprowadzono szczegółową rozprawę co do sposobu zawiadywania zdrojowiskiem w przyszłym sezonie i wybrano komisyę z trzech członków celem ustnego porozumienia się z kandydatami do zarządu zdrojowiskiem. Postanowiono otworzyć oferty na dzierżawę folwarku Morszyn i przesłać je do oceny syndykowi Towarzystwa. W końcu udzielono zapomóg 22 wdowom po lekarzach w łącznej kwocie 2·710 K. z funduszów, zostających pod zarządem Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Z powodu spóźnionej pory odroczono dalsze obrady po czterogodzinnych rozprawach, nie wyczerpawszy porządku dziennego.

— Towarzystwo lekarskie łódzkie obrało na rok 1906 prezesem Dr. Ksawerego Jasińskiego, wiceprezesem Dr. Seweryna

Sterlinga, sekretarzem Dr. J. Brudzińskiego, jego pomocnikiem Dr. Sonnenberga, bibliotekarzem Dr. Fankanowskiego, jego pomocnikiem Dr. Prechnera, skarbnikiem Dr. Littauera i mianowało swym członkiem honorowym Dr. Karola Jonschera.

— W pierwszym tegorocznym zeszycie »Czasopisma lekarskiego« kreśli Redakcya zarys pracy społeczno-lekarskiej, czekającej lekarzy w Królestwie, a zapowiadając, że »Czasopismo« jak najgorliwiej sprawami temi się zajmie, zaprasza ogół lekarzy polskich do czynnego w tem udziału. »Czasopismo« może się słusznie pochlubić, że od swego założenia konsekwentnie i systematycznie już przez lat siedem poświęcało zagadnieniom medycyny państwowej i higieny społecznej miejsce równie ważne, jak medycynie praktycznej, tem właśnie wszystkie inne pisma lekarskie polskie przewyższając i że tego kierunku nie porzucało, oczekując chwili, w której te zagadnienia nabędą w Królestwie praktycznego znaczenia, a która to chwila teraz już nadeszła.

— Docenci Adam Bochenek i Emil Godlewski mianowani profesorami nadzwyczajnymi w Krakowie.

— Ministeryum oświaty zatwierdziło *»veniam legendi«*, nadaną Dr. Franciszkowi Nowotnemu w zakresie laryngologii i otyatryi przez Wydział lekarski krakowski.

— Dzienniki donoszą, jakoby doc. dr. Panek ze Lwowa i dr. St. Serkowski z Łodzi, umieszczeni w ternie kandydatów na katedrę higieny we Lwowie, kandydatury swe rzekomo cofnęli.

— Między 28 stycznia, a 3 lutego 1906 stwierdzono w Galicyi 6 nowych przypadków ospy, mianowicie 1 w Krakowie (emigrantka z Rosyi) i 5 w powiecie brodzkim, oraz 34 przypadki duru osutkowego w 10 powiatach (Rawa 15, Stryj i Tłumacz po 5, Jaworów 3, Horodenka, Jarosław, Myślenice, Przemyślany, Stanisławów, Stary Sambor po 1). W tygodniu od 11 do 17 lutego 1906 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego: w pow. Brzozów (Dynów 1), Jarosław (Leżachów 2), Jaworów (Bonów 1), Horodenka (Obertyn 1, Żuków 5), Kamionka (Chotojów 1), Myślenice (Naprawa 3), Nadwórna (Zielona 2), Rawa (Rawa 1), Stryj (Wołosianka 7), Tłumacz (Bortniki 8, Przybyłów 2), Tarnopol (Konstantynówka 1), Brzeżany (Kozłów 1: zachorował lekarz miejski Dr. Czepielowski), Cieszanów (Lubaczów 7: zachorowały 2 zakonnice i 1 posługaczka w szpitalu pow., a zakaziły się od 4 chorych z Krowicy lwt., którzy leczeni byli w tym szpitalu); ospy: w pow. Chrzanów (Trzebinia wieś 1, Luszowice 1), Brody (Brody 2, Bielawce 1, Berlin 1). Nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych stwierdzono 37 przypadków, z tego 33 w 15 gminach Galicyi zachodniej, najwięcej w m. Bochni (10), w pow. Przeworskim w Markowej (5), w Rozborzu (2), w m. Mielcu (3), oraz w 1 gminie Galicyi wschodniej w pow. kamioneckim w Radziechowie (4); najwięcej szerzy się w powiatach: krakowskim (gmin 4), wadowickim (5), bocheńskim (4), pilzneńskim (3) i przeworskim (4).

— Według statystyki Józefa Buzka, ogłoszonej przez krajowe Biuro statystyczne, a przytoczonej przez »Głos lekarzy«, przypadło w czteroleciu 1861/5 wśród ówczesnych 105 słuchaczy medycyny w Galicyi: 95·2% Polaków, 1·0% Rusinow, 2·9% innych narodowości, 84·8% katolików, 12·4% izraelitów, 2·8% ewangelików, — zaś w czteroleciu 1896—1900 na 380 medyków 91·8% Polaków, 7·4% Rusinów, 0·8% innych, 67% katolików, 30·5% izraelitów, 1·3% ewangelików. Młodzież ruska okazuje więc mało zamiłowania do studyów lekarskich, największe zaś niewątpliwie młodzież izraelicka, jeżeli się zważy, że tylko do r. 1881 odsetek jej wśród słuchaczy medycyny odpowiadał odsetkowi izraelitów wśród ogółu ludności (11·1%), a odtąd kilkakrotnie go przewyższył.

— Wydział lekarski wiedeński uchwalił, że docenturę prywatną przyznawać będzie tym tylko kandydatom, którzy uzyskają większość $^2/_3$ głosujących.

— Rząd niemiecki wysyła w kwietniu b. r. Roberta Kocha na nową wyprawę naukową celem zbadania śpiączki afrykańskiej.

— Behring wykładał 8 lutego b. r. w radzie rolniczej niemieckiej (Landwirtschaftsrath) o zwalczaniu gruźlicy u bydła i higienicznej produkcyi mleka, a w wykładzie tym cofnął wiele z twierdzeń, wygłoszonych o swym przetworze tuberkulinowym w znanym wykładzie paryskim. Przetwór ten uważa on obecnie za nienadający się do użytku praktycznego, ponieważ wytwarzanie jego jest niezmiernie skomplikowane i kosztowne, a wstrzykiwanie do żył niedogodne i nadto okazało się, że przetwór jest bardzo nietrwały. Natomiast wytworzył Behring obecnie inny, wad tych nieposiadający przetwór, który nazwał »tuberkulazą«, ale którego, jak sam mówi: »nie stosował u takiego bydła perliczego, którego stan odpowiadałby choć cokolwiek stanowi ludzi, dotkniętych suchotami i dlatego nie ma naukowo uzasadnionych podstaw do przypuszczenia, żeby tuberkulaza była środkiem, nadającym się do leczenia suchot ludzkich«. Wreszcie oświadczył Behring, że i w Paryżu nie mówił o środku, któryby leczył zmiany gruźlicze płuc, lecz o środku, zapobiegającym gruźlicy przy wczesnem użyciu u ludzi młodych, a na istniejące już ogniska gruźlicze wpływającym w ten sposób, żeby ich samowyleczenie się nie udaremniało ponowne zakażenie się gruźlicą.

— Seminaryum medycyny społecznej, rozpoczynające się w Berlinie 23 lutego, obejmie w pierwszej seryi wykładów tylko teoryę i praktykę państwowego ubezpieczenia na wypadek kalectwa.

— Przedmiotem obrad zjazdu internistów (23—26 kwietnia) będą: »Patologia gruczołu tarczowego« (sprawozdawcy Kraus i Kocher) i »Zboczenia czynności serca« (spr. Hering.).

— Wielka Brytania liczy 31.070 lekarzy, z tego 6438 w samym Londynie; z lekarzami wojskowymi i kolonialnymi wzrasta ta liczba do 38 921. Włochy liczą 21.103 lekarzy; z miast włoskich najwięcej lekarzy posiada Neapol (1107), potem Medyolan (935), Rzym dopiero na trzeciem miejscu (763). Liczba lekarzy w Niemczech jest niemal równą liczbie lekarzy w Anglii. Liczbę wszystkich lekarzy Polaków (łącznie z Ameryką) szacować można w przybliżeniu na 5000.

— Reklama przez ogłoszenia uważaną jest przez »General Medical Council« za tak niegodną stanu lekarskiego, że za każde przestępstwo w tym kierunku winny ma tracić prawo praktyki.

Mianowani: Doc. anatomii Triepel z Gryfii profesorem nadzw. we Wrocławiu; prof. nadzw. bakteryologii Tavel profesorem chirurgii w Bernie.

Zmarli: Dr. Józef Wernicki, uczestnik walki w r. 1863, były poseł na sejm, były prezes rady powiatowej czortkowskiej i żydaczowskiej — w 71 r. ż. we Lwowie. Dr. Antoni Żuchowski w Grodzisku w Poznańskiem.

Znany ginekolog prof. Gusserow w 69 r. ż. i okulista doc. Schelske w 76 r. ż. w Berlinie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 5. Dunin: O istocie neurastenii. Wilczyński Tadeusz: Badania cytologiczne wysięków i przesięków opłucnej i otrzewnej, oraz płynu mózgowo-rdzeniowego (dok.). — Nr. 6. Gabszewicz: Zwapnienie opłucnej. Otok ropny opłucnej. Dunin: O istocie neurastenii (dok.).

— *Medycyna* Nr. 6. Zaleski K.: Przypadek obecności wiciowców w wypróżnieniach ludzkich. Flatau i Koelichen: Rak kości skroniowej, potylicowej i móżdżku u 17-letniej dziewczyny, jako przerzut gruczolaka koloidalnego gruczołu tarczowego.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 7. W. Reiss. Spostrzeżenia z okulistyki w sztuce włoskiej. Gluziński i Reichenstein: T. zw. „myeloma" i białaczka limfatyczna (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Zesz. 2. Pręgowski: W sprawie zastąpienia natrysków wodnych przez powietrzne oraz t. zw. powietrznowodne. Bogdanik: O ciałach obcych w cewce moczowej. Moraczewski: W sprawie istoty i dyetetyki skazy moczanowej.

— *Postęp okulistyczny* Zesz. 1. Ballaban: Mięsak śródoczny.

— *Czasopismo lekarskie* Zesz. 1. Serkowski: Materyały do nauki o odporności. Krusche: O ranach postrzałowych. Wassermann: W sprawie powstawania gazów w żywych tkankach ustroju oraz o leczeniu ropówki gazowej. Schroetter: Prosty sposób usuwania z cewki uwięzniętych kamieni oraz niektórych innych ciał obcych. Higier: Hyoscyna w praktyce neurologiczno-psychiatrycznej. Idzikowski: Szpital kolejowy w Żbikowie. Pełczyński i Fidler: O cholerze.

— *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych* Nr. 2. Krzyształowicz: Grzyby chorobotwórcze włosów. Szadek: Przyczynek do kazuistyki zgorzeli samoistnej pochodzenia przymiotowego. Malinowski: Choroba Dariera.

— *Głos lekarzy* Nr 4. Stosunki wyznaniowe i narodowościowe wśród lekarzy w Galicyi. — Mikołajski: Kodeks deontologii lekarskiej. — Próba upaństwowienia pomocy lekarskiej w Austryi. — Mikołajski: Spór miasta Lwowa z Wydziałem krajowym w sprawie leczenia szpitalnego chorych zakaźnych.

— *Časopis lékařův českých* Nr. 6. Švehla: O poměru mezi skrofulosou a tuberkulosou. Šamberger: Ku pathologii hyperkeratos. Spilka, Bouček (c. d. z Nr 5).

— *Russkij Wracz* 1906 Nr. 1. Mołczanow: W sprawie operacyjnego leczenia błoniczych zwężeń krtani u osesków. Pereszywkin: Peripleuritis. Mahakian: W sprawie nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Bierezkin: Najprostszy przyrząd do otrzymywania tlenu (Georgea-Jauberta). — Nr. 2. Gieorgiewskij: Przypadek niezwykłego stosunku n. pośrodkowego do tętnicy ramiennej. Spasokukotskaja: Przypadek wycięcia znacznej części jelit cienkich. Klimenko; Przyczynek do etyologii paratyfusu. Wojaczek: Współczesne badanie słuchu zapomocą mowy.

— *Presse médicale* Nr. 11. Gilbert i Villaret: Ból wątroby u dychawicznych. Langlois: Inerwacya pęcherzyka żółciowego. Martinet: Jak przepisywać kozłek. — Nr. 12 Iscovesco: Kolloidy. Ferry i Mandoul: Bacillus fluorescens liquefaciens w różnych chorobach dróg oddechowych. Noiré: Dobre ampułki w radyoterapii. — Nr. 13. Labbé i Vitry: Białko w leczeniu suchotników. Deléarde i Dubois: Zatrucie ołowiem i leczenie kolki ołowiczej. Jarvis: Ścisłe określenie graficzne przedoperacyjne świeżych zmian gruźliczych nerki u kobiet. Gaulejac: Sposób Biera i miesienie w nadwichnieniach i stłuczeniach.

— *Semaine médicale* Nr. 6 Bovis: Ciałko żółte. — Nr 7. Schiassi: „Splenocleisis" celem leczenia niedokrwistości śledzionowej i choroby Bantiego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 7. Koch: O afrykańskiej gorączce powrotnej. Glas. O opryszczkach w krtani i gardle. Schüller: O pasorzytach we krwi chorego na żółtą gorączkę. Bärmann i Halberstaedter: Doświadczalna gruźlica skóry u małp. Schütze: Ostre porażenie wstępujące (Landryego) po durze brzusznym, zakończone wyzdrowieniem. Ostwalt: Jeszcze w sprawie leczenia nerwobolów wstrzykiwaniami. Vogel: W sprawie podziału choroby Brighta. — Nr. 8. Veit: Doświadczenia co do rozszerzonej operacyi Freunda. Hoffa: Surowica przeciwgruźlicza Marmorka. Bruhns: Zmiany tętnicy głównej w kile wrodzonej. Glücksmann: Dalsze wyniki moich prac ezofagoskopowych. Blaschko: Doświadczenia co do leczenia radem. Falkenstein: Zachowanie się kwasu moczowego i mocznika w dnie. Glas (dok. z Nr. 7) Friedemann: Zwalczanie zimnicy.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 6. Sternberg: O lewatywach i wlewaniach. Hering H. F. O częstej kombinacyi tętna żył komorowych z tętnem nieregularnem ciągłem. Schneider: Wartość odkażająca lysoformu przy miernie podwyższonej ciepłocie. Stenger: Przekrwienie sposobem Biera w ostrych ropieniach uszu Wechselmann: Doświadczalno-krytyczny przyczynek do Siegelowskich prób przeniesienia kiły na zwierzęta. Elsaesser: Doświadczenia z maretyną. Lewin, Lüdke (c. d. z Nr. 5). — Nr. 7: Liebermann: Czy hemolityczne ciała uodparniające lub komplementy są katalizatorami, a więc zaczynami? Ahlfeld: Antefixatio uteri. Grünbaum: Rokowanie przy operacyach raka sromu. Trantenroth Przypadek ciężkiego zatrucia stowainą przy znieczuleniu lędźwiowem z uwagami o znieczuleniach połowiczych. Lissauer: Natrysk parowy jako środek wykrztuśny. Erlenmeyer: Wzrost ciśnienia tętniczego w stwardnieniu tętnic i jego leczenie. Eiger: Praktyczna wartość miareczkowej metody Pavyego w oznaczaniu cukru w moczu. Kronheimer: O torbielach szczęk. Hecht: Przyczynek do kazuistyki potworów. Sternberg, Lüdke (dok. z Nr. 6).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 7. Bartel i Neumann: O doświadczalnej gruźlicy inhalacyjnej u morskich świnek. Kren: W sprawie trądzika charłaczych *(acne cachecticorum)*. Sorgo i Süss: O zapaleniu wsierdzia w gruźlicy. Herzl: O Halbanowskim objawie ciąży.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 7: Zweifel: Jad rzucawki *(eclampsia)* i wynikające stąd wnioski co do leczenia. Lockemann: O stwierdzeniu kwasu mięsnomlecznego we krwi, moczu i w płynie mózgowordzeniowym u chorych na rzucawkę. Hempel: O uzyskaniu dobrego mleka dla osesków, dzieci i chorych. Manteufel: Badania statystyczne co do znaczenia mleka wyjałowionego w zwalczaniu śmiertelności osesków. Zaubzer. Mleko krowie w Monachium w r. 1904. Hecht: Kliniczna próba tłuszczowa kału Herxheimer i Opificius. Dalsze wiadomości o krętku bladym. Helbing: Stół na narzędzia z elektrycznem połączeniem dla ryno-laryngologów i otyatrów Veiel: O stosunku wzruszeń do zaburzeń sercowych. Daxenberger: Przypadek przepukliny przeponowej z pęknięciem żołądka. Kaupe: Żółtaczka w przebiegu płonicy. Fischer. Oettingen (c. d. z Nrów poprzednich).

Redakcya otrzymała. Bogdanik. 1) Fremdkörper in der Harnröhre. (Odb. z „Wiener med. Wochenschrift" 1906). 2) Eine neue Rippenscheere. (Odb. z „Wiener med. Presse" 1906).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 7 (od dnia 11 II do 17/II) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 30, dziew. 27; nieżywo: chł. 6, dz. — — **Zmarło:** miejscowych: męż. 12. kob. 13; zamiejscowych: męż. 14, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 10. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. — 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 7, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 3, ob. 4 23) śmierć przypadkowa: miej. —. ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. 1 **Razem:** miejscowych 25, obcych 22.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 28 lutego 1906 o godz. 6 wieczorem w ***Domu Towarzystwa*** (Radziwiłłowska 4); na posiedzeniu tem kol. prym. Borzęcki, Brzeski i Nowotny przedstawią przypadki chorobowe, a kol. Stahr wygłosi wykład: „O zmianach w krwi chorych leczonych sposobem Biera".

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PLASKOWSKIEGO, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim w terminie od dnia 1 Kwietnia 1904 do dnia 31 marca 1906 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specyalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1906 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda około rub. 500. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora. 104

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer*

Rok XLV. Kraków 3 Marca 1906. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie (Prymaryusz dr. Bogdanik).

O zmianach w krwi u chorych leczonych sposobem Biera.

Podał

Dr. E. Stahr.

Na chirurgicznym oddziele szpitala św. Łazarza leczono bardzo wiele przypadków wszelakiego ropienia, zapalenia szpiku kostnego, gruźlicy kości i stawów. a w ostatnich czasach i zgorzeli, sposobem Biera z dobrymi wynikami. Wobec tego, że istota działania sposobu Biera dotychczas nie jest całkowicie wyjaśniona, postanowiłem zająć się badaniami tej sprawy.

W ostatnich latach od czasu, kiedy Bier ogłosił swój sposób leczenia przekrwieniem, już niejeden badacz starał się dać dokładne teoretyczne wytłómaczenie i uzasadnienie tego zabiegu.

Pierwszą próbę w tym kierunku podał sam Bier[1]), który zauważył, że tkanka gruźlicza, pochodząca z palca, dłuższy czas przekrwieniem biernem leczonego, zaszczepiona morskiej śwince, nie wywołała zakażenia gruźlicą. Potem Hamburger[2]) na podstawie doświadczeń na zwierzętach doszedł do przekonania, że krew żylna posiada silniejsze własności bakteryobójcze, niż krew tętnicza i że surowica, uzyskana z krwi żylnej wśród przekrwienia biernego, działa silniej bakteryobójczo, niż surowica zwykłej krwi żylnej. Przyczyny tego zjawiska dopatruje się Hamburger w tem, że krew wśród przekrwienia biernego zawiera więcej kwasu węglowego, skutkiem czego jest zasobniejsza w wolną zasadę. Fagocytozie nie przypisuje natomiast żadnego znaczenia. Doświadczenia Hamburgera powtórzył Buchner[3]), jednak wniosków jego nie mógł potwierdzić. Nötzel[4]) wywoływał na kończynach zwierząt silne przekrwienie bierne i potem w przekrwione części wstrzykiwał w czasie od 1—24 godzin hodowle chorobotwórczych drobnoustrojów i to w takich dawkach, które dla zwierząt kontrolnych były bezwzględnie zabójcze. Mimo to zwierzęta te nie ginęły, widocznie drobnoustroje, wstrzyknięte w przekrwione członki, traciły swą jadowitość; ulegały zaś zakażeniom zwierzęta tylko wtedy, jeśli opaska była tak mocno założona, że wstrzymując zupełnie dopływ krwi do kończyny, wywoływała w niej zaburzenia odżywcze. Jeśli w jakiś czas potem wstrzyknięto tę samą dawkę chorobotwórczych drobnoustrojów w kończynę nie przekrwioną temu samemu zwierzęciu. które wśród poprzedniego doświadczenia (wstrzyknięcie w przekrwioną kończynę) nie zginęło, to zawsze doświadczenie takie kończyło się śmiercią zwierzęcia. Nötzel dowiódł także, że sok, uzyskany z tkanek, w których wywołano przekrwienie bierne, działa silniej bakteryobójczo, niż prawidłowy sok tkankowy i silniej, niż surowica krwi.

Wszyscy ci autorowie wykonali doświadczenia swoje na zwierzętach i dlatego wyników tych doświadczeń nie można przenieść bez zastrzeżeń na stosunki u ludzi. Należy np. zważyć, że w tych doświadczeniach stosowano przekrwienie bierne tak silne i niejednokrotnie tak długo, jakiegoby nie zniósł żaden człowiek i jakiego nikt wśród leczenia nie stosuje

Dlatego postanowił Laqueur[5]) zbadać wpływ, jaki wywiera przekrwienie bierne na ludzką krew. W pracy swej dochodzi on do następujących wniosków:

Bardzo wielkich różnic w bakteryobójczej sile surowicy krwi przed i po przekrwieniu biernem nie można stwierdzić, a nawet w tych przypadkach, w których wynik wedle załączonych tablic był dodatni, nie wzrastała siła bakteryobójcza krwi nawet w przybliżeniu tak znacznie, jak to stwierdzał np. Hahn po wstrzyknięciu tuberkuliny u człowieka. W przeważnej liczbie spostrzeganych przypadków zauważył Laqueur wzrost liczby krwinek białych, ale tylko o 500, a najwyżej o 3000. Najczęściej stwierdzał względne wzmaganie się bakteryobójczej siły krwi po energicznem, 1—2 godzin trwającem przekrwieniu, mniej stale następowało ono po długotrwałem przekrwieniu.

Pozwolę sobie na tem miejscu zauważyć, że Laqueur wykonywał swe doświadczenia na ludziach zdrowych, albo na chorych, cierpiących na przewlekły gościec stawowy

Skoro zatem czynnika leczniczego nie wykryto w surowicy krwi ludzkiej, zwróciłem się w moich badaniach do morfologicznych składników krwi.

Co się tyczy sposobu badania, to z początku badałem odpowiednie przypadki w ten sposób, że pierwszy raz brałem krew do badania z chorej części ciała przed zastosowaniem jakiegokolwiek leczenia, a potem również tylko z chorej, przekrwieniem leczonej części ciała, oczywiście z końcem tego czasu, na jaki opaskę zakładałem i zanim ją jeszcze zdjąłem. Potem postępowałem inaczej. Zanim zaczęto w jakimś przypadku stosować przekrwienie, brałem krew z jakiejkolwiek okolicy ciała, a skoro leczenie rozpoczęto, bra-

[1]) „Arch. f. kl. Chir.“ Bd. 48. S. 337.

[2]) „Centralbl. f. Bakt.“ Bd. 22. 1 Abth. S. 403.

[3]) „Münch. med. Woch.“ 1899. Nr. 39 i 40.

[4]) „Centralblatt f. Bakteriologie“ Bd. 23. 1 Abt. S. 345 i „Virch. Arch.“ Bd. 156.

[5]) „Zeitschrift f. exper. Patholog. u. Therapie“ I Bd. III. Heft. 1905. S. 670.

łem krew z uciśniętego członka i równocześnie dla porównania z jakiejś zdrowej okolicy, rzecz prosta także przed zdjęciem opaski. Dwa przypadki badałem od samego początku, a więc przed i po zastosowaniu przekrwienia, jednakowo: od samego początku brałem krew z chorego i dla porównania ze zdrowego członka. A wreszcie w jednym przypadku ropnego zapalenia sutka, leczonego zapomocą ssącej bańki Bier-Klappa, badałem od samego początku krew z palca ręki w kilka minut po zdjęciu bańki ssącej.

Wykonałem przeszło 150 badań krwi. Krew brałem nie z żył, lecz przez nakłucie skóry, a więc z naczyń włosowatych.

Ażeby uchylić z góry zarzut, że w przypadkach przezemnie spostrzeganych obok przekrwienia działały inne czynniki lecznicze, nie dostawali moi chorzy żadnych leków, a na chore członki tylko okłady z 3% wodnego rozczynu kwasu borowego lub z fizyologicznego rozczynu soli kuchennej.

Spostrzegałem przypadków dziesięć: siedem przypadków ropienia na kończynach, twarzy i w sutku, jeden przypadek zgorzeli u staruszki, dotkniętej cukromoczem i dwa przypadki gruźlicy kości. W pierwszych pięciu przypadkach ropienia zakładano opaskę na długie godziny, nieraz i na 20 i więcej godzin na dobę bez przerwy; w następnych pięciu przypadkach (zastrzał palca, zapalenie ropne sutka, zgorzel nogi, dwa przypadki gruźlicy kości) zakładano opaskę tylko na krótki czas, a więc najwyżej dwa razy dziennie po godzinie, przed i po południu.

I.

Co się tyczy przypadków, leczonych przekrwieniem przez kilkanaście godzin na dobę, to spostrzegałem, co następuje:

Ani liczba krwinek czerwonych, ani zasobność ich w hemoglobinę, nie ulegały nigdy wahaniom, godnym uwagi. Liczby te trzymały się prawie zawsze na jednej wysokości, albo wahały się w bardzo nieznacznych granicach tak, że w ostatnich przypadkach liczb tych już nie oznaczałem.

W niektórych przypadkach można było tylko zauważyć w krwinkach czerwonych zasadochłonne ziarenka. Zjawiały się one zawsze wtedy, kiedy sprawa chorobowa miała się ku schyłkowi, a im bliższy był powrót do zdrowia, tem ziarenka zjawiały się obficiej. Nadto zawsze częściej spotykałem to we krwi z członka chorego, niż we krwi z innych części. I tak n. p. znalazłem takich krwinek z ziarniną bazofilną w krwi z chorej ręki 25, a w takiejże ilości krwi ze zdrowej ręki 6, innym razem było ich 47 i 4 i t. d.

Prawie we wszystkich w ten sposób leczonych przypadkach wzrastała liczba krwinek białych już na drugi, najdalej na trzeci dzień: w jednym przypadku prawie się potroiła, z 10,800 podniosła się na 30,000, zresztą zapisałem następujące wzniesienia: z 8,000 na 16,000; z 5,000 na 8,000, z 15,200 na 22,000 a raz z 10,000 na 11,300. W trzecim, najdalej zaś w czwartym dniu stosowania długotrwałego przekrwienia zaczynała liczba leukocytów spadać. Prawie zawsze spadała poniżej liczby pierwotnej, stwierdzonej przy początku doświadczenia i nie dosięgała jej już prawie nigdy. Zjawisko to tłómaczę sobie wprost olbrzymią zastoiną, którą wywoływało zaciśnięcie kończyny, stosowane z dnia na dzień po godzin 20 i więcej. Należało bowiem do największych trudności przy późniejszych badaniach uzyskać przez nakłucie skóry w przekrwionej kończynie istotnie krew. Nawet przez najgłębsze ukłucie nie można było dostać krwi, natomiast z wszystkich otworów, powstałych przez nakłucie, sączyła się czysta żółtawa ciecz, nieraz niezmiernie obficie, a tylko czasem bywała ciecz zmieszana z krwią. I dlatego spadały liczby krwinek białych poniżej początkową liczbę i poniżej liczby krwinek białych w krwi kończyny zdrowej, nieuciśniętej, dla porównania badanej. Prawie zawsze była liczba krwinek białych we krwi zdrowej kończyny o wiele większa, niż w cieczy krwawej, uzyskanej z kończyny chorej, nie tak rzadko w dwójnasób większa. Raz nawet znalazłem w chorej przekrwionej kończynie zaledwo 1,800 krwinek białych, gdy natomiast ich liczba w kończynie zdrowej wynosiła równocześnie 14,700. Z liczb tych zatem, od trzeciego lub czwartego dnia przekrwienia począwszy, nie wolno i nie możemy wnosić, jakie były istotne stosunki co do bezwzględnej liczby krwinek białych w uciśniętej kończynie. Jedynie pewnem jest to, że z samego początku kończyna chora oddziaływała na założenie opaski nieraz wybitną leukocytozą. Czy to oddziaływanie może i dalej się utrzymywało, a tylko gwałtowne nasiąkanie tkanek cieczą kryło je przed naszemi oczami, tego oczywiście nie mogę na pewno rozstrzygnąć.

W badaniach swoich zwracałem również uwagę na odsetkowy stosunek rodzajów krwinek białych i przekonałem się, że już po pierwszem długotrwałem przekrwieniu odsetkowa liczba limfocytów zaczyna wzrastać, a równocześnie odsetek wielojądrzastych neutrofilów opadać i to prawie zawsze o tę samą liczbę. I tak n. p. odsetek limfocytów wzrósł w jednym przypadku w ciągu dnia z 4% na 20·5 %, w tym samym zaś czasie neutrofile spadły z 86% na 69·5%, czyli innymi słowy limfocyty podniosły się o 16·5% i również o 16·5% spadły neutrofile. W innym przypadku wzrósł odsetek limfocytów w ciągu doby z 7·5% na 20·76%, a odsetek neutrofilów spadł z 83·8% na 68·70%, w trzecim przypadku znowu limfocyty w ciągu pierwszej doby podniosły się o 21%, a prawie o tę samą liczbę opadł odsetek neutrofilów. (Limfocyty wynosiły 10·5% i 31·42%, a wielojądrzaste neutrofile 82·5% i 61·14%). Przez cały czas spostrzegania, od drugiego dnia począwszy, był odsetek limfocytów wysoki, wyższy, niż z początku przed stosowaniem przekrwienia, a odsetek neutrofilów nizki, niższy, niż w pierwszym dniu przed założeniem opaski. Odsetek limfocytów miał nadto skłonność do dalszego podnoszenia się z dnia na dzień, natomiast neutrofile zachowywały się wprost odwrotnie. Za przykład niechaj służą następujące dwa szeregi liczb, wyrażających w odsetkach limfocyty i neutrofile. Oto w jednym przypadku zachowywały się limfocyty i neutrofile, jak następuje:

limfocyty . 4% — 20·5% — 25·6% — 33·51% — 39%
neutrofile 86% — 69·5% — 63·5% — 56·4% — 52·67%

w innym zaś:

limfocyty . 7·5% — 20·76% — 25·37% — 28%
neutrofile . . 83·8% — 68·70% — 59·02% — 58·68%

Ile wynoszą bezwzględne liczby różnych rodzajów krwinek białych, nie mogę na pewno powiedzieć, i to z tej samej przyczyny, dlaczego nie mogłem oznaczyć bezwzględnej liczby wszystkich białych krwinek razem już od trzeciego lub czwartego dnia przekrwienia. Gwałtowne, powyżej

już wspomniane nasiąknięcie tkanek cieczą zaciera bezwzględne liczby krwinek, tylko wzajemny stosunek różnych rodzajów krwinek prawdopodobnie nie ulega zmianie.

II.

Przejdźmy teraz do następnych 5 przypadków, w których stosowano przekrwienie bierne najwyżej przez dwie godziny dziennie i to z jednorazową przerwą.

W trzech z tych przypadków spadła liczba krwinek białych już po pierwszym półgodzinnym ucisku i to: z 20,100 na 8,800 w przypadku zastrzału palca, z 23,000 na 19,700 w przypadku zgorzeli stopy i z 11,000 na 8,000 w przypadku gruźlicy ręki. Mieliśmy tu zatem zjawisko, wręcz przeciwne, jak w przypadkach pierwszej grupy. I od tej chwili liczba krwinek białych prawie już nigdy (z jedynym wyjątkiem) nie dosięgała początkowej wysokości. Co jednak mimo to uderzało zawsze i stale, to okoliczność, że liczba krwinek białych w kończynie chorej zawsze była większa od liczby krwinek białych w kończynie zdrowej. Różnica wynosiła nierzadko na korzyść kończyny chorej 5,000, a czasem i wyżej 10,000. A jeśli zważymy, że i na krótki czas regularnie dzień w dzień stosowana opaska przecież wyraźną zastoinę z następowem obfitem nasiąknięciem tkanek cieczą wywoływa, to przytoczone różnice musimy uważać tylko za pozorne, a w istocie muszą być one znacznie większe. Że i w tej grupie przypadków znalezione bezwzględne liczby krwinek białych w przekrwionych kończynach są tylko pozornie bezwzględnemi, dowodzi tego najlepiej ta okoliczność, że i w tej grupie przypadków już po kilku dniach stosowania opaski, przez nakłucie uciskanej kończyny igłą często dostawałem albo tylko czystą ciecz, albo ciecz zmieszaną z krwią. I dlatego uważam za prawdopodobne, że w przekrwionych kończynach znajdowały się w istocie krwinki białe w znacznie większych ilościach, niż je mogło badanie stwierdzić.

W przypadku zgorzeli otrzymaliśmy te same wyniki, co w powyższych przypadkach. Przypadek ten spostrzegałem przez jakie 3 tygodnie, badając prawie codziennie krew. Po 10 dniach jednak zaczęły liczby leukocytów w kończynie chorej spadać i to nieraz poniżej liczby leukocytów w kończynie drugiej zdrowej. Zjawisko to jednak było również tylko pozorne, wywołane wprost olbrzymią zastoiną. Nieraz kilkanaście razy nakłuwałem chorą nogę poniżej założonej opaski i dobywałem zawsze tylko czystą żółtawą ciecz tak, że nie można nawet było myśleć o policzeniu krwinek wogóle.

W dwu ostatnich na tę modłę leczonych przypadkach (gruźlica prawej nogi i ropne zapalenie sutka u karmiącej) nie zauważyłem, jak to bywało w innych przypadkach tej grupy, początkowego spadania liczby krwinek białych, lecz przeciwnie od samego początku stwierdzałem wzrost liczby leukocytów.

Dla objaśnienia pozwolę sobie przytoczyć następujące 3 przypadki:

1) Marya Zw., l. 60, bez zajęcia. Przed 2 tygodniami zauważyła na podeszwie stopy lewej wrzód pod paluchem, który powstał bez znanej przyczyny i powiększał się z dnia na dzień. Chora miewała odtąd codziennie dreszcze i gorączkę obok bolów w nodze.

Stan obecny: 20. XI. 1905. Chora dobrej budowy ciała, licho odżywiona; w narządach wewnętrznych nie stwierdzono żadnych poważniejszych zmian. Tętno 100, regularne, drobne. Nieznaczna miażdżyca tętnic. Ciepłota 36·5° C. Na lewej stopie zgorzelinowy wrzód, który ciągnie się od nasady palucha na podeszwie zewnętrznym brzegiem stopy na grzbiet stopy również do nasady palca wielkiego. Sam paluch cały siny, lekko zasiniały palec sąsiedni. Wrzód mierzy 8 cm. długości, a 6 cm. szerokości, ma ciemnobrunatne, nierówne dno i wydziela obfitą, znamiennie cuchnącą wydzielinę. Grzbiet stopy aż do stawu skokowego zaczerwieniony i obrzękły. Tętno w tętnicy grzbietowej stopy macalne tak po stronie chorej, jak i po stronie zdrowej. W moczu 8% cukru, białka drobny ślad, c. g. 1·040.

Rozpoznanie: Zgorzel stopy na tle cukrzycy.

Chorej podano odpowiednią dyetę, sól karlsbadzką, miejscowo na stopę okłady z fizyologicznego roztworu soli kuchennej, a na kończynę chorą zakładano powyżej kolana opaskę elastyczną co dzień rano i wieczór z początku na ½ godziny każdym razem, a później na godzinę lub nieco dłużej. (Patrz tabl. *a* i *b*).

11. grudnia zrobiono dwa głębokie nacięcia na goleni, wypuszczono wiele ropy i ciepłota opadła do prawidłowej. Później ilość cukru w moczu znowu się podniosła, ropienie posuwało się wzdłuż ścięgien w górę i chora z końcem grudnia zmarła.

2) Anna S., l. 20. Chora od 4 lat. Rozpoznanie: *Tuberculosis pedis dextri*. Przyjęta 9.12 1905. (Patrz tabl. *c*).

3) D., 26 l.

Przed 12 dniami zaczęła ją bez znanej przyczyny pierś prawa (chora karmi) boleć i brzęknąć, głównie poniżej brodawki. Od tego czasu ciągle gorączkuje.

6/10. Stan obecny. Cała pierś prawa jest twarda, od brodawki w dół sino-czerwona. W jednem miejscu wyraźne chełbotanie.

Rozpoznanie: *Mastitis suppurativa dextra in nutriente.*

W dniu przyjęcia nacięto pierś w uśpieniu eterowem poniżej i na zewnątrz brodawki. Cięcie długości 3 cm. Przez ranę wypłynęło dużo ropy. Założono seton. Ciepłota 37° C. rano, 38·2° wieczór.

Od 7. XII. stan bezgorączkowy. Seton usunięto, natomiast stosowano codziennie na ½ godziny do 3 kwadransy ssący przyrząd Bier-Klappa na pierś, poczem pierś zawijano w jałową gazę.

W przypadku tym badano krew zawsze w kilka minut po zdjęciu klosza Bier-Klappa z piersi. Krew brałem z palca. (Patrz tabl. *d*).

14. X. Chora wyszła ze szpitala prawie wyleczona: pierś zupełnie sklęsła, przez ranę operacyjną wydziela się mało ropy, nawet pod ssącym kloszem Bier-Klappa. Chora zgłasza się nadal do leczenia ambulatoryjnego.

We wszystkich przypadkach tej grupy pojawiała się już po pierwszem półgodzinnem przekrwieniu wyraźna skłonność do wznoszenia się odsetkowej liczby limfocytów, do spadania wielojądrzastych neutrofilów. Zjawisko to jednak nie było bezwzględnie stałe. Dalszego stałego podnoszenia się liczby odsetkowej limfocytów, a opadania neutrofilów, nie można było spostrzegać tak, jak to widzieliśmy w pierwszej grupie przypadków. Liczby odsetkowe limfocytów były nieraz pięciokrotnie wyższe wśród leczenia, niż przed leczeniem i prawie zawsze większe, bardzo często w dwójnasób większe, w porównaniu z liczbą limfocytów zdrowej części ciała; liczby odsetkowe neutrofilów zaś były prawie zawsze niższe po stronie chorej, niż po stronie zdrowej. Różnica między liczbami odsetkowemi limfocytów po stronie chorej i zdrowej wynosiła zwykle prawie tyle, ile wynosiła różnica między odsetkiem neutrofilów po obydwu stronach, t. j. chorej i zdrowej. Że bezwzględne liczby limfocytów po stronie chorej wynosiły więcej, niż po stronie zdrowej, to się rozumie samo przez się, — ale i neutrofile, policzone w liczbach bezwzględnych, wynosiły zwykle również znacznie więcej, nieraz drugie tyle, po stronie chorej, niż po zdrowej. Czyli innymi słowy: z porównania tablic, podających liczby różnych leukocytów, łatwo się przekonać można, że wszystkie rodzaje krwinek białych, policzone w liczbach bezwzględnych, prawie zawsze po stronie chorej o wiele przenosiły liczby bezwzględne w badanej dla porównania zdrowej części ciała (miejscowa leukocytoza).

Co się tyczy innych rodzajów krwinek białych poza limfocytami i neutrofilami, nie stwierdziłem nic godnego uwagi. Nie spotykałem także w barwionych preparatach krwi

Tablica *a)*.

	20/XI. Ciepłota 36·5. — 37·7. Chora dostaje opaskę na 1/2 godz. przed, i na 1/2 godziny po południu		21/XI. Ciepłota 37·5. — 37·7. Chora lepiej rusza małymi palcami, bóle mniejsze, zaczerwienienie mniejsze		22/XI. 37·2. — 38·2 Linia demarkacyjna widoczna		23/XI. 37·2. — 38·2. Bóle ustały. Sprawa się nie posuwa		24/XI. 36·5. — 39·2.	
	Krew przed leczeniem	Opaska na 1/2 godziny, potem badana krew z nogi	Noga	Ręka	Noga	Ręka	Noga	Ręka	Noga	Ręka
Liczba ciałek białych .	23.000	19.700	20.600	15.400	17.600	16.200	18.200	17.000	18.800	16.000
Limfocyty	6% (1380)[1]	18·5% (3644)	29·5% (6077)	11·75% (1808)	24·15% (4312)	12% (1944)	31·5% (5733)	9·5% (1615)	17·5% (3290)	13·33% (2133)
Wielkie jednojądrzaste .	8·5% (1955)	3% (591)	2·5% (515)	2·25% (345)	3% (528)	1·5% (243)	2·5% (455)	6% (1020)	5·5% (1034)	3% (480)
Leukocyty. Neutrofile .	85% (19550)	78·5% (15405)	67·25% (13853)	84·25% (12973)	72% (12672)	86% (13932)	64% (11468)	84% (14280)	75·5% (14194)	83·67% (13387)
Eozynofile	—	—	0·5% (102)	1·55% (237)	0·5% (88)	0·5% (81)	1% (182)	0·5% (85)	0·5% (94)	—
Tuczne	0·5% (115)	—	0·25% (52)	0·25% (37)	—	—	1% (182)	—	1% (188)	—

[1]) W klamrach są bezwzględne liczby danych krwinek białych.

Tablica *b)*.

	25/XI. Chora dostaje od dziś dnia 2 razy dnia opaskę po godzinie. Demarkacya wyraźniejsza. 26/XI. Paluch jest suchy, czarny, wyraźnie odgraniczony		29/XI. Ciepłota 38. — 39.		[1]) 1/XII. Ciepłota 37·4. — 39. Demarkacya coraz wyraźniejsza. Na brzegu demarkac. ziarnina. Olbrzymia zastoina, po ukłuciu sączy się prawie czysta surowica		3/XII Demarkacya zupełna. 5/XII. Febris continua. Paluch z łatwością oddzielono, na odsłoniętej powierzchni żywa ziarnina		10/XII. Wzdłuż ścięgien ropienie	
	Noga	Ręka	Noga	Ręka	Noga	Ręka	Noga	Ręka	Noga	Ręka
Liczba ciałek białych .	18.200	16.200	28.000	21.800	19.466 !	20.200	8.100 !	14.000	24.200	18.200
Limfocyty	22% (4004)	7% (1134)	23% (6532)	12% (2616)	9% (1746)	4·5% (909)	11% (891)	6·5% (910)	5% (1210)	9·5% (910)
Wielkie jednojądrzaste .	7% (484)	3% (486)	4% (1136)	4% (872)	3·3% (641)	4% (808)	1·66% (134)	2·5% (350)	3% (726)	—
Leukocyty. Neutrofile .	74·34% (13530)	89% (14418)	73% (20732)	82% (17876)	87·7% (17013)	91·5% (18403)	86·34% (6993)	90·5% (12670)	92% (22264)	90·5 (16471)
Eozynofile	0·66% (120)	0·5% (81)	—	—	—	—	0·34% (27)	0·5% (70)	—	—
Tuczne	0·34% (62)	0·5% (81)	—	2% (436)	—	—	0·66% (55)	—	—	—

[1]) Mocz badany 30/XI zawiera 1/2% cukru, 0·025% białka, c. g. 1 020.

Tablica c).

	9/12. Przed leczeniem.		10/12. Opaska na 1 godz.		12/12. Chora dostaje codzień opaskę na godzinę							
	Krew		Z końcem godziny krew z		12/12.		15/12.		16/12.		19/12.	
	z chorej nogi	ze zdrowej ręki	Nogi	Ręki	Noga	Ręka	Noga	Ręka	Noga	Ręka	Nogu	Ręka
Liczba ciałek białych	6.800	6.200	8.200	5.000	6.500	4.100	7.200	4.800	6.800	5.600	8.400	5.600
Limfocyty	23% (1564)	23% (1426)	17% (1394)	20% (1000)	26% (1690)	16% (656)	18·5% (1312)	14·5% (696)	25% (1700)	21% (1176)	14·5% (1218)	19% (1064)
Wielkie jednojądrz. .	5·5% (374)	7% (454)	6% (492)	3% (150)	8% (520)	5% (205)	6·5% (468)	9·5% (456)	14% (952)	12% (672)	8% (672)	6% (336)
Neutrofile	65·5% (4454)	56% (3472)	69% (5658)	68% (3400)	64% (4160)	78% (3198)	64·5% (4644)	68·5% (3288)	55% (3740)	57% (3192)	71·5% (6006)	65% (3640)
Eozynofile	6% (408)	14% (868)	8% (656)	8% (400)	1% (65)	1% (41)	10% (720)	6·5% (312)	5% (340)	10% (560)	4·5% (378)	10% (560)
Tuczne	—	—	—	1% (50)	1% (65)	—	0·5% (36)	1% (48)	1% (68)	—	1·5% (126)	— itd.

prawie nigdy patologicznych postaci krwinek białych, prócz nader wyjątkowo spotykanych eozynochłonnych myelocytów. A barwiłem preparaty trójbarwikiem kwaśnym Ehrlicha, Pappenheima, a najczęściej barwikiem May-Grünwałda.

Ze spostrzeżeń moich pozwalam sobie wysnuć następujące wnioski:

Jest rzeczą niewątpliwą, że w tej części ciała, w której wywołuje się przekrwienie bierne, wytwarza się miejscowa leukocytoza i to już wtedy, kiedy jeszcze nie ma wyraźnego nasiąknienia tkanek.

Dla wytłómaczenia owej miejscowej leukocytozy nasuwają się następujące przypuszczenia:

Tablica d).

	7/10. Przed leczeniem	8/10. Klapp na $^1/_2$ godz	9/10.	11/10.	12/10.	14/10.
Liczba ciałek białych .	7.600	7.600	8.600	8.400	14.700 [1]	9.500
Limfocyty	13% (988)	21% (1596)	12% (1032)	19% (1596)	15% (2205)	14% (1330)
Wielkie jednojądrzaste .	4% (304)	4% (304)	3% (258)	2% (168)	3% (441)	2·5% (238)
Neutrofile	80% (6080)	72·5% (5510)	81% (6966)	78% (6552)	79% (11613)	78·5% (7457)
Eozynofile	3% (228)	2·5% (190)	3% (258)	1% (84)	3% (441)	3·5% (332)
Tuczne	—	—	1% (86)	—	—	1·5% (143)

[1]) Z rary operacyjnej sączy się sporo ropy. Chora nie gorączkuje. Niema mowy o zatrzymywaniu się ropy. Na 200 leukocytów znalazłem 3 krwinki czerwone z zasadochłonnemi ziarenkami.

Od dawna jako pewnik stwierdzono, że krew, w prawidłowych warunkach w naczyniach krwionośnych płynąca, układa się w ten sposób, że w osi naczynia biegną krwinki słupem szerokim, jednostajnie czerwonym, który to słup otacza w koło pas osocza, niezawierający krwinek. W prądzie osiowym nie można poszczególnych krwinek odróżnić, a w prądzie osocza można czasem zobaczyć poszczególne krwinki białe, które wolno wzdłuż ściany się posuwają. Jeśli z jakiejkolwiek przyczyny prąd krwi się zwolni, to zwiększa się ilość krwinek białych, zjawiających się w przyściennym pasie osocza, niektóre z nich zatrzymują się i w miarę, im bardziej wolnieje bieg krwi, tem więcej krwinek białych

przechodzi w przyścienny pas osocza, tem więcej ich się zatrzymuje na ścianach naczynia; powoli obok nich zjawiają się i krwinki czerwone, a wreszcie krwinki białe zaczynają przenikać przez ściany naczyń, czemu towarzyszy wydobywanie się z naczyń płynu.

Otóż założenie opaski elastycznej wywołuje właśnie zwolnienie prądu krwi, czego wynikiem jest zatrzymywanie się w częściach przekrwionych większej ilości krwinek białych, czyli miejscowa leukocytoza. Czy w ten sposób można tłomaczyć tę leukocytozę, należałoby rozstrzygnąć doświadczeniem, któreby można wykonać na pletwie żabiej, ucisnąwszy poprzednio kończynę żaby elastyczną opaską. Takie doświadczenia mam zamiar później przeprowadzić.

Dalszą przyczyną, wywołującą miejscową leukocytozę, mogłaby być również wzmożona chemotaksis. Po założeniu opaski szkodliwe czynniki (jady), nie mogąc tak łatwo, jak poprzednio, z chorego ogniska dostawać się do innych części ustroju, zatrzymują się teraz w większej ilości, niż przedtem, poniżej opaski i wywabiają teraz większą ilość krwinek białych, niż przedtem. Sprawę tę doświadczeniem rozstrzygnąć jest niezmiernie trudno.

Wreszcie można myśleć o wzmożonem wytwarzaniu krwinek białych w narządach krwiotwórczych kończyn leczonych przekrwieniem. Że przekrwienie bierne, nawet mierne, sięga do najgłębszych żył w uciśniętych kończynach, dowodzi Bier w swej pracy: „Hyperaemie als Heilmittel. 1903“. str. 55, gdzie wyraźnie powiada, że przekrwienie obejmuje nawet kości, gdyż po przepiłowaniu kości w przekrwionej kończynie stwierdza się silny wypływ krwi żylnej z jamy szpikowej. Przekrwienie więc szpiku kostnego i innych narządów krwiotwórczych może prawdopodobnie wywierać swój wpływ, czyto na wytwarzanie, czyto na eksport krwinek białych.

Stwierdziwszy niewątpliwą miejscową leukocytozę, wolno mi, sądzę, przypuszczać, że i fagocytoza miejscowa wzmaga się, a że fagocytoza może mieć ważne znaczenie w leczeniu omawianych cierpień, nie ulega chyba żadnej wątpliwości, jakkolwiek tej sprawy dotychczas nie badałem.

Niechaj mi wolno będzie wreszcie podziękować prymaryuszowi Drowi Bogdanikowi za chętne udzielenie mi materyału do mojej pracy.

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Chlorek barowy jako środek sercowy.

(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

Docent Witold Orłowski.

(Ciąg dalszy).

Lisfranc pierwszy stosował chlorek barowy jako lek sercowy. Opierając się na swoich spostrzeżeniach, że chlorek barowy przy dłuższem użyciu bardzo wybitnie zmniejsza częstość tętna, stosował go Lisfranc przeciwko wzmożonej czynności serca w organicznych chorobach serca. Coprawda, jeszcze wcześniej Hufeland polecał chlorek barowy w puchlinie, nie podaje jednak, w jakiej puchlinie ma ten lek działać korzystnie. Flint (32) uzyskał zapomocą chlorku barowego wyśmienite wyniki w przypadku wrzecionowatego tętniaka brzusznego odcinka tętnicy głównej, należy jednak zaznaczyć, że choremu jednocześnie zalecono spokój i ścisłą dyetę. W Anglii, według wiadomości, podanej przez Koberta w r. 1885, chlorek barowy bywa stosowany, jako lek równoznaczny z naparstnicą. Hare (33) stosował chlorek barowy w 7 przypadkach organicznych i czynnościowych chorób serca; wyniki były pomyślne; wobec tego Hare poleca go, jako tani lek sercowy, nie mający przytem smaku i trujący tylko w dawkach dużych; chlorek barowy działa szybko na podobieństwo naparstnicy, a ma nad nią tę przewagę, że nie wywołuje zaburzeń żołądkowych. Jaksch (34) uznaje podniecający wpływ chlorku barowego i poleca go zamiast naparstnicy i kalomelu w zaburzeniach wyrównania czynności serca. Schedel (22) stosował chlorek barowy u 13 chorych, przeważnie w przypadkach organicznych chorób serca; tylko kilku z tych chorych cierpiało na białaczkę, suchoty i blednicę ze znacznem obniżeniem parcia krwi. Na podstawie tych spostrzeżeń występuje Schedel jako gorący zwolennik chlorku barowego we wszystkich chorobach serca, zarówno mięśnia sercowego, jak i zastawek: wskazania dla chlorku barowego mają być zupełnie te same, co i dla naparstnicy. Badacz ten spostrzegał mianowicie, że już dawka 0·02 grm, kilkakrotnie powtórzona, podnosi czynność serca i ciśnienie krwi, zwiększa falę tętniczą i czyni tętno prawidłowem; znaczniej (45 mlm słupka rtęciowego) i na dłużej podnoszą ciśnienie dawki 0.03 grm. zwłaszcza zaś 0,05 grm., zwalniając wybitnie czynność serca. Nawet w ciężkich zaburzeniach wyrównania serca, przebiegających z sinicą, obrzękami, zastojem w płucach, chlorek barowy, według Schedela, sprowadza znaczną poprawę, podnosząc ciśnienie krwi, regulując czynność serca, wywołując obfite moczenie i usuwając objawy zastoinowe. Podniesione ciśnienie krwi trwa wogóle nie dłużej, niż 3 dni po odstawieniu leku; polepszenie zaś ogólnego stanu i zmiana tętna utrzymuje się zwykle jeszcze przez dni osiem. Chlorek barowy wreszcie działa, zdaniem Schedela, nieraz wyśmienicie w takich przypadkach, w których naparstnica była bezskuteczną. Niestety, dokładniejsze przejrzenie przytoczonych przez Schedela historyi chorób zmusza do wielkiej ostrożności względem nader pochlebnych dla baru jego wniosków. Zresztą i w części doświadczalnej praca Schedela posiada wiele usterek, wobec czego, wbrew zdaniu Mięsowicza (36), nie mogę jej uznać za gruntowną. W samej rzeczy rozpoznanie choroby nie zawsze zgadza się z przytaczanymi przez Schedela wynikami badania przedmiotowego; następnie Schedel ogranicza się prawie tylko do przytoczenia liczb parcia krwi i tętna, tylko gdzieniegdzie zaznaczając, jakie było wydzielanie moczu; stosując chlorek barowy u chorych gorączkujących, autor nie podaje dokładnie ciepłoty, w toku spostrzeżeń z barem nie podaje nic o zmianach narządów wewnętrznych, nawet serca. Rzecz prosta, że w tych warunkach wzmianka, iż ciśnienie krwi podniosło się, a tętno stało się wolniejsze, nie może mieć donioślejszego znaczenia. Lecz i te wnioski Schedela nie zawsze odpowiadają tym, które, zdaje się, miał prawo wysnuć ze swoich spostrzeżeń. Albowiem z 11 spostrzeżeń zwolnienie tętna nastąpiło tylko w 5 przypadkach; w jednem chlorek barowy wywołał przyspieszenie, w jednem począt-

kowe zwolnienie, następnie przyspieszenie, wreszcie w 5 przypadkach tętno nie zmieniło się. Jako przykład, że tętno pod działaniem chlorku barowego staje się prawidłowe, przytacza Schedel sfigmogram (str. 101, fig. 5 i 6) przed i po stosowaniu w ciągu 4 dni chlorku barowego w dawce dziennej 0·05; w rzeczywistości jednak przytoczony sfigmogram, wskazując, że chlorek barowy zwiększył falę tętniczą, świadczy jednocześnie o nieprawidłowym charakterze tętna. Co się tyczy ciśnienia krwi, to podniosło się ono w 8 przypadkach, w 3 zaś innych już to podnosiło się znacznie, już to spadało do pierwotnego poziomu lub nawet niżej; działanie następowe w tym kierunku pojawiło się tylko w 3 przypadkach.

Tabora (35) przeprowadził spostrzeżenia na 6 zdrowych osobach i 30 różnych chorych, przeważnie na serce. Wnioski jego są następujące: chlorek barowy podnosi ciśnienie krwi, obniża częstość tętna, wzmaga jego napięcie, czyni je prawidłowszem, zwiększa znacznie ilość moczu lub przeciwnie nie wywiera pod tym względem żadnego działania, wreszcie zmniejsza lekkie objawy zastoinowe, nie wpływając wcale na znaczniejsze. Tabora uważa chlorek barowy za wskazany we wszystkich przypadkach niedomogi sercowej lżejszego stopnia, bez różnicy, czy ta niedomoga powstaje na tle zapalenia mięśnia sercowego, czy na tle wady sercowej. W tych przypadkach, zdaniem Tabora, chlorek barowy ma przewagę nad innymi lekami sercowymi, ponieważ działa szybko i nie poraża serca. W przypadkach zaś cięższego zaburzenia wyrównania chlorek barowy nie wytrzymuje, wbrew zdaniu Schedela, porównania z naparstnicą. Wreszcie w przypadkach, przebiegających ze znacznem wzmożeniem ciśnienia krwi, n. p. w przewlekłem śródmiąższowem zapaleniu nerek z osłabieniem czynności serca, chlorek barowy może działać wprost szkodliwie. Tabora przypuszcza wreszcie, że chlorek barowy może być pożytecznym w tych chorobach zakaźnych, w których zaburzenia krążenia nie zależą od pierwotnego porażenia serca, lecz od porażenia ośrodków naczynioruchowych, n. p. we włóknikowem zapaleniu płuc.

Mięsowicz (36) stosował chlorek barowy w 15 przypadkach, przeważnie w chorobach serca i naczyń z zaburzeniem wyrównania. Najstalszym i najwyraźniejszym objawem w jego spostrzeżeniach była zmiana jakości tętna, mianowicie zwiększenie jego napięcia; częstość tętna ulegała zmianie rzadko i niezbyt wyraźnie; ciśnienie krwi podnosiło się i to niekiedy dość znacznie, jednakowoż równocześnie z tym wzrostem parcia krwi nie szły w parze inne objawy przedmiotowe i podmiotowe, nawet wprost przeciwnie niekiedy stan chorego się pogarszał; ilość moczu częstokroć miernie zwiększała się, niekiedy zaś mimo wzmożonego ciśnienia krwi nietylko nie wzrastała, lecz przeciwnie wybitnie się zmniejszała. Mięsowicz uważa chlorek barowy za wskazany w przypadkach niedomogi serca miernego stopnia, u których jednak przytem niema podwyższonego parcia krwi; w każdym razie z działaniem naparstnicy chlorek barowy nie wytrzymuje żadnego porównania.

Przechodzę teraz do własnych spostrzeżeń. Badania moje dotyczą przeważnie chorych na serce w okresie zaburzenia wyrównania. Najbaczniejszą uwagę zwracałem na to, by wybierać takich chorych, u których zaburzenie wyrównania występowało nie po raz pierwszy, pierwsze bowiem zaburzenia, jak wiadomo, przechodzą nieraz bez interwencyi leczniczej już pod wpływem spokojniejszego trybu życia, a więc przez samo przeniesienie chorego w lepsze warunki, które daje klinika. Naprzód przez pewien czas stosowałem u każdego chorego leczenie obojętne, podając Rp. *Dec. rad. altheae e 5,0 ad col. 200,* 3 łyżki stołowe na dobę. W czasie tego leczenia badałem wagę ciała, stan serca i innych narządów, tętno, oddechy, parcie krwi i ilość moczu, jak również nieprawidłowe jego składniki. Ciśnienie krwi mierzyłem tonometrem Gärtnera co 3 godziny; z szeregu otrzymanych liczb obliczałem średnią. Ten sposób postępowania pozwala, mojem zdaniem, prawdziwiej ocenić istotny stan ciśnienia krwi i jego zmiany pod wpływem różnych czynników, niż jednokrotne mierzenie zrana lub dwukrotne zrana i wieczorem. Chorzy przez czas badań otrzymywali lekką dyetę; mleko dla przyczyn zrozumiałych usunąłem z pokarmów. Zwracałem wreszcie uwagę, żeby ilość płynów, które chory pił w ciągu każdej doby, była mniej więcej jednakowa. Aby módz porównać chlorek barowy z innymi lekami sercowymi, podawałem chorym po odstawieniu baru po kilku dniach obojętnego leczenia naparstnicę, gorzykwiat i inne środki.

Co się tyczy dawki chlorku barowego, to Crawford poleca nasycony rozczyn w dawce od 4 do 10 kropel 2 r. na dzień, Hufeland używał rozczynu z 2,0 na 30,0 wody i podawał od 10 do 50 kropli, więc od 0,03—0,18 grm., zależnie od wieku; Walsh radzi podawać go po jedzeniu w pigułkach, zacząwszy od 0,005 kilkakrotnie co dnia. Schedel wreszcie stosował chlorek barowy w proszku w dawce 0,03—0,05 1—2 razy dnia w 2 godziny po jedzeniu. W moich badaniach stosowałem chlorek barowy w proszkach w dawce 0,03—0,05, 2—3 razy dnia po jedzeniu.

Z szeregu spostrzeżeń przytoczę tutaj 10 następujących, o ile możności jak najtreściwiej:

Przypadek I. Rozpoznanie: *Stenosis ostii venosi sinistri.* G—s, lat 34, rolnik, wstąpił do kliniki 29/IX 1903, uskarżając się na duszność, obrzęki nóg, bicie serca, zawroty głowy i kaszel. 2 lata temu po przeziębieniu wystąpiły duszność i kaszel z plwociną, zabarwioną krwawo, wkrótce zaś dołączyły się obrzęki nóg. Kaszel trwał rok, obrzęki ½ r. Rok temu wystąpiły znów obrzęki nóg i duszność. Nowe pogorszenie choroby nastąpiło przed tygodniem. W 13 roku życia przebył chory ostry gościec stawowy. Wzrostu wysokiego, budowa ciała mocna, odżywienie liche; sinica kiści rąk i warg niewielka; obrzęk goleni. Uderzenie koniuszka serca znajduje się w V międzyżebrzu na lewo od sutka. Stłumienie serca sięga w prawo do linii środkowej, w lewo o ½ palca w lewo od sutka, ku górze do III-go międzyżebrza. Nad koniuszkiem serca szmer przedskurczowy; 2 tony, pierwszy wzmocniony: drugi ton nad tętnicą płucną wzmocniony; w tętnicach szyjnych (*a. carotis*) i podobojczykowych jeden ton. Tętno słabo napięte, niemiarowe, jednoczesne ze skurczem serca, 80 uderzeń na 1'; tętnice obwodowe sprężyste. Ciśnienie krwi 105 mm. słupka rtęciowego. W płucach rozsiane suche rzężenia, pod łopatkami zaś słychać i drobnobańkowe wilgotne. W III międzyżebrzu na lewo od mostka niewielkie stłumienie odgłosu wypukowego i trzeszczenie. Wątroba o 1 palec poniżej żeber, bolesna. Chory zażywa *Dec. rad. altheae 5,0 ad col. 200,0.* Ds. 3 stołowe łyżki co dnia.

30/IX. Dobowa ilość moczu 600 sz. cm., ciężar właściwy 1,020, białka, cukru i innych pierwiastków nieprawidłowych nie zawiera. Waga ciała 75 kg. Tętno 82, niemiarowe, liczba oddechów 24. Od 1/X do 4/X stan chorego nie zmienił się. Tętno wahało się w granicach 80—85, było niemiarowe, napełnienie fali było słabe, ciśnienie krwi 105—110 mm., liczba oddechów 22—26; ilość moczu dobowa 650—750 sz. cm., ciężar właściwy 1,018—1,022. 5/X waga 74800 gr. Tętno 84, niemiarowość słabo wyrażona, ciśnienie krwi 110, oddechów 23; mocz 700, cięż. właśc. 1019. 6/X. Od rana chory zażywa chlorek barowy w dawce 0,03 gr. 3 razy co dnia. Waga

74900. Tętno 80, wypełnienie fali większe, ciśnienie krwi 130, oddechów 22, mocz 1500, cięż. właśc. 1,012. 7/X. Górna granica stłumienia sercowego — 4-te żebro, lewa w linii sutkowej; uderzenie koniuszkowe widoczniejsze; szmer przedskurczowy wyraźniejszy. Waga ciała 74700. Tętno 78, natężenie zwiększyło się, niemiarowość słabsza. Ciśnienie krwi 140, oddechów 23, mocz 1600, cięż. właśc. 1.010. 8/X. Chory czuje się lepiej: duszność zmniejszyła się, obrzęki nóg sklęsły. Waga 74500. Tętno 79, ciśnienie krwi 145, oddechów 20, moczu 1500, ciężar właściwy 1,010. 9/X. Tętnica sprychowa przedstawia się twardszą, napełnienie fali tętniczej obniżyło się. Waga 74500. Tętno 80, ciśnienie krwi 155, oddech 22, moczu 900, cięż. właśc. 1,014. 10/X. Uskarża się na bicie serca. Stłumienie sercowe w prawo nieco zachodzi za linię środkową; niemiarowość tętna znaczniejsza; tętnice sprychowe twarde; fala tętnicza niewielka. Waga 74400. Tętno 83, ciśnienie krwi 130, oddech 24, moczu 800, cięż. właśc. 1,015. Chlorek barowy usunąłem. 11/X. Choremu zaleciłem napar z liści naparstnicy 0,3 *ad col.* 180,0, 3 stoł. łyżki co dnia. Bicie serca ustąpiło. Natężenie tętna obniżyło się, fala tętnicza zwiększyła się. Waga 74660. Tętno 80, ciśnienie krwi 125, oddech 20, moczu 900, cięż. właśc. 1,015. 12/X Waga 74300. Tętno 78, ciśnienie krwi 130, oddech 20, moczu 1200, cięż. właśc. 1,013. 13/X. Czuje się lepiej; duszność i kaszel zmalały znacznie. Waga 74000. Tętno 78, ciśn. krwi 130, oddech 18, moczu 1800, cięż. właśc. 1,013. 14/X. Tętno miarowe. Bolesność wątroby zmniejszyła się; obrzęki nóg prawie znikły. Waga 74100. Tętno 76, ciśn. krwi 130, oddech 18, moczu 2000, cięż. właśc. 1,009. Dalszych badań na tym chorym zaprzestałem.

Przypadek II. Rozpoznanie: *Stenosis ostii venosi sinistri; cirrhosis hepatis.* I—w, złotnik, 24 lat, wstąpił do kliniki, uskarżając się na duszność, kaszel i ogólne niedomaganie. Zachorował na na 5 dni przed wstąpieniem do kliniki wśród objawów nieżytu nosa, łamania rąk i nóg, gorączki i suchego kaszlu; duszność, którą miał chory przedtem, zwiększyła się. Przed 9 laty przebył jakąś chorobę gorączkową, która trwała 3 tygodnie. W 4 miesiące po tem cierpieniu powstał kaszel z domieszką krwi w plwocinie i duszność przy wchodzeniu na schody. Zjawiska te już to znikały, już to znów powracały. 3 lata temu duszność znacznie się wzmogła, 2 lata temu dołączyły się obrzęki na nogach i twarzy, co zmusiło chorego położyć się w szpitalu. W zeszłym roku z tymi objawami leżał w klinice. Kiły nie przebywał, również gośćca; napojów wyskokowych nie nadużywał.

Spostrzeżenia rozpocząłem już po kilku tygodniach pobytu chorego w klinice, mianowicie 20/X 1903. Przy badaniu przedmiotowem tego dnia stan chorego był następujący. Wzrost 170 cm., waga 50600 gr. Kręgosłup zgięty ku stronie prawej; prawa połowa klatki piersiowej tworzy garb. Okolica serca wypuklona. Kiści rąk i stopy nóg zimne, sinawe. Tętnice obwodowe sprężyste. Tętno w stanie spokoju chorego 85, po ruchach 95. nieco niemiarowe, tętnice słabo napełnione; skurczów serca w stanie spokoju 90. Uderzenie koniuszkowe niewidoczne, słabo wymacalne w 5 międzyżebrzu. Stłumienie sercowe w prawo zachodzi o 1 palec za prawą linię mostkową, w lewo o 1 palec za linię sutkową, ku dołowi do 6 żebra, ku górze do 4. Nad koniuszkiem serca 2 tony, pierwszy znacznie wzmocniony z szmerem przedskurczowym, macalnym w postaci mruku kociego; wzmocnienie drugiego tonu nad tętnicą płucną: w tętnicach szyjnych podobojczykowych 2 słabe tony. Tętnienie dołka sercowego *(sub scrobiculo)*. W płucach niewiele suchych rzężeń. Wątroba 3 palce poniżej żeber, gładka, miernej zbitości, bolesna, brzeg wątroby zaokrąglony. Śledziona zbita, bolesna, dolna granica 3 palce niżej łuku żebrowego, górna granica na 8 żebrze. Puchliny brzusznej i obrzęków niema. Ciśnienie krwi 100 mm. Ciepłota prawidłowa. Dobowa ilość moczu 930 sz. cm, cięż. właśc. 1,013, nieprawidłowych składników nie zawiera. 21 X. Sinica wyraźniejsza Waga ciała 50800. Tętno 92, niemiarowe, skurczów serca 100, ciśnienie krwi 100, oddechów 28, moczu 650. cięż. właśc. 1,016. 22/X. Stłumienie serca w prawo dochodzi do prawej linii mostkowej. Waga 50400. Tętno 83. skurczów serca 92, ciśnienie krwi 100, oddechów 27. Moczu 1050 sz. cm., cięż. właśc. 1,011. 23/X. Waga 50500. Tętno 84. niemiarowe, skurczów serca 94, ciśnienie krwi 100, oddechów 26. Moczu 700 sz. cm., cięż. właśc. 1,013. 24/X. Od rana zażywa chlorek barowy 2 razy po 0,05 gr. Waga 50200. Tętno 85, niemiarowe, skurczów serca 90, ciśnienie krwi 115. oddechów 27. Moczu 1250 sz. cm., cięż. właśc. 1,014. Stłumienie serca w prawo dochodzi do linii środkowej. 25/X. Zażywa chlorek barowy po 0,05 3 razy w ciągu dnia. Waga 49800. Niemiarowość czynności serca zwiększyła się; prawa granica stłumienia serca przesunęła się do prawej linii mostkowej. Tętno 82, napięte. skurczów serca 92. Ciśnienie krwi 115, oddechów 24. Moczu 900, cięż. właśc. 1,018. 26/X. Prawa granica stłumienia sercowego zachodzi o 1 palec za prawą linię mostkową; rytm skurczów serca wahadłowy, niemiarowość zwiększa się; szmer przedskurczowy słaby; mruku kociego nie wyczuwa się. Waga 49900. Tętno 84, niemiarowe, napięcie tętna o wiele wyższe; tętnica sprychowa drutowato twarda; skurczów serca 89, ciśnienie krwi 128, oddechów 25. Moczu 750 sz. cm., ciężar właśc 1,018. 27/X. Chlorek barowy odstawiono. Chory zażywa odwar ślazu (*althaea*). Waga 49600. Tętno 74 na 1', fala tętnicza zwiększyła się, niemiarowość mniej wyraźna; napięcie tętna obniżyło się; skurczów serca 80. Ciśnienie krwi 115, oddechów 28. Moczu 900 sz. cm., ciężar właśc. 1,020. 2 płynne stolce. 28/X. Miał 4 płynne stolce ze słabymi bólami. Na goleniach przy dłuższym ucisku występują nieznaczne dołki. Waga 50300. Tętno 82 na 1', niemiarowe, skurczów serca 86, ciśnienie krwi 110, oddechów 30. Moczu 850 (część została niezebraną), cięż. właśc. 1,020. Zaleciłem Rp. *Bismuthi salicylici 0,5. Opii puri 0,015* Mfp. Ds. 3 proszki co dnia. 29/X Stłumienie serca sięga w prawo do prawej linii mostkowej; u koniuszka serca wyczuwa się mruk koci; obrzęków niema; 2 papkowate stolce. Waga 50700. Tętno 84, zrzadka niemiarowe, skurczów serca 86, ciśnienie krwi 105, oddechów 28. Moczu 1250 sz. cm., cięż. właśc. 1.015. 30/X. Czynność jelit prawidłowa. Waga 50500. Tętno 77, skurczów serca 84, ciśnienie krwi 105, oddechów 24. moczu 1150 sz. cm. cięż. wł. 1,013. Leki odstawiłem i zaleciłem chlorek barowy po 0,03 gr. 2 razy na dzień. 31/X. Waga 50900. Tętno 84, skurczów serca 84, ciśnienie krwi 100, oddechów 26. Moczu 850, cięż. właśc. 1,019. 1/XI. Wczoraj wieczorem był napad bicia serca. Tętno 88, napięte, skurczów serca 88, ciśnienie krwi 115, oddechów 26. Moczu 800, cięż. właśc. 1,018. Stan narządów wewnętrznych nie zmienił się. Chlorek barowy usunąłem. Chory 2/XI znowu zażywa odwar ślazu. 2/XI. Waga 51000. Tętno 80, nieco niemiarowe, skurczów serca 85, ciśnienie krwi 110, oddechów 26. Moczu 1000, cięż. właśc. 1,017. 2 płynne stolce. 3/XI. Stolec prawidłowy. Waga 50900. Tętno 85, napełnienie niezmienione, skurczów sercowych 87, ciśnienie krwi 100, oddechów 24. Moczu 900 sz. cm., cięż. właśc. 1,016. Od 4/XI do 9/XI szczególne zmiany w stanie chorego nie zaszły, z wyjątkiem zmniejszenia się moczenia i zwiększenia się wagi ciała. 9/XI. Waga 51600. Tętno 88, niemiarowe, o słabem napełnieniu; skurczów serca 90, ciśnienie krwi 105, oddechów 28. Moczu 750. Cięż. właśc. 1,020. 10/XI. Waga 51750. Tętno 88, skurczów serca 90, ciśnienie krwi 105, oddechów 26. Moczu 675, cięż. właśc. 1,021. 11/XI. Chory zażywa chlorek barowy w dawce 0,05 gr. 3 razy dziennie. Waga 51700. Tętno 88, napięte, nieco niemiarowe; tętnice sprychowe twarde; skurczów serca 88, ciśnienie krwi 105, oddech 21. Moczu 1100, ciężar właśc. 1,016. 12/XI. Stłumienie serca w prawo sięga o $^1/_2$ palca za prawą linię mostkową. Waga 51400. Tętno 83, napięte, niemiarowe; tętnica sprychowa stwardniała; skurczów serca 83, ciśnienie krwi 105, oddechów 24. Moczu 600 sz. cm., cięż. właśc. 1,023. 13/XI. Stan bez zmiany. Waga 5130. Tętno 84, zachowuje też cechy, co i wczoraj. Skurczów serca 84, ciśnienie krwi 105, oddechów 24. Moczu 650 sz. cm., ciężar właśc. 1,021. Stolec płynny, nieobfity. Bar odstawiłem. 14/XI. Chory zażywa *dec. rad. altheae.* Waga 51400. Tętno 77, natężenie obniżyło się: tętnica sprychowa miękka; skurczów serca 86, ciśnienie krwi 100, oddechów 24. Stolec prawidłowy. Moczu nie badano. 15/XI. Waga 51600. Tętno 83, niemiarowe, skurczów serca 90, ciśnienie krwi 100. oddechów 24. Moczu 1100 sz. cm., cięż. właśc. 1,011. 16/XI. Prawa granica stłumienia sercowego w linii mostkowej prawej. Waga 51600. Tętno 88. niemiarowe, skurczów serca 90, ciśnienie krwi 95, oddechów 23. Moczu 1100, ciężar właśc. 1015. Dalszych badań nad tym chorym zaniechałem.

Przypadek III. Rozpoznanie: *Arteriosclerosis, myocarditis chronica.* T—w, posługacz w wieku lat 50, wstąpił do kliniki 24/X 1903, uskarżając się na duszność, bicie serca, kaszel i obrzęki nóg. Przed 5 laty przebył ciężką błonicę, w której następstwie zostały bicie serca i duszność. Objawy te pod wpływem lekarstw czasowo ustępowały. 3 lata temu zauważył obrzęki na goleniach, które kilkakrotnie powracały. Obecnie zjawiły się one przed tygodniem i nie ustąpiły dotychczas pomimo, że chory wypił flaszkę naparu naparstnicy. Przez szeregi lat pijał co dzień 2—3 kieliszki wódki, czasem zaś o wiele więcej. Badanie przedmiotowe 26/X. Wzrost 178 cm., waga 60200 gr. Powłoki zewnętrzne blade, widzialne błony śluzowe sinawe. W płucach skąpe rzężenia suche; oddechów 33 na 1'. Uderzenie koniuszkowe znajduje się w V międzyżebrzu nazewnątrz od sutka. Stłumienie serca w prawo sięga do prawej linii mostkowej, w lewo o 1 palec za linię sutkową, ku dołowi do VI żebra, górna granica IV żebro. Tony serca i naczyń różnej siły i nieprawidłowego rytmu: po silniejszych uderzeniach i zwolnionym rytmie następują słabe i częste uderzenia. Nad koniuszkiem serca 2 tony, pierwszemu towarzyszy szmer; nad tętnicą główną i płucną 2 głuche tony; w tętnicach szyjnych i podobojczykowych jeden ton.

Tętnice obwodowe stwardniałe. Tętno 85, niemiarowe, o słabem wypełnieniu fali; liczba skurczów serca 105; ciśnienie krwi 100. Tętnienie dołka sercowego. Wątroba na 2 palce wychodzi z pod żeber, bolesna; puchliny brzusznej niema. Na goleniach nieznaczne obrzęki. Moczu 1000 sz. cm., cięż. właśc. 1,008, białka i innych nieprawidłowych składników niema. Chory zażywa *dec. rad. altheae e 5,0 ad col 200,0.* 27/X. Uskarża się na kaszel, zwłaszcza w nocy, i duszność; plwocina zawiera kilka krwawych kawałków; sinica kiści rąk. Waga 60200. Tętno 96, niemiarowe, skurczów serca 110, ciśnienie krwi 95, oddechów 33. Moczu 1450 sz. cm., cięż. właśc. 1,010. 28/X. Szmer w sercu jest słabszy. Obrzęki nieznaczne. Waga 60000. Tętno 96, niemiarowe, skurczów serca 108, ciśnienie krwi 95, oddechów 33. Moczu 600, cięż. właśc. 1,006. 2 płynne stolce. 29/X. Stolec prawidłowy. Waga 6000. Tętno 82, skurczów serca 95, ciśn. krwi 95, oddechów 30. Moczu 600, cięż. właśc. 1,006. Wobec uporczywego kaszlu zaleciłem kodeinę w dawce 0,01 2 razy co dzień. 30/X. Chory zażywa chlorek barowy w dawce 0,03 gr. 2 razy na dzień. Waga 60900. Tętno 84, niemiarowe, skurczów serca 102, ciśn. krwi 100, oddechów 33. Moczu 800, cięż. właśc. 1,008. 31/X. Waga 61600. Tętno 92, skurczów serca 99, ciśn. krwi 125, oddechów 30. Moczu 800, cięż. właśc. 1,008. 1/XI. Niemiarowość czynności serca znacznie się wzmogła. Waga 61600. Tętno 95, niemiarowe, napięte, skurczów serca 102, ciśn. krwi 110, oddech. 30. Moczu 825, cięż. właśc. 1,009. 2/XI. Objawy nieżytu oskrzeli silniejsze; pod łopatkami zastoinowe rzężenia drobnobańkowe. Stłumienie serca sięga w prawo o 1 palec za prawą linię mostkową; wątroba macalna o 3 palce niżej łuku żebrowego; obrzęki się zwiększyły. Waga 61000. Tętno 89, skurczów serca 103, ciśn. krwi 115, oddechów 32. Moczu 900, cięż. właśc. 1,005. Chlorek barowy usunąłem; chory zażywa *dec. rad. altheae.* 3/XI. Waga 61000. Tętno 93, skurczów serca 98, ciśn. krwi 110, oddechów 32. Moczu 750, cięż. właśc. 1,006. 4/XI. Waga 60900. Tętno 90, napięcie zmniejsza się, skurczów serca 102, ciśn. krwi 110, oddechów 30. Moczu 1250, cięż. właśc. 1,005. Zaleciłem *inf. adonid. vernalis e 6,0 ad col. 180,0*, 3 stoł. łyżki na dzień. 5/XI. Tętno 92, skurczów serca 100, ciśnienie krwi 100, oddechów 30. Moczu 1400, cięż. właśc. 1,004. 6/XI. Duszność zmniejszyła się; niemiarowość skurczów serca słabsza; wątroba macalna 2 palce poniżej żeber; obrzęki ustępują. Tętno 93, skurczów serca 99, ciśn. krwi 95, oddechów 30; moczu 1500, cięż. właśc. 1,005. 7/XI. Prawa granica stłumienia sercowego na prawej linii mostkowej. Waga 60300. Tętno 96, lepsze pod względem pojemności fali, skurczów serca 99, ciśn. krwi 95, oddechów 29; moczu 1550, cięż. właśc. 1,004. 8/XI. Rzężeń o wiele mniej; czynność serca o wiele lepsza; obrzęki bardzo nieznaczne. Waga 60000. Tętno 92, skurczów serca 94, ciśn. krwi 100, oddechów 28; moczu 1375, cięż. właśc. 1,004. 9/XI. Waga 59100. Tętno 98, skurczów serca 102, ciśn. krwi 100, oddechów 29; moczu 1600, cięż. właśc. 1,008. 10/XI. Dołki na goleniach można wywołać tylko przy dłuższym ucisku. Waga 58850. Tętno 94, skurczów serca 106, ciśn. krwi 95, oddechów 28; moczu 1000, cięż. właśc. 1,006. Gorzykwiat usunąłem. 11/XI. Waga 60900. Tętno 98, skurczów serca 106, ciśn. krwi 100, oddechów 29; moczu 1250, cięż. wł. 1,006. 12/XI. Waga 59950. Tętno 82, skurczów serca 100, ciśn. krwi 105, oddechów 27; moczu 900; cięż. wł. 1,009. 13/XI. Waga 59900. Tętno 97, skurczów serca 99, ciśn. krwi 105, oddechów 30; moczu 600, cięż. właśc. 1,013. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,05 2 razy dziennie. 14/XI. Waga 60800. Tętno 98, skurczów serca 101, ciśn. krwi 95, oddechów 34; moczu 800, cięż. właśc. 1,011. 15/XI. Duszność i kaszel wzmogły się; obrzęki zwiększają się; niemiarowość tętna znaczniejsza; tony serca głuche. Waga 61200. Tętno 100, skurczów serca 110, ciśn. krwi 95, oddechów 33; moczu 625, ciężar właśc. 1,014. Bar odstawiłem i zaleciłem diuretynę w dawce 0,5 3 razy dziennie. Waga 61500. Tętno 76, skurczów serca 115, ciśn. krwi 100, oddechów 32; moczu 1000, cięż. wł. 1,010. 17/XI. Stan niezmieniony. Waga 61000. Tętno 100. skurczów serca 110. ciśn. krwi 100, oddechów 30; moczu 750, cięż. wł. 1,018. Dalszy przebieg choroby był następujący: chory przebywał w klinice do 1/XII; od 18/XI do 21/XI przebył mieszkowe zapalenie migdałków, któremu towarzyszył napad dusznicy sercowej; choroba ta jeszcze więcej osłabiła serce i wywołała zwiększenie się duszności i kaszlu i zwiększenie obrzęków; ilość moczu się obniżyła. Wobec tego zaleciłem 19/XI napar naparstnicy *z 0,3 ad col. 180,0*, 4 stoł. łyżki dziennie; lek ten chory zażywał aż po 25/XI włącznie. Wynik był ten, że czynność serca, pozostając niemiarową, polepszyła się jednakowoż znacznie; liczba uderzeń tętna i skurczów serca, zostając niejednakową, wahała się w granicach 84—90; duszność i kaszel zmniejszyły się; wątroba pod koniec mieszkowego zapalenia migdałków była macalna na 4 palce niżej łuku żebrowego, a przed wystąpieniem chorego z kliniki zaledwo na 2 palce, wreszcie obrzęki znikły prawie zupełnie. Wśród tych objawów chory opuścił klinikę 1/XII.

Przypadek IV. Rozpoznanie: *Arteriosclerosis, cor lassum, hepatitis chronica.* M—n, ślusarz, w wieku lat 47, wstąpił do kliniki 15/IX 1903, uskarżając się na duszność i obrzęki nóg. Te objawy po raz pierwszy wystąpiły na wiosnę r. 1901. W latach 1901 i 1902 wobec tych dolegliwości leżał w klinice lekarskiej. Z chorób przechodził dur, gościec stawowy i jeszcze jakąś chorobę gorączkową; z czynników szkodliwych przyznaje się do nadużywania alkoholu i tytoniu. Spostrzeżenia rozpocząłem w kilka tygodni po wstąpieniu chorego do kliniki. Badanie przedmiotowe 8/XI 1903. Wzrostu średniego, budowy ciała miernej, odżywienie mierne; sinica rąk i nóg; obrzęki goleni; nieznaczne powiększenie pachwinowych gruczołów chłonnych, również w lewej pasze. Tętnice obwodowe stwardniałe. Uderzenie koniuszkowe nie jest ani widzialne, ani wyczuwalne. Prawa granica stłumienia sercowego sięga o 1 palec za prawą linię mostkową, lewa o 1 palec za lewą linię sutkową, dolna w 5 międzyżebrzu, górna na 4 żebrze. Nad koniuszkiem serca pierwszy głuchy ton z domieszką szmeru; tony głuche, słabe; nad tętnicą główną wzmocnienie drugiego tonu. Tętno 81, słabo napięte, skurczów serca 84, ciśn. krwi 120 mlm. W płucach rozsiane suche i wilgotne rzężenia, zwłaszcza pod łopatkami; oddechów 33 na 1'. Wątroba macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, na linii zaś środkowej brzucha dochodzi do połowy odległości między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym; powierzchnia wątroby gładka, brzeg zaokrąglony, zbitości miernej, bolesny. W jamie brzusznej wolny płyn; górny poziom jego odpowiada połowie odległości między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym; obwód brzucha na wysokości pępka 92 ctm. Moczu 850, cięż. właśc. 1,017, białka 0,05 prc.; wałeczków niema. 9/XI waga 66.000. Tętno 75, skurczów serca 75, ciśn. krwi 120, oddech 32, obwód brzucha 92, moczu 775, cięż. właśc. 1,018, białka 0,05 prc. 10/XI. Waga 65.950. Tętno 70, skurczów serca 77, ciśn. krwi 125, oddechów 28, obwód brzucha 92. Moczu 800, cięż. właśc 1,018, białka 0,06 prc. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,5 3 razy dziennie. 11/XI. Prawa granica stłumienia sercowego odpowiada prawej linii mostkowej, lewa zachodzi o 1 palec za sutkową; szmeru niema. Waga 66.200. Tętno 64, skurczów serca 71, ciśn. krwi 160, oddechów 26, obwód brzucha 92; moczu 750, cięż. właśc. 1,018, białka 0,06 prc. 12/XI. Napięcie tętna znacznie większe; tętnica twardsza. Waga 66.800. Tętno 70, skurczów serca 76, ciśn. krwi 165, oddechów 27; moczu 500, cięż. właśc. 1,020, białka 0,066 prc., obwód brzucha 92. Bar usunąłem 13/XI. Zażywa *dec. rad. altheae.* Fala tętna podniosła się, twardość tętnic sprychowych zmniejszyła się. Waga 66.700. Tętno 71, skurczów serca 83, ciśn. krwi 110, oddechów 28, obwód brzucha 93; moczu 900 sz. ctm., cięż. właśc. 1,016, białka 0,06 prc. 14/XI. Chory zażywa diuretynę w dawce 0,6 3 razy dziennie. Ku wieczorowi pojawił się ból głowy, którego chory zawsze doznawał po diuretynie. Nad koniuszkiem znowu słyszalny szmer; brzuch wzdęty. Waga 67.000. Tętno 77, skurczów serca 84, ciśn. krwi 120, oddechów 40, obwód brzucha 94. Moczu 900, cięż. właśc. 1,017, białka 0,099 prc. Diuretynę zalecono w dawce 0,3 3 razy dziennie, oprócz tego salol w dawce 0,3 2 razy dziennie. 15/XI. Głowa boli chorego mniej; zgaga. Poziom puchliny brzusznej 2 palce nad pępkiem. Waga 67.000. Tętno 80, skurczów serca 83, ciśn. krwi 110, oddech 25, obwód brzucha 92; moczu 1150, cięż. właśc. 1,018, białka 0,09 prc. 16/XI. Waga 67.200. Tętno 68, skurczów serca 68, ciśn. krwi 120, oddechów 26, obwód brzucha 91; moczu 850, cięż. właśc. 1,019, białka 0,84 prc. Salol odstawiłem. 17/XI. Prawa granica stłumienia serca odpowiada linii środkowej. Waga 67.000. Tętno 72, skurczów serca 72, ciśn. krwi 125, oddechów 26, obwód brzucha 90; moczu 1250, cięż. wł. 1,018, białka 0,8 prc. 18/XI. Obrzęki na nogach znacznie zmniejszyły się; wątroba macalna na $1\frac{1}{2}$ palca pod łukiem żebrowym; szmer nad koniuszkiem bardzo słaby. Waga 66.600. Tętno 79, skurczów sercowych 79, ciśn. krwi 120, oddechów 28; moczu 1250, cięż. właśc. 1,019, białka 0,08 prc.; obwód brzucha 90. Diuretynę odstawiłem. 15/XI. Prawa granica stłumienia sercowego odpowiada prawej linii mostkowej, lewa o 1 palec zachodzi za linię sutkową; chory uskarża się na bicie serca. Waga 67.000. Tętno 83, skurczów serca 93, ciśn. krwi 120, oddechów 32, obwód brzucha 90; moczu 800, cięż. właśc. 1,017, białka 0,12 prc. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,3 3 razy dziennie. 20/XI. Wątroba macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, a w linii środkowej brzucha na 4 palce nad pępkiem, poziom płynu w jamie brzusznej na 3 palce nad pępkiem; chory uskarża się na duszność. Waga 66.950. Tętno 88, skurcz. serca 97, ciśn. krwi 135, oddechów 33, obwód brzucha 90; moczu 800 sz. ctm., cięż. właśc. 1,019, białka 0,28 prc. 21/XI. Waga 66.800. Tętno 81, napięcie większe, ciśn. krwi 115, oddechów 32, obwód brzucha 90;

moczu 800, cięż. właśc. 1019, białka 0,26 prc. 22/XI. Waga 66.700. Tętno 78, fala tętna obniżyła się, skurczów serca 78, ciśn. krwi 125, oddechów 32, obwód brzucha 91; moczu 950, cięż. właśc. 1,018, białka 0,18 prc. 23/XI. Stan niezmieniony. Waga 67.000. Tętno 81, skurczów serca 85, ciśn. krwi 125, oddechów 32, obwód brzucha 91; moczu 800, cięż. właśc. 1,018, białka 0,16 prc. Bar odstawiłem. 24/XI. Waga 67.500. Tętno 83, skurczów serca 87, ciśn. krwi 125, oddechów 32, obwód brzucha 91; moczu 800 sz. ctm., cięż. właśc. 1,019, białka 0,15 prc. 25/XI. Duszność, suchy kaszel i obrzęki zwiększyły się. W prawo stłumienie sercowe sięga na 1 palec za prawą linię mostkową, w lewo również za lewą sutkową, ku górze dochodzi do 3. żebra; tony serca są głuche. Dolny brzeg wątroby macalny na 4 palce nad pępkiem. Waga 68.100. Tętno 81, skurczów serca 85, ciśn. krwi 125, oddechów 33, obwód brzucha 92; moczu 900, cięz. właśc. 1,018; białka 0,2 prc. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,3 3 razy dziennie. 26/XI. Waga 68.200. Tętno 83, skurczów serca 92, ciśn. krwi 120, oddechów 33, obwód brzucha 95; moczu 750, cięż. właśc. 1,017, białka 0,28 prc.; chełbotanie wszędzie w brzuchu. 27/XI. Waga 68.200. Tętno 82, fala tętna mała, skurczów serca 86, ciśn. krwi 140, oddechów 33, obwód brzucha 54; moczu 750, cięż. właśc. 1,018, białka 0,3 prc. 28/XI. Obrzęki rosną; duszność wzmogla się. Waga 68.800, tętno 75, skurczów serca 79, ciśn. krwi 130, oddechów 36, obwód brzucha 94; moczu 750, cięż. właśc. 1,019; białka 0,24 prc. 29/XI. Zamiast chlorku barowego chory od dzisiejszego dnia zażywa napar miłka wiosennego e 8,0—180,0 z *coffein. natr. salicyl.* 2,0, Ms. 4 stoł. łyżki. Waga 69.300. Tętno 75, skurczów sercowych 75, ciśn. krwi 120, oddech 30, obwód brzucha 94; moczu 900, cięż. właśc. 1,018; białka 0,15 prc. 30/XI. Waga 68.400. Tętno 66, skurczów serca 63; fala tętna zwiększyła się; ciśn. krwi 140, oddechów 30; obwód brzucha 92; moczu 1450, cięż. właśc. 1,015, białka 0,09 prc. Wieczorem prawa granica stłumienia sercowego odpowiadała prawej linii mostkowej, lewa lewej sutkowej. 1/XII. Górna granica płynu w jamie brzusznej sięga na 4 palce nad pępkiem. Od g. 3 popołudniu wystąpiły dreszcze, o godz. 6 wiecz. t° 37,4°, łamanie w kościach, bicie serca. Waga 68.000. Tętno niemiarowe, 67, skurczów serca 82, ciśn. krwi 125, oddechów 30, obwód brzucha 92; moczu 1800, cięż. właśc. 1,014, białka 0,05 prc. 2/XII t° zrana 37,7° wiecz. 36,6°. Górna granica płynu w jamie brzusznej na 3 palce nad pępkiem; czynność serca słabsza. Waga 67.000. Tętno 80, słabo napięte, niemiarowe, skurczów serca 92, ciśn. krwi 125, oddechów 30, obwód brzucha 91; moczu 1600, cięż. wł. 1,016, białka 0,05 prc. 3/XII. Chory uskarża się na nudności i wymioty. t° zrana 37,1°, wiecz. 36,5°. Prawa granica stłumienia sercowego sięga o $^{1}/_{2}$ palca poza prawą linię mostkową. Waga 66.700. Tętno 78, po 4 uderzeniach jedno wypada, skurczów serca 97; ciśn. krwi 125, obwód brzucha 92; moczu 1200, cięż. wł. 1,017, białka 0,05 prc. Leki dotychczasowe odstawiłem i zaleciłem napar naparstnicy 0,5 na 180,0 4 stoł. łyżki dziennie. 4/II. Ciepłota prawidłowa, wymioty ustały. Waga 65.800. Tętno 61, skurczów sercowych 89, ciśn. krwi 125, oddechów 28, obwód brzucha 92; moczu 1050, cięż. właśc. 1,016, białka 0,07 prc. 5/XII. Waga 66.000. Tętno 69, skurczów serca 85, ciśn. krwi 125, oddechów 30, obwód brzucha 92; moczu 900, cięż. właśc. 1,019, białka 0,07 prc. 7/XII. Waga 67.100. Tętno 80, znacznie pełniejsze, skurczów serc. 82, ciśn. krwi 120, oddechów 28, obwód brzucha 92; moczu 600, cięż. właśc. 1,020, białka 0,06 prc. 8/II. Waga 67.000. Tętno 82, skurczów serca 82, ciśn. krwi 120, oddechów 28, obwód brzucha 91; moczu 825, cięż. wł. 1,021, białka 0,066 prc. 9/XII. Stłumienie sercowe sięga w prawo do prawej linii mostkowej, w lewo do sutkowej; wątroba w linii środkowej brzucha macalna na 5 palców nad pępkiem; górny poziom płynu w jamie brzusznej na 2 palce nad pępkiem; obrzęki zmniejszyły się. Waga 67.900. Tętno 84, skurczów serca 84, ciśn. krwi 125, oddechów 28, obwód brzucha 92; moczu 700, cięż. wł. 1,020, białka 0,06 prc. Naparstnicę odstawiłem. Zaleciłem diuretynę w dawce 0,3 grm 3 razy dziennie. 10/XII. Waga 68.100. Liczba tętna i skurczow serca 83, ciśn. krwi 120, oddechów 30, obwód brzucha 92; moczu 1000, cięż. właśc. 1,019, białka 0,06 prc. 11/XII. Chory uskarża się na ból głowy, bicie serca i nudności. Waga 68.300. Tętno 63, skurczów serca 76, ciśn. krwi 120, oddechów 27; obwód brzucha 92; moczu 950, cięż. wł. 1,020, białka 0.06 prc. 12/XII. t° zrana 37,5°. Stan narządów wewnętrznych niezmieniony. Waga 68.100. Tętno 75, skurczów serca 75, ciśn. krwi 110, oddechów 28, obwód brzucha 92; moczu 1150, cięż. wł. 1,019; białka 0,08 prc, 13/XII. Waga 68.100. Liczba tętna i skurczów sercowych 80, ciśn. krwi 115, oddechów 26, obwód brzucha 92; moczu 1150, cięż. wł. 1,020, białka 0.06 prc. Diuretynę odstawiłem. 14/XII. W lewo stłumienie serca sięga o 1 palec poza linię sutkową. Waga 68.400. Tętno 69, skurczów sercowych 72, ciśn. krwi 110, oddechów 26, obwód brzucha 92, moczu 600, cięż. wł. 1,022, białka 0,05 prc. 15/XII. Chory zażywa chlorek barowy w dawce 0,3 2 razy dziennie. Waga 68.400. Tętno 72, skurczów sercowych 74, ciśn. krwi 110, oddechów 28, obwód brzucha 92; moczu 850, cięż. wł. 1,020, białka 0,06 prc, 16/XII. Lewa granica stłumienia sercowego w linii sutkowej. Waga 69.200. Tętno 91, tętnica sprychowa twardsza; skurczów serca 95, ciśn. krwi 125, oddech 25, obwód brzucha 93; moczu 850, cięż. wł. 1,021, białka 0,05 prc. 17/XII. Waga 68.900. Tętno 78, skurczów serca 84, ciśn. krwi 120, oddechów 29, obwód brzucha 92; moczu 900, cięż. wł. 1,020, białka 0,08 prc. Chlorek barowy odstawiłem; zaleciłem napar z 8,0 gorzykwiatu na 180,0 wody, 3 stoł. łyżki dziennie. 18/XII. Stan taki sam. Waga 69.100. Tętno 78, skurczów serca 83, ciśn. krwi 125, oddechów 34, obwód brzucha 92; moczu 800, cięż. wł. 1,020, białka 0,075 prc. Dalszych badań nad tym chorym zaprzestałem.

P r z y p a d e k V. Rozpoznanie: *Arteriosclerosis, myocarditis chronica; cirrhosis hepatis; nephritis interstit. chronica.* Sz—g, 69-letni, przyjęty do kliniki 9/XII 1903 z przytułku dla starców; skarży się na duszący kaszel, ogólne osłabienie, duszność, bóle i ściskanie w okolicy serca i obrzęki nóg. Duszność i obrzęki pojawiły się po raz pierwszy przed sześciu laty i powtórzyły się przez te lata wielokrotnie; w ostatnim roku pogorszenie trzykrotne w coraz silniejszym stopniu. Obecne pogorszenie trwa już 10 dni, nie skłaniając się do poprawy. 11 lat temu przebył prawostronne porażenie. Z innych czynników należy zaznaczyć nadużywanie napojów wyskokowych przez czas dłuższy. Wzrostu średniego, waga 75.000, odżywienie mierne; bardzo blady; kiści rąk i stopy nóg, usta i nos sinawe; znaczne obrzęki na kończynach dolnych. Tętnienie w dołku nadmostkowym, uderzenie koniuszkowe nie wyczuwalne i nie widzialne. Stłumienie sercowe sięga w prawo do prawej linii mostkowej, w lewo o 1 palec poza linię sutkową, z góry zaczyna się na 4 ż.; tony serca głuche, słabe, nad koniuszkiem przy pierwszym tonie szmer; w tętnicy szyjnej i podobojczykowej głuchy ton; skurcze sercowe odznaczają się niejednakową siłą i rytmem, 110 na 1'. Tętno o niewielkiej fali, słabo napięte, niemiarowe, 102 na 1'. Tętnice obwodowe twarde, wężykowate. Ciśnienie krwi 140. Brzuch wzdęty, płynu w jamie brzusznej niema. Wątroba macalna na 2 palce niżej łuku żebrowego, zbita, bolesna, w linii środkowej brzucha dolny brzeg na 3 palce wyżej pępka. Śledziona macalna 2 palce niżej łuku, zbita. Mocz białka i innych składników nieprawidłowych nie zawiera. 11/XII. Waga 75.500. Tętno 112, skurczów serca 120, ciśn. krwi 155, oddechów 26, moczu 1800, cięż. właśc. 1,006. 13/XII. Obrzęki zwiększyły się. Stłumienie sercowe w prawo sięga o $^{1}/_{2}$ palca za prawą linię mostkową. Waga 76.300. Tętno 118, skurczów serca 120, ciśn. krwi 155, oddechów 30, moczu 1400 sz. cm., cięż. wł. 1,006. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 3 razy dziennie. 14/XII. Kaszel coraz silniejszy. Waga 76.400. Tętno 111, niemiarowe, o fali niewielkiej; napięcie podniosło się, skurczów serca 114, ciśn. krwi 175, oddechów 25, moczu 900, cięż. wł. 1,013. 15/XII. Duszność zwiększyła się. Dolny brzeg wątroby w linii środkowej brzucha macalny na 2 palce nad pępkiem. Waga 76.450. Tętno 117, fala tętna zmniejszyła się; tętnice sprychowe twardsze, skurczów serca 120, ciśn. krwi 160, oddechów 36, moczu 700, cięż. wł. 1,017. 16/XII. Stłumienie sercowe sięga w prawo 1 palec poza prawą linię mostkową, tony głuche, niemiarowość znaczniejsza; szmer silniejszy; wątroba macalna na 3 palce pod łukiem żebrowym, w linii zaś środkowej dolny jej brzeg macalny na 2 palce nad pępkiem; chory uskarża się na silną duszność. Waga 76.300. Tętno 118, skurczów serca 126, ciśn. krwi 160, oddechów 33; moczu 850, cięż. wł. 1,016. Chlorek barowy odstawiłem. 17/XII. Waga 76.500. Tętno 110, skurczów serca 120; stan wzmożonego skurczu tętnicy sprychowej znikł; ciśn. krwi 150, oddechów 30; moczu 700, cięż wł. 1,016. Zaleciłem napar z 8,0 gorzykwiatu wiosennego na 180,0 wody, 4 stoł. łyżki dziennie. 18/XII. Waga 76.400. Tętno 95, fala większa, skurczów serca 100, ciśn. krwi 145, oddechów 24, moczu 1550, cięż wł. 1,014. 19/XII. Waga 76.000. Tętno 90, skurczów serca 92, ciśn. krwi 150, oddechów 22, moczu 180, cięż. wł. 1,008. 20/XII. Niemiarowość o wiele mniejsza; duszność i kaszel zmniejszyły się; obrzęki ustępują. Prawa granica stłumienia sercowego sięga linii środkowej; dolny brzeg wątroby w linii środkowej brzucha macalny na $3^{1}/_{2}$ palca nad pępkiem. Waga 75.000. Tętno 86, skurczów serca 89, ciśn. krwi 145, oddechów 21, moczu 2500, cięż. wł. 1,006. Napar miłka wiosennego odstawiłem i zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 gr. 2 razy dziennie. 21/XII. Waga 75.100. Tętno 84, skurczów serca 90, ciśn. krwi 155, oddechów 22, moczu 1500, cięż. wł. 1,008. 22/XII. Waga 76300. Tętno 86, niemiarowość wzmogła się, skurczów serca 90, ciśn. krwi 155, oddechów 23, moczu 800, cięż. wł. 1,012. 23/XII. Tętnice sprychowe twardsze; duszność zwiększyła się; obrzęki wzmogły się; rzężeń

zastoinowych więcej. Waga 75.500. Tętno 86, fala zmniejszyła się, skurczów serca 90, ciśn. krwi 160, oddechów 26, moczu 800, ciśn. krwi 1,011. 24/XII. Stłumienie serca w prawo sięga do prawej linii mostkowej. Waga 75.800. Tętno 87, skurczów serca 88, ciśn. krwi 160, oddechów 26, moczu 750, cięż. wł. 1,015. Dalszych badań nad tym chorym zaprzestałem.

Przypadek VI. Rozpoznanie: *Arteriosclerosis, myocarditis chronica; hepatitis interstitialis chronica*; *nephritis interstitialis chronica.* M—w, 63 lat, robotnik, wstąpił do kliniki 11/XII 1903, uskarżając się na duszność, suchy kaszel, uczucie zatrzymywania się uderzeń serca, niekiedy zaś bicie serca, obrzęki nóg. Duszność pojawiła się po raz pierwszy przed 2 laty, po roku dołączyły się obrzęki nóg. Wódkę pił umiarkowanie, lecz przez czas dłuższy. Wzrostu wysokiego, budowa ciała i odżywienie mierne. Tętnice obwodowe w wysokim stopniu wężykowate, twarde. Rękojeść mostka wypuklona; nad nią stłumienie odgłosu opukowego. Uderzenie koniuszkowe niewyczuwalne. Stłumienie serca sięga w prawo do linii środkowej, w lewo o 1 palec poza linię sutkową, z góry rozpoczyna się na 5 żebrze. Tony serca głuche, niejednakowej siły, nieprawidłowe pod względem rytmu; skurczów serca 85 na 1'. Tętno 78, nieprawidłowe co do siły i miarowości, fala niewielka, ciśn. krwi 165. Wątroba macalna na $4^1/_2$ palca pod łukiem żebrowym, gładka, zbita, mało bolesna. Na goleniach obrzęki. 13/XII. Waga 75.200. Tętno 80, skurczów serca 88, ciśn. krwi 165, oddechów 27; moczu 2.200, cięż. właśc. 1,008, ślady białka, pojedyncze wałeczki szkliste i ziarniste. 14/XII. Waga 73.000. Tętno 94, ciśn. krwi 165, oddechów 28, moczu 2550, cięż. właśc. 1006, ślady białka. 15/XII. Waga 73200. Tętno 84, skurczów serca 88, ciśn. krwi 180, oddech 22, moczu 2300, cięż. wł. 1,008, ślady białka. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 3 razy dziennie. 16/XII. Waga 73.100. Tętno 91, skurczów serca 91, ciśn. krwi 180, oddechów 28. moczu 1600, cięż. wł. 1,010, ślady białka. 18/XII. Waga 71600. Tętno 82, skurczów serca 87, ciśn. krwi 190, oddechów 22, moczu 1950, cięż. wł. 1,010, białka 0,05 prc. 19/XII. Duszność wzmogła się. W prawo stłumienie serca dochodzi do prawej linii mostkowej, niemiarowość czynności serca wzmaga się; napięcie tętna bez zmiany; obrzęki zwiększają się; nieznaczny krwotok z nosa. Waga 72.500. Tętno 81, skurczów serca 93, ciśn. krwi 160, oddechów 30; moczu 1200, cięż. wł. 1,012, białka 0,05 prc. Chlorek barowy odstawiłem i zaleciłem napar z gorzykwiatu wiosennego *e 6,0, — ad col 180,0*, 3 stoł. łyżki dziennie. 20/XII. Waga 72.600. Tętno 84, skurczów serca 88, ciśn. krwi 180, oddechów 24; moczu 1500, cięż. wł. 1,010, ślady białka. 21/XII. Waga 70.600. Tętno 86, skurczów serca 87, ciśn. krwi 175, oddechów 20, moczu 2000, cięż. wł. 1,010, ślady białka. Stan podmiotowy o wiele lepszy; duszność zmniejszyła się; obrzęki zmniejszyły się znacznie. Stłumienie serca w prawo sięga do linii środkowej; uskarża się na nudności. Dalszych badań nad tym chorym zaprzestałem.

Przypadek VII. Rozpoznanie: *Arteriosclerosis; cor lassum; stenocardia.* S—w, w wieku lat 40, felczer, wstąpił do kliniki 12/XII 1903, uskarżając się na napady bólu w okolicy serca, połączone z biciem serca, dychawicą, uczuciem niepokoju w sercu, ogólnem osłabieniem i na duszność i bicie serca przy chodzeniu. Napady bólu pojawiły się po raz pierwszy przed 2 laty, wyrażając się ostrym kłującym bolem w okolicy serca, rozpromieniającym się ku lewej kończynie górnej aż do łokcia i ku lewej łopatce. Napady powstają najczęściej pod wpływem wzruszeń; trwają 10—15 minut; zjawiają się jużto raz na tydzień lub miesiąc, jużto kilka razy jednego dnia. Obrzęków chory nigdy nie spostrzegał. Nadużywał napojów wyskokowych przez czas dłuższy. 13/XII. Wzrostu wysokiego, budowy dobrej; odżywienie bardzo dobre. W dołku nadmostkowym tętnienie, na rękojeści mostka lekkie stłumienie odgłosu opukowego. Uderzenie koniuszkowe niewidzialne i niewyczuwalne. Stłumienie serca sięga w prawo do linii środkowej, w lewo do sutkowej; z góry rozpoczyna się od 4 żebra. Tony serca głuche, rytm wahadłowy; nad tętnicą główną wzmocnienie drugiego tonu; w tętnicach szyjnych i podobojczykowych 2 tony. Tętnice obwodowe stwardniałe. Tętno 81, miarowe, ciśnienie krwi 165, oddechów 20. Wątroba macalna na 1 palec poniżej łuku żebrowego, tkliwa, na brzuchu obfita podściółka tłuszczowa. Moczu 1400, cięż. właśc. 1,012, białka i cukru nie zawiera; obfita ilość moczanów. 14/XII. Waga 107.400. Tętno 80, ciśn. krwi 160, oddech. 20, moczu 1300, cięż. wł. 1,012. 15/XII. Waga 107.600. Tętno 80. ciśn. krwi 165, oddechów 50, moczu 1400, cięż. wł. 1,012. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 gr. 3 razy dziennie. 16/XII. W ciągu dnia był napad dusznicy sercowej, który trwał nie dłużej niż 5'. Waga 107500. Tętno 72. ciśn. krwi 165, oddechów 19; moczu 1300, cięż. właśc. 1,015. 17/XII. Znowu chory doznał kilku słabych napadów dusznicy, które trwały 3—5 minut. Waga 109.100. Tętno 76, ciśn. krwi 175, oddechów 19, moczu 1200, cięż. właśc. 1,010. 18/XII. Dziś znowu chory miał napad bolu w okolicy serca, który rozprzestrzenił się aż na lewą rękę; napad trwał 10'; choremu trzeba było wstrzyknąć morfinę w dawce 0,01. Waga 109.100. Tętno 78, ciśn. krwi 180, oddechów 19; moczu 1400, cięż. wł. 1,011. Chlorek barowy odstawiłem i zaleciłem jodek potasowy 5,0—200,0 3 stoł. łyżki dziennie i Rp. *Tra convall. majalis, Extr. grindeliae robust. fluid. sine resina āa 15,0* Ms. Po 20 kropel 2 razy dziennie. 19/XII. Noc spędził spokojnie. Waga 108.800. Tętno 81, ciśnienie krwi 165, oddechów 18; moczu 1600, cięż. wł. 1.010. Chorego na własne jego życzenie wypuszczono z kliniki.

Przypadek VIII. Rozpoznanie: *Insufficientia v. mitralis. Cirrhosis hepatis cardiaca.* M—i, w wieku lat 30, wstąpił do kliniki 6/IV 1904, uskarżając się na duszność, bicie serca, kaszel, bole głowy. Duszność ma od 2 lat. Rok temu dołączyło się bicie serca i obrzęki nóg, które jużto znikały, jużto powracały; w okresach powstawania obrzęków ilość moczu bardzo się zmniejszała. W 12-ym roku życia przebył ostry gościec stawowy, w dzieciństwie obrzmienie i zropienie gruczołów chłonnych na szyi, które operowano. Wzrostu niewysokiego, budowy słabej; odżywienie podupadłe. Błony śluzowe blade; grudkowe zapalenie spojówki obu ócz. Gruczoły chłonne na szyi, pod pachą i pachwinowe powiększone; ku dołowi i na zewnątrz od kąta szczęki dolnej po stronie prawej znajdują się blizny w następstwie rękoczynów chirurgicznych. Tętnice obwodowe nieco stwardniałe. Tętno 84, miarowe, jednoczesne z czynnością serca, fala tętnicza niewysoka. Uderzenie koniuszkowe w piątem międzyżebrzu w linii sutkowej. Stłumienie sercowe rozpoczyna się od góry od trzeciego żebra, w prawo nieco zachodzi za lewą linię mostkową, w lewo o pół palca sięga poza lewy sutek. Nad koniuszkiem szmer skurczowy, który jest słyszalny i w drugiem międzyżebrzu po stronie prawej, jakkolwiek o wiele słabiej; nad tętnicą płucną wzmocnienie drugiego tonu; w tętnicach szyjnych i podobojczykowych dwa tony. Nad i pod prawym obojczykiem stłumienie odgłosu opukowego, wzmożenie drżenia głosowego i szorstki oddech; pod łopatkami nieobfite trzeszczenia. Wątroba macalna na 2 palce poniżej łuku, zbita. Na goleniach obrzęki. Stolec prawidłowy. 8/VI. Waga 49.900. Tętno 86, ciśn. krwi 120, oddechów 24, moczu 700, cięż. wł. 1,018; żadnych nieprawidłowości w moczu nie wykryto. 9/IV. Obrzęki zwiększyły się. W prawo stłumienie serca dochodzi do linii środkowej. Waga 51.200. Tętno 90, ciśn. krwi 120, oddechów 24; moczu 500, cięż. wł. 1,020. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 2 razy dziennie. 11/IV. Waga 51.200. Tętno 90, ciśn. krwi 130, oddechów 24; moczu 700, cięż. wł. 1,018. 12/IV. Fala tętna się zwiększyła. W prawo stłumienie serca sięga nieco za lewą linię mostkową. Waga 51.000. Tętno 82, ciśnienie krwi 135, oddechów 24; moczu 900, cięż. wł. 1,018. 13/IV. Waga 49.500. Tętno 82; ciśn. krwi 140, oddechów 23; moczu 1200, cięż. wł. 1,018. 14/IV. Uderzenie koniuszkowe znacznie silniejsze, również tętnienie okolicy nadbrzusznej; mruk koci jest o wiele silniejszy; obrzęki ustępują. Waga 29.500. Tętno 78, napięcie zwiększyło się; ciśn. krwi 140, oddechów 22, moczu 1000, cięż. wł. 1,019. 15/IV. Od wczorajszego wieczora duszność wzmogła się; chory kilkakrotnie uczuwał niepokój w okolicy serca; tętnice sprychowe twardsze, oporniejsze: ilość moczu obniżyła się. Waga 49.800. Tętno 78, ciśn. krwi 150, oddechów 27, moczu 600, cięż. wł. 1,025. Chlorek barowy odstawiłem. 16/IV. Waga 49.700. Tętno 80, ciśnienie krwi 125, oddechów 24; moczu 750, cięż. wł. 1,020. 17/IV. Waga 49.700. Tętno 82, ciśn. krwi 120, oddechów 25; moczu 700, cięż. wł. 1,021. 18/IV. Waga 49.800. Tętno 86, ciśn. krwi 120, oddechów 26; moczu 700, cięż. wł. 1,021. 19/IV. Wątroba macalna na $2^1/_2$ palca poniżej łuku żebrowego, duszność zwiększyła się, obrzęki rosną. Zaleciłem napar naparstnicy *e 0,3 ad col. 180,0*, 3 stoł. łyżki dziennie. 20/IV. Waga 49.000. Tętno 80, ciśn. krwi 135, oddechów 20, moczu 1550, cięż. wł. 1,015. 22/IV. Waga 48.500. Tętno 75, ciśn. krwi 120, oddech. 20, moczu 1800, cięż. wł. 1,015. 23/IV. Waga 48.200. Tętno 72, ciśn. krwi 115, oddechów 19, moczu 2200, cięż. wł. 1,013. 24/IV. Waga 47.800. Tętno 72, ciśn. krwi 120, oddechów 18, moczu 2500, cięż. wł. 1,013. Chory czuje się o wiele lepiej; kaszel prawie znikł; duszność powstaje tylko przy szybszem chodzeniu; obrzęki na goleniach prawie ustąpiły; wątroba macalna na $1^1/_2$ palca poniżej łuku żebrowego. Naparstnicę odstawiłem. 25/IV. Waga 47.000. Tętno 72, ciśn. krwi 120, oddechów 18, moczu 1800, cięż. wł. 1,014. 26/IV. Waga 48.200. Tętno 76, ciśn. krwi 125, oddechów 19. moczu 1200, cięż. wł. 1,016. 27/IV. Waga 48.100. Tętno 84, ciśn. krwi 115, oddechów 22, moczu 900, cięż wł. 1,020. 28/IV. Duszność zwiększa się: obrzęki znowu powiększyły się. Wątroba macalna na 2 palce poniżej żeber. Waga 49000. Tętno 92, fala tętna mała, ciśn. krwi 110, oddechów 26. moczu 600, cięż. wł. 1,023. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 2 razy dziennie. 29/IV. Waga 49.200. Tętno

95, ciśn. krwi 110, oddechów 26, moczu 600, cięż. wł. 1,024. 30/IV. Waga 49.200. Tętno 90. ciśn. krwi 120, oddechów 26, moczu 650, cięż. wł. 1,024. 1/V. Waga 49.000. Tętno 88, ciśnienie krwi 130, oddechów 24, moczu 800, cięż. wł. 1,022. 2/V. Fala tętna zwiększyła się. Waga 48.500. Tętno 86, ciśn. krwi 140, oddechów 20, moczu 1200, cięż. wł. 1,018. 3/V. Tętnice sprychowe stały się twardsze, oporniejsze; duszność i obrzęki zmniejszają się. Waga 48.000. Tętno 85. ciśn. krwi 140, oddechów 20, moczu 1500, cięż. wł. 1,015 4/V. Ilość moczu zmniejszyła się bardzo. Tętnice sprychowe drutowato twarde. Tętnienie dołka sercowego występuje w silniejszym stopniu. Waga 48.500. Tętno 88, ciśn. krwi 150, oddech. 22, moczu 600, cięż. wł. 1,020. Chlorek barowy odstawiłem. 5/V Waga 48.700. Tętno 88, napięcie mniejsze, ciśn. krwi 120, oddech. 22, moczu 720, cięż. wł. 1,018. 7/V. Chory opuścił klinikę.

Przypadek IX. Rozpoznanie: *Arteriosclerosis*; *cor lassum*. S—w, 52 letni robotnik, wstąpił do kliniki 12/IV 1904, uskarżając się na duszność, bicie serca, suchy kaszel, ból w dołku sercowym i osłabienie ogólne. Objawy te wystąpiły przed 3 laty; ostatnie 2 lata prawie zawsze ma nogi obrzęknięte. W ciągu 5 ostatnich lat nadużywał napojów wyskokowych. Przed 20 laty przebył jakąś chorobę gorączkową, która trwała miesiąc. Wzrostu więcej niż średniego, budowy ciała dobrej, odżywienie podupadłe. Powłoki zewnętrzne blade. Tętnice obwodowe wężykowato pokręcone, stwardniałe. Tętno 76, miarowe, fala tętna obniżona. Uderzenie koniuszkowe macalne w szóstem międzyżebrzu. Stłumienie serca dochodzi w prawo do prawej linii mostkowej, w lewo sięga o $1^1/_2$ palca po za sutek, z góry rozpoczyna się od czwartego żebra; tony głuche: nad tętnicą główną pierwszy ton nieczysty, drugi wzmocniony; nad koniuszkiem przy pierwszym tonie słaby szmer. W płucach słychać suche rzężenia. Wątroba macalna 2 palce poniżej łuku żebrowego, gładka, miernej zbitości, tkliwa. Na goleniach dość znaczne obrzęki. Mocz składników nieprawidłowych nie zawiera. Waga 53.600. 14/IV. Waga 54.000. Tętno 80, ciśn. krwi 150. oddechów 24, moczu 600, cięż. wł. 1,024. 15/IV. Waga 54.100. Tętno 80, ciśn. krwi 150, oddech. 24, moczu 630, cięż. wł. 1,024. 16/IV. Waga 54.300. Tętno 90 ciśn. krwi 150. oddechów 25, moczu 600, cięż. wł. 1,025, obfite moczany. Wątroba macalna na $2^1/_2$ palca poniżej łuku; obrzęki powiększyły się. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 2 razy dziennie. 17/IV. Waga 54.200. Tętno 90, ciśn. krwi 155, oddechów 24, moczu 650, cięż. wł. 1,024. 18/IV. Waga 54.000. Tętno 88, ciśn. krwi 160, oddechów 20, moczu 950, cięż. wł. 1,022. 20/IV. Waga 54.100. Tętno 86, cechy tętna pozostały bez zmiany, ciśn. krwi 160, oddechów 26, moczu 700, cięż. wł. 1,022. Stłumienie serca sięga w prawo o 1 palec za prawą linię mostkową; duszność wzmogła się. 21/IV. Waga 55.000. Tętno 86, ciśn. krwi 160, oddechów 26, moczu 600, cięż. wł. 1.024. Wątroba macalna na 3 palce poniżej łuku żebrowego. Chlorek barowy odstawiłem i zaleciłem napar z 0,5 naparstnicy na 180.0 wody, 4 stoł. łyżki. 22/IV. Waga 54.500. Tętno 86, ciśn. krwi 150, oddechów 22, moczu 1000, cięż wł. 1,018. 23/IV. Waga 53800. Tętno 82, ciśn. krwi 140, oddech. 20, moczu 1500, cięż. wł. 1,012. 24/IV. Waga 51.800. Tętno 76, ciśn. krwi 140, oddechów 20, moczu 2500, cięż. wł. 1 005. 25/IV. Waga 49.700 Tętno 78, ciśn. krwi 145, oddechów 20, moczu 2000, cięż. wł. 1,010. Chory czuje się o wiele lepiej. Stłumienie serca sięga w prawo do linii środkowej, w lewo do sutka; szmer nad koniuszkiem znikł; wątroba macalna na $1^1/_2$ palca poniżej łuku żebrowego; duszność prawie ustąpiła; obrzęki znacznie zmniejszyły się. Chory opuszcza klinikę.

Przypadek X. Rozpoznanie: *Arteriosclerosis; myocarditis chronica; stenocardia.* D—i, oficer dymisyonowany, w wieku lat 50, wstąpił 1/IX 1904, uskarżając się na duszność, bicie serca i bóle w okolicy serca. Dolegliwości te występują zwykle w postaci napadów, zwłaszcza w nocy; ze względu na charakter napadów trzeba uznać je za bolesną i ruchową dusznicę; napady trwają 15—30′; w przerwach między napadami duszność bardzo mała. Napady dusznicy sercowej pojawiły się po raz pierwszy lat 10 temu; początkowo napady zjawiały się rzadko, raz na 2 miesiące, w ostatnim zaś czasie, zwłaszcza od r. 1904, zdarzają się prawie co tydzień. Po napadzie pozostaje ogólne osłabienie, zawroty głowy, wzmożenie się duszności. W ostatnich 2 latach zaczęły pokazywać się obrzęki goleni. W dzieciństwie przebył odrę, płonicę, zapalenie płuc; od 11-go roku życia aż do ostatnich czasów oddawał się samogwałtowi, doprowadzając się czasami do zupełnego upadku sił; jednocześnie podaje *abusus in Venere*. W 25 roku życia zakaził się kiłą; od 34 r. życia nadużywa bardzo tytoniu, od 38 napojów wyskokowych. Należy wreszcie zaznaczyć nadmierną pracę umysłową, której chory oddawał się przez całe życie. 30/VII 1903 chorego dotknął udar mózgowy, w następstwie którego rozwinął się lewostronny niedowład. Wzrostu więcej niż średniego, budowy ciała dobrej, odżywienie upośledzone; powłoki zewnętrzne i błony śluzowe blade; usta i kiści rąk nieco sinawe; na prąciu blizna; źrenice bardzo zwężone, oddziaływają słabo na światło; fałd nosowowargowy po stronie lewej wygładzony, lewy kąt ust obniżony. Tętnice obwodowe stwardniałe, wężykowate. Tętno 68, niemiarowe, ciśn. krwi 140. Uderzenie koniuszkowe macalne w czwartem międzyżebrzu o 1 palec na lewo od sutka. Granice stłumienia sercowego: górna od czwartego żebra, prawa o 1 palec sięga w prawo od lewej linii mostkowej, lewa o 1 palec na lewo od sutka, dolna na dolnym brzegu szóstego żebra; tony serca głuche, nad tętnicą główną wzmocnienie drugiego tonu; na rękojeści mostka stłumienie odgłosu opukowego. Wątroba macalna na $3^1/_2$ palca poniżej łuku żebrowego, gładka, zbita, bolesna. W odbycie guzy krwawnicze, naokoło wysypka o charakterze wyprysku. Odruchy kolanowe wzmożone, zwłaszcza po stronie lewej; na lewej połowie ciała przeczulica. Na goleniach niewielkie obrzęki. Od 8/IX chory zażywał *dec. rad. altheae.* 9/IX. Waga 69.500. Tętno 70, niemiarowe, ciśn. krwi 130, oddechów 30, moczu 1200, cięż. wł. 1,012; nieprawidłowych składników w moczu niema. 10/IX. Waga 69.500. Tętno 70, niemiarowe, ciśn. krwi 140, oddechów 23, moczu 1500, cięż. wł. 1,012. Chory czuje się lepiej, duszność zmniejszyła się, również bolesność wątroby; niemiarowość tętna jest słabsza. 12/IX. Waga 69.400. Tętno 68, niemiarowe, ciśn. krwi 130, oddechów 22, moczu 1500, cięż. wł. 1,013. Stan ogólny polepszył się o tyle, że chory zaczął przechadzać się w sali. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 2 razy dziennie. 13/IX. Waga 69.500. Tętno 66, niemiarowe, ciśn. krwi 130, oddechów 24, moczu 1500, cięż. wł. 1.014. 14/IX. Waga 69.300. Tętno 66, niemiarowe, ciśn. krwi 135, oddechów 28, moczu 900, cięż. wł. 1,018; uskarża się na duszność i bicie serca; cechy tętna nie zmieniły się. 15/IX. Waga 69.600. Tętno 64, niemiarowe, ciśn. krwi 140, oddechów 28, moczu 600, cięż. wł. 1,022; stłumienie serca sięga w prawo do linii środkowej; rytm tonów serca wahadłowy: wątroba macalna na 4 palce poniżej łuku żebrowego. 16/IX. Noc spędził źle, przebył 2 napady silnej dychawicy, połączonej z bólami w okolicy serca z rozpromienianiem się do lewej ręki i łopatki; podczas napadów tętno było bardzo małe, w wysokim stopniu niemiarowe, do 130—140 na 1′; oddechów 38—40 na 1′. Stłumienie serca w prawo sięga do prawej linii mostkowej: w lewo o $1^1/_2$ palca za sutek. Waga 69.900. Tętno 64, nader niemiarowe, ciśn. krwi 145, oddechów 28, moczu 500, cięż. wł. 1,022. Chlorek barowy odstawiłem. 17/IV. Chory czuje się lepiej. Niemiarowość tętna trwa i jest bardzo wyraźna. Waga 69.700. Tętno 72, ciśn. krwi 130, oddechów 28, moczu 600, cięż. wł. 1,022. 18/IV. Waga 70.000. Tętno 75, niemiarowe, ciśn. krwi 120, oddechów 26; moczu 600, cięż. wł. 1,022. 19/IV. Waga 69.800. Tętno 78, niemiarowe, ciśn. krwi 115, oddechów 24, moczu 900, cięż. wł. 1,020. Zaleciłem napar 0,3 naparstnicy w 180,0 wody, 3 stoł. łyżki dziennie. 20/IX. W nocy był krótkotrwały słaby napad dusznicy. Waga 69.800. Tętno 70, niemiarowe, ciśn. krwi 120, oddechów 22, moczu 1500, cięż. wł. 1,015. 21/IX. Waga 69.600. Tętno 68, niemiarowość w stopniu słabszym, ciśn. krwi 118, oddech. 24, moczu 1200, cięż. wł. 1,014. Stłumienie serca w prawo sięga do linii środkowej, w lewo o $^1/_2$ palca za sutek; wątroba macalna na $2^1/_2$ palca poniżej łuku żebrowego, bolesność mniejsza; na goleniach dołki występują tylko przy dłuższym ucisku. 23/IX. Waga 69.500. Tętno 68, niemiarowe, fala tętna zwiększa się; ciśn. krwi 120, oddechów 20, moczu 1900. cięż. wł. 1,012. 34/IX. Polepszenie kroczy naprzód. Waga 69.300. Tętno 68, niemiarowość nieznaczna, ciśn. krwi 130, oddechów 20, moczu 1800, cięż. wł. 1,014. Naparstnicę odstawiłem. W dalszym ciągu chory zażywał jodek potasowy i w miarę potrzeby *tra stroph., valerian.* i inne leki. Przez czas pobytu chorego w klinice były jeszcze 2 napady dusznicy, po których wskutek znacznego osłabienia serca chory zażywał naparstnicę.

(C. d. n.)

Napoje wyskokowe jako środek leczniczy.

Z uwzględnieniem spostrzeżeń poczynionych w roku 1905 w klinice lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał
Dr. St. Szurek
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Co do układu naczyniowego, to tylko pewna, że wyskok poraża nerwy naczynioruchowe na obwodzie zwiększa ilość krwi przepływającej przez skórę i wywołuje

znane zaczerwienienie twarzy i uczucie rozgrzania w całem ciele. Co do wpływu na pracę serca, to farmakodynamiczne badania stoją po części w przeciwieństwie do praktycznego doświadczenia lekarskiego. Najstarsi lekarscy badacze aż do najwybitniejszych klinicystów współczesnych przypisują wyskokowi własności wybitne, jakkolwiek przemijające, pobudzania mięśnia sercowego do pracy zwiększonej, a praktyka stwierdza to codziennie na tysiącznych przykładach; natomiast w doświadczeniach, przynajmniej niektórzy badacze nie zdołali stwierdzić tego z całą pewnością, być może dlatego, że doświadczenie wykonywano na sercu zwierzęcem, czasem na sercu człowieka, ale człowieka zdrowego, nie zaś na sercu chorobowo zmienionem, ani na sercu zmęczonem, które ostatnim wysiłkiem pracuje, i do tego przyrządami, których ścisłość niezawsze jest niezawodna. Na takie serce zmęczone, wyczerpane, utykające, przy tętnie częstem, małem, drobnem, nitkowatem, nieregularnem wyskok może być bodźcem, wydobywającym jeszcze resztę utajonych sił, może być, jak go nazwał Voit, owym batem, który użyty w porę i w miarę potrafi jeszcze popędzić to serce i życie ludzkie przewlec i przenieść przez przeszkodę, jaką jest choroba; a palec lekarza, położony na tętnie i stan ogólny chorego prędzej i lepiej mogą to stwierdzić, niż pozornie najczulsze przyrządy. Pierwsze też prace doświadczalne, jak Parkesa i Wollowicza, Albertoniego i Lussany w siódmym dziesiątku, Frasera w ósmym dziesiątku XIX wieku jednomyślnie stwierdzały, że wyskok czyni u człowieka skurcze lewej komory silniejszymi i częstszymi, oraz podnosi i to bardzo wybitnie częstość tętna. Tego samego zapatrywania bronią niektórzy nowsi autorowie, jak Jaksch, którego doświadczenia na chorych mają znacznie większą wartość praktyczną, aniżeli setki doświadczeń na psach, a który po małych dawkach wyskoku stwierdzał obniżenie się częstości i pojawienie się silniejszego i większego tętna, jak Binz, który mierzył ciśnienie stigmomanometrem Bascha i stwierdzał przyrost ciśnienia o kilkanaście, a nawet więcej mm Hg równolegle ze wzrostem wielkości oddechowej, jak Schmiedeberg i jego uczniowie, którzy stwierdzali również objawy podniecenia serca po podaniu wyskoku. Wobec tego trudno nam się zgodzić ze zdaniem Świętochowskiego, który w pracy swej, stosunkowo świeżej daty, bo z roku 1902, znalazłszy pod wpływem wyskoku tylko przyspieszenie tętna i lekkie obniżenie parcia w pierwszej chwili, dochodzi do wniosku, że wyskok „jakkolwiek w pewnym tylko stopniu, działa osłabiająco na narząd krążenia“, — tak samo jak i z twierdzeniem drugiego nieprzyjaciela wyskoku jako „sercowego bodźca“, Rosenfelda, że „cała nauka o podniecającem działaniu wyskoku rozpływa się w nicości“.

Doświadczenie lekarskie przy łóżku chorego potwierdziło już tyle razy, że wyskok w miernych dawkach pobudza przemijająco pracę serca, zwiększa parcie i podnosi liczbę tętna, że chociażby tysiąc jeszcze doświadczeń wykonano na żabach i królikach z wynikiem ujemnym, wyskok, a właściwie napoje wyskokowe, nie przestaną być co do tego właśnie działania jednym z drogocennych naszych leków. Że wyskok w dawkach miernych jest środkiem podniecającym, najłatwiej stosunkowo dało się to stwierdzić na narządzie oddechowym, jako tym, w którym ostateczny wynik doświadczenia mniej zależy od rozlicznych czynników, jest jaśniejszy i lepiej uchwytny, niż na sercu. Jeszcze w r. 1887 Zuntz, a potem Geppert znaleźli, że wielkość oddechowa, tj. ilość wdychanego i wydychanego powietrza pod wpływem małych dawek wyskoku u zdrowego człowieka stale rosła, średnio o $9^0/_0$—$7^0/_0$. Rzecz tę podjęli następnie uczniowie Binza, jak Wilmanns i Weissenfeld, dalej prof. Wendelstadt zarówno na zwierzętach, jak i ludziach zdrowych, a wynik tych wszystkich badań zestawia Binz w tych słowach, że mierne dawki wyskoku podnoszą czynność oddechową nieznacznie u przeważnej liczby ludzi, podnoszą ją natomiast bardzo wybitnie po podaniu na czczo albo u ludzi pracą fizyczną znużonych; to działanie podniecające objawia się nawet wtedy, kiedy osoba badana pod wpływem podanego wyskoku śpi lub jest senną, a obecność istot aromatycznych, t. zw. bukietu wina, ten podniecający wpływ czystego wyskoku jeszcze więcej wzmaga; to podniecenie czynności ma być wedle Binza następstwem bezpośredniego drażnienia ośrodka oddechowego przez krążący we krwi silnie rozcieńczony wyskok. Jak to podniecenie wielkości oddechowej wpływa na wymianę gazów w płucach, nie jest jeszcze dotąd rzeczą pewną. Z obliczeń Zuntza i Gepperta wynikałoby, że ilość zużytego tlenu i wydalonego bezwodnika kwasu węglowego żadnej nie ulega zmianie, czyli że t. zw. współczynnik oddechowy przed i po podaniu wyskoku pozostaje ilością stałą; natomiast wedle doświadczeń Wolfersa, Bodländera, Berdeza i t. d. wyskok zwiększa ilość wchłoniętego tlenu, a równocześnie obniża ilość wydalonego bezwodnika kwasu węglowego. Z tego wszystkiego wynika, że wyskok jest środkiem podniecającym narząd oddechowy do pracy zwiększonej; czy dzieje się to bezpośrednio przez podrażnienie ośrodka oddechowego, czy pośrednio przez to, że jako istota łatwo palna z największą chciwością wiąże się z wchłoniętym tlenem i spala go, skutkiem tego zużycia stwarza więc głód tlenowy w ustroju, który ustrój przez wzmożoną pracę narządu oddechowego stara się wyrównać, rozstrzygną może przyszłe badania. Czy przez tę zwiększoną pracę ustrój co zyskuje, na pewne nie wiemy, ale nawet wtedy, gdyby cała ta praca była bezowocna, to i tak to wzmożenie ruchów oddechochowych dla ustroju chorego mogłoby być korzystne przez to, że poprawiałoby, jak to podnosi Rosenfeld, stan podmiotowy chorego.

Co do wpływu na ciepłotę, to sądzono dawniej powszechnie i takiem jest panujące jeszcze dotąd wśród publiczności mniemanie, że wyskok rozgrzewa, to jest podnosi ciepłotę. Tymczasem bardzo liczne badania w tym kierunku stwierdzają prawie bez wyjątku, że po małych, choćby często powtarzanych dawkach ciepłota pozostaje w granicach prawidłowych, jakie są warunkiem koniecznym prawidłowego toku spraw życiowych, a rozgrzanie, czy podniesienie ciepłoty wcale po wyskoku nie następuje. Po większych dawkach, zwłaszcza więcej zgęszczonego wyskoku, powstaje wyraźne uczucie gorąca w żołądku, które rozprzestrzenia się następnie na całą skórę. A to podmiotowe wrażenie było właśnie powodem, że przez wiele wieków wyskok nie zdołał w leczeniu chorób gorączkowych wywalczyć sobie uznania, a podawanie go chorym gorączkującym uważano za szczyt lekkomyślności w przypuszczeniu, że na ten palący się w ustroju ludzkim ogień on działać musi taksamo, jak działa wtedy, kiedy go się na ogień prawdziwy

leje. Dopiero pierwszy Nasse w r. 1845, potem uczniowie Binza jak Bouvier, Daub, Strassburg, w końcu cały poczet badaczy, między nimi Riegel w bardzo gruntownej pracy przez doświadczenia zarówno na zwierzętach, jak i na ludziach, obalili dawny przesąd, stwierdziwszy coś wprost przeciwnego. Wedle badań tych, na których opierają się nasze obecne zapatrywania na tę sprawę, wyskok w małych dawkach nie wywołuje żadnej takiej zmiany ciepłoty, któraby nie leżała w granicach czysto fizyologicznych wahań; średnie dawki (30—80 gr.) obniżają ciepłotę stale, jakkolwiek nieznacznie, bo o 0·2—0·6 i to w prostym stosunku do wielkości dawki, z wyjątkiem ludzi przyzwyczajonych do wyskoku, u których ten spadek ciepłoty jest mniej wyraźny; dawki zaś wysokie, odurzające, obniżają ciepłotę o kilka stopni i na wiele godzin, a działanie to chłodzące w niektórych gorączkach jeszcze silniej się zaznacza, niż w doświadczeniu na zdrowym człowieku. Ten spadek ciepłoty tłómaczy się silniejszą utratą ciepła ustrojowego przez promieniowanie ze skóry skutkiem rozszerzenia naczyń skórnych i obfitszego przeziewu, częścią zahamowaniem mięśni, które jest dalszym skutkiem działania wyskoku, a które to mięśnie w wytwarzaniu ciepła ustrojowego biorą tak znaczny udział, a w końcu prawdopodobnie bezpośrednim obniżeniem spraw utlenienia w tkankach, jakby to wynikało z doświadczeń Binz-Bouviera.

Wpływ wyskoku na układ mięśniowy jest dotąd jeszcze przedmiotem podobnej sprzeczności między zdaniem ogółu, a wynikami badań ścisłych. Ogół mniema powszechnie, że wyskok wzmacnia i pracę mięśniową wydatniejszą czyni; tymczasem pokaźne już liczbą badania fizyologów rzucają na tę sprawę światło nieco odmienne. Jak wszelkie środki odurzające, tak i wyskok w małych dawkach czynność podnieca, w średnich wzmaga, a w większych hamuje i poraża. Podobnie ma się rzecz i z działaniem wyskoku na mięśnie. Zarówno z doświadczeń, wykonanych z grubsza za pomocą zwykłego dynamometru przez Bernardiniego, Warrena, Kräpelina, jak i z badań zapomocą przyrządów dokładniejszych, jak ergografu Mossa, myografionu Helmholtza, podjętych przez Freya, Destréego, Schnydera, Osiereckowskiego, Glücka i t. d. i to zarówno przy pracy zwykłej, jak i delikatniejszej (pismo), wypływa, że pod wpływem wyskoku praca mięśnia, zarówno wypoczętego, jak i znużonego, początkowo na krótki czas wzrasta, potem jednak szybko maleje tak, że całkowita suma pracy, dokonanej w ciągu pewnego czasu, pomimo początkowego przyrostu jest mniejsza od pracy mięśnia, na który wyskok nie działał. Ten początkowy przyrost pracy nie powstaje wskutek zwiększenia się siły pojedynczego skurczu, ale przez to, że skurcze szybciej po sobie następują. Mięsień podniecony wyskokiem zdoła wprawdzie dłużej pracować, ale praca jego ma wogóle mniejszą wartość. Wyskok przysłania tylko uczucie znużenia i wyzwala łatwiej podniety do ruchów, działa więc tutaj na podobieństwo ostrogi. Ciężkiej pracy na dłuższą metę nie ułatwia, ale przeciwnie czyni ją mniej wydatną i dlatego jest zupełnie nieodpowiedni tam, gdzie chodzi o znoszenie długotrwałych trudów, które wymagają ciągłego wysiłku. Tam jednak, gdzie chodzi o dużą stawkę, tam gdzie zależy na tem, aby ze znużonego ustroju na krótką chwilę wydobyć jaknajwiększą pracę i pobudzić go do ostatecznych granic wysiłku, tam wyskok może być użytecznym i spełnić swoje „posłannictwo“. Zgodnie z tymi wynikami badań armie nowożytne, równie jak wszelkie wyprawy, czy to w okolice podbiegunowe, czy w kraje podzwrotnikowe, wykreśliły go z rzędu stale podawanych napojów, a jedynie w ważnych chwilach korzystały z jego usług, kiedy chodziło o podniesienie upadającej załogi na duchu (Nansen) lub o przezwyciężenie przeszkód bardzo wielkich.

Z kolei przechodzimy do pytania, czy napoje wyskokowe są środkiem odżywczym, pokarmem. Odpowiedź rozmaitych badaczy na to pytanie brzmi różnie i była już niejednokrotnie przedmiotem gorących rozpraw. Zwłaszcza w Anglii pytanie to roztrząsano bardzo żywo, a i dziś pewna liczba lekarzy, zwłaszcza abstynentów, nie może się pogodzić z tą myślą, że nie mówiąc już o pewnych napojach wyskokowych, sam alkohol etylowy czysty jest „niestety“ pokarmem. Już Voit rozróżniał dwa rodzaje pokarmów, jedne, które dostarczają jakiejś istoty potrzebnej, a wchodzącej w skład ustroju, jak białko, tłuszcz, woda, sole i t. d. i drugie, które przeróbkę pierwszych ograniczają i tamte dla ustroju na czas dłuższy zachowują; do tej drugiej gromady pokarmów zaliczał on właśnie małe dawki wyskoku. W budowie żyjącej protoplazmy, rzecz oczywista, wyskok udziału brać nie może, nie może więc być dla ustroju materyałem budowlanym; wydaje nam się wprost nieprawdopodobnem i nie mamy na to żadnego dowodu, ażeby drobina jego mogła się stawać cząstką komórki lub włókna; ale że jest paliwem dla ustroju i przez to swoje spalenie dostarcza ustrojowi i ciepła i żywej siły i równocześnie zaoszczędza własne tkanki ustroju, czyli że jest pokarmem pośrednim (*Sparrmittel*, jak go nazywają Niemcy), to zdaje się być już obecnie niewątpliwem. Czy to spalenie odbywa się na drodze katabolicznej, jak mniema Kassowitz, bez najmniejszego współudziału tkanki żyjącej, czy też metabolicznie, tj. po wejściu w skład protoplazmy, jest dla nas pytaniem bez większej wartości. Że spala się na bezwodnik kwasu węglowego i wodę, wykazał to jeszcze Liebig, a że spala się tak dokładnie, że tylko mała jego część nierozłożona przez ustrój przechodz, stwierdził to Binz i jego uczniowie. Wedle Bodländera zaledwo 5% wyskoku nieutlenionego opuszcza ustrój przez nerki, płuca i skórę, Strassmann przyjmuje liczbę większą, bo 10%, natomiast Atwater i Benedict w swej najnowszej pracy twierdzą, że z wyskoku w ustroju ludzkim 99% się spala, a tylko około 1% uchyla się od spalenia. Udowodnić, że spalając się jest w stanie wyskok zaoszczędzić składniki ustroju, czy też pożywki, starano się już od szeregu lat zapomocą doświadczeń nad wymianą materyi, których liczba dotąd jest już ogromna. Jednak dopiero nowsze badania zasługują na pełne zaufanie; w dawniejszych bowiem metody badania były niedostateczne. Już Riess i Munk na podstawie swych badań wypowiedzieli zdanie, że wyskok spala się niewątpliwie w ustroju także zamiast białka i że skutkiem tego w ustroju ciepłokrwistym zaoszczędza białko. Prace ostatnich lat sześciu, jak Offera, Rosenfelda, Neumanna, Clopatta, Rosemanna, Atwatera i Benedicta, stwierdziły ponad wszelką wątpliwość, że wyskok w miernych dawkach jest dla ustroju materyałem opałowym, który u zdrowego człowieka nietylko oszczędza tłuszcze i węglowodany, ale nawet pośrednio i istoty białkowate, że kosztem jego

niejako daje się wykonać pewna ilość pracy, że zatem wyskok jest pożywką. Wpływ wyskoku na wymianę materyi u gorączkującego badał Ott i również stwierdził, że wyskok w ustroju gorączkującym może także zaoszczędzać białko i to tak, jak węglowodany, w ilościach izodynamicznych. (C. d. n.).

O strofantusie.

Podał

Doc. Dr. Lemberger.

Z powodu nierównomiernego działania naparstnicy i jej przetworów, starali się farmakologowie usilnie zastąpić ją innym odpowiedniejszym lekiem, a z końcem ubiegłego stulecia, gdy się ukazały liczne prace o działaniu strofantusa, zdawało się, że życzenie farmakologów zostało spełnione.

Wiadomości o strofantusie sięgają do roku 1865, kiedy równocześnie poznano nasiona, pochodzące ze wschodniej i zachodniej Afryki, używane przez tamtejszą ludność do wytwarzania jadu, którym zatruwano strzały. Nasiona te, jak się przekonano, pochodziły z dwóch odrębnych odmian strofantusa, a jako czynnik działający odkryto w nich strofantynę, glikozyd, działający w sposób swoisty i znamienny na serce. Dokładniej poznano działanie tego glikozydu dopiero w roku 1885 przez prace fizyologiczne Frasera; odtąd nasiona strofantusa (*semen strophanti*) przyjęte zostały do wszystkich prawie farmakopei narodów cywilizowanych. Zrazu mniemano, że osiągnięto cel, że strofantus jest właśnie tym środkiem, który działa na serce podobnie, jak naparstnica; nie zwracano jednak uwagi na działania ujemne, a zwłaszcza na nierównomierność w działaniu, które później dopiero poznano. Zajęcie się ogólne sprawą strofantusa wytworzyło obszerne piśmiennictwo botaniczne, farmakognostyczne, chemiczne i fizyologiczno-lekarskie, jednak rychło już po tym okresie entuzyazmu nastąpiło zobojętnienie, a popyt na lek ten w ostatnich czasach niepomiernie zmalał. Stało się to z różnych przyczyn.

Jedną z tych przyczyn był właśnie ten wygórowany popyt na nasiona strofantusa w okresie, kiedy jeszcze co do źródeł nasion w kierunku botanicznym nie wiele wiedziano; popyt ten był przyczyną daleko idących zafałszowań tego surowca roślinnego. W handlu obok nasion strofantusa pojawiły się nasiona tego samego gatunku, jednak nie zbadane co do swojej działalności, lub też nasiona innych roślin, szczególnie z rodziny *Apocynaceae*, które wprowadzono jako »nasiona strofantusa«, a glikozydy, z nich uzyskane, pojawiały się w handlu jako »strofantyna«. Badania botaniczne zdołały wykryć zafałszowania i odróżnić fałszywe nasiona, do których należały odmiany *Kickxia*, *Holarrhena*, natomiast trudno było rozróżnić różne odmiany strofantusa od siebie, a zwłaszcza odróżnić nie działające od działających — sprawa, która do dziś dnia nie jest jeszcze całkowicie rozwiązana. Sprawę załatwiono w ten sposób, że przyjęto jako oficyalne nasiona z dwóch tylko odmian strofantusa, mianowicie: *Strophantus hispidus*, pochodzący z części wschodniej podwzrotnikowej Afryki i *Strophantus Kombe* z podwzrotnikowej części Afryki południowo-wschodniej. Nasiona tych dwóch odmian odróżniają się od innych odczynem chemicznym, który na tem polega, że skrawki nasion tych dwóch odmian strofantusa przybierają w kwasie siarkowym zabarwienie silnie zielone.

Dalszą przyczyną, która wywołała zmniejszenie się stosowania strofantusa, była trudność w uzyskiwaniu strofantyny w stanie krystalicznym, a co za tem idzie, brak rękojmi, że uzyskana z nasion różnych gatunków strofantyna jest czysta. Jeżeli zważymy silną jadowitość strofantusa i leków, uzyskanych z jego nasion, to zrozumiemy, że lekarz powinien stosować ten środek nadzwyczaj ostrożnie i znać siłę działania środka, by módz oznaczyć dawkę, jaką ma podać. W tych zaś warunkach, wobec niepewności co do czystości nasion surowych i trudności otrzymania czystej strofantyny, trudno było o oznaczenie dawki czy to nasion, czy nastojów, czy wreszcie strofantyny. Taki przetwór podany jednemu choremu mógł przypadkowo wywołać skutek pożądany przez lekarza, u innego jednak nie sprawiał żadnego skutku, a w innym wreszcie przypadku wywoływał skutki niespodziewane, szkodliwe. Gdy zaś takie przypadki w praktyce rzeczywiście często się zdarzały, nic dziwnego, że tracono wiarę w środek.

Sprawą strofantusa zajmował się w ostatnich siedmiu latach szczegółowo Gilg, a wyniki swych badań, wykonanych w kierunku botanicznym i farmakognostycznym, ogłosił w monografii (E. Gilg, Strophantus — Engler, Monografien afrikanischer Pflanzenfamilien u. Gattungen; Lipsk, 1903) jak również w artykule, umieszczonym w roczniku »Arbeiten aus dem Pharmaceutischen Institut Berlin« 1905. Badania Gilga dowiodły, że anatomiczne rozróżnienie rozmaitych odmian nasion strofantusa jest bardzo trudne, a w wielu przypadkach niemożliwe. To też opisy nasion strofantusa, jakie znajdujemy w piśmiennictwie, są przeważnie błędne i dotyczą innych odmian, a nie tych, za jakie je uważano i opisywano. W tym względzie znajdziemy fałszywe opisy nawet u poważnych autorów: Feista, Payrana, Francheta, Frasera, Holmesa — a nawet w atlasie farmakognostycznym Tschircha i Oesterla, zakradł się błąd w rysunku z powodu nieczystego materyału »*Strophantus Kombe*«, jakim przy wykonywaniu rysunku autorowie rozporządzali. Otoczka nasieniowa z gatunku »*Kombe*« nie zawiera bowiem wcale tworów krystalicznych, jakie w atlasie tych autorów oznaczono. Badania Gilba dowiodły, że znajdujące się w handlu nasiona strofantusa odmiany »*hispidus*«, wcale nim nie są, natomiast pochodzą z rośliny *Strophantus sarmentosus*. Podobnie odmiana *Kombe* w handlu rzadko się znajduje. Gilgowi udało się w końcu wyszukać odmianę strofantusa, którego nasiona łatwo i pewnie można odróżnić i farmakognostycznie rozpoznać. Nasiona te, które opisywano już dawniej, jako »*Strophantus glabre du Gabon*«, pochodzą, jak autor stwierdził, z odmiany *Strophantus gratus*, *Franch.* Odmiana ta rośnie w lasach dziewiczych na wybrzeżach Afryki zachodniej, w pasie między Sierra Leone, aż na południe do Gabus przy ujściu rzeki Kongo. Roślina to pnąca, która jednak nie rośnie gromadnie, lecz pojedynczo — gdzieniegdzie w lesie, wspina się na drzewa wysokie aż do szczytu ich i tu dopiero rozkwita wspaniale i rodzi znamiennie wyglądające owoce, zbierane jeszcze przed zupełnem dojrzeniem, przez miejscową, skarłowaciałą ludność i stanowiące cenny artykuł handlowy z powodu, że nasiona te służą do wytwarzania poszukiwanego jadu, używanego do zatruwania strzał. Owoc ze *Strophantus gratus* należy do typu mieszkowych i składa się z dwóch owocków mieszkowych, przytwierdzonych do szypułki tak, że oba mieszki poziomo odstają. Przy dojrzewaniu łatwo się oddzielają od szypułki, a nadto szwy mieszków pękają z siłą przez całą długość, przyczem rozsypują się wyrzucone z mieszka nasiona. Owoc dochodzi od 20 do 40 cm. długości, a 3—4 cm. grubości. Owoce, w handel wprowadzane, zbierają przed dojrzeniem, a następnie obwiązują silnie łykiem pojedynczo lub po kilka, aby nie pękały.

Poszczególne nasiona opatrzone są puszkowatem skrzydełkiem, które łatwo się odłamuje; kształt posiadają wrzecionowaty, brzeg ostrokanciasty, podstawę szeroką zaokrągloną i szczyt ostro zakończony; długości dochodzą 11—19 mm, szerokości 3—5 mm, grubości 1—1·3 mm. Powierzchnia nasiona jest naga, barwy żywo-żółtej aż do żółtawo-brunatnej. Przekrój nasion, zwilżony kwasem siarkowym, barwi się różowo; barwa ta przechodzi szybko w czerwoną do fioletowej. Nasiona zatem ze *Strophantus gratus* łatwo możemy odróżnić już po zewnętrznych cechach od innych gatunków strofantusa, a mianowicie od afrykańskich odmian po nagości nasion, a od indomalajskich po barwie żółtej lub złocisto-brunatnawej, gdyż tamte posiadają barwę ciemnobrunatną lub czarną.

W końcu cechuje się *Strophantus gratus* także tem, że glikozyd z nasion jego ma postać krystaliczną.

Dociekaniem chemicznych właściwości nasion strofantusa zajmowali się w pierwszej linii Hardy i Gallois, którzy wydzielili z nasion glikozyd silnie trujący — nazwany prze nich strofantyną. Fraser oznaczył skład tego związku i określił wzór $C_{16}\ H_{26}\ 0_8$ lub $C_{20}\ H_{34}\ 0_{10}$. Później wyosobnił Arnaud z nasion *Strophantus glaber de Gabon* glikozyd, identyczny z kwabainą, uzyskaną z drzewa kwabajowego *(Lign. Quabaïo)* z rośliny *Akokanthera abyssinica* (Schimperi). Catillon znalazł obok strofantyny drugie ciało azotowe, nie rozpuszczalne w eterze i wyskoku, które ulegało rozkładowi pod wpływem kwasów. Zbadaniem chemicznego składu nasion strofantusa ostatniemi czasy zajmował się H. Thoms. Zwracając uwagę na strofantynę poszczególnych odmian nasion stwierdził, że strofantyny z nich uzyskane były bezpostaciowe, posiadały odmienne własności chemiczne i różny stopień działania trującego. Wyjątek stanowiły odmiany *Strophantus gratus*, w których autor ten znalazł strofantynę krystaliczną. Strofantyna ta, którą nazwał g—strofantyną Thomsa *(g—Strophant. crystall. Thoms)*, ma wzór $C_{30}\ H_{46}\ 0_{12} + 9\ H_2\ 0$, a postać kryształków lśniących, tabliczkowatych, smaku

gorzkiego, rozpuszczalnych łatwo we wodzie gorącej — w 100 cz. wody zimnej, w 30 cz. wyskoku etylowego lub amylowego, trudno rozpuszczalne w eterze, chloroformie i eterze octowym. Rozczyn wodny skręca płaszczyznę polaryzacyi w lewo (α) D = — 30·8°. Topi się przy 187—188°. Z kwasem siarkowym zgęszczonym barwi się na czerwono, a za dodaniem wody przechodzi barwa rozczynu w zieloną i wydzielają się zielonej barwy kłaczki. Z kwasami rozcieńczonymi ogrzewana, rozkłada się ta strofantyna na strofantidynę i ramnozę. Ze względu na to, że g—strofantyna Thomsa jest związkiem czystym i ściśle określonym, o własnościach chemicznych niezmieniających się, należało się spodziewać, że przetwór ten znajdzie zastosowanie w lecznictwie. Strofantus i przetwory jego zastosował w lecznictwie po raz pierwszy w roku 1885 Fraser, a później L. Brunton, którzy używali nastoju, przyrządzonego z nasion strofantusa (*Kombé i hispidus*) wewnętrznie, a istoty odosobnionej z nasion, »strofantyny«, podskórnie, u chorych na serce. W pierwszych latach strofantus był nadzwyczaj wzięty; powstało bogate piśmiennictwo farmakologiczne i kliniczne, dotyczące stosowania i działania tego środka. Wziętość jednak początkowa ustąpiła rychło obojętności, wywołanej przez to, że zawiodła nadzieja skuteczności, oraz przez niespodziewane, a często spostrzegane wyniki ujemne i działania szkodliwe.

Wszyscy prawie autorowie zgadzali się w tem, że nastój strofantusa wywołuje zwolnienie tętna i zwiększenie skurczu serca już w mniejszych dawkach, niż nastój naparstnicy. Gdy jednak Fraser, Dana i A. Smith, Bowitsch, Rosenbusch, Blumenau, Garnet i Kleinschmidt, Hutchnison i Hill, Quinlan i Loebisch, Rothziegel, Pawiński, Wilcox, Eichorst podnosili dodatnio inne własności lecznicze, jak moczopędne, przeciwgorączkowe i duszność zmniejszające, jakoteż brak działania zbiorowego nastoju strofantusa i zwracali uwagę, że odróżnia się od naparstnicy tem, iż nie działa na naczynia i przewód pokarmowy, a niektórzy twierdzili, że strofantus przewyższa pod każdym względem naparstnicę (n. p. Dutton, Grätz, Pins, Zerner i Löw, Czatáry), to inni znów, jak Hochhans, Fraenkel, Lichtheim, Guttmann, Fürbringer, Kiermann, Demme, Terray, Stahr, nie mogli stwierdzić tych skutków lub też spostrzegali je w małym tylko stopniu, a potwierdzili tylko korzystne działanie na duszność chorych na serce, co zwłaszcza podniósł Hochhaus.

Na innem znów stanowisku stali Haas, A. Mairet, Combemale i Grognier oraz Balfour. Gdy Balfour nie uważał nastoju strofantusa za środek skrzepiający serce, a nawet utrzymywał, że wywołuje on wyczerpanie serca, to Mairet i jego współpracownicy przyznają, że strofantus działa moczopędnie, jak również, że zwiększa ciśnienie krwi i zwalnia tętno, nie zgadzają się natomiast na przypuszczenie, że zjawiska te są skutkiem zadziałania leku na serce. Zdaniem Maireta nie działa strofantyna na mięsień sercowy, ani na ośrodki sercowe, ani też nie działa swoiście trująco na rdzeń przedłużony, natomiast działa jedynie drażniąco, a to szczególnie na nerki. Haas w końcu na podstawie licznych doświadczeń twierdzi, że strofantus trwale obniża zwiększoną czynność serca, przyczem zmniejsza się napięcie naczyń. Niezgodne wyniki wydały nietylko badania kliniczne; niezgodność wyników badań znajdujemy także u autorów teoretyków, fizyologów i farmakologów, w doświadczeniach, wykonanych na zwierzętach, a mianowicie: Frasera, Langgaarda, Paschkisa i Zernera z jednej, Blumenaua, Koberta i Paldrocka z drugiej strony. Gdy pierwsi nie zdołali stwierdzić działania strofantusa na naczynia, to Blumenau, Kobert i Paldrock spostrzegali to działanie, natomiast żaden z autorów nie potwierdził spostrzeżenia Langgaarda, że strofantus działa kojąco na mózg i rdzeń.

Te różnice w wynikach badań doświadczalnych i klinicznych przypisać należy temu, że do badań używano różnorodnych przetworów strofantusa; według Langgaarda dawka śmiertelna nastoju nasion strofantusa wahała się między 0·2 do 1·5 cm. na kilogram zwierzęcia. Nie można się zatem dziwić, że przetwory strofantusa nie mogły się utrzymać, że przekładano nad nie inne środki sercowe i wrócono do pewniejszej naparstnicy. Kobert słusznie w podręcznikach swoich i wykładach podnosił niepewne działanie nastoju strofantusa i twierdził, że jedynie zupełnie czysta strofantyna mogłaby mieć znaczenie lecznicze.

Sprawa strofantusa bierze inny obrót dopiero od czasu, gdy Gilgowi udało się wskazać na odmianę strofantusa t. j. *Strophantus gratus*, którego nasiona można łatwo odróżnić i rozpoznać, a zawierają krystaliczną strofantynę czystą, uzyskaną, jak wyżej wspomniano, przez Thomsa. Ta g—strofantyna Thomsa była przedmiotem obszernych badań. A. Schultz dowiódł doświadczeniami na psach i kotach, że g—strofantyna jest wybitną trucizną sercową; podskórne wstrzyknięcie strofantyny wywołało zatrucie, polegające na porażeniu serca; spadek ciśnienia krwi do zera pojawił się równocześnie z porażeniem prawej komory; czynność serca ustawała zawsze w rozkurczu, oddychanie czas jakiś jeszcze trwało. Zabójcza dawka g—strofantyny przy podskórnem wstrzyknięciu wynosiła u królika na kilogram $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ mg.; natomiast dawka ta przy wewnętrznem zadaniu g—strofantyny jest znacznie większa, gdyż 2 mg. na kilogram ciała, wprowadzone do żołądka psa, nie wywoływały śmierci zwierzęcia. Doświadczenia z g—strofantyną na sercu wyjętem przy pomocy przyrządu Langendorffa wykonali Gottlieb i Magnus, Kakowski i Schedel. Kakowski podaje, że rozczyn g—strofantyny w rozcieńczeniu 1:4 miliony wywoływał z początku zwolnienie, później przyspieszenie, niemiarowość i osłabienie czynności serca aż do ustania czynności w skurczu.

Klinicznie badał g—strofantynę Schedel w licznych przypadkach, z których 12 dokładniej opisał, a mianowicie 2 przypadki niewyrównanych wad zastawek sercowych, 3 przypadki przewlekłego zwyrodnienia mięśnia sercowego bez zmian w zastawkach, 4 przypadki osłabienia serca po przebytych chorobach zakaźnych i 1 przypadek gruźlicy nerek. Na podstawie badań tych podaje Schedel, że strofantynę można podawać w wadach zastawkowych serca, w przypadkach zwyrodnienia mięśnia i w osłabieniach serca, powstałych po przebyciu innych ciężkich chorób. Najkorzystniej działa strofantyna na przyspieszenie czynności serca i na duszność; w drugim rzędzie zwiększa ciśnienie krwi, działa moczopędnie i usuwa obrzęki. Strofantyna zdaniem autora przewyższa naparstnicę tem, że działa szybko, że nie wywołuje następstw niepożądanych nawet po kilkotygodniowem podawaniu, że w końcu działanie zbiorowe leku następuje dopiero po długiem podawaniu, ale objawia się nagle zwolnieniem tętna, przez co daje wcześnie wskazówkę do usunięcia leku. Dawkę najlepiej regulować kroplami, podając z początku 5 kropli 1% rozczynu aż do 10 kropli, co odpowiada 3 razy dziennie po 3·75—7·5 mg.

Hochheim (*Zentralbl. für innere Med.* 1906 Nr. 3) również badał klinicznie g—strofantynę na większej liczbie chorych. Podawał on mieszaninę: *g—Strophantini Thoms 0·03—0·06, Syr. aurant. cort. 20·0. Aq. destill. ad 200·00*—S. 3—6 razy dziennie łyżkę stołową. Chorzy przeważnie znosili ten lek w ogólności dobrze i przez długi czas, aczkolwiek w kilku przypadkach powstał brak apetytu, a w dwóch wymioty. Często natomiast dostawali chorzy w 3—4 dniu po podawaniu strofantyny biegunki, (stolce były wodniste, barwy jasno-brunatnej lub zielonkowatej, niezawierały jednak śluzu, ani krwi), która jednakże ustępowała po usunięciu strofantyny lub też po podaniu makowca. U osób, których przewód pokarmowy był wrażliwy na strofantynę, można było ją jednak w połączeniu z makowcem podawać dalej i to długi czas, nie wywołując biegunki. W każdym razie wynika z tego, że strofantyna bądź co bądź drażni przewod pokarmowy, częstokroć silnie. W końcu wspomina autor o jednym chorym u którego strofantyna wywołała jako objaw uboczny ból głowy, odurzenie i pewne oszołomienie tak, że chory (nauczyciel) nie mógł w szkole liczyć; objawy te ustąpiły po usunięciu leku. Przypadek ten wskazywałby na to, że strofantyna może działać także odurzająco na mózg, o czem już w roku 1887 wspominał Langaard, a czego inni autorowie nie zdołali wtedy stwierdzić. Lecznicze wyniki, jakie uzyskał Hochheim, były poczęści dobre; opisuje on dwa przypadki niedomykalności zastawek tętnicy głównej i cztery przypadki ciężkich zaburzeń wyrównania, w których strofantyna działała skutecznie. Przypadki te dowiodły, że samą strofantyną można usunąć zaburzenia wyrównania, a w przypadkach niedomykalności zastawek tętnicy głównej wynik leczniczy był nawet lepszy, aniżeli przy poprzedniem podawaniu naparstnicy. Strofantyna, jak te przypadki pouczają, zwalnia i ujednostajnia czynność serca, a nadto działa silnie moczopędnie; natomiast nie zawsze stwierdzano zwiększenie ciśnienia krwi. Hochheim podawał także strofantynę w przypadkach osłabienia serca w przebiegu chorób ostrych, przyczem u dorosłych nie stwierdził zbyt dobrych skutków, natomiast u dzieci skutek był dodatni. Dzieciom od 2—3 lat podawał 2 mg. wśród dnia, a starszym (10 lat) do 0·01 gm. na dzień. Tętno mniej więcej w 12 godz. po pierwszej dawce stawało się pełniejsze. Hochheim stosował strofantynę w przebiegu ciężkiej płonicy i w kilku

przypadkach zapalenia płuc, a Voeckler w przypadkach błonicy. Hochheim opisuje także przypadek zatrucia wskutek za wielkiej dawki, a mianowicie 0·075 gm. strofantyny na dzień. Zatrucie objawiało się biegunką z domieszką krwi i śluzu, nudnościami, uczuciem niepokoju, bolem głowy i bolami ciągnącymi w karku. Objawy te po usunięciu strofantyny i podaniu makowca ustąpiły.

Na podstawie swych spostrzeżeń radzi Hochheim podawać g—strofantynę Thomsa wewnętrznie w dawce pojedynczej 0·005 gm., a na dzień co najwyżej 0·03 gm., a nadto zauważa, że korzystniej jest rozpocząć leczenie od mniejszych dawek. Działanie g—strofantyny Thomsa jest bezsprzecznie pewniejsze i lepsze od innych strofantyn i od nastoju strofantusa, jednakowoż Hochheim zastrzega się, że nie uważa strofantusa za środek lepszy od przetworów naparstnicy. Wprawdzie w opisanych przypadkach g—strofantyna działała bardzo dobrze, ale były to przypadki umyślnie wybrane, a nie brak było i takich, w których g—strofantyna zawodziła i trzeba się było uciekać do naparstnicy, która wtedy działała skutecznie. Coprawda, były i takie przypadki, w których także naparstnica w postaci digitaliny, digitoksyny, naparu liści lub digalenu, podobnie jak i g—strofantyna, nie wywarła skutku. Hochheim badał także działanie g—strofantyny, podanej podskórnie, i stwierdził, że działa ona wtedy znacznie silniej, aniżeli przy podawaniu wewnętrznem. Króliki n. p. znosiły przy zadawaniu wewnętrznem 100 razy większą dawkę g—strofantyny, niż przy wstrzykiwaniu podskórnem. U ludzi działa już 0·9—1·0 mg. g—strofantyny, wstrzyknięte podskórnie, tak trująco, że trzeba ją było stosować w znacznie mniejszych dawkach. Wobec tego, że g—strofantyna Thomsa, wstrzyknięta podskórnie, działa znacznie silniej trująco, aniżeli podana wewnętrznie, i że próby kliniczne przy wstrzykiwaniach podskórnych strofantyny dały ujemne wyniki, sądzi Hochheim, że g—strofantyna nie nadaje się do wstrzykiwań podskórnych. Podskórne wstrzyknięcie g—strofantyny drażni miejscowo i wywołuje nieprzyjemne objawy uboczne, szczególnie wymioty, ból głowy, a więc objawy, nie stojące w żadnym stosunku do działania leczniczego, które przy tym sposobie podawania jest bardzo małe; nadto może g—strofantyna Thomsa, stosowana podskórnie nawet w małych dawkach, zadziałać także zbiorowo.

Wogóle z badań, dotyczących strofantusa, nasion jego, strofantyny, a w szczególności dotyczących g—strofantyny Thomsa, wysnuć można następujące wnioski:

1) Odmiany strofantusa są bardzo liczne, a nasiona ich różnią się od siebie odmiennem działaniem farmakodynamicznem. Odróżnienie poszczególnych odmian nasion jest bardzo trudne. Na szczególniejszą uwagę zasługuje *Strophantus gratus*, którego nasiona łatwo można rozpoznać i odróżnić.

2) Strofantyny, uzyskane z różnych odmian strofantusa, działają bardzo nierównomiernie; to samo można powiedzieć o nastoju wyskokowym z nasiona strofantusa (*Tinct. strophanti*). Jedyną dotychczas znaną, czystą i krystaliczną strofantyną jest przetwór, uzyskany przez Thomsa z nasion odmiany *Strophantus gratus*, znany w handlu pod nazwą *g—Strophantinum crystallisatum Thoms.*

3) G—strofantyna Thomsa jest podobnie, jak przetwory naparstnicy, trucizną sercową, a może być podawana w celach leczniczych w tych samych przypadkach, co naparstnica. W cięższych zaburzeniach wyrównania nie zastąpi jednak g—strofantyna naparstnicy, do której w takich przypadkach, jako do pewniejszej, uciekać się musimy. W przypadkach lżejszych działa g—strofantyna lepiej, aniżeli naparstnica. Zaletą g—strofantyny jest, że przy podawaniu wewnętrznem nie działa zbiorowo, czem przewyższa naparstnicę. Można g—strofantynę podawać długi czas, tygodniami, bez obawy ujemnych objawów ubocznych, a jedyny objaw uboczny, jaki dotychczas znamy, t. j. biegunkę, łatwo usunąć przez podanie makowca, a w razie skłonności do biegunki przez podawanie odrazu strofantyny w połączeniu z makowcem. Ujemną stroną g—strofantyny jest to, że nie nadaje się do wstrzykiwań podskórnych i śródżylnych. Jako najodpowiedniejszą dawkę dla g—strofantyny zalecają 0·003—0·007 gm. *pro dosi*, zaś 0·030 gm. *pro die* dla dorosłych, z zastrzeżeniem, że te dawki podaje się wewnętrznie.

G—strofantyna działa tak samo, jak kwabaina Arnauda (*Quabaïnum Arnaud*) z *Lign. Quabaïo.*

Przyczynek do anatomii patologicznej raków sterczu.

Sprawozdanie tymczasowe, przedłożone paryskiej Akademii umiejętności (*Académie des sciences*) 5 lutego 1906.

Podali

Dr. B. Motz i Dr. F. Majewski.

Nowotwory nabłonkowe gruczołu krokowego składają się albo z ognisk litych (*carcinoma alveolare*), albo z ognisk mniej lub więcej litych, lecz którym towarzyszy lub które poprzedza nowotworzenie się pęcherzyków gruczołowych. Nowowytworzone pęcherzyki gruczołowe są zazwyczaj znacznie mniejsze, niż prawidłowe pęcherzyki gruczołowe sterczu. Liczba ich w pewnych przypadkach jest bardzo ograniczona (*adenocarcinoma*); w innych przypadkach jest znaczna (*adenoepithelioma* Albarrana i Hallego). Te dwie ostatnie odmiany stanowią znaczną większość nowotworów nabłonkowych gruczołu krokowego.

W przypadkach raka zwykłego (*carcinoma alveolare*) i raka gruczołowatego (*adenocarcinoma*) podścielisko mięsno-łącznotkankowe sterczu ulega zazwyczaj przemianie włóknistej. W przypadkach gruczolaka (*adenoepithelioma*) ta przemiana włóknista nie następuje lub rozwija się bardzo powoli. Jak rozpoznanie kliniczne typowego raka sterczu jest możliwe dzięki przemianie włóknistej podścieliska gruczołu, tak znów utrzymywanie się prawidłowej zbitości sterczu udaremnia rozpoznanie kliniczne znacznej części innych nowotworów tego narządu.

Szerzenie się nowotworów sterczu na gruczoły chłonne jest prawie stałem zjawiskiem. Nasze w tym względzie badania dały wynik dodatni w 25 przypadkach na 26 przypadków raka sterczu, rozpoznanych klinicznie na oddziale naszego szefa, prof. Guyona.

Naciek rakowy pęcherzyków nasiennych stwierdzono w 20 przypadkach. Jest on często znacznie wyraźniejszy po stronie lewej, niż po prawej.

Otrzewna była zajęta nowotworem w 3 przypadkach.

Odbytnica, często w przypadkach raka sterczu, przechodzącego na tkanki miednicy, otoczona masami nowotworowemi, sama zazwyczaj pozostaje nienaruszona.

Szerzenie się nowotworu na kręgi i kości łonowe zdarza się nierzadko.

Na pęcherz szerzy się nowotwór często. Stwierdziliśmy to 20 razy wśród 26 przypadków raka sterczu, rozpoznanych klinicznie. Naciek nowotworowy pęcherza powstaje albo w postaci utajonej, wykrywalnej tylko drobnowidowo, albo w postaci dostrzegalnej gołem okiem. Jeżeli nowotwór rozwinął się w pęcherzu niezbyt znacznie, to może mieć postać bądź to małych guzków, mniej lub więcej owrzodziałych, rozsianych na trójkącie (Lieutauda), bądź postać grubych wzniesień, wypuklających pokrywającą je błonę śluzową, bądź postać małych guzów, usadowionych mniej lub więcej na szerokiej podstawie. W innych przypadkach nowotwór szerzy się szeroko i wywołuje rozległe owrzodzenie ścian pęcherza.

Szerzenie się nowotworu na cewkę moczową stwierdzono w 7 przypadkach: dwa razy były to tylko drobne wyrośle nowotworowe, cztery razy w tylnej częś́ć cewki były głębokie owrzodzenia, a raz była ona zupełnie zniszczona. Ciała jamiste były zajęte nowotworem w 3 przypadkach.

U 5 chorych znaleziono przerzuty: 3 razy w wątrobie, 2 razy na opłucnej i w płucach, raz w nerce i raz w kości udowej.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Max Gruber i Kenzo Futaki. **Sprawność surowicy a fagocytoza.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1906, Nr. 6). Fagocytoza jest, jak to z doświadczeń autorów wynika, zjawiskiem wtórnem; leukocyty bywają bowiem niejako zniewalane do pożerania bakteryi przez substancyę, zawartą w surowicy krwi, która w walce z zakażeniem ma główne znaczenie. Czy substancya ta, t. zw. opsoniny, jest identyczną z t. zw. aleksynami, rozstrzygnąć na razie autorowie nie mogą. Równe ilości bakteryi (durowych) poddawali autorowie działaniu leukocytów, zawartych raz w płynie obojętnym, potem w surowicy prawidłowej, wreszcie w surowicy zwierzęcia uodpornionego; w pierwszym razie była fagocytoza najmniejsza, w ostatnim największa. Zależy też wiele od gatunku danych bakteryi. Chociaż fagocytoza kończy się

z reguły zniszczeniem pochłoniętej bakteryi, to jednak może być i inaczej i tak rosną n. p. bakterye wąglika we wnętrzu ciałka białego lepiej nawet, niż w surowicy krwi. (Analogia ze zjawiskiem aglutynacyi, które również nie zależy od życia bakteryi).

Dr. M. Godlewski.

Schridde. **Studya nad krwinkami białemi ludzkiej krwi.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 4, 1906). Autor przemawia za badaniem szpiku kostnego, śledziony i gruczołów w skrawkach. Jak wiadomo, w szpiku ciętym na skrawki nie udaje się zabarwić dobrze ziaren komórkowych, dlatego polecano badać szpik roztarty między szkiełkami podobnie, jak krew. Autor twierdzi, że barwiąc skrawki jego metodą (asur II-eozyna-aceton) można bardzo łatwo uwidocznić ziarna komórkowe, a na zasadzie swych badań dochodzi do następujących wniosków: W życiu pozapłodowem stanowią limfocyty i leukocyty najzupełniej odrębne rasy komórkowe (*Zellrassen*): limfocyty powstają w t. zw. środkach rozrodczych (*Keimcentra*) z limfoblastów — nazwa, wprowadzona przez autora, a leukocyty w szpiku z myeloblastów (Naegeli). Tylko wśród wyjątkowych okoliczności może okołonaczyniowa tkanka w innych narządach wytwarzać te komórki. Zarówno leukocyty, jak i limfocyty posiadają zdolność czynnego poruszania się i przechodzenia do obiegu krwi. *Stahr.*

Langlois. **Unerwienie pęcherzyka żółciowego.** (*Presse méd.*, Nr. 11, 1906). Autor streszcza wyniki dotychczasowych badań nad unerwieniem pęcherzyka żółciowego. Odcięty od nerwów kurczy się pęcherzyk żółciowy rytmicznie, przy zwiększeniu parcia wewnętrznego co 40 sekund. Podrażniony prądem elektrycznym kurczy się wolno. Doyon uważa za jedyny nerw ruchowy pęcherzyka żółciowego nerw trzewny (*n. splanchnicus*). Pęcherzyk żółciowy bowiem jest zaopatrzony gałązkami nerwu błędnego i gałązkami głównego pnia nerwu współczulnego. Według Freerego nerw trzewny zawiera obok gałązek ruchowych także gałązki, hamujące kurczenie się pęcherzyka. Natomiast Baindridge i Dale twierdzą, że drażnienie n. trzewnego wywołuje obniżenie parcia śródpęcherzykowego, gałązek zaś ruchowych posiada ten nerw bardzo mało. Co do nerwu błędnego, to Doyon odmawia mu wszelkiego wpływu na kurczenie się pęcherzyka żółciowego, Courtada i Guyon uważają go za nerw ruchowy pęcherzyka, lecz skurcze wywołane drażnieniem nerwu błędnego są gwałtowniejsze, nerw trzewny wywołuje wolne skurcze. Jest to zresztą ogólną cechą, odróżniającą działanie tych nerwów, że nerwy współczulne wywołują skurcze wolne, nerwy rdzeniowe skurcze silne. Baindridge i Dale wreszcie przypisują nerwowi błędnemu podobne hypertoniczne działanie, jak poprzedni autorowie.

Mostowski.

Bärmann i Halberstaedter. **Doświadczalna gruźlica skóry u małp.** (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 7, 1906). Wyciągami z narządów padłego na gruźlicę orangutana zaszczepili autorzy 24 makaków już to podskórnie, już też śródżylnie lub śródotrzewnie. Zwierzęta śródżylnie i śródotrzewnie szczepione padły na gruźlicę narządów wewnętrznych do miesiąca, z 21 podskórnie szczepionych u 9 powstała gruźlica w miejscu wstrzyknięcia. Dodatnie wyniki były po wstrzyknięciu wyciągów z wątroby i śledziony, mniej pewne ze szpiku kostnego i gruczołów chłonnych pachwinowych, ujemne z jądra i nadnercza. Gruźlicą skóry lub też narządów tych 9 małp szczepili autorowie następnie 54 zwierząt w skórę lub śródotrzewnie. W 3—5 tygodni rozwijała się typowa gruźlica skóry u zwierząt, którym materyał zakaźny wcierano w skórę. Gruźlicę stwierdzono mikroskopowo, zapomocą tuberkuliny i przez dalsze przeszczepianie na inne małpy w skórę lub też śródotrzewnie. U zwierząt szczepionych spostrzegano podniesienie się ciepłoty rano 38 do 39, wieczór 39—40·5° C. Następnie podają autorowie wyniki stosowania starej tuberkuliny (A. T.). Rzadko kiedy następowało wybitne podniesienie się ciepłoty ciała po wstrzyknięciu A. T. Na miejscowe zmiany gruźlicze w skórze wywierały wstrzykiwania A. T. z początku wpływ dodatni, sprawa jednak ogólna nie dała się wstrzymać. U zwierząt, które przed szczepieniem leczone były tuberkuliną, sprawa gruźlicza tak miejscowa, jak i ogólna w całej pełni się rozwinęła. Zwierzęta, dotknięte gruźlicą skóry, padły następnie z powodu gruźlicy narządów wewnętrznych, szczególnie śledziony i wątroby, rzadziej rozwijały się zmiany gruźlicze w płucach. Autorzy zapowiadają dalsze doświadczenia ze starą i nową tuberkuliną i hodowlami prątków gruźliczych rozmaitego pochodzenia. *E.*

MEDYCYNA WEWNĘTZNA. A. Erlenmayer. **Podniesienie ciśnienia tętniczego w miażdżycy tętnic i jego leczenie.** (*Deuts. med. Woch.*, 1906, Nr. 7). Krehl uważał podniesienie ciśnienia tętniczego z jednej strony za objaw towarzyszący i następowy miażdżycy, z drugiej strony za objaw wyrównawczy lub rodzaj samopomocy ustroju w zwalczaniu przyczyny miażdżycy i z tego powodu przestrzegał przed leczniczem obniżaniem tego, celowo przez ustrój podniesionego ciśnienia. Autor z tem się nie zgadza i wskazuje na trudność pogodzenia tych zdań w każdym poszczególnym przypadku ze względu na wynikające z tego postępowanie lecznicze. Autor już dawniej podniósł znaczenie wzrostu ciśnienia krwi jako czynnika, przeszkadzającego zamknięciu się najmniejszych zmienionych miażdżycowo tętniczek, a stosownie do tego zalecał w rozpoczynającej się miażdżycy stosowanie kąpieli solankowych z kwasem węglowym, a w rozwiniętej miażdżycy przy już wynikłem podniesieniu ciśnienia i przeroście lewej komory polecał małe upusty krwi, aby obniżyć ciśnienie tętnicze i usunąć niebezpieczeństwo pęknięcia naczyń, któreby mogło grozić tem pewniej, gdyby postępowanie lecznicze uwzględniało zapatrywanie Krehla. Zresztą i w znanych dobrych wynikach jodku potasu widzi autor poparcie swych wywodów; działanie jodku potasu polega bowiem nie na rozszerzeniu małych naczyń i stąd płynącem obniżeniu ciśnienia krwi, lecz na zmniejszeniu lepkości krwi (O. Müller i Inada) i skutkiem tego szybszym obiegu krwi, a z niem i obniżeniu ciśnienia tętniczego, której to własności jodku potasu Krehl nie uwzględnił. W końcu podaje autor następujące wnioski: 1) Podniesienie ciśnienia tętniczego w miażdżycy tętnic może mieć znaczenie samopomocy ustroju w walce z miażdżycą. 2) W przypadkach miażdżycy bez podniesienia ciśnienia należy dążyć do jego podniesienia przez solankowe kąpiele z kwasem węglowym. 3) W przypadkach miażdżycy ze średniem podniesieniem ciśnienia wskazane jest podanie jodku potasu dla zmniejszenia lepkości krwi. 4) W przypadkach miażdżycy z wielkiem podniesieniem ciśnienia tętniczego wskazane są niewielkie, co pewien czas powtarzane upusty krwi, aby uchylić niebezpieczeństwo pęknięcia naczyń, i podawanie jodku potasu.

Maciąg.

Veiel. **O wpływie wrażeń psychicznych na zaburzenia w czynności serca.** (*Münch. med. Woch.*, 1906, Nr. 7). Nawiązując do wywodów Müllera (*Münch. med. W.*, 1906, Nr. 1), który niekorzystny wpływ przykrych wrażeń na serce tłómaczy kurczem naczyń wieńcowych serca, powstałym przez pobudzenie środka naczynioruchowego, przytacza autor własne spostrzeżenie, zdające się potwierdzać to przypuszczenie. Chory, u którego naczynioruchowa pobudliwość jest wzmożona, doznaje pod wpływem każdego przykrego wrażenia bólu i ucisku w okolicy serca. Radość wywołuje u niego w tej samej okolicy uczucie przyjemne.

Dr. M. Godlewski.

Prof. Schüller. **O pasorzytach we krwi chorego na żółtą gorączkę.** (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 7, 1906). Autor w jednym przypadku żółtej gorączki znalazł w preparatach barwionych krwi pasorzyta, należącego do pierwotniaków, spostrzegając go we wszystkich okresach rozwoju w krwinkach czerwonych i białych, jakoteż i między krwinkami. Pasorzyt ten wywołuje znaczny rozpad ciałek krwi, co zgadza się z objawami gorączki żółtej. *E.*

R. Koch. **O afrykańskim durze powrotnym.** (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 7, 1906). Przyczyną duru powrotnego w Afryce wschodniej jest drobnoustrój, podobny zupełnie do krętka Obermeiera. Drobnoustrój ten dostaje się przez pasorzyta, należącego do gatunku pajęczaków, tak zw. *Ornithodorus moubata*, do krwi człowieka. Pasorzyt ten żyje w Afryce wschodniej w ziemi suchej, w chatach tubylców, nocą zaś wyłazi na powierzchnię i wbiwszy się w skórę ludzi, wysysa krew. Że zakażenie tą drogą się szerzy, stwierdził Koch doświadczeniami na małpach. Przebieg choroby w Afryce tem tylko się różni od duru powrotnego u nas, że napady są krótsze (1—3 dni), a przerwy dłuższe. Leczenia swoistego na tę chorobę nie mamy, chinina zupełnie nie działa; tem więc ważniejsze jest zapobieganie (należy mieszkać w pewnem oddaleniu (20—30 metrów) od chat tubylców). Miejscowa ludność przechodzi dur powrotny w dzieciństwie i nabywa odporności; europejczycy chorują często, jeżeli nie zachowują ostrożności. *E.*

M. Eiger. **O zastosowaniu praktycznem ilościowej metody Pavyego do oznaczania cukru w moczu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 7). Autor poleca metodę Sahli-Pavyego jako pewną i doskonale nadającą się do celów praktyki lekarskiej. Roczyny do tego potrzebne są dwa: Roczyn I. *Cupri sulphurici crystal. puri* 4,158. *Aquae dest.* ad 500,0. Roczyn II. *Salis Seignetti* 20,4. *Kali caustici puri* 25,0. *Ammonii caust.* (*c. g.* 0,88) 300,0. *Aquae destill.* ad 500,0. Z przyrządów potrzebne są: 2 pipety 5 cm.³ (jedna do moczu, druga do roczynu I), cylinder mały 5 cm.³ do roczynu II, biureta, dwie kolby Erlenmayerowskie o pojemności 75—100 cm. i wązki cylinder 100—200 cm.³, podzielony na pojedyncze cm.³.

Wykonanie: Do obu kolb wlewa się po 5 cm.³ roczynu I pipetą i po 5 cm.³ roczynu II małym cylindrem odmierzając i roz-

cieńcza się obie porcye (po 10 cm.^{2} płynu Pavyego) 30 cm. sześciennymi wody. Płyny w kolbach ogrzewa się do wrzenia, a równocześnie rozcieńcza się 5 cm^3 moczu wodą do 50 cm.^{3} w cylindrze miarowym, i napełnia biuretę, z której kroplami dodaje się roztczynu moczu do jednej kolby z płynem Pavyego aż do odbarwienia się płynu. To pierwsze próbne oznaczenie wskaże nam, jak mamy rozcieńczyć mocz według tabeli autora: Gdy zużyto 1 cm.^{3} roztczynu moczu z biurety, należy rozcieńczyć mocz 100 razy, gdy 1—1,5 cm.^{3}—50 razy, gdy 1,5—2,5 cm.^{3} 40 razy, gdy 2,5—5 cm.^{3} 20 razy, gdy 5—10 cm.^{3} 10 razy, gdy ponad 10 cm.^{3} 5 razy. Napełnia się więc drugi raz biuretę odpowiednio rozcieńczonym moczem i dodaje z niej kroplami do drugiej kolby wrzącego płynu Pavyego aż do zupełnego odbarwienia. Drugie dokładne rozcieńczenie moczu ważne jest ze względu na ścisłość wyników, możliwą tylko w 0,5—1‰ rozczynie cukru. Następnie z ilości użytych cm.^{3} rozczynu moczu oblicza się odsetek cukru, biorąc za podstawę, że 10 cm.^{3} płynu Pavyego redukuje 0,005 cukru gronowego: np. 8 cm. zużyto, a mocz rozcieńczono 20 razy, to odsetek cukru wynosić będzie $\frac{0,005.100.20}{8} = \frac{5,2}{8} = 1,25$ prc. *Maciąg.*

A. Schütze. **Ostre wstępujące porażenie Landryego po durze brzusznym z wyleczeniem.** (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906, Nr. 7). Przypadek ten, którego główne szczegóły zawiera już tytuł, o tyle jest ważny, że zakończył się pomyślnie i że przez stwierdzenie prątków Eberth-Gaffkyego dokładnie stwierdzono etyologię pierwotnej choroby. *E.*

A. Tissauer. **Natrysk z pary jako środek wykrztuśny.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 7). Autor stosował natrysk z pary w kilkudziesięciu przypadkach chorób piersiowych, w których nie było wykrztuszania, lub też było ono utrudnione; doszedłszy do zadowalniających wyników, poleca stosowanie tego leczenia, dzielnie mającego wspomagać przyczynowe, w gruźliczych nieżytach szczytów, gruźlicy rozpadowej płuc, przewlekłych nieżytach oskrzeli, rozedmie i rozszerzeniu oskrzelików, w następujący sposób: Natryski z pary o ciepł. 42° do 52° C. (zależnie od wrażliwości chorego) na górną połowę ciała z przodu i z tyłu, trwające 15 sekund, a następnie natrysk z wody zimnej o ciepł. 15—20° C. przez 3—5 sekund, osuszenie i wytarcie skóry. Przy codziennem stosowaniu tego zabiegu wykrztuszanie następowało tam, gdzie go wcale nie było, albo zwiększało się, gdy było skąpe, zaraz lub w bardzo krótkim czasie po zabiegu, a inne objawy, jak brak tchu i duszność u gruźliczych, bole międzyłopatkowe — ustępowały lub łagodniały. Zwiększonego pocenia się i przekrwienia autor nie spostrzegał, liczba tętna w przeważnej części przypadków po zabiegu przemijająco zwiększała się. U chorych z wadami serca autor nie stosował natrysków. *Maciąg.*

K. Zaleski. **Przypadek obecności wiciowców w wypróżnieniach ludzkich.** (*Medycyna*, Nr. 6, 1906). U kobiety, cierpiącej od 5 miesięcy na biegunkę (12 stolców na dobę bez domieszki krwi), której makowiec nie usuwał, oraz na nieżyt pęcherza i pochwy, stwierdził autor w stolcach, w pęcherzu i pochwie wiciowce, które w tym przypadku uważa za przyczynę choroby. Po zastosowaniu po 0 5 chininy 2 razy dziennie, lewatyw z 1% rozczynu chininy i przestrzykiwań pochwy i pęcherza moczowego kwasem borowym chora wkrótce zupełnie wyzdrowiała. *E.*

J. Vogel. **O podziale zapalenia nerek** (*Morbus Brighti*). (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 7. 1906). Autor uważa za najlepszy podział Senatora. Według niego rozróżnić należy trzy postacie zapalenia nerek: a) zapalenie ostre, b) zapalenie przewlekłe miąższowe bez stwardnienia i c) zapalenie przewlekłe ze stwardnieniem. Zapalenie ostre dzieli jeszcze autor na: zapalenie ostre miąższowe i rozlane, przyczem zawsze trzeba mieć na względzie, że nie istnieją postacie czyste, lecz że tylko pewne zmiany nad drugiemi przeważają. Trzecią postać zapalenia nerek podzielić można na: 1) marskość nerki następową; 2) zapalenie przewlekłe śródmiąższowe i 3) miażdżycową marskość nerki. Podział zapalenia nerek na podstawie etyologicznej lub ściśle anatomo-patologicznej należy zarzucić. *E.*

Ferry-Mandoul. **Bacillus fluorescens liquefaciens w chorobach oskrzeli i narządu oddechowego.** (*Presse méd.*, Nr. 12, 1906). Autorowie znaleźli w plwocinie wielu chorych na dur brzuszny i grypę *bac fluor. liquef* Stwierdzenie przeto w plwocinie chorych na dur brzuszny prątków, odbarwiających się sposobem Grama, nie dowodzi, że to są prątki Ebertha, może to być bowiem *bac. fluor. liquef.*, który, choć zwykle niewinny, w pewnych warunkach może wywoływać nieżyt dróg oddechowych. Wiele cierpień narządu oddechowego, obejmowanych nazwą grypy, ma być według autorów wynikiem działania tego właśnie drobnoustroju. *Mostowski.*

Gilbert i Villaret. **Bolesność wątroby u astmatyków.** (*Presse méd.*, Nr. 11, 1906). Jako bardzo częsty objaw, towarzyszący dychawicy oskrzelowej, stwierdzili autorowie bardzo wielką bolesność wątroby podczas napadów i między napadami dychawicy Uważają oni ten objaw, któremu nie towarzyszą ani powiększenie wątroby, ani żadne wyraźne przypady w narządzie krążenia lub oddychania, za skutek zmienionych warunków krążenia. Jest to jednak według autorów objaw preasystoliczny, a nie asystoliczny, dowodzący, że na pierwsze nieuchwytne jeszcze zmiany krążenia wątroba oddziaływa bolesnością. Przy następowych poważniejszych zmianach w krążeniu, które łączą się ze zmianą anatomiczną w wątrobie, bolesności niemożna zauważyć. *Mostowski.*

Bickel. **Badania doświadczalne co do wpływu wód mineralnych na czynność wydzielniczą żołądka.** (*Berl. klin. Wschft.* Nr. 2, 1906). Autor wykonał doświadczenia na psach z przetoką w dnie sztucznie wytworzonego małego żołądka. Zwierzęta wypijały pewną ilość wody mineralnej, która działała na duży żołądek, nie dostając się do małego żołądka; w pół godziny potem podawano im mleko, przyczem równocześnie odruchowo z przetoki małego żołądka wydzielał się sok żołądkowy i ten sok badano. Działając przed podaniem pokarmu wodą przekroploną lub różnemi wodami mineralnemi na błonę śluzową wielkiego żołądka, można było zauważyć wywołane przez działanie wody zmiany ilościowe i jakościowe wydzieliny małego żołądka. Drugi szereg doświadczeń dotyczył psów, u których obok przetoki żołądkowej utworzono przetokę przełykową. Przez tę przetokę wlewano badaną wodę do żołądka, po 15 minutach ją wypuszczano, żołądek wysuszano wacikami, poczem przez jamę ustną podawano pokarm, który zwierzę połykało. Pokarm wydostawał się na zewnątrz przez przetokę przełykową, z przetoki zaś żołądkowej otrzymywano wszystek sok żołądkowy, przy tem pozornem karmieniu odruchowo się wydzielający i w ten sposób można było stwierdzić zmiany w ilości i składzie soku żołądkowego, znamienne dla działania różnych wód mineralnych. W ten sam sposób badał autor działanie wód mineralnych na żołądek ludzki u dziewczyny z przetoką żołądkową i przełykową, podobnie jak u właśnie opisanych psów. W tych niezmiernie czysto dających się wykonać doświadczeniach powiodło się autorowi stwierdzić, że 1) szczawy zwykłe (Apollinaris, Harzer Sauerbrunnen, Giesshübel), 2) wody słone (Kissingen Rakoczy, Wiesbaden-Kochbrunnen, Hauptstollenquelle w Baden-Baden) i 3) wody alkaliczno-ziemne (emska i selterska) działają podniecająco na żołądek, t. j. zwiększają ilość soku i ilość wydzielanego kwasu solnego, one zatem, a szczególnie wody słone (Kissingen) są wskazane przy obniżeniu kwaśności na tle organicznem, np. w nieżycie żołądka, gdy dawniej sądzono, że podawanie wód słonych hamuje czynność wydzielniczą żołądka: 4) wody alkaliczno-solne (Karlsbad, Marienbad, Francensbad, Taresp) niezwiększają wcale czynności wydzielniczej, a 5) wody czysto alkaliczne (Vichy, Fachingen, Bilińska, Neuenahr) działają wyraźnie hamująco. Podobnie działają wody gorzkie (Hunyady-Janos); tu wprawdzie ilość kwasu solnego i innych działających składników się zmniejsza, ale często zwiększa się ilość wody, nagromadzającej się w żołądku, co jest, jak wiadomo, dla soli magnezyowych znamienne. Zatem przy nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego na tle organicznem wskazane są wody alkaliczno-solne i czysto alkaliczne, nietylko dla swego działania zobojętniającego, ale głównie dla tego, że działają hamująco na wydzielanie się soku żołądkowego. *Mostowski.*

J. Lewiński. **O zakryciu cukru gronowego i glukozaminu przez inne ciała, obecne w rozczynie.** (*Berl. klin Wochs.* Nr. 5, 1906). Znaną jest rzeczą, że wszystkie dotychczasowe próby na cukier w rozczynach ciał białkowatych nie są ścisłe, że jakkolwiek próba wypadnie ujemnie, zawsze powstaje wątpliwość czy znaczniejsze ilości cukru przez te ciała, obecne w rozczynie nie zostały zakryte i przez to nie dały się zapomocą istniejących prób wykryć. Autor przedsięwziął szereg prób na cukier w rozczynach peptonu, wyciągu mięsnego i z narządów gruczołowych i strącając pepton i wyciąg mięsny alkoholem lub kwasem fosforowolframowym uzyskał zadowalniający wynik. Postępuje on w ten sposób: Przy wyciągach z wątroby, śledziony i nerek strąca płyn, zawierający cukier, octanem ołowiowym zasadowym, alkalizuje silnie amoniakiem, po godzinie przesącza osad, wymywa wodą, miesza go z wodą i przepuszcza przezeń w nadmiarze siarkowodór. Następnie przesącza i odparowuje do $^1/_5$ pierwotnej objętości. W ten sposób może wykazać w rozczynie jeszcze 0,02 prc. cukru. *E.*

S. Serkowski. **O wskaźnikach moczu.** (*Nowiny lek.* 1906, Nr. 1). Oznaczenie bezwzględnych ilości prawidłowych składników moczu ma w praktyce mniejsze znaczenie, aniżeli określenie wzajemnego stosunku stałych składników do siebie, czyli oznaczenie t. zw. wskaźników moczu, które dają jaśniejszy obraz typu da-

nego moczu i pogląd na czynności lub rozpad pewnych tkanek i narządów badanego ustroju. Autor zestawia te wskaźniki z 5652 rozbiorów moczu, wykonanych w pracowni własnej w Łodzi. Wskaźnik osmotyczny Poehla wyraża się stosunkiem ciśnienia osmotycznego do ilości części stałych w odsetkach. Wskaźnik osmotyczny krwi = 23,96, moczu = około 40,0; różnica 16,04 wyrażać ma pracę nerek. W większości przypadków niedomogi nerkowej mamy do czynienia z nieznaczną hyperosmozą krwi i znaczną hypostenurią osadu. Co do stosunku eterosiarczanów do indykanu, utarty pogląd, że wahania eterosiarczanów i indykanu idą równolegle, sprawdza się według autora tylko w 28 prc. przypadków, natomiast w 72 prc. przypadków eterosiarczany bywają niezwiększone przy zwiększonym indykanie. Przy określeniu indykanu należy zwracać uwagę na stosunek do ciężaru właściwego, bo przy nizkim ciężarze właściwym odczyn Jaffego wybitniej świadczy o indykanuryi, niż przy wysokim. Zwiększenie indykanu znajdował autor częściej (w 63 prc. przypadków) bez oksaluryi, niż przy towarzyszącej oksaluryi (37 prc.). Co do wskaźnika Poehla, wyrażającego stosunek fosforanów ogólnych do fosforanów kwaśnych i będącego miarą stopnia zasadowości krwi, to był on w 68 prc. przypadków zwiększony, w 26·2 prc. zmniejszony, w 5·7 prc. prawidłowy. Wskaźnik stosunku azotu do fosforanów (prawidłowo $\frac{100}{17-20}$), którego zwiększenie według Zuelzera wskazuje na rozpad tkanki nerwowej, wypadał w pracowni Serkowskiego w 64 prc. przypadkach zmniejszony, w 20 prc. zwiększony, a w 16 prc. prawidłowy. Wskaźnik Zernera stosunku kwasu moczowego do fosforanów kwaśnych, dający obraz prawidłowości wydalania kwasu moczowego, był w 80 prc. przypadków zwiększony, w 17 prc. prawidłowy, a w 3 prc. zmniejszony. Stosunek azotu do siarczanów, zmieniający się w cierpieniach nerwowych, cukrzycy i raku, był w 58 prc. przypadków zmniejszony, w 35·3 prc. zwiększony, a w 6·3 prc. prawidłowy. Wskaźnik Bouvereta, który przez oznaczenie stosunku mocznika do chlorków daje wskazówki co do wydzielniczych i chłonnych własności żołądka, znalazł autor w 48 prc. przypadkach zwiększonym, w 46 prc. zmniejszonym, a w 6 prc. prawidłowym. Co do stosunku cukru do acetonu i kwasu acetyloctowego, to w moczach cukrzycych w 58 prc. był aceton, a w 43 prc. aceton i kwas acetyloctowy wykrywalny. Wydzielanie się cukru w moczu jest proporcyonalne do wydzielanego azotu, mocznika i kwasu fosforowego i prawie zawsze bywa azoturya, a do 17 prc. przypadków i fosfaturya. Między ilością wydzielanego z moczem cukru, nie pochodzącego z pokarmów, a ilością azotu, zachodzi dość stały stosunek 28: 1. Co do wzajemnego stosunku białka i cukru w moczu, to na 653 przypadków wybitnego cukromoczu w 127 stwierdził równocześnie autor białko i elementy nerkowe, w 222 ślady białka, a w reszcie nie było ani białka, ani elementów nerkowych. Autor często spostrzegał, że u chorych na cukrzycę równocześnie ze zjawieniem się białka w moczu odsetek cukru spada bardzo znacznie, nieraz do śladów, czasami do O, a na pierwszy plan występuje białko w ilości do 1 prc. i więcej, oraz składniki nerkowe. *Dr. M. Blassberg.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. M. le Maire. **Stosunek płci noworodków ze szczególnem uwzględnieniem płodów wymokłych (zmacerowanych).** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 5). Zachęcony pracą Bucury (ref. w *Przegl. lek.* 1905, Nr. 51) zajął się M. podobnem zestawieniem statystycznem około 40.000 porodów, przyczem dochodzi do bardzo podobnych wyników.

B. Wojciechowski.

A. Calmann. **Niebezpieczeństwo wentrofiksacyi.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 6). Przy sposobności wycięcia przydatków prawych z powodu torbiela jajnikowego przyszyto macicę tyłozgiętą 2 szwami katgutowymi, przeprowadzonymi na wysokości trąbek, do ściany brzusznej. W następstwie wystąpiły bole, krwotoki, dolegliwości w czasie ciąży i 2 poronienia, z powodu czego raz macicę skrobano. Wreszcie donosiła chora mimo krwawień w ciąży i urodziła szybko płód zdrowy. Nastąpiło znowu poronienie, a później silne krwotoki miesięczne i bole w krzyżach. W czasie następnej ciąży czuła się chora nieźle. Bole porodowe rozpoczęły się we właściwym czasie. Badanie stwierdziło postronek grubości palca, długości 2 cm., biegnący od górnego brzegu blizny do przedniej ściany macicy. Dno macicy na palec nad pępkiem, brzuch wypuklony silnie po stronie prawej poniżej pępka. Więzadło okrągłe prawe silnie napięte, lewego nie można wybadać. Stwierdzono 3 duże części płodu. Rozpoznano ciążę bliźniaczą z ułożeniem poprzecznem obu płodów i skręcenie macicy od strony prawej ku lewej o 75°. Część pochwowa wysoko z tyłu na wysokości wzgórka kości krzyżowej, ujście zamknięte. Bole słabe, wzmogły się później, a po 12 godzinach pękł pęcherz. Kształt i ułożenie macicy niezmienione; 3 palce poniżej pępka pierścień skurczowy skośnie od strony prawej ku lewej i górze. Badalny tylko jeden płód w położeniu poprzecznem. Tony płodu nieregularne, na prawo od pępka. Część pochwowa zachowana, ciepł. 38·5, tętno 120, gwałtowne bole. Uchwyciwszy z trudnością część pochwową za obie wargi (bez wziernika) wprowadzono do macicy balon, który pękł natychmiast. Badając całą ręką natrafia się na zupełnie rozwarte ujście; to, co sprawiało wrażenie tylnej wargi, jest fałdem pochwy; tylnej wargi dosięgnąć nie można mimo wprowadzenia ręki po łokieć. Udało się uchwycić nóżkę pierwszego płodu i wydobyć go, jakoteż docucić. Teraz da się już dosięgnąć tylna warga na 2 palce ponad wzgórkiem kości krzyżowej. Płód drugi, wydobyty również za nóżkę, zdrowy. Łożysko wspólne wygnieciono z powodu krwotoku i założono opaskę uciskającą. W połogu bolesność rogu prawego i ciepł. do 38° pomiędzy 9. a 11. dniem. — W przypadku tym rozciągnęło nadmiernie duże jaje płodowe głównie ścianę tylną i prawą, osłabioną może po wycięciu przydatków. Pierwszy poród przebiegł dlatego szczęśliwie, że jędrność powłok u pierwiastki i mniejsze rozmiary jaja pozwoliły bolom działać w kierunku więcej do prawidłowego zbliżonym. Gdyby nie szczęśliwe uchwycenie nóżki, musianoby się uciec do cięcia cesarskiego. *B. Wojciechowski.*

E. Essen-Möller. **O zachowaniu się miesiączkowania w czasie karmienia.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 6). Rozpowszechnionem jest przekonanie, że miesiączkowanie w mniejszej liczbie przypadków wraca mimo karmienia około 5. miesiąca ciąży, niekiedy już po 2 miesiącach. Śledząc tę sprawę w kilkuset przypadkach i to z uwzględnieniem wszystkich przebytych porodów, dochodzi M. do następujących wniosków: Miesiączkowanie wraca podczas karmienia w 60 prc. wszystkich przypadków, jest zatem zjawiskiem prawidłowem; w $\frac{1}{3}$ przypadków wraca w ciągu 2 pierwszych miesięcy karmienia i występuje w następnych miesiącach coraz rzadziej. Przewagi pierwiastek pod tym względem nie stwierdzono (wbrew zdaniu Tarnier-Chantreuil). *B. Wojciechowski.*

H. Meyer-Ruegg. **Narzędzie do tamowania krwotoków atonicznych po porodzie.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 6). Tamponowanie macicy pologowej sposobem Dührssena wymaga wprawy, asysty, mieści w sobie niebezpieczeństwo zakażenia z niższych dróg rodnych z powodu nagromadzenia się tkanek obumarłych (skrzepy, doczesna) w macicy, — wreszcie jest zabiegiem bolesnym. R. podaje rysunek narzędzia, którego od jakiegoś czasu w miejsce tamponowania używa. Ma ono kształt kolbiasty, długości 15 cm., szerokość zgrubienia 5 cm., wygięcie w kształcie S. Powierzchnia zgrubienia kolbiastego pokryta szeregiem tępych żeber, które służą do oderwania skrzepów, przylegających do ściany macicy i do silniejszego podrażnienia. Wprowadzić można narzędzie pod kontrolą oka. Wysunąwszy dno macicy odpowiednio wysoko, łatwo bardzo nacierać je można ręką zewnętrzną i w ten sposób znakomicie opróżnić jamę macicy, jakoteż pobudzić ścianę do silnego skurczu. R. ma nadto nadzieję, że przy cienkich powłokach można będzie po uniesieniu dna macicy bardzo wysoko, wprost ręką zewnętrzną zacisnąć naczynia maciczne, — jakoteż, że zapomocą tego narzędzia łatwo powinno się udać odprowadzenie macicy świeżo wynicowanej. Narzędzie jest bardzo lekkie, sporządzone z glinu, tak że można je bez obawy pozostawić przez 20—30 minut w macicy, po którym to czasie niebezpieczeństwo krwotoku zazwyczaj mija. (Rysunek).

B. Wojciechowski.

A. Dührssen. **Postępy lecznicze w położnictwie.** (*Heilkunde* 1906, Nr. 1). Główny problem położnictwa, na który pracowały całe wieki, mianowicie możność bezpiecznego ukończenia porodu, skoro tylko zachodzi niebezpieczeństwo dla matki lub dziecka, jest zdaniem D. rozwiązany dzięki szeregowi zabiegów chirurgicznych, a głównie dzięki cięciu cesarskiemu pochwowemu i hebotomii. Obie operacye są łatwe i mogą być nawet w domach prywatnych wykonywane. Cięcie cesarskie pochwowe wykonuje się w razie przeszkód ze strony części miękkich, nawet przed wystąpieniem bolów porodowych i przy utrzymanej i zamkniętej szyjce. Zabieg polega na przecięciu przedniego sklepienia, oddzieleniu na tępo pęcherza moczowego od macicy i na rozcięciu przedniej ściany szyi i trzonu; przy dużej główce poleca autor rozciąć również tylną ścianę macicy. Jeżeli zachodzi także przeszkoda ze strony pochwy (u starszych pierworódek), radzi D. wykonać prócz tego podane przez siebie cięcie pochwy i krocza (*kolpoperineotomia*). Na 272 wykonanych operacyi miał D. 36 przypadków śmierci matki, więc 13·2 prc. — Hebotomia usuwa przeszkody ze strony kanału porodowego kostnego, nawet gdy wymiar prosty wynosi 6·75 cm. Zapomocą piłki Gigliego (przeprowadzonej igłą Döderleina lub Seeligmanna), przepiłowuje się kość łonową obok stawu łonowego. Rozszerzenie miednicy jest tak wielkie, jak przy symfizeotomii, a niebezpieczeństwo zranienia pęcherza i zakażenia daleko mniejsze, prócz tego kości zrastają się bardzo dobrze. Po wykonaniu tej operacyi poleca D. zaniast

wysokich kleszczy wykonać obrót i wydobycie dziecka. Na 115 wykonanych hebotomii przypadły 2 zejścia śmiertelne. *Jaworowski.*

M. Hofmeier. **„Cięcie cesarskie pochwowe“ i era chirurgiczna w położnictwie.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 5). Autor nie zgadza się na nazwę „cięcie cesarskie pochwowe“ (*sectio caesarea vaginalis*) dla operacyi, podanej przez Dührssena. Przez cięcie cesarskie bowiem zrozumiemy cięcie, poprowadzone przez trzon macicy ciężarnej powyżej miednicy, po otworzeniu jamy brzusznej. Zresztą operacya Dührssena nie zmierza do stworzenia nowego sposobu rozwiązania, lecz jest krwawem rozszerzeniem naturalnych dróg porodowych. Należy ją więc zaliczyć do szeregu zabiegów położniczych, trafnie przez Francuzów nazwanych *»accouchement forcé«*. Lepszą jest nazwa, podana przez Bumma: *kolpohysterotomia m. Dührssen.* Operacya ta, zdaniem H., nie jest tak łatwa i niegroźna, jak podaje Dührssen. Nawet doświadczony operator może się spotkać w ciągu operacyi z tak silnym krwotokiem atonicznym i z ran, że nawet tamponada macicy może się okazać niewystarczającą i trzeba wyciąć macicę przez pochwę. Dlatego, zanim przystąpi do tej operacyi, powinien się operator dobrze zastanowić, czy niema innego sposobu rozwiązania matki. Wogóle autor jest wielkim przeciwnikiem panującego obecnie w Niemczech chirurgicznego kierunku rozwiązywania. Kierunek ten, którego hasłem jest »najpierw dziecko, potem matka“, okazał się dotychczas więcej szkodliwym, niż pożytecznym. *Jaworowski.*

Doc. Sołowij. **O wartości sztucznego przedwczesnego porodu przy zwężeniu miednicy.** (*Tygodnik lekarski* 1906, Nr. 6). Autor, opierając się na bardzo obfitym materyale, zebranym z rożnych zakładów porodowych, zestawia dwie tabele, z których wynika, iż te same kobiety, które na końcu ciąży rodziły 25 prc. dzieci nieżywo, po wykonaniu powyższego zabiegu urodziły 61 prc. dzieci żywo. Doświadczenie autora potwierdza tę statystykę; radzi on wykonywać powyższy zabieg zapomocą metreuryzy, jako rękoczynu najkorzystniejszego dla matki i płodu. Przytaczając słowa Ahlfelda, że „sztuczny poród przedwczesny powinien przebiegać ile możności podobnie do porodu prawidłowego“, podaje autor główne wskazania i warunki u wieloródek: *a)* koniec 36-go tygodnia ciąży; *b)* sprzężna prawdziwa 7—9 cm. przy miednicach płaskich, a $7^1/_2$—$9^1/_2$ przy ogólnie ścieśnionych; — powyżej tej granicy zabieg jest wskazany tylko wtedy, jeżeli przy poprzednich porodach dzieci rodziły się nieżywe; *c)* wyłączenie ciąży bliźniaczej; *d)* pewność, że płód żyje. U pierwiastek należy zająć stanowisko wyczekujące. U niezamężnych nie radzi autor wykonywać sztucznego przedwczesnego porodu, ponieważ płody ich dla braku starań i warunków korzystnych giną. Rokowanie zawisło od stopnia zwężenia miednicy. *Ow.*

J. Halban. **O pomijanym dotychczas objawie ciąży.** (*Hypertrichosis graviditatis*). (*Wiener klin. Wochs.* 1906. Nr. 1). Już w pierwszych miesiącach ciąży występuje tak u blondynek, jak i u brunetek, wzmożony porost włosów na twarzy i na brodzie (według typu męskiego), jakoteż na całem ciele, głównie na brzuchu i na kończynach. Objaw ten spostrzedz można przy nieco pilniejszem badaniu u każdej ciężarnej, należy go więc uważać za znamienny dla ciąży. Według autora zjawisko to wywołane jest działaniem pewnych substancyi, wydzielanych przez łożysko lub nabłonek owodni. Substancye te mają wywoływać przekrwienie skóry, a to pociąga za sobą wzmożony porost włosów. Po ukończonym porodzie, często już w pierwszych dniach połogu, włosy te wypadają. Ponieważ istoty, wydzielane przez łożysko, krążą także i w ustroju dziecka, przeto i u dziecka wywołują one tosamo zjawisko. *Jaworowski.*

Saradeth. **Zapobieganie gorączce połogowej.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 2). Jedną z częstszych przyczyn gorączki połogowej jest wykonywanie przez położne chrztu na dziecku, będącem jeszcze w łonie matki. Ustawa, która poleca położnym w ten sposób chrzcić w razie grożącego dla życia dziecka niebezpieczeństwa, powinna równocześnie wyraźnie postanawiać, że czynność ta ma być wykonaną ze względu na zdrowie matki według wszelkich prawideł postępowania bezgnilnego. Należy więc chrzcić nie zwykłą wodą i nie palcem, lecz wodą przegotowaną i zapomocą wyjałowionej strzykawki. *Jaworowski.*

H. Beer. **W sprawie przyczyn gorączki połogowej.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr. 5). Zdarza się często, że mimo zachowania najdokładniejszej czystości wobec rodzącej i położnicy, zachodzą przypadki gorączki połogowej, kończącej się nierzadko śmiercią. I tak B. spostrzegał trzy przypadki gorączki połogowej u kobiet, u których porody były zupełnie prawidłowe. Ponieważ wszystkie te położnice znajdowały się w opiece jednej i tejsamej położnej, przeto B. zbadał ją dokładnie i wykrył u niej przewlekłe ropienie zatoki szczękowej (Highmora). Nie ulega wątpliwości, że przyczyną zakażenia w tych przypadkach było badanie palcem, niedość dobrze odkażonym po częstem zanieczyszczaniu wydzieliną ropną z nosa. *Jaworowski.*

Zweifel. **Zatrucie ustroju, wywołujące rzucawkę — uwagi tyczące się leczenia.** (*Münch. med Wochs.* 1906, Nr. 7). Wychodząc z założenia, że przyczyna tej zagadkowej choroby leży w samozatruciu ustroju, stara się autor na zasadzie chemicznego rozbioru moczu i krwi chorych określić wytwór wymiany materyi, wywołujący chorobę. Zmniejszenie się ilości wydzielanego moczem mocznika świadczy o słabem utlenianiu się ciał białkowatych, zwiększenie się zaś ilości wydzielanego amoniaku, świadczące o nadmiernem jego wytwarzaniu, pojawia się, jak wiadomo, jako rodzaj samoobrony ustroju przeciw nadmiernej ilości krążących we krwi kwasów, które ustrój w ten sposób zobojętnić się stara. Z badania krwi i moczu wynika, że kwasem tym jest kwas mięsnomleczny, pojawiający się w tych sprawach, w których utlenianie jest w ustroju upośledzone. Przebywanie w atmosferze, zawierającej mało tlenu, zatrucie tlenkiem węgla lub kwasem pruskim, przyczem trujące te gazy, łącząc się z hemoglobiną, nie pozwalają jej łączyć się z tlenem, oto typowe przykłady stanów, w których wytwarzanie się, krążenie we krwi i wydzielanie się drogą moczu kwasu mięsnomlecznego jest skutkiem niedostatecznego utleniania się białka w ustroju. Kwas ten pojawia się jednak i w takich sprawach, w których zaburzeń w utlenianiu dopatrywać trudno, a które o tyle dla teoryi powstawania rzucawki mają znaczenie, że i w nich, jak i w rzucawce powstają kurcze mięśniowe; przykładem może tu być padaczka. Wobec tego nasuwa się pytanie, czy istotnie zatrucie kwasem mięsnomlecznym jest przyczyną rzucawki; możnaby bowiem mniemać, że kurcze mięśniowe w przebiegu rzucawki, jak i w przebiegu padaczki, są pierwotnym powodem wytwarzania się w ustroju kwasu mięsnomlecznego. Ta jednak okoliczność, że krew naczyń pępkowych noworodka zawiera kilkakrotnie większą ilość kwasu mięsnomlecznego, aniżeli krew matki, stanowi według autora dowód, że kwas ten jest przyczyną, nie skutkiem choroby; gdyby bowiem rzecz miała się odwrotnie, musiałaby krew matki, jako dotkniętej bezpośrednio owymi mięśniowymi kurczami, zawierać więcej tego kwasu, aniżeli krew płodu.

Ze swych przypuszczeń wysnuwa autor pewne lecznicze wskazówki. Substancya, wywołująca chorobę, powstaje w ustroju dziecka i z niego dostaje się dopiero do matki: to też jaknajrychlejsze rozwiązanie matki jest pierwszem i najważniejszem wskazaniem. Drugiem wskazaniem jest upust krwi i następne jej rozcieńczenie fizyologicznym roztworem soli; tym bowiem sposobem ustrój pozbywa się przynajmniej w części szkodliwej substancyi. Ponieważ kwas mięsnomleczny powstaje przy niedostatecznym przystępie tlenu, należy tlenu ustrojowi dostarczyć w postaci wziewań i wprowadzając go — jak to czyni autor — podskórnie. Powierzchownym wdechom, właściwym tej chorobie, a uniemożliwiającym skuteczność wziewań tlenu, należy przeciwdziałać zapomocą faradyzowania nerwów przeponowych. *Dr. M. Godlewski.*

Lockemann. **O sposobach wykrycia kwasu mięsnomlecznego we krwi, moczu i płynie mózgowordzeniowym kobiet, dotkniętych rzucawką.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 7). Omówiwszy sposoby chemiczne wykrycia kwasu mięsnomlecznego, podaje autor, że ilość kwasu mięsnomlecznego w naczyniach pępkowych może przenosić dziesięciokrotnie ilość jego, zawartą we krwi matki. Po przebytych napadach drgawek ilość ta bardzo się zwiększa; dotyczy to nietylko krwi, lecz także i moczu. Ze wszystkich cieczy ustroju może zawierać najwięcej tego kwasu płyn mózgowordzeniowy. Prócz tego kwasu znaleziono też w moczu w przypadkach rzucawki nieznane dotąd kryształy pryzmatyczne, których składu chemicznego ze względu na bardzo skąpą ilość nie zdołał autor oznaczyć. *Dr. M. Godlewski.*

Polano. **O zabezpieczeniu przed zakażeniem paciorkowcami przed porodem i operacyą, zapomocą czynnego uodporniania.** (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1906, T. LVI, Z. 3). Celem uniknięcia zakażenia postępujemy przeciwgnilnie i bezgnilnie. Jednakże częstokroć postępowanie takie może być wręcz niemożliwe, bądźto z powodu położenia topograficznego lub histologicznej budowy danego narządu, bądź też przy sprawach z góry już zakaźnych. Cały narząd rodny nie nadaje się do wspomnianego postępowania ochronnego. Dlatego też tutaj musimy głównie o to się starać, by żywotność bakteryi ile możności osłabić, a przez to zmniejszać niebezpieczeństwo dla całego ustroju. Musimy więc wzmocnić sam ustrój, bądźto lekami lub starannem odżywieniem, bądźto przestrzeganiem odpowiedniej ciepłoty podczas operacyi itp. Prócz tego szukać należy innych sposobów zabezpieczenia się przed drobnoustrojami, z których najważniejszymi dla nas są paciorkowce. Bumm stosował już zapobiegawcze uodpornienie przed porodem lub operacyami raka

zapomocą wstrzykiwań surowicy Aronsona. W chorobach takich, jak cholera, dur, mór (dżuma) itp. stosują natomiast tak zwane uodpornianie czynne, to znaczy, iż nie wstrzykuje się surowicy bakteryobójczej, lecz same bakterye osłabione lub też zabite, zmuszając przez to ustrój do wytwarzania istot bakteryobójczych. Takie czynne uodpornianie stosował Bumm przeciwko paciorkowcom zapomocą osłabionych bakteryi, Landmann zapomocą żywych, autor natomiast zapomocą zabitych paciorkowców. Autor zaleca sposób następujący: Z żywych paciorkowców tworzy się szczepy masowe, następnie się je zabija, centryfuguje i dodaje się nieco karbolu. Do każdego wstrzyknięcia przygotowuje się odpowiednią zawiesinę w fizyologicznym rozczynie soli, którą wstrzykuje się śródmiąższowo np. w okolicę pośladków. Wstrzykiwać należy najmniej na dobę przed porodem lub operacyą. Dobrym można nazwać tylko taki sposób postępowania, który jest przedewszystkiem nieszkodliwy. Autor dla przekonania się o tem wstrzyknął sam sobie odpowiednią dawkę. Jako odczyn wystąpił jedynie nieznaczny ból w miejscu wstrzyknięcia, przytem lekkie podniesienie się ciepłoty ciała i liczby tętna. Wypróbowawszy na sobie, wstrzykiwał autor takie same dawki kobietom ciężarnym i przekonał się, iż na ciążę wstrzykiwania nie wpływają; również i u nieciężarnych żadnych szkodliwych skutków zauważyć nie można. Co do tego, czy szczepionka zapobiega istotnie zakażeniu, autor przez bardzo liczne doświadczenia na zwierzętach doszedł do przekonania, iż po wstrzyknięciu nie osiąga się bezwzględnej pewności, że zakażenie nie nastąpi, przekonał się natomiast, iż do zakażenia potrzeba wówczas ilości bakteryi, 4—5 razy większej od zwykłej dawki śmiertelnej. U ludzi warunki mogą nadto o tyle być lepsze, iż pierwotnie dostaje się do rany nieznaczna ilość bakteryi i jeżeli ustrój jest już zaszczepiony, to i niebezpieczeństwo zakażenia jest niewielkie. Co do trzeciego warunku dobroci sposobu, t. j. czy wyniki doświadczalne potwierdziło spostrzeganie kliniczne, to autor nie może wyrzec stanowczego zdania. Stosował on ten sposób zapobiegawczy u 60 chorych, operowanych później, z których żadna nie uległa zakażeniu. Lecz jest to liczba zbyt mała i potrzeba dalszych jeszcze spostrzeżeń statystycznych. Być może, że podobnie, jak przy tuberkulinie, będzie to miało i wartość rozpoznawczą, t. j. iż w razie obecności paciorkowców w ustroju odczyn po wstrzyknięciu będzie silniejszy, niż w innych przypadkach. Miałoby to ważne znaczenie przy guzach przydatków, bo wskazywałoby, czy leczyć je zachowawczo, czy też operować. *Dr. G. Wierzbicki.*

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. Stransky. **O skojarzonem drżeniu ocznem.** (*Assoziirter Nystagmus*). (*Neurologisches Centralblatt*, Nr. 1., 1906). Przez tę nazwę rozumie autor objaw, polegający na nader szybkich ruchach pionowych gałki ocznej, a stałem ustawieniu jej, skoro ostrożnie roztwieramy powieki, a chory przemocą zamykać je usiłuje. Nader rzadki ten objaw spotykał autor u osób, niedotkniętych zresztą poważniejszem cierpieniem nerwowem, a odnosi go do zmian w zakresie inerwacyi mięśni ocznych w przeciwieństwie do Bernheimera, który sądzi, że objaw ten polega na podrażnieniu nerwu trójdzielnego. *Schudmak.*

Couzen. **O zapaleniu nerwów arsenowem** (*Arsenikneuritis*). (*Neurol. Centr.*, Nr. 1, 1906). Autor opisuje rzadki przypadek zapalenia nerwów ze zmianami odżywczemi na obu rękach. Zmiany dotyczyły przeważnie skóry, oraz paznokci, a powstały u robotnicy, której zatrudnienie wymagało, by ręce w rozczynie arsenowym maczała. Już po 8 tygodniach wystąpiły pierwsze objawy choroby na dłoniach bez żadnych poprzedzających objawów nerwowych i bez zaburzeń trawienia. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego powodu, że zatrucie nastąpiło przez skórę zdrową w krótkim bardzo czasie, a zmiany odżywcze wystąpiły szczególnie w tych miejscach, które bezpośrednio z rozczynem arsenowym się stykały. *Schudmak.*

R. Hirschberg. **O nagłej śmierci u chorych na wiąd.** (*Neurol. Centr.*, Nr. 1, 1906). Spostrzeżenia Goldflama, iż wiądowi rdzenia towarzyszą w rzadkich przypadkach zmiany opuszkowe, które mogą wywołać nagłą śmierć, potwierdza autor opisem następującego przypadku. Tabetyk, u którego oprócz typowych objawów wiądu wystąpiły również przypady, do obrazu wiądu nie należące, jak przyśpieszona czynność serca i wytrzeszcz (*exophthalmos*), a zatem objawy opuszkowe, zmarł nagle. Nagłe to zejście tłómaczy H. zmianami kiłowemi naczyń ośrodka sercowego w opuszce rdzenia (*arteriitis obliterans*) i następowem rozmięknieniem w tej okolicy. *Schudmak.*

Prof. H. Schlesinger. **O nieopisanym dotąd objawie porażenia podniebienia.** (*Neurol. Centr.*, Nr. 2, 1906). W dwóch przypadkach porażenia podniebienia zauważył autor wybitną różnicę, występującą w zmienionej skutkiem porażenia mowie, jeśli pacyenci leżący — usiedli lub siedzący — kładli się, a mianowicie mowa stawała się wyraźniejszą i zrozumialszą w pozycyi leżącej, a czasami nawet i prawidłową, gdy natomiast siedzenie mowę upośledzało. Objaw ten, dotąd nieopisany, tłomaczy Schlesinger różnem biernem ustawieniem podniebienia miękkiego w różnych pozycyach ciała. W przytoczonych dwóch przypadkach rozpoznano w jednym stwardnienie rozsiane, w drugim kiłę mózgu i rdzenia. *Schudmak.*

Vozábova. **Przyczynek do zbioru objawów Méniera.** (*Sbornik klin.*, Nr. 2, 1906). W dwóch przypadkach z kliniki Prof. Maixnera w Pradze chodziło o zbiór przypadów choroby Méniera w postaci udaru, towarzyszącej przewlekłemu cierpieniu uszu pod wpływem urazu, powtarzającego się przez czas długi. W trzecim przypadku znaleziono przy sekcyi wągra w czwartej komorze z towarzyszącem przewlekłem wodogłowiem wewnętrznem i ze zmianami opony miękkiej. Dwóch chorych leczono prądem galwanicznym o sile 2 mA., przepuszczanym w poprzek obu kości skalistych, zrazu codziennie, a potem raz na tydzień. Przy tem leczeniu zawroty znikały, lecz osłabienie słuchu i szum w uszach pozostały. Według autorki zbiór przypadów, złożony z osłabienia słuchu, zawrotów, szumu w uszach, nudności i wymiotów mylnie nazywają chorobą Méniera, ta bowiem jest skutkiem zmian błędnika i należy ją odróżnić od przypadów, wynikłych z zajęcia nerwu słuchowego i ośrodków nerwowych. Odróżnienie to sprawia znaczne trudności. Także utrata, choćby chwilowa, przytomności, przyłączająca się do przypadów Méniera, utrudnia odróżnienie od zamroczenia padaczkowego (*petit mal*), a trudność ta jest tem większa, jeśli zawroty towarzyszą uszkodzeniom ucha. *Dr. M. Blassberg.*

Ch. Féré. **Jąkanie się padaczkowe.** (*Revue de méd.*, Nr. 2, 1905). Częstokroć łączy się padaczka z jąkaniem się w ten sposób, iż trzeba uważać zarówno jedno, jak i drugie cierpienie za zjawiska współrzędne, będące oba wyrazem zwyrodnienia nerwowego. Istnieją jednak przypadki, w których jąkanie się pojawia się bądź to jako zwiastun (*aura*) napadu padaczkowego, bądź też jako jego równoważnik. To też zdarzają się przypadki, w których chory cierpi latami na napady krótsze lub dłuższe jąkania się, później zaś dostaje typowych napadów padaczkowych. I odwrotnie częstokroć w miarę słabnięcia i coraz rzadszego pojawiania się wielkich padaczkowych napadów pod wpływem leczenia, zaczynają się pojawiać napady jąkania się. Rozpoznawszy w pierwszym przypadku jąkanie się jako zmarniałe napady padaczkowe, można przez odpowiednie leczenie uchronić chorego od dużych napadów; w drugim przypadku mimo braku klasycznych napadów, wobec istnienia równoważników w postaci jąkania się, niewolno leczenia przerywać pod grozą powrotu pierwotnej ciężkiej postaci napadów. Autor, któremu zawdzięczamy klasyczną monografię o padaczce, podaje trzy historye chorych, objaśniające spostrzeżenia powyższe i stwierdzające ich słuszność. *Rydel.*

Hauzel. **O upuście krwi w padaczce.** (*Presse médic.*, Nr. 9, 1906). Autor opisuje dwa ciężkie przypadki padaczki, gdzie przy ustawicznie ponawiających się napadach i stanie ogólnym bardzo groźnym, upust 300—400 ccm. krwi sprowadził szybką poprawę, wobec czego autor radzi w podobnych przypadkach próbować tego sposobu leczenia. Korzystnie w padaczce wpływa też według autora podawanie środków przeczyszczających (kolomel z santoniną), nadto ciepłe, suche i słoneczne powietrze, co w związku z dobrym wynikiem upustu krwi przemawia zdaniem autora za toksyczną etyologią padaczki. *Mostowski.*

HIGIENA. Galli-Valerio. **Siatki druciane w drzwiach i oknach ze stanowiska higieny i zapobiegania.** (*Therap. Monatsh.* 1906, Nr. 1). Odkrycie roli komarów, moskitów i t. p. w przenoszeniu niektórych chorób powinnoby skłonić do używania siatek drucianych w drzwiach i oknach, i to nietylko w okolicach dotkniętych zimnicą, żółtą gorączką i *filariasis*, lecz także i tam, gdzie muchy i bąki, chociaż nie są przenośnikami chorób, jednak w życiu codziennem stają się plagą, kłując, wpadając do pokarmów i t. d. Autor podaje różne sposoby urządzenia takich siatek. *Dr. Flis.*

Kaiser. **Znaczenie obecności prątka okrężnicy w wodzie studziennej.** (*Arch. f. Hygiene.* T. 52, Str. 121). Sprawa znaczenia obecności prątka okrężnicy w wodzie studziennej mimo rozlicznych w tym kierunku prac nie jest dotychczas roztrzygnięta. Jedni, przyjmując ogólne rozsianie tego mikroba w otoczeniu ludzkiem, odmawiają obecności jego w wodzie wszelkiego znaczenia, drudzy zaś uważają obecność tę, zwłaszcza w ilościach większych, za dowód zanieczyszczenia wody kałem. W badaniach, zmierzających do rozstrzygnięcia tej sprawy, posługiwał się K. metodą zagęszczania prątka okrężnicowego zapomocą hodowli wstępnej w 3 prc. naparze z siana. K. stwierdził prątki okrężnicy i gatunki, należące ściśle do tej grupy, w wodach studziennych, zawierających przeszło 200 ba-

kteryi w 1 cm³. wody w 90,9 prc., przy ilości bakteryi, przekraczającej 50 na 1 cm³. w 66,6 prc. — przy ilości poniżej 50 na 1 cm³. w 26,9 prc. Zdaniem K. błędnem jest zdanie o ogólnem rozpowszechnieniu prątka okrężnicy i jemu ściśle pokrewnych w wodach studziennych, natomiast z wielkiem prawdopodobieństwem można uznać ten prątek za dowód zanieczyszczenia wody kałem. *L. Bier.*

Fehrs. **Wpływ pierwotniaków zawartych w wodzie na żywotność bakteryi chorobowych.** (*Hyg. Rundschau.* 1906, Nr. 3). W roku 1904 zwrócił był Emmerich uwagę na szybkie znikanie bakteryi chorobowych z wody studziennej, sztucznie niemi zakażonej, a zawierającej liczne pierwotniaki, przypisując mu bardzo wielkie znaczenie w epidemiologii chorób przenośnych drogą wody. Obstając stale przy dawnej teoryi lokalistycznej Pettenkoffera uważał E. swoje spostrzeżenie za dalszy dowód słuszności tej teoryi. Fehrs przyznaje na podstawie doświadczeń z wodami wodociągowemi i studziennemi z Getyngi, że zarazki duru brzusznego i cholery pod wpływem obecności wiciowców (flagellata) z wód tych znikały, jednak znacznie wolniej, niż zauważył to E. w wodzie wodociągowej i studziennej w Monachium i w wodzie rzeki Ruhr. F. zbija też za daleko idące jego wnioski epidemiologiczne. Doświadczalnie dowodzi F., że obok pierwotniaków wpływa na znikanie bakteryi chorobowych z wody również jej skład chemiczny. *L. Bier.*

Prof. Fischer. **O zapobieganiu szerzeniu się błonicy** — (z okazyi spostrzeżeń, poczynionych w czasie epidemii, której źródłem była automatyczna restauracya). (*Münch. med. Woch.*, 1906, Nr. 6 i 7). Autor obszernie wywodzi, że skutecznie będzie można zapobiegać szerzeniu się błonicy tylko wtedy, jeżeli lekarze będą badać bakteryologicznie wszelkie, chociażby nie odpowiadające klinicznemu typowi błonicy, ale podejrzane przypadki i jeżeli przepisy sanitarne co do błonicy zostaną zasadniczo zmienione. Wiadomo bowiem, że prątki Löfflera mogą czasem wywoływać napozór niewinne zapalenie gardła nieżytowe lub pryszczykowe, a nawet zwykły nieżyt nosa; właściwa przyroda tych spraw bez badania bakteryologicznego rozpoznaną być nie może, a chorzy tacy stają się oczywiście rozsadnikami błonicy, podobnie jak i ozdrowieńcy, u których prątki Löfflera po przebyciu choroby mogą żyć jeszcze długo na błonach śluzowych, oraz osoby zdrowe z otoczenia chorych. Należy przeto osoby z otoczenia chorych i ozdrowieńców tak długo odosobnić i zastosować inne środki zapobiegawcze, póki kilkakrotne badanie bakteryologiczne nie dowiedzie, że osoby te dla innych przestały być niebezpieczne. Autor zwalcza jednak twierdzenie Behringa, jakoby prątki błonicze znajdowały się wszędzie; Behring błędnie brał za nie prątki rzekomobłonicze, bardzo podobne i pokrewne, ale nieszkodliwe. — Autor stwierdził, że źródłem jednej epidemii była automatyczna restauracya, u której całego licznego personalu, zresztą zupełnie zdrowego, były prątki błonicze. Stąd szerzyło się zakażenie, które nawet 2 osoby, zakaziwszy się z tego źródła, życiem pomimo leczenia surowicą przypłaciły. *Dr. M. Godlewski.*

N. P. Schierbeck. **Skład chemiczny kału przy rozmaitym pokarmie.** (*Arch. f. Hyg.* 1904, T. 51). W jednej ze swoich prac nad wyzyskaniem pokarmu zwrócił był Prausnitz uwagę na to, że z rzadkimi wyjątkami azot w kale — obliczony w odsetkach suchego kału — pojawia się u tego samego osobnika w ilości prawie jednakowej, niezależnie od rozmaitej ilości azotu w spożytym pokarmie oraz zdolności do jego wyzyskania; zaznaczył nadto P., że ilość azotu w wysuszonym kale u rozmaitych osób jest mimo najrozmaitszych warunków żywienia się prawie stała. Schierbeck podaje wyniki licznych własnych doświadczeń nad wyzyskaniem pokarmu. W odpowiednio wysuszonym i przyrządzonym kale osób, żywionych rozmaitymi gatunkami duńskiego chleba bez dodatku i z dodatkiem innych pokarmów, oznaczano suchą substancyę, wyciąg eterowy, azot, popiół, drzewnik, azot białkowy według Stutzera i pentozany. Z doświadczeń tych wynika w przeciwieństwie do doświadczeń poprzednich, że całkowita ilość azotu w kale przy pokarmie mieszanym nie jest jednakowa u rozmaitych osób, nie wynosi stale około 6 prc. (suchej pozostałości), lecz może nieraz spadać poniżej tej ilości. Tak pokarm, złożony wyłącznie z razowego chleba żytniego, jak i pokarm, który według ogólnie przyjętego przekonania łatwo ulega wessaniu, nie dadzą u wszystkich osób kału, w przypadku pierwszym zawierającego więcej, w przypadku drugim mało azotu: kał ten może w obu przypadkach zawierać taką samą ilość azotu, jak przy pokarmie mieszanym. Z doświadczeń S. wynika nadto, że istnieją ludzie, u których niezależnie od spożytego pokarmu posiada kał ten sam skład; — różnice składu odnoszą się do wyciągu eterowego i soli oraz drzewnika i pentozan, z których pierwsze przy pokarmie złożonym n. p. z chleba razowego są w ilości mniejszej, zaś drugie w ilości większej, niż przy innym pokarmie. Doświadczenia Sch. stwierdzają ponownie, że na skład kału wybitny wpływ wywierają wydzieliny przewodu pokarmowego, dowodzą jednak nadto, że nie jest dostatecznie wyjaśnionym wpływ rodzaju pokarmu na skład kału. *L. Bier.*

Beythien. **Bezwodnik siarkawy, jako środek konserwujący; obecny stan oceny siarkowania suszonych owoców.** (*Zeitschrift für Unters. d. Nahr. und Genussmittel*, 1904, str. 36). Omówiwszy pytanie, o ile można używać kwasu siarkawego do konserwowania wina, chmielu, piwa i mięsa, główną część pracy swej poświęca B. sprawie używania tego kwasu przy sporządzaniu konserw z owoców i jarzyn, oraz krytyce zapatrywań lipskiego higienisty Hoffmanna. Artykuł swój kończy B. następującymi wnioskami: 1) Siarkowanie owoców suszonych ze względu na otrzymywanie trwałego przetworu nie wydaje się koniecznem; w pierwszym rzędzie służy siarkowanie do nadania przetworowi pozoru lepszej jakości lub też do zachowania tego pozoru w towarze starszym, uważać je przeto należy w myśl ustawy o środkach spożywczych za zafałszowanie. 2) Ustęp zasad, przyjętych w Niemczech i Szwajcaryi dla oceny środków spożywczych, zaznaczający potrzebę kwestyonowania kwasu siarkawego jako środka konserwującego, ma znaczenie i co do owoców suszonych. 3) Tworzenie się połączenia kwasu siarkawego z cukrem, obejmujące prawie całą ilość kwasu w suszonych owocach, nie może być podstawą do oceny fizyologicznego jego wpływu. Wpływ ten należy doświadczalnie określić z uwagi na to, że w wodnym wyciągu z owoców suszonych spotyka się obficie wolny kwas siarkawy, nadto z uwagi na łatwą dyssocyacyę organicznych połączeń kwasu siarkawego. 4) Z uwagi na stale wzrastające zużycie i znaczenie owoców siarkowanych przy żywieniu szerszych warstw ludności należy podjąć badania, czy takie owoce są szkodliwe dla zdrowia, a stosownie do wyników tych badań zająć należy odpowiednie stanowisko. (Zobacz sprawozdanie z pracy Kerpa. *Przyp. spr.*). *L. Bier.*

Kerp. **Zachowanie się kwasu siarkawego w środkach spożywczych.** (*Zeitsch. f. Unters. d. Nahrungs- u. Genussmittel*, 1904, Tom 8, str. 53). Publikacya niniejsza jest streszczeniem prac, wykonanych przez K. Schmidta, Resta i innych współpracowników w niemieckim urzędzie zdrowia. Wynika z niej, że hydrolityczna dyssocyacya bezwodnika siarkawego z połączeń jego organicznych (z aldehydami i cukrami, acetonem), jakie tworzą się w siarkowanych środkach spożywczych, jest wogóle bardzo znaczna, chociaż dość różnego stopnia. Z doświadczeń farmakologicznych z tymi związkami wynika, że nie działają one w szczególny sposób na ustrój zwierzęcy, a wynik działania tego leży w prostym stosunku do odszczepianego kwasu siarkawego. Stopień trującego działania tych związków organicznych kwasu siarkawego należy przeto oceniać według ilości wolnego kwasu siarkawego w ich rozczynie wodnym, określonej metodą jodową. Nie jest przeto obojętne, w których środkach spożywczych spożywa się kwas siarkawy — w moszczu i owocach należy wobec połączenia jego z cukrami inaczej oceniać jego działanie farmakologiczne, niż w winie, w którem związany jest z aldehydem octowym. *L. Bier.*

Beythien. **Bakterye żelaziste w wodzie wodociągowej.** (*Zeitschr. f. Unters. d. Nahr. u. Genussmittel*, 1905, Tom IX, str. 529). B. opisuje przypadek silnego żelazistego mętnienia wody źródlanej, użytej do wodociągu w pewnem mieście saskiem, a niezawierającej ani żelaza, ani manganu, natomiast wiele bezwodnika węglowego. Męt żelazisty nie miał barwy mętów, powstających pod wpływem *crenothrix*, lecz był jasno-różowy, — nie pojawiał się w źródle, ani w zbiorniku, lecz w wodzie wypływającej z rur żelaznych, powstawał w nich przeto pod wpływem bezwodnika węglowego mimo asfaltowania; w składzie mętu ilościowo wybitnie przeważało żelazo (około 9‰, obliczane na Fe_2O_3). Mikroskopowo był osad złożony z nitek, podobnych do *crenothrix polyspora;* stwierdzono jednak, że nitki te stanowi *gallionella* (*chlamydothrix*) *ferruginea*. Rdzewienie żelaza w wodzie nie jest przeto sprawą czysto chemiczną, lecz wywołuje je albo ułatwia rozwój *gallionelli*.

L. Bier.

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Zgęszczoną surowicą przeciwbłoniczą nazwał Gibson przetwór, który uzyskał przez wydzielenie z surowicy przeciwbłoniczej globulin, właściwego jej skutecznego składnika, zapomocą strącania siarkanem amonowym i dyalizy. Przy tem postępowaniu traci się wprawdzie około $^1/_5$ ogólnej sumy jednostek uodp., zawartych w danej ilości surowicy, ale pozostająca ich ilość mieści się w 2 do 3-krotnie mniejszej ilości płynu, niż przedtem. Surowica zgęszczona jest równie płynna, jak zwykła; można z niej przez wysuszenie

uzyskać przetwór stały, łatwo rozpuszczalny. Próby stosowania surowicy Gibsona w kilkuset przypadkach w szpitalach nowojorskich wypadły pomyślnie; osutki posurowicze są rzadsze, niż po zwykłej surowicy (*Sem. méd.*, 1906, 8). *C.*

Sanatogen służył Gumpertowi do szeregu doświadczeń na ludziach, z których wynika, że ulega on w ustroju doszczętnemu wessaniu, że bierze udział w wymianie materyi, a podany w dawce przewyższającej potrzebę ustroju sprowadza znaczne wzmożenie się istot białkowatych. Sanatogen ułatwia również wessanie i zużytkowanie organicznego fosforu. *Ms.*

Rwę kulszową leczył ze skutkiem Duńczyk Pers u 2 chorych drogą krwawą przez proste obnażenie nerwu (bez naciągania). (*Sem. méd.*, 1906, 8). *C.*

G. Finder. **O alypinie w praktyce laryngologicznej.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1906, Nr. 5). Finder zaleca alypinę jako środek znieczulający przy zabiegach operacyjnych w leczeniu chorób nosa i krtani. Używa w tym celu roczynów 20 prc. do pędzlowania, a do wstrzykiwań głębszych do tkanki podśluzowej roczynu 1 prc. z dodatkiem adrenaliny. W ten sposób można zupełnie znieczulić błonę śluzową na 6—10 minut, w którym to czasie nawet większe zabiegi w krtani i w nosie łatwo bez wszelkich ubocznych objawów, towarzyszących kokainie, wykonać można, n. p. resekcyę przegrody nosowej według Killiana. Alypina jest więc środkiem, który może zastąpić kokainę. *E.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 7 lutego 1906.

Przewodniczy: Kol. Doc. Rutkowski. Obecnych członków 31.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

II. Do komisyi przemysłowo-lekarskiej zostali dobrani następujący kol.: prof. Jakubowski, prof. Reis. prof. Kader, doc. Lemberger, doc. Droba, Bier i Buzdygan.

III. W miejsce kol. Landaua, który zrezygnował z godności bibliotekarza, wybrano kol. doc. Drobę.

IV. Prof. Jaworski przedstawia chorą, lat 18 liczącą, u której badanie przedmiotowe wykazuje brzuch wzdęty, wypełniony masą twardą, guzowatą, nierówną, niebolesną, nieprzesuwalną, sięgającą od mostka do spojenia łonowego; macica, badana przez odbytnicę, jest z guzem tym złączona; płynu w jamie brzusznej wykryć nie można. U chorej raz jeden w dniu przyjęcia stwierdzono 39°, później stan prawie bezgorączkowy. Rozpoznano po wyłączeniu wszelkich możliwości *Peritonitis fibrosa tuberculosa.*

V. Kol. Bier wygłasza rzecz **O zafałszowaniu przypraw korzennych.** Wykład był objaśniony próbkami, okazami odpowiednich przetworów i preparatami mikroskopowymi, a ma być w całości ogłoszony drukiem.

VI. Kol. Bogdanik mówi **O kreolinie w chirurgii.** Na podstawie doświadczenia kilkunastoletniego podniósł prelegent zalety kreoliny, wyróżniającej się korzystnie w całym szeregu środków przeciwgnilnych. Prelegent stosuje ją w rozmaitych zanieczyszczonych i zakażonych przypadkach, jako to: wąglik, róża, ropowica, zapalenie sutka, wrzód goleni, zmiażdżenie i t. d. z tak dobrym wynikiem, jakiego nie miał przy stosowaniu innych przetworów. Zaletą środka tego jest taniość, nader małe własności trujące, zwłaszcza, że się używa półprocentowych roczynów, nadto zobojętnianie cuchnienia, jakie rany gnilne rozszerzają. Wyjątkowo tylko zdarza się, że chorzy środka tego nie znoszą, a wtedy zastąpić go trzeba innymi.

W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Wachholz, nadmieniając, że już 1888 roku stosował na klinice krakowskiej prof. Rydygier kreolinę, którą jednakże po półrocznej próbie zupełnie zarzucił. Do odkażenia rąk po sekcyi zwłok kreolina się nie nadaje z powodu wstrętnej swej woni i łatwego wywoływania wyprysku; nieodpowiedniem jest również używanie kreoliny do okładów, gdyż łatwo sprowadza przeczosy, z których, jak jeden ostatnimi czasy rozpatrywany sądownie przypadek pouczył — wyniknąć może zakażenie septyczne i zejście śmiertelne.

Kol. prof. Rosner zwraca uwagę, że korzystne wyniki, o jakich prelegent wspomniał co do leczenia zapalenia sutka, w pierwszym rzędzie przypisaćby należało zaniechaniu czynności karmienia, co zdaje się być bez porównania ważniejszym czynnikiem, aniżeli wszelkie zewnętrzne okłady.

Interpelując kol. prof. Wachholza zabiera głos kol. Hirsch, w końcu prelegent prym. Bogdanik, odpowiadając na czynione kreolinie zarzuty, przytacza cały szereg przypadków, spostrzeganych łącznie z innymi kolegami, w których z działania kreoliny był zadowolony. Sekretarz: *Wilczyński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

I. Posiedzenie dnia 9 lutego b. r.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

II. Kol. prof. Łukasiewicz przedstawił szereg przypadków z lwowskiej kliniki chorób skórnych i wenerycznych:

1) 2 chorych, przedstawionych w Towarzystwie po raz pierwszy przed 2 laty, z **xeroderma pigmentosum.** (Kaposi). U obydwu stwierdza się postęp sprawy chorobowej, co widać z ognisk zanikowych skóry, pigmentacyi, rozszerzeń naczyniowych (*teleangiectasiae*); u jednego z chorych objawia się skłonność do bujania tkanek (brodawczak w kącie powiekowym). Podnieść należy, że rodzeństwo chorych (5 sióstr i brat) cieszy się zupełnem zdrowiem. Znane są jednak przypadki, w których jedenaścioro rodzeństwa dotkniętych było tem samem cierpieniem.

2) Chory z **tuberculosis verrucosa cutis.** Rzecz godna uwagi w tym przypadku o tyle, że cierpienie wystąpiło nietylko na ręce, ale i na szyi i to u rolnika, co należy do rzadkości.

3) Chora, 26-letnia, która przebyła przed 4 laty zakażenie kiłowe, poczem zniosła bardzo dobrze 70 wcierań (najpierw 30, powtórnie 40). Kiedy wszakże z końcem ubiegłego lata, jako ambulantka szpitalna, poddała się 20 ponownym wcieraniom, wystąpiły objawy **zatrucia rtęcią** pod postacią ciężkiego *erythema toxicum.* Chora zgłosiła się do kliniki, mając całe powłoki zewnętrzne zajęte ciastowatym obrzękiem, połączonym z zaczerwienieniem, jakoteż ubytkami naskórka. Siły nadzwyczaj podupadłe, stan podgorączkowy, tętno przyspieszone, czynność serca osłabiona. W moczu ślad białka[1]). W zakresie przewodu pokarmowego nie było objawów nieprawidłowych. Zimne okłady z gazy, umaczanej w płynie Burowa, stosowane na całe ciało, zmieniane często, zdołały dopiero po 2 miesiącach zmniejszyć objawy, które ostatecznie ustąpiły. Utrzymało się jedynie ziemiste zabarwienie skóry, zwyczajna pozostałość po długotrwałych dermatozach, połączonych z zastojem. Podnieść należy, że u chorej, która niegdyś tak dobrze zniosła 70 wcierań, wytworzyła się obecnie taka wrażliwość na wszelakie przetwory rtęciowe, że w czasie dalszego pobytu w klinice ponawiały się podobne do poprzednich obrzęki, n. p. już po zastosowaniu (z powodu cierpienia oka) odrobiny maści precypitatowej żółtej $^1/_4$%, albo wskutek pozostawania chorej w jednej sali z inną, której wykonano jedno wcieranie rtęciowe, albo wreszcie po krótkim pobycie w łazience, gdzie kąpią się chore po takich wcieraniach. Prelegent przestrzega w końcu przed stosowaniem wcierań (podobnie jak to się zdarzyło w tym przypadku) bez odpowiedniego nadzoru lekarskiego.

III. Kol. Michał Świątkiewicz przedstawia przypadek **tocznia** (*lupus*) **leczonego** w Wiedniu **światłem finsenowskiem** przez 15 miesięcy. Jak w dyskusyi zauważył następnie kol. prof. Łukasiewicz, wynik tak długiego leczenia jest stosunkowo zbyt mały. Zapomocą zwykłego opatrunku uciskowego z plastra salicylowego można było bodaj czy nie więcej uzyskać. Co do rentgenowania, również polecanego poprzednio przeciw toczniowi, jest zdania, że do żadnego celu ono nie prowadzi, co też obecnie należy uważać za rzecz przyjętą.

Kol. Obtułowicz widział korzystny wynik stosowania plastra rtęciowego przeciw rozległym zmianom toczniowym na kolanie.

Kol. Blumenfeld podnosi ujemne strony metody finsenowskiej, a to długość czasu, potrzebnego do jej przeprowadzenia (2 i 3 lata) i jej kosztowność. W przypadkach zaś jak przedstawiony, gdzie rozwinęło się już stwardnienie tkanki podskórnej, wyniku pożądanego spodziewać się nie można.

IV. Kol. Czarnik przedstawił 2 chłopców (braci), dotkniętych **wrzekomym przerostem mięśni** (*pseudohypertrophia musculorum familiaris*).

[1]) W moczu innej chorej, obserwowanej w klinice w roku zeszłym, u której stan podobny zakończył się śmiercią, znaleziono leucynę.

V. Kol. Starzewski wygłosił odczyt **O zakażeniu ciążowem**. Na podstawie szczegółowego rozbioru klinicznych objawów ciąży dochodzi prelegent do wniosku, że podobnie jak drobnoustroje, lub niektóre pasorzyty, wywołuje jaje płodowe zakażenie ustroju ciężarnej, nazwane przez prelegenta »zakażeniem ciążowem«. Jeżeli »zakażenie ciążowe« przebiega dla ciężarnej nieszkodliwie, wówczas nazywa się »ciążą fizyologiczną«, w przeciwnym razie »ciążą patologiczną«. Κατ' ἐξοχήν patologiczną postać zakażenia ciążowego stanowi rzucawka, mianowicie jej okres zwiastunowy. Tak jak przeciw innym zakażeniom, broni się ustrój ciężarnej przeciw zakażeniu ciążowemu początkowo przez usuwanie szkodliwych składników wydaliny jaja płodowego drogą narządów wydalniczych (skóra, płuca, przewód pokarmowy, nerki i t.), później, od końca pierwszej połowy ciąży, także przez wytworzenie odporności. Prócz szkodliwych, zawiera wydalina jaja płodowego także składniki, wpływające na ustrój ciężarnej korzystnie, mianowicie podnoszące energię życiową tkanek i pobudzające tkanki niezupełnie jeszcze rozwinięte do szybkiego rozwoju. Tej właściwości działania wydaliny jaja płodowego będzie można użyć, zdaniem prelegenta, jako środka leczniczego u osób nieciężarnych w różnych stanach chorobowych, polegających na niedorozwoju całego ustroju, lub jego części. W końcu podaje prelegent zasady, jakich trzymać się należy przy leczeniu zakażenia ciążowego.

Druga część pracy ma obejmować wyniki jeszcze nie ukończonych badań doświadczalnych.

Dyskusya.

Kol. Skałkowski nie mówiłby o »zakażeniu« ciążowem, ale raczej o »zatruciu«. Zakażeniem nazywamy sprawę zakaźną, o czem w ciąży nie powinno być mowy. Nawiązując do zapatrywania prelegenta, że pewne wydzieliny płodu powodują szybki rozwój ustroju ciężarnej, zapytuje, jak wytłómaczyć fakt, że po ślubie rozwijają się częstokroć dziewczęta wątłe, nie zachodząc wcale w ciążę.

Kol. prof. Beck jest również zdania, że nie można tu mówić o »zakażeniu«, ale raczej chyba o »zatruciu«. Płód nie jest drobnoustrojem. Możnaby się tu dopatrzeć pewnego podobieństwa ze sprawą samozatrucia (*autointoxicatio*), występującą pod wpływem wytworów wymiany materyi. Ale jest pytaniem, czy nagromadzenie się pewnych ciał, będących wytworem sprawy fizyologicznej, możemy wogóle nazwać »zatruciem«. Przy t. zw. »wewnętrznem wydzielaniu« powstają substancye, które aczkolwiek są truciznami, stają się ustrojowi do pewnego stopnia potrzebne, jak n. p. wydzielina nadnerczy, gruczołu tarczowego. Także n. p. CO_2, będąc trucizną, stał się ustrojowi wprost potrzebnym. T. zw. »choroba górska« jest według badań Mosso'a następstwem braku CO_2, który przy nizkiem ciśnieniu atmosferycznem (w górach) zbyt szybko z krwi się uwalnia. Następuje przyzwyczajenie się, czy też rodzaj uodpornienia, ustrój ostatecznie nie może się obejść bez ciał, które byliśmy nazwali »truciznami«.

Kol. prof. Mars sądzi, że dzisiejszy wykład nie stanowi jeszcze przedmiotu do dyskusyi, bo jest nieskończony, jak zaznaczył sam prelegent. W temacie rozmiarów nieobjętych, zarysował on pewien kierunek. Pewne fakty, które się powtarzają u ciężarnych, pragnął połączyć w jeden łańcuch na poparcie pewnego, jednostronnego poglądu. Uważając jaje płodowe wraz z jego wydzielinami za pewien czynnik, nie uwzględnił jednak jednej rzeczy: że ten płód może się znajdować w różnych warunkach i że stosownie do tego wpływ jego wydzielania byłby różny. Nie należy też zapominać, że w czasie ciąży same narządy kobiety mogą wydzielać pewne substancye. Wiemy n. p. o wpływie jajnika na cały ustrój (objawy obytku po wycięciu jajnika).

Kol. doc. Kučera zwraca uwagę, że zdaniem prelegenta płód, otrzymujący materyał odżywczy z krwią matki, oddaje wytwory rozpadowe znowu do krwi matki. Zdaje się przecież, że przeważna część tych wytworów odchodzi przez nerki płodu, a gromadzi się w wodzie płodowej, jakoteż w smołce. Do krwi matki dostaje się chyba część tylko.

Kol. prof. Kadyi odniósł wrażenie, że ideą prelegenta było ujęcie w jedną całość mnóstwa szczegółowych, rozrzuconych badań. Nie widzi nawet potrzeby wykonania doświadczeń. Ta praca już jest zastosowaniem danych, mozolnie zbieranych latami przez falangę badaczy, do wytłómaczenia pewnych faktów. »Stwierdzam, że jest to jedna z prac najpiękniejszych, jakie w Towarzystwie wygłoszono. Główne wytyczne teoryi, przedstawionej przez prelegenta, pozostaną trwałym nabytkiem dla nauki«.

Kol. prof. Beck zgadza się wprawdzie z kol. Kučerą, że pewne wydaliny płodu zbierają się w wodach płodowych, ale sądzi, że następnie ulegają wessaniu do ustroju matki, gdyż inaczej płód musiałby się w ciągu ciąży zatruć własnymi wytworami.

Kol. Starzewski broni obranej przez siebie nazwy. Nazwę »zatrucie ciążowe« uważa za nieodpowiadającą istocie rzeczy. Tak samo bowiem, jak nie nazywamy duru zatruciem durowem, ani zimnicy zatruciem zimniczem, lecz mówimy o zakażeniu, tak samo nie możemy nazwać ciąży zatruciem ciążowem. Wedle zasad patologii zatrucie (*intoxicatio*) jest skutkiem szkodliwego zadziałania na ustrój żyjący jakiegoś ciała chemicznego. Nie ulega więc wątpliwości, że każde zakażenie jest wprawdzie w pewnym zakresie równocześnie także zatruciem, ale nigdy na odwrót. Wielkość jaja płodowego w porównaniu do drobnych wymiarów przeważnej części drobnoustrojów i pasorzytów, wywołujących zakażenia różnego rodzaju, nie odgrywa żadnej roli przy określaniu ciąży jako zakażenia. Różnica między zakażeniem ciążowem, a każdem innem zakażeniem tkwi jedynie w tem, że wszystkie inne zakażenia są zawsze sprawą patologiczną, zakażenie ciążowe tylko niekiedy. I to właśnie stanowi powód, dlaczego nazwa »zakażenie ciążowe« nas do pewnego stopnia razi. Gdyby się okazało, że nazwa »zakażenie« w istocie nie odpowiada rzeczy i da się inną zastąpić, z chęcią ją zmieni. Odpowiadając kol. Skałkowskiemu na pytanie, dlaczego dziewczęta wyszedłszy za mąż rozwijają się, pomimo, że nie zachodzą w ciążę, przypuszcza, że czynnikiem, wywołującym ten objaw, jest poprostu zmiana warunków życia. Nie można wszakże tego mięszać z rozrostem tkanek, właściwym dla ciąży, zdaniem prelegenta niezmiernie znamiennym. Prelegent przyznaje, że jajnik, jak wspomniał prof. Mars, ważną spełnia czynność wydzielniczą, której brak wywołuje pewne objawy. Nie mówi o niej wszakże w swej pracy wyczerpująco, bo, jak sądzi, sprawa ta łączy się ze sprawą zakażenia ciążowego tylko pośrednio i wychodzi poza ramy obranego tematu, gdyż jajniki nie funkcyonują także w połogu i w czasie laktacyi. W odpowiedzi doc. Kucerze miałby prócz tego, co powiedział prof. Beck, dodać uwagę, że n. p. w pierwszych okresach ciąży poszczególne narządy wydzielnicze płodu są wogóle jeszcze niezupełnie wykształcone. »Mój dowód w dzisiejszym wykładzie, - kończy autor, — oparłem przedewszystkiem na doświadczeniu klinicznem, a w ciągu 3-letniego spostrzegania nie znalazłem ani jednego faktu, któryby wyłuszczonemu tokowi myśli się sprzeciwiał«. Sekretarz: *W. Ziembicki.*

Stulecie
wileńskiego Towarzystwa lekarskiego.

Dziwny zbieg okoliczności dozwolił na ziemiach polskich głośno podnieść hasło zrzeszania się do pracy społeczno-lekarskiej i do szerszej zbiorowej działalności naukowo-lekarskiej w tym właśnie roku, gdy okrągły wiek upłynął od związania się lekarzy polskich w pierwsze na tych ziemiach Towarzystwo lekarskie. Jakby zapowiedź lepszej przyszłości, wskrzeszenia dawnej świetności, zabrzmiały po raz pierwszy od lat 40 znowu słowa polskie w tem Towarzystwie, które wśród wszystkich naszych najstarsze i najzasłużeńsze, w historyi swej ma najświetniejsze bodaj karty, które wśród bezsprzecznie najtrudniejszych warunków nie opuściło nigdy rąk bezczynnie, umiało przetrwać czasy najgorsze i które stąd ma słuszne prawo do tego, by jego święto było wielkiem świętem wszystkich polskich lekarzy. Gdy jednak po krótkiej chwili pogodniejszej nowe gromadzą się zewsząd chmury, niepodobna było urządzić uroczystego obchodu setnej rocznicy samego założenia Towarzystwa i odłożono go do pomyślniejszej chwili. Obecnie nie wydaje się ona blizką i dlatego godzi się już teraz choć krótkiem wspomnieniem uczcić ukończony wiek niezmordowanej pracy, wiek wielkiej zasługi.

Towarzystwo lekarskie wileńskie zostało założone w grudniu 1805 przez znakomitego Józefa Franka, który niedługo przedtem przeniósł się był na wezwanie ówczesnego rektora Uniwersytetu wileńskiego, Strojnowskiego, z Wiednia na katedrę medycyny praktycznej do Wilna. Myśl Franka poparli gorąco najświatlejsi przedstawiciele Uniwersytetu wileńskiego i wileńskich kół lekarskich, którzy w liczbie 15 zebrali się celem zawiązania Towarzystwa 24 grudnia 1805. Oto ich nazwiska: profesorowie uniwersytetu Jędrzej Sniadecki, Becu, Lobenwein, Matuszewicz, Spitznagel, Wolfgang: doktorowie: Enholm, Heiman, Giboszyc, Szlegel, Szymkiewicz, oraz aptekarze Wagner i Gutt. Pierwszym prezesem obrano Jędrzeja Sniadeckiego, a Józef Frank objął obowiązki sekretarza. Po zatwierdzeniu ustawy Towarzystwa ukazem z dnia 26 maja 1806, odbyło się uroczyste otwarcie Towarzystwa

w bibliotece uniwersytetu 12 grudnia 1806, przy którem przemawiali: Jędrzej Śniadecki: »O pożytkach, jakie powszechność z zaprowadzeń Towarzystw lekarskich odnieść może«, Lobenwein: »O przesądach, panujących względem zaszczepienia wakcyny«, i Józef Frank (po francusku): »O zakładach naukowych wileńskich«. Łączność z uniwersytetem, rozgłośne, w całej Europie znane nazwiska tych, których Towarzystwo liczyło do grona członków swych i założycieli, znakomite w ówczesnych warunkach prace młodego Towarzystwa, nadały mu odrazu taką powagę i znaczenie w ówczesnych kołach naukowych, że najwybitniejsi zagraniczni uczeni i lekarze starali się o zaszczytny tytuł członka Towarzystwa (Pinel, Humboldt, Scarpa, Magendie, Graefe, Dupuytren i wielu innych).

Towarzystwo wileńskie rozpoczęło odrazu na wszystkich polach gorliwą i płodną działalność. Rozpadała się ona na kilka kierunków; oprócz działalności ściśle naukowej, ogniskującej się na miesięcznych posiedzeniach, i popularyzatorskiej, upamiętnił się ten okres historyi Towarzystwa żywym ruchem w zakresie, jakby dziś powiedziano, »medycyny społecznej«, oraz ściśle praktyczną czynnością w zakresie sanitarnym. Towarzystwo podjęło w szerokich rozmiarach badania warunków zdrowotnych kraju i potrzeb jego ludności, z prawdziwem poświęceniem zwalczało groźne epidemie, krzewiło higienę w zakładach szkolnych i wśród ogółu ludności. Zasługą niezmiernie doniosłą było rozpowszechnienie na Litwie szczepienia ospy ochronnej przez pouczenie ludności o wadze odkrycia Jennera, czynną propagandę i założenie już w r. 1808 instytutu szczepienia, jakiego nie posiadał jeszcze żaden kraj w Europie. Dziełem Towarzystwa wileńskiego było odkrycie i zbadanie zdrojowisk litewskich (Birsztany, Druskieniki, Stokliszki); ono pracowało doświadczalnie nad zbadaniem i wypróbowaniem wielu wówczas jeszcze mało poznanych leków i stworzyło osobny wydział farmaceutyczny, podnosząc przez to niezmiernie poziom aptekarstwa krajowego.

Trwały ślad tej działalności oprócz poprawy stosunków zdrowotnych kraju pozostawiło Towarzystwo w licznych swych ówczesnych publikacyach, które ogłaszało z początku w »Dzienniku wileńskim«, »Dziejach dobroczynności« i »Kuryerze litewskim«, od r. 1819, odznaczone tytułem »Cesarskiego Towarzystwa«, we własnym »Pamiętniku«, do którego w r. 1821 przybył drugi jeszcze organ, »Pamiętnik farmaceutyczny«. Od r. 1822 zlały się oba te wydawnictwa w jedno p. t. »Dziennik medycyny, chirurgii i farmacyi«. Bogaty, w tym okresie przez Towarzystwo zgromadzony zbiór preparatów anatomicznych i patologicznych, oddany przez nie Uniwersytetowi, zabrany został po zamknięciu Akademii wileńskiej — do Kijowa.

Ten najświetniejszy okres historyi Towarzystwa, w którym z powodzeniem współzawodniczyło ono z najznakomitszemi Towarzystwami Europy zachodniej, kończy się w r. 1831. Równocześnie z utratą głównej swej dźwigni, Uniwersytetu, który w tym roku zamknięto, spotkał Towarzystwo inny jeszcze ciężki cios: zakaz wydawnictw w języku polskim. W dziesięć lat potem traci Towarzystwo swych najwybitniejszych członków — profesorów zamkniętej wtedy Akademii medyko-chirurgicznej. Wyzute ze swych zasobów naukowych, ze środków materyalnych, pozbawione dachu, zdołało Towarzystwo jednak przecie ocalić swój byt, a zdobywszy wreszcie z trudem stałe pomieszczenie w sali apteki pojezuickiej, zajęło się pracą wewnętrzną, porządkowaniem i gromadzeniem biblioteki i zbiorów naukowych i musiało ograniczyć swą działalność do ciaśniejszego pola: w zakresie naukowym do badań głównie statystycznych i balneologicznych, w zakresie społecznym do czynnej walki z epidemiami dysenteryi, ospy i cholery i do zabiegów około otwarcia bezpłatnego ambulatoryum dla niezamożnych. I w tym jednak okresie zdołało Towarzystwo współdziałać w wydawnictwie »Collectanea medico-chirurgica« (od r. 1838), później zdobyć się na 5 tomów samodzielnego wydawnictwa »Postrzeżenia praktyczne niektórych lekarzy«, ogłoszonych między rokiem 1846 a 1862 przez prof. Adamowicza, a wreszcie zasilać swemi pracami »Tygodnik lekarski« warszawski (od r. 1859). W tymże okresie zajmowało się Towarzystwo sprawą zbadania kiły, parchów, a przedewszystkiem kołtuna, zasługując się ogłoszeniem szeregu konkursów, które wywoławszy liczne prace, przyczyniły się do obalenia pojęcia tej choroby, a zakończyły się ogłoszeniem w r. 1873 gruntownej pracy H. Dobrzyckiego w tym przedmiocie.

Najcięższy jednak okres przyszło przetrwać Towarzystwu po upadku powstania w r. 1863, gdy dotknął je razem z całym krajem niesłychany ucisk rządowy i gdy na posiedzeniach zamilknąć musiał język polski. Liczba członków Towarzystwa, które w pierwszym swym okresie liczyło ich 306, w tem miejscowych 80, tak zmalała, że na posiedzenia przychodziło zaledwo 5—6, odczytów prawie nie było. Dopiero od roku 1865 zaczęło Towarzystwo ogłaszać swe sprawozdania... po rosyjsku w »Wileńskich wiadomościach gubernialnych«..., od r. 1869 jako odrębne zeszyty. Około roku 1870 poczyna Towarzystwo dźwigać się po doznanych ciosach. W tym roku utworzyło Towarzystwo bezpłatne ambulatoryum, w r. 1872 zabrało się na nowo do topografii i statystyki lekarskiej Litwy i wznowiło konkursa naukowe, w r. 1885 powołało do życia odrębną sekcyę sanitarną, w roku 1887 założyło własną pracownię, a równocześnie krzątało się około uzupełnienia i uporządkowania swych zbiorów i biblioteki. Dziewięćdziesiątą rocznicę obchodzono w roku 1896 uroczyście, w czem wzięły gorący udział wszystkie dzielnice kraju.

Że Towarzystwo dożyło setnej rocznicy swego założenia, że nie upadłszy w najcięższej nawet dobie historyi porozbiorowej kraju, niesie w przyszłość ze słuszną dumą sztandar tradycyi wileńskiej wszechnicy, to zawdzięcza wytrwałości i poświęceniu tych kilku niezłomnych, których nazwiska wyryć się powinny głęboko w pamięci każdego lekarza-Polaka: Adamowicza, Zejdlera, Titiusa, a w nowszych czasach: Józefa Bielińskiego, historyka wileńskiej wszechnicy, Aleksandra Wojnicza, który przez lat kilkanaście pełniąc po kolei wszystkie ważniejsze urzędy w Towarzystwie, był jego duszą i obecnie niem niestrudzenie kieruje, i Władysława Zahorskiego, który źródłowem, wyczerpującem, a świetnem opracowaniem dziejów Towarzystwa[1]) i szeregiem monograficznych przyczynków do jego historyi dobrze się już Towarzystwu i ogółowi zasłużył, a o obecnej działalności Towarzystwa troskliwie zdaje w polskich pismach lekarskich sprawę.

Cicho obchodząc setną rocznicę założenia, — o której nie zapomniano jednak na drugim krańcu ziem dawnej Rzeczypospolitej, w gronie poznańskiem, równie ciężko, jak wileńskie Towarzystwo, o byt i utrzymanie świetnych swych tradycyi walczącem, — ograniczyć się musiało najstarsze polskie Towarzystwo lekarskie do zwykłego dorocznego zebrania w swych murach, jeszcze Akademię Batorowską pamiętających. Może przynajmniej zbliżająca się setna rocznica uroczystego otwarcia Towarzystwa przypadnie w czasie, w którym ją będzie można otoczyć tą świetnością, jaka się należy tak niezwykłej i podniosłej chwili i uczcić ją po wszystkich ziemiach naszych tak głośno, jak tego pragniemy i jak to jest wspólnym obowiązkiem naszym. A początek drugiego wieku istnienia Towarzystwa wileńskiego niech będzie początkiem drugiej takiej ery jego rozkwitu, jaka zaczynała się u jego kolebki. Tym, którzy nie upadłszy po utracie swej szkoły głównej, doczekać też zdołają, oby jak najrychlejszego, jej wskrzeszenia, od stóp naszej prastarej »Almae matris« przesyłamy obrzędowe: »Quod felix, faustum, fortunatumque sit«.

Ciechanowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Walka lekarzy dolnoaustryackich z władzami zaostrza się. Dwa ze starostw dolnoaustryckich ogłosiły, że zakazują lekarzom przemilczać w doniesieniach o przypadkach chorób zakaźnych właściwe rozpoznanie, gdyż tak ułożone doniesienia nie mają żadnej wartości i sprzeciwiają się przepisom. Za przekroczenie zakazu grożą te starostwa karami na zasadzie rozporządzenia cesarkiego z r. 1854 i ministeryalnego z r. 1857. Wobec tego wydział walczącej organizacyi ma poczynić przygotowania, aby na repressyę ze strony władz odpowiedzieli wszyscy lekarze gminni równoczesnem zbiorowem wypowiedzeniem swych stanowisk. *R.*

Z przetworów leczniczych dopuściło ministerstwo spraw. wewn. do ogólnego obrotu w aptekach *»Pastilli jodoferratini comp.«* wyrobu apt. Jahra w Krakowie po dopełnieniu niektórych warunków, nie dopuściło zaś na razie *»Syrup. valeriano-bromat. compos.«* tegoż wyrobu i przetworu *»Antipositin«*, wyrobu Wagnera w Berlinie. (Rozp. Namiestnictwa we Lwowie z 2. I. 06. L. 189.597. i 5. II. 06. L. 14904). W reskrypcie zaś z 23 I. 1906. L. 51.956/05 zwróciło ministerstwo uwagę na to, że przyjmowanie przez apteki na skład i wydawanie przez nie lekarzom próbek przetworów zagranicznych, do ogólnego obrotu w Austryi niedopuszczonych, wykracza przeciw obowiązującym przepisom. (Rozp. Nam. z 2. II. 06. L. 13180).

[1]) »Pamiętnik Towarz. lek. warszawskiego« 1897/8.

W sprawie wiejskich zimowych kolonii dla dzieci miejskich zabiera głos w »Kronice lek.« (Nr. 3. 1906) Dr. Józef Jaworski, surowo krytykując sentymentalne projekta wysyłania dzieci warszawskich na zimę do chat włościańskich, których warunki higieniczne są pod każdym względem opłakane i bodaj nie lepsze od tych, w jakich żyją dzieci miejskie. Również złe są warunki żywienia się włościan naszych, zwłaszcza w zimie, przeto pomysł kolonii zimowych w tej postaci, w jakiej go podano, uważać należy za myśl poronioną.

Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 marca 1906.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego we środę dnia 28 lutego b. r. przedstawiali koll. Borzęcki, Brzeski, Latkowski i Nowotny przypadki chorobowe, a kol. Stahr wyłożył rzecz p. t. »O zmianach we krwi chorych leczonych sposobem Biera«.

— Wydział Izby lek. wschodnio-gal. uchwalił na wniosek dr. Mikołajskiego wnieść na najbliższym wiecu Izb sprawę nowej ustawy o tłumieniu epidemii, oraz postanowił utworzyć biuro informacyjne o opróżnionych posadach w kraju. Izba urządziła ankietę w sprawie normy ordynacyi i dyspenzacyi leków na koszt funduszów publicznych celem przedłożenia w tej sprawie referatu Namiestnictwu.

— W sekcyi jarosławskiej Towarz. lek. gal. wybrano ponownie przewodniczącym dr. Czyżewicza, zastępcą dr. Dietziusa, sekretarzem naukowym dr. Fechtera, sekretarzem administracyjnym dr. Puzona, wydziałowym dr. Sawickiego. Delegatami na walne zgromadzenie Tow. lekarz. galic. wybrano dr. Czyżewicza i dr. Fechtera, zaś ich zastępcami dr. Meiselsa i dr. Sawickiego.

Sekcya jarosławska jest jedną z najliczniejszych i najruchliwszych sekcyi Tow. lek. gal. Odbywa regularnie posiedzenia naukowe, najczęściej w szpitalu powszechnym w Jarosławiu, na których wygłaszane bywają liczne odczyty, zbiorowe referaty i przedstawiane interesujące przypadki i preparaty anatomo-patologiczne ze szpitala i praktyki.

— Na koszta wieńca na trumnę śp. dr. Kusego, zmarłego d. 20 grudnia 1905 w Wiedniu, złożyli lekarze, zostający w gal. służbie politycznej, kwotę 140 koron. Po opędzeniu wszystkich kosztów, pozostałość w kwocie 80 koron złożono do funduszu wdów i sierót po lekarzach pod zarządem Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

— W Lublinie zawiązał się komitet, do którego z lekarzy należą dr. Dobrucki i Piętkowski, celem zbudowania pod Lublinem (w Świdniku) sanatoryum dla suchotników, na gruntach leśnych, należących do lubelskiego szpitala św. Wincentego. Sanatoryum to ma być otwarte w r. 1907 i uwolni szpitale lubelskie od balastu chorych na gruźlicę. Donosząc o tem, »Gazeta lekarska« dodaje: »W Warszawie zarząd szpitalów, chociaż ma także w zawiadywaniu duże majątki, należące do szpitali, zdaje się nie wiedzieć, iż w każdym z nich setki suchotników dogorywa i roznosi zarazę między sąsiadami, — lecz tenże zarząd coraz to nowe rozpisuje konkursy na ordynatora nadetatowego (świeżo do szpitala św. Łazarza na zarządzającego, naturalnie za darmo, pracownią anatomopatologiczną i bakteryologiczną)«.

— W Wiedniu zawiązało się »Towarzystwo badania dzieci« (Verein für Kinderforschung) pod przewodnictwem doc. Reichera.

— W sprawie opieki nad dziećmi i badania dzieci odbędzie się w październiku r. b. zjazd w Berlinie. Wyjaśnień udziela prof. dr. Münch, Berlin W. 30, Luitpoldstr. 22. Komitet zjazdu wzywa do udziału fizyologów, psychologów, biologów, koła nauczycielskie, wychowawców młodzieży cieleśnie i umysłowo upośledzonych (głuchoniemych, ślepych, głupkowatych, zwyrodniałych i t. d.), dalej pedyatrów, psychiatrów, prawników (sprawa młodocianych przestępców!), wreszcie rodziców i opiekunów dziatwy.

— Na III międzynarodowym zjeździe w sprawie lekarskiej elektrologii i radyologii, mającym się odbyć w Medyolanie 5—9 września b. r., jest sprawozdawczynią jednego z 11 przedmiotów, objętych porządkiem dziennym, dr. J. Joteykówna z Brukseli, która mówić ma na temat: »Pobudliwość mięśni i nerwów«. Zgłoszenia na zjazd przyjmuje prof. Doumer, Lille, 57, rue Nicolas-Leblanc, a w Austryi prof. Schiff w Wiedniu, I, Maximilianstrasse 13.

— Prof. August Bier otrzymał za swe prace o leczeniu przekrwieniem biernem od wydziału lekarskiego w Heidelbergu nagrodę Kussmaula.

Z początkiem marca wychodzić zacznie nakładem księgarni Borntraegera w Berlinie, SW. 11, nowe pismo p. t. »Hygienisches Centralblatt«, mające zdawać jaknajrychlej sprawę z ruchu naukowego w zakresie higieny, z pierwszej ręki i ściśle rzeczowo. Dlatego redakcya tego pisma zaprasza wszystkich autorów, by nadsyłali jej przez siebie opracowane streszczenia swych prac z tego zakresu. Kierunek pisma objął dr. Paweł Sommerfeld. Do grona stałych współpracowników zaproszony został dr. Filip Eisenberg z Krakowa.

— Co do liczby słuchaczy medycyny w roku b. zajmuje Kraków wśród uniwersytetów austryackich miejsce czwarte (298), Lwów siódme i ostatnie (146).

— W tygodniu od 18—24 lutego 1906 doniesiono w Galicyi o nowych przypadkach ospy: w 5 gminach 15 nowych chorych (w pow. Brody: m. Brody 2, Bielawce 2, Koniuszków 1, w pow. Chrzanów: m. Chrzanów 8, Balin 2); duru osutkowego: w 19 gminach 83 nowych chorych, a mianowicie w m. Lwowie (1, zachorował podróżujący agent handlowy), w m. Krakowie (1, zachorował zarobnik dzienny pracujący przy zamiataniu ulic), w pow. Buczacz (Dobropole 11), Jaworów (Bonów 1, Ożomla 1, Zmijowiska 5), Gródek (Małkowice 2), Horodenka (Żuków 2), Kamionka (Radziechów 5), Przemyślany (Gliniany 2), Rawa (Rzeczyca 4), Stanisławów (m. Stanisławów 3, zachorowała nauczycielka szkoły ludowej w Knihininie wsi i 2 prebendaryuszy przytułku Br. Alberta), Stary Sambor (Grodowice 6), Stryj (Wołosianka 5, Żulin 2), Tarnopol (Chodaczków 23), Tłumacz (Przybyłów 1), Żółkiew (Przystań 7, Prowata 1); nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych: w 21 gminach 38 nowych chorych.

Mianowani: Dr. Gradenigo profesorem oto-ryno-laryngologii w Turynie.

Powołani: Prof. Pfaundler z Gracu na miejsce prof. Rankego do Monachium.

Zmarli: Dr. Popow, b. prof. anatomii w Charkowie; prof. Nitze, wsławiony wynalazkiem cystoskopii, nagle z udaru mózgowego w Berlinie.

Dr. Napieralski, wychodźca z roku 1863, w Pont Audemer we Francyi; dr. Wincenty Kwiatkowski, w 79 r. ż. w Humaniu (gub. kijowskiej), żegnany z powodu zacności swego charakteru, niepospolitych zdolności i gorliwej pracy zawodowej i społecznej głębokim żalem kolegów.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 7. Skłodowski: Przypadek choroby Basedowa, leczony zapomocą promieni Roentgena. Higier: Paralysis agitans w świetle piśmiennictwa lekarskiego ostatniego dziesięciolecia.

— *Medycyna* Nr. 7. Kohn: O działaniu kwasów, w szczególności kwasu solnego na bakterye. Flatau i Koelichen (c. d. z Nr. 6).

— *Tygodnik lekarski* Nr. 8. Bylicki: Niezwykłe źródło zakażenia połogowego. Przyczynek do powstawania najmniejszych przetok pochwowoprostnicowych. Reiss: Spostrzeżenia z dziedziny okulistyki w sztuce włoskiej (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 3. Sędziak: Przewlekły zanikowy nieżyt nosa. Giedgowd: Przymiot pozapłciowy. Giedroyć: Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce.

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* 1905 Zesz. 4. Kucharzewski: Badania doświadczalne nad wpływem surowic leczniczych i normalnej końskiej na krew. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. Bucelski: Dzieje budowy zakładu dla obłąkanych w Królestwie polskiem oraz stan obecny szpitala w Tworkach. Męczkowski: Historya szpitali św. Ducha i św. Trójcy w Kaliszu.

— *Časopis lekařův českých* Nr 7. Šamberger, Spilka (c. d. z Nr. 6). Vyšin: Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. Rádl: Hans Driesch. Pelnář: Symmetrická gangréna prstů (nemoc Raynaudova).

— *Liječnički Vijestnik* Nr. 2. Teufel: Prinosi chiruržkoj kasuistici. Gutschy: Slučaj phlegmonozne gastritide. Dežman: Diagnoza i prognoza tuberkuloze. Thiery: Liječenje Bierovom hyperaemijom. Marković: Osvrt na zakonsku osnovu o zdravstvu.

— *Russkij Wracz* Nr. 3. Rybakow: Zaburzenia umysłowe w związku ze współczesnymi wypadkami politycznymi. Danczakowa. O znaczeniu komórek plazmatycznych w śluzniance królika. Leszczyński: Przypadek mleczystej puchlicy brzusznej i opłucnej. Bek: Osteoarthritis deformans endemica w kraju zabajkalskim. Lingen: O związku między włókniakami macicy, a sercem.

— *Presse medicale* Nr. 14. Ingegnieros: Rzekome objawy histerycznego porażenia połowiczego. Souligoux i Lapointe: Zadzierżgnięcie jelita biodrowego i jajowodu w nieprawidłowym uchyłku otrzewnej miednicznej. Lévy i Baudouin: Głębokie wstrzykiwania w leczeniu uporczywej rwy twarzowej. — Nr. 15. Le Dentu: Pochylenie macicy ku tyłowi. Calmette i Breton: Niebezpieczeństwo spożywania prątków gruźliczych, zabitych zapomocą gorąca.

— *Semaine médicale* Nr. 8. Carnot: Ropnie podprzeponowe.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 9. Hansemann: Krzywica jako choroba społeczna. Ewald: Krew i krwotoki w chorobach narządu pokarmowego. Neuberg i Strauss: W sprawie składu azotu pozostałego (Reststickstoff) we krwi i płynach surowiczych. Wolff-Eisner: O czynnej limfocytozie i limfocytach. Alexander: W sprawie wyleczenia gruźlicy krtani. Finder: Chirurgiczne leczenie gruźlicy krtani. Bruhns (dok. z Nr. 8).

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 8. Loeffler: Wykrycie prątków durowych w kale, ziemi i wodzie drogą hodowli z pomocą zieleni malachitowej. Seidel: Przyrząd do doleczania otwartej odmy opłucnej. Blumreich: W sprawie hebotomii. Lindemann: Wyniki doświadczeń z melioformem, jako środkiem do odkażania rąk i narzędzi. Lublinski: Ostra jodzica i ostre zapalenie gruczołu tarczowego. Ringleb: Cystoskop według za adv. Maisonneuvea. Axmann: Nowa chłodnica do lamp finsenowskich. Hamm: Sztuczne błony bębenkowe z parafiny. Philippson: Kąpiel czterokomórkowa najprostsza.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 8. Kreibich: W sprawie etyologicznego leczenia kiły. Frommer: O przekrwieniu sposobem Biera, szczególnie w doleczaniu i leczeniu zgorzeli starczej. Benedikt: Czy teorya zarodzi *(blastema)* Rokitanskyego ma podstawy lub nie? Bartel i Neumann: O doświadczalnej gruźlicy inhalacyjnej u morskich świnek.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 8. Spiess: Znaczenie znieczulenia w leczeniu zapalenia. Schafer: Przyczynek do techniki szwu rzepki. Pfeiffer: O badaniu roentgenowskiem tchawicy przy guzach i wysiękach w klatce piersiowej. Berndt: W sprawie doszczętnej operacyi przepukliny udowej. Dreyfus: O urazowej nieruchomości źrenicy. May: Nowy sposób barwienia metodą Romanowskyego. Tomaszewski i Erdmann: O nowych środkach do farbowania włosów. Adam: Przypadek porażenia nerwu odwodzącego po znieczuleniu lędźwiowem. Hueber: Rzadka przyczyna uwięźnięcia jelit. Knauer: Porażenie postępujące. Bracco: Ortopedya brzucha. Neupauer, Werner: Światłotwórczość tkanek jako czynnik biologicznego działania promieni.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 7 marca 1906 o godz. 6 wieczorem

w klinice ginekologicznej.

Na posiedzeniu będą przedstawiane i omawiane przypadki kliniczne.

Rok XLV. Kraków 10 Marca 1906. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie (prym. dr. Antoni Krokiewicz).

Spostrzeżenia nad działaniem surowicy Marmorka w gruźlicy płuc.

Podali

Dr. A. Krokiewicz i **Dr. B. Engländer**

prymaryusz. sekundaryusz oddz.

Zdania co do swoistego działania leczniczego surowicy Marmorka w przypadkach gruźlicy płuc są bardzo podzielone, jak tego dowodzi przebieg odnośnych rozpraw na międzynarodowym kongresie dla zwalczania gruźlicy w Paryżu w r. 1905. Wobec ważności sprawy postanowiliśmy rozpocząć szereg doświadczeń z surowicą Marmorka na chorych, dotkniętych gruźlicą płuc i wyrobić sobie własny sąd o jej skuteczności. Surowicy dostarczył nam z całą gotowością dr. Marmorek, za co mu na tem miejscu składamy podziękowanie. O wyniku naszych badań przesłaliśmy listownie dr. Marmorkowi sprawozdanie.

Surowicę przeciwgruźliczą zastosowaliśmy w 8 przypadkach chorobowych (1 m. 7 k.) i to we wszystkich trzech okresach gruźlicy płuc, postępując według wskazówek Marmorka. Używaliśmy jedynie dawki 10 cm³., gdyż na jednym przypadku (nr. 8) gruźlicy, poprzednio już podleczonej w szpitalu, przekonaliśmy się, że dawka ta nie działa na ustrój szkodliwie. Wstrzykiwaliśmy ją zawsze w tkankę podskórną powłok brzusznych lub pośladków, zachowując wszelkie ostrożności aseptyki. Igłę ze strzykawki Luera zawsze przed wstrzyknięciem wygotowywaliśmy; okolicę wstrzyknięcia obmywaliśmy wyskokiem, eterem i sublimatem. Również i ręce nasze za każdym razem ulegały gruntownemu odkażeniu.

Działanie lecznicze surowicy Marmorka nie przedstawia się w naszych przypadkach pomyślnie. Jakkolwiek niekiedy z początku mogliśmy zauważyć jakby dodatni wpływ wstrzykiwań surowicy na stan ogólny chorych, to jednakże zjawisko to było krótkotrwałe i przemijające; wkrótce bowiem prawie zawsze występowało trwałe pogorszenie. Ta okoliczność, jak i inne uboczne objawy, które uważać należy za następstwa swoistego działania surowicy, zmusiły nas do zaprzestania dalszych doświadczeń.

We wszystkich przypadkach chorobowych z wyjątkiem jednego (nr. 8) można było zawsze bez wyjątku zauważyć po stosowaniu surowicy podniesienie się ciepłoty ciała, niekiedy bardzo znaczne, bo do 40·7° C. To podniesienie się znaczne ciepłoty ciała utrzymywało się nietylko podczas wstrzykiwań, ale także w czasie przerwy. Częstokroć występował tor gorączki o znacznych wahaniach (36·5—40·7°) i to w przypadkach, w których przed rozpoczęciem leczenia surowicą był zaledwie stan podgorączkowy. Rzadko kiedy w przerwach między wstrzykiwaniami chore były bez gorączki, choć nie da się zaprzeczyć, że nieraz w tym okresie gorączka była rzeczywiście niższa, niż w okresie wstrzykiwań. Wogóle musimy z naciskiem podnieść niekorzystne działanie surowicy przeciwgruźliczej Marmorka ze względu na przebieg gorączki.

Niemniej uwidocznić należy ujemny wpływ surowicy ze względu na uboczne przypady, zależne od jej swoistej przyrody. Dość często spostrzegaliśmy u naszych chorych nietylko miejscowe zmiany po wstrzyknięciu surowicy, jak: zaczerwienienie, bolesne nacieki, rozległe wynaczynienia, ale także objawy ogólnej intoksykacyi, jak wysypkę na skórze, świąd skóry, obrzęk i bolesność gruczołów pachwinowych, ogólne osłabienie, ból głowy w kościach, wymioty i biegunkę, bardzo silne podniecenie nerwowe, niepokój, majaczenia, bezsenność.

Zmiany miejscowe na skórze ustępowały po kilku dniach pod wpływem okładów z octanu glinowego i tylko w jednym przypadku u chorej bardzo wyniszczonej rozwinęło się pod koniec życia ropienie i zgorzel na kończynie dolnej lewej.

W żadnym przypadku chorobowym nie mogliśmy po wstrzykiwaniach surowicy Marmorka zauważyć trwałego polepszenia ogólnego sprawy chorobowej, przeciwnie prawie zawsze można było stwierdzić szerzenie się procesu gruźliczego w płucach już to powolniejsze, już też szybsze; kaszel, ilość plwocin, dreszcze i poty nie ulegały zmianie, waga ciała prawie zawsze spadała znacznie, występowało znaczne osłabienie. Chore opierały się stosowaniu wstrzykiwań. Po zaniechaniu leczenia surowicą ogólny stan chorych się polepszał, gorączka była mniejsza.

Wogóle nasze spostrzeżenia nad działaniem surowicy Marmorka w ustroju ludzkim nie przemawiają za tem, by je w praktyce prywatnej zalecać. Z drugiej strony jednak wstrzymać się musimy z wydaniem ostatecznego sądu o tym środku, gdyż doświadczenia nasze na 8 chorych nie są wystarczające do należytego ocenienia nowego bądź co bądź sposobu leczenia.

Poniżej przytaczamy krótki wyciąg z zapisków, poczynionych w pojedynczych przypadkach chorobowych na oddziele, celem ilustracyi powyższych spostrzeżeń.

1. Kazimierz P., l. 26, słuchacz uniwersytetu, przyjęty 2/1 1906. Chory od kilku miesięcy; dziedziczności wykazać nie można. Rozpoznanie kliniczne: *Phthisis florida pulmonum.* W szczycie prawym jama: zresztą sprawa rozsiana w płucach. Gorączka waha się od 37—3.,0° C, poty nieznaczne, kaszel, apetyt dobry, w plwocinach prątki Kocha.

4/I wstrzyknięcie 10 ccm surowicy Marmorka. Przez następne 3 dni wstrzykiwania tej samej ilości surowicy. W czasie wstrzykiwań poty rozpływne, wystąpiło kłucie w boku lewym, duszność, gorączka znacznie wyższa o typie przerywanym od 36·6—40·7° C, osłabienie większe, rozdrażnienie bardzo znaczne, ból głowy, zupełna utrata apetytu. Chory nie zgadza się na dalsze wstrzykiwania, gdyż po nich czuje się gorzej i doznaje nieopisanego uczucia trwogi i duszności, majaczy, zrywa się z łóżka. Przedmiotowo rozszerzenie się sprawy chorobowej na płat dolny lewego płuca. Wstrzykiwania przerwano; chory coraz więcej podupada na siłach, pojawia się chrypka i ból w gardle przy połykaniu *(Tbc. laryngis)*. 8/II 1906 *exitus letalis*.

2. Marya M., l. 27, wyrobnica z Krakowa, przyjęta 6/12 1905. Dziedziczności nie można wykazać. Rozp. *Infiltratratio utriusque apicis pulm. Puerpera*. Chora poci się, kaszle, odpluwa dużo, gorączkuje 37—40° C.; w plwocinach prątki Kocha. Pierwsze wstrzyknięcie 31/12, 1905; w całości otrzymała 12 wstrzyknięć po 10 ctm. Chora coraz bardziej podupada na siłach, tętno szybkie, małe, miękkie, 132; kaszel duży, poty rozpływne, brak apetytu. Po wstrzyknięciu XI-tem zaczerwienienie, obrzęk i wynaczynienie wielkości dłoni na pośladku lewym, rwanie w całej lewej kończynie dolnej. Wogóle po każdem wstrzyknięciu silny odczyn zapalny miejscowy i upadek sił coraz większy. Dnia 20/1 1906 stwierdzono odleżyny na kości krzyżowej i w okolicy obu krętarzy, obrzęk kończyny dolnej lewej obok silnego zaczerwienienia i owrzodzenia zgorzelinowego na przedniej stronie uda lewego. Nad całem płucem lewem z przodu i z tyłu wypuk stłumiony, szmery oskrzelowe pokryte licznemi rzężeniami drobno- i średniobańkowemi — w szczycie prawym wdech i wydech oskrzelowy, rzężenia dość liczne. 5/2 1906 *exitus letalis*.

Protokół oględzin pośmiertnych, dokonanych w Zakładzie anatomii patolog. Uniw. Jag., opiewa pokrótce: Stare duże jamy gruźlicze w obu szczytach, głównie w lewym; w całym górnym płacie lewym naciek rozlany gruźliczy. W dolnym płacie płuca lewego i w płucu prawem ogniska rozsiane; rozległe zrosty opłucne obustronne w górnych częściach płuc. Serce rozszerzone, tętnice wązkie. Wątroba i śledziona prawidłowe. Macica mała. Obrzęk kończyny dolnej lewej, zakrzep żyły udowej lewej; na przedniej stronie uda lewego w tkance podskórnej naciek ropny i owrzodzenie wielkości dłoni noworodka o dnie i brzegach nierównych, strzępiastych, szaro-zielonkowatych. W okolicy krętarzy i kości krzyżowej odleżyna powierzchowna. Wyniszczenie znaczne.

3. Joanna K., l. 35, żona wyrobnika z Wolicy ługowej; przyjęta 11/1 1906. Dziedziczności nie można wykazać. Rozp.: Gruźlica płuc. Zajęte oba szczyty. Dreszcze, gorączka (37°—38·4 C.), poty, kaszel, odpluwanie obfite, ropne; w plwocinach prątki Kocha.

15/1 1906 pierwsze wstrzyknięcie; wszystkich 9, każde po 10 ctm. Z początku po wstrzykiwaniach czuje się chora trochę lepiej, po VI-tem wstrzyknięciu stan wybitnie gorszy, cieplota ciała wzmaga się do 39·2° C. i wyżej, osłabienie ogólne, rozdrażnienie, poty duże, kaszel, obrzęk i bolesność gruczołu pachwinowego lewego. Po dalszych wstrzykiwaniach stan coraz gorszy, chora spada z ciała (waży mniej o 1·10 klgr., niż z początku leczenia); na całej skórze występuje rozsiana wysypka żywo czerwona, guzkowa *(urticaria)*; brak apetytu, biegunka; w nocy chora niespokojna, majaczy. Chora nie pozwala na dalsze wstrzykiwania. Zmiany w płucach nie okazują zaostrzenia, stan podmiotowy gorszy. Chora opuszcza szpital na własne żądanie 10/2 1906 bez widocznego polepszenia.

4. Anna S., l. 26, służąca z Krakowa. Przyjęta 28/12 1905. Dziedziczności nie można wykazać. Rozp.: *Tuberculosis pulmonum. Laryngitis tbc.* — 2/1 1906 pierwsze wstrzyknięcie; wszystkich 12, po 10 ctm. Chora z początku nie gorączkuje i czuje się podmiotowo raz lepiej, drugi raz gorzej. W plwocinach bardzo dużo prątków Kocha (według skali Czaplewskiego 20/1). Po VII-em wstrzyknięciu stan się pogarsza, apetytu brak, chora zaczyna gorączkować do 38·7° C. a po XI-em wstrzyknięciu gorączka dochodzi nawet do 40·1° C., wystąpiły poty rozpływne. Po VIII-em wstrzyknięciu pojawiła się wysypka żywo-czerwona guzkowa na obu kończynach górnych i na twarzy, wystąpił ból w nogach pod kolanami, w żuchwach (chora nie może ruszać ustami); osłabienie coraz większe. Po XII-tem wstrzyknięciu w miejscu wstrzyknięcia na pośladku prawym zaczerwienienie i bolesność, obrzęk i bolesność gruczołu pachwinowego prawego. Ciężar ciała zmniejszył się w czasie leczenia wstrzykiwaniami o 5·80 klgr., czyli blisko o 6 klgr. (51·8 klgr., 46 klgr.). Chora nie zgadza się na dalsze leczenie surowicą, wobec czego przystąpiono do leczenia zwykłego objawowego. Po odstawieniu surowicy gorączka nieco opada, chora jednak coraz bardziej słabnie. Wychodzi ze znacznem pogorszeniem dnia 15/2 1906.

5. Zuzanna S., l. 33, żona wyrobnika z Niedźwiedzia. Przyjęta 28/12 1905. Dziedzicznie nie obciążona. Przed 6 miesiącami poród. Rozp. klin.: *Condensatio apicum, praec. d. Enteritis.* Chora gorączkuje od 36·6—38·2° C. Badanie plwocin na prątki Kocha z wynikiem dodatnim (Czaplewski 15/1).

Waga ciała 47·7 klgr. Pierwsze wstrzyknięcie 15/1 1906; wszystkich razem 18 po 10 ctm. Przez cały czas leczenia biegunka i ból brzucha. Chora wzdraga się przed każdem wstrzyknięciem; po IV-tem wstrzyknięciu powstały napadowe bole brzucha i pod piersiami, wymioty, dreszcze i poty rozpływne, gruczoły pachwinowe brzękną; po XVI-tem wstrzyknięciu odpluwanie obfite, kaszel duży. Chora coraz słabsza, spadła z ciała o 7 klgr. 60 dgr. (12/3 1906 waży 40·10 klgr.). Zaprzestano wstrzykiwań na żądanie chorej. Gorączka i przypady ogólne po zaprzestaniu wstrzykiwań surowicy nieco się zmniejszają, chora coraz więcej słabnie. 14/2 1906 opuszcza szpital ze znacznem pogorszeniem.

6. Helena K., l. 17, wyrobnica z Krakowa. Dziedzicznie nie obciążona. Od dwóch lat chora, kaszel. Przyjęta 23/1 1906. Rozp.: *Infiltratio utriusque apicis pulm. Concretiones pleurae sin. cum epicardio Pericarditis sicca. Ulc. tbc. intestin.* Stan podgorączkowy. Waga ciała: 37·95 klgr. Pierwsze wstrzyknięcie 26/1 1906, wszystkich razem 9 po 10 ctm. Dreszcze i poty silniejsze, ciepłota dochodzi do 40° C. Po IV-tem wstrzyknięciu występuje obrzęk i bolesność gruczołów pachwinowych, a po V-tem rozległe zaczerwienienie i bolesność w miejscu wstrzyknięcia, co następnie za każdem wstrzyknięciem się pojawia; brak apetytu, kłucie w obu bokach, ból w kolanach, osłabienie znaczne. W plwocinach prątki Kocha dość liczne. Chora nie zezwala na dalsze stosowanie wstrzykiwań. Po zaniechaniu ich gorączka mniejsza, chora swobodniejsza, czuje się podmiotowo lepiej, spadła jednakże z ciała o 1 klgr. (36·90 klgr.). Badanie fizyczne wykazuje znaczne rozszerzenie się sprawy gruźliczej w płucach. Opuszcza szpital z pogorszeniem.

7. Antonina W., l. 29, wyrobnica z Krakowa. Przyjęta 31/1 1906. Dziedzicznie nie obciążona. Rozp.: Gruźlica płuc i obrzęk chroniczny śledziony. W plwocinach dużo prątków Kocha. Waga ciała 47 klgr.; kaszel, dreszcze, poty. Pierwsze wstrzyknięcie 2/2 1906; wszystkich razem 8 po 10 ctm. Kaszel, dreszcze i poty utrzymują się w tem samem nasileniu, gorączka nad 39° C., apetyt mały, chora traci na wadze (waży 12/2 1906 46·3 klgr.) i coraz bardziej słabnie. W miejscach wstrzyknięcia bolesne nacieki; chora nie godzi się na dalsze leczenie surowicą. Po zaniechaniu wstrzykiwań gorączka niższa, jednakże stan ogólny chorej nie lepszy; poty rozpływne. Badaniem stwierdzić można szybko rozwijającą się gruźlicę płuc. Chora wychodzi ze znacznem pogorszeniem 21/2 1906.

8. Agata C. l. 33, służąca z Drożkowa. Przyjęta 2/11 1905. Dziedziczności nie można wykazać. Rozp.: *Induratio apic. et lobi infer. pulm. dex. Haemoptöe.* Chora leżała przez

6 tygodni w szpitalu i miała się bardzo dobrze; nie pluła krwią. Zmiany chorobowe w płucach polegały na przytłumieniu w płucu lewem w szczycie do grzebienia łopatki i od połowy łopatki ku dołowi i szmerach oskrzelowych bez rzężeń w miejscach przytłumienia. W czasie leczenia surowicą krwioplucie nigdy się nie pojawiło. Z początku apetyt gorszy, później jednak się poprawił. Chorej zastosowano 19 wstrzyknięć po 10 ctm. surowicy; znosiła je bardzo dobrze. Waga chorej zwiększyła się o $^1/_2$ klgr. Stan płuc nie uległ żadnej zmianie. Dnia 4/2 1906 opuściła szpital w stanie nie lepszym, niż ten, w jakim się znajdowała przed rozpoczęciem wstrzykiwań.

Po ukończeniu naszych doświadczeń spotkaliśmy się z dwiema pracami w sprawie działania leczniczego surowicy Marmorka, ogłoszonemi w *Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 4, r. 1906, przez prof. E. Stadelmanna i A. Benfeya z Berlina, tudzież Ernesta Levina ze Stockholmu. Wyniki obu prac wprost przeciwne. Gdy Stadelmann odmawia surowicy Marmorka w zupełności działania leczniczego w gruźlicy płuc (badał 5 przypadków chorobowych), to Levin na podstawie spostrzegania 156 przypadków uważa ją za bardzo skuteczny i dzielny środek leczniczy i podaje nawet 69 prc. polepszenia przy gruźlicy daleko posuniętej.

Dziwnym przypadkiem wyniki nasze są zupełnie identyczne pod każdym względem z zapatrywaniami Stadelmanna i Benfeya.

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Chlorek barowy jako środek sercowy.

(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

Docent Witold Orłowski.

(Ciąg dalszy).

Przechodzę teraz do rozbioru przytoczonych historyi chorób. Ze względu na rodzaj sprawy chorobowej można omawiane przypadki rozdzielić na 3 gromady. Do pierwszej należą przypadki z mniej lub więcej wyraźnemi zmianami zapalnemi samego mięśnia sercowego (III. V, VI, X) i miażdżycowemi zmianami w tętnicach, nie wyłączając w niektórych z nich nawet tętnic wieńcowych serca (III, X). Do drugiej gromady zaliczam przypadki, w których było osłabienie serca u chorych na miażdżycę naczyń krwionośnych bez powikłania zapaleniem mięśnia sercowego i bez zajęcia zastawek (IV, VII, IX). Trzecia gromada wreszcie składa się z chorych na wadę serca w okresie zaburzenia wyrównania czynności serca bez jednoczesnych zmian samego mięśnia (I, II, VIII). Działanie chlorku barowego we wszystkich trzech gromadach przypadków było niejednostajne. Ze zmian, powstających pod wpływem tego leku, najpierw należy zaznaczyć wzmożenie napięcia tętna i stwardnienie tętnic sprychowych. W niektórych przypadkach tętnice sprychowe pod wpływem chlorku barowego stawały się wyraźnie twardsze, oporniejsze, nawet drutowato napięte (I, II, VII). Tę zmianę cech tętna i ścian tętnic spostrzegałem najrzadziej w przypadkach miażdżycy tętnic; w przypadkach rozległej miażdżycy, którą były zajęte nietylko dostępne dla badania tętnice obwodowe, lecz w niektórych i naczynia wieńcowe serca, zmian tych nie spostrzegałem wcale (VI, VII, IX, X). Zresztą i w przypadkach, w których tętnice obwodowe były miękkie, sprężyste lub dotknięte dopiero początkowem stwardnieniem, zmiany te występowały niezawsze jaskrawo. Następną najczęstszą zmianą, którą wywoływał chlorek barowy, jest zwolnienie czynności serca. I tu jednak w przypadkach, powikłanych zapaleniem mięśnia sercowego, było to najmniej stałe. W jednym z nich częstość skurczów serca, z początku pod wpływem chlorku barowego zmniejszona, wracała w dalszym ciągu zażywania leku do pierwotnej (V), w innych znów przypadkach chlorek barowy nie wpływał wcale na częstość skurczów serca (III, VI). Jeśli u chorego czynność serca była niemiarowa i na tyle nieprawidłowa i osłabiona, że niektóre skurcze nie dochodziły do tętnic sprychowych, jako fala tętna, co wyrażało się niejednakową liczbą skurczów serca i tętna, to w tych przypadkach chlorek barowy oprócz zwolnienia czynności serca obniżał, niekiedy zaś usuwał zupełnie tę różnicę (II, IV, V, VI). W przypadkach jednak z zajęciem sprawą zapalną samego mięśnia sercowego niemiarowość pod wpływem dłuższego zażywania chlorku barowego powracała lub nawet wzmagała się (III, V, VI, X). To samo spostrzegałem pod wpływem dłuższego stosowania baru i w niektórych przypadkach z dwóch innych gromad, naprzykład w przyp. I i IV. Fala tętna pod wpływem chlorku barowego albo się nie zmieniała (V, VI, VII, IX, X) albo też zwiększała się, lecz w razie dłuższego zażywania leku znów się obniżała w okresie silnego napięcia tętnicy sprychowej (I, IV, VIII). Ciśnienie krwi w przypadkach pierwszej gromady już to nieznacznie się wahało (X), już to obniżało się (III), już to wreszcie odrazu (III, V) albo powolnie (VI) podnosiło się, następnie jednak stopniowo znów się obniżało, zostając wreszcie na liczbach wyższych niż pierwotne (III, V), lub po okresie wzmożenia nagle opadało nawet niżej liczb pierwotnych (VI).

W przypadkach drugiej gromady ciśnienie krwi zwykle podnosiło się, w jednym przypadku (IV) nawet o 35—40 mlm.; na tym wysokim poziomie utrzymywało się przez cały czas podawania chlorku barowego i spadało odrazu z odstawieniem leku (IV); niekiedy zaś obniżało się nawet jeszcze przy dłuższem stosowaniu baru (IV). W przypadkach wreszcie trzeciej gromady ciśnienie krwi podnosiło się nieraz już w pierwszym dniu zażywania chlorku barowego, wzrastając jeszcze więcej w następnych dniach; w jednym z takich przypadków ciśnienie krwi podniosło się o 45 mlm (I), w innym (VIII) o 40 mlm. Wzmożone ciśnienie krwi po odstawieniu leku albo obniżało się raptownie do pierwotnej wysokości (VIII), albo nieco opadłszy utrzymywało się na jednym poziomie w ciągu 1—2 dni (II); przy dłuższem stosowaniu chlorku barowego obniżenie wzmożonego ciśnienia rozpoczynało się jeszcze wówczas, zanim lek odstawiono (I). Co się tyczy czynności serca, to w niektórych przypadkach można było w okresie podawania baru stwierdzić wyraźne wzmocnienie uderzenia koniuszkowego (I, VIII) i wyraźniejsze tętnienie dołka sercowego, jak również wzmocnienie szmerów sercowych i mruku kociego. Podobne wzmocnienie czynności serca spostrzegałem u chorych trzeciej gromady. W tychże przypadkach chlorek barowy zmniejszał rozmiary stłumienia sercowego (I, VIII), przekrwienie wątroby, duszność, objawy zastoinowe, obrzęki (I, VIII) i zwiększał wydzielanie moczu (I, II, VIII). Jednakowoż te wyniki pomyślne przy dłuższem stosowaniu chlorku barowego mijały

i ustępowały miejsca objawom wręcz przeciwnym, mianowicie tony serca przybierały rytm wahadłowy (II), siła szmerów malała, uderzenie koniuszkowe wydawało się słabszem, ilość moczu znacznie spadała (I, II, VIII), przekrwienie wątroby zwiększało się, powracała duszność (VIII), niekiedy bicie serca, obrzęki zwiększały się. Zwykle takie pogorszenie odpowiadało okresowi najwyższego wzmożenia ciśnienia krwi. W razie jednak gwałtownego wzrostu ciśnienia ilość moczu obniżała się już odrazu (II), rozmiary zaś stłumienia sercowego w najlepszym razie nie zmieniały się, zwykle zaś jeszcze więcej rozszerzały się (II). Nieco inaczej przedstawia się rzecz u chorych drugiej gromady. W przypadkach, w których tętnice były dotknięte sprawą miażdżycową, a serce osłabione, rozmiary stłumienia sercowego zwykle powiększały się (IV, IX), objawy zastoinowe i obrzęki zwiększały się, dobowa ilość moczu przeważnie spadała lub też, po poprzedniem krótkotrwałem wzmożeniu się, nie ulegała zmianie. Pogorszenie trwało nadal i w okresie następowym. Ujemne działanie chlorku barowego ujawniało się jeszcze wyraźniej i jaskrawiej w przypadkach miażdżycy tętnic, przebiegającej z zapaleniem mięśnia sercowego. We wszystkich tych przypadkach bez wyjątku chlorek barowy zwiększał rozszerzenie serca, przekrwienie wątroby, zastoinowe objawy w płucach, obrzęki i duszność i obniżał ilość moczu. Uwagi godną jest również ta okoliczność, że w okresie podawania baru u niektórych chorych tej gromady (VII, X) częściej, niż zwykle, pojawiały się napady dusznicy sercowej. W jednym z przypadków miażdżycy tętnic, powikłanej zapaleniem mięśnia sercowego i przewlekłem śródmiąższowem zapaleniem nerek (VI), ilość białka w okresie podawania baru wyraźnie się zwiększyła. W innym znów przypadku (IV) chlorek barowy zwiększył białkomocz od 0,12 do 0.28—0,3%; temu nie towarzyszyły co prawda inne objawy podrażnienia nerek, lecz jednocześnie nie było i wybitnego zmniejszenia ilości moczu, coby mogło było przemawiać za zastoinowem pochodzeniem białka.

Jeśli porównamy teraz chlorek barowy z innymi środkami sercowymi, które stosowałem u tychże chorych, to łatwo można ocenić ich różną wartość leczniczą. Naparstnica dawała dobre wyniki nawet w przypadkach pierwszej gromady, w których, jak wiadomo, często bywa bezskuteczną: czynność serca wzmagała się, rozmiary stłumienia sercowego zmniejszały się, niemiarowość zmniejszała się lub znikała, tętno stawało się wolniejsze, ciśnienie krwi obniżało się odrazu lub po poprzedniem wzmożeniu, ilość moczu znacznie wzrastała; równocześnie czuli się chorzy podmiotowo znacznie lepiej (VIII, IX, X). Takież wyniki spostrzegałem po stosowaniu gorzykwiatu wiosennego i diuretyny (IV, VI).

(C. d. n.)

Napoje wyskokowe jako środek leczniczy.

Z uwzględnieniem spostrzeżeń poczynionych w roku 1905 w klinice lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał

Dr. St. Szurek
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Wszystkie te doświadczenia dowiodły nadto zgodnie, że co do wymiany istot azotowych pod wpływem wyskoku to w ciągu pierwszych 5—6 dni stałego podawania wyskoku rozpad białka jest nieco wzmożony, po upływie atoli tego czasu nastaje równowaga azotowa, a nawet ustrój odkłada pewną ilość azotu. Z tych badań, w których ścisłość (przynajmniej w amerykańskich) posunięta była do ostatecznych granic i w których nie szczędzono ani kosztów, ani osobistych ofiar, dziś niewątpliwie wypływa, że wyskok jest pokarmem, a przynajmniej inne pokarmy w ekonomii ustroju zastępować może. Inna rzecz, czy jest pokarmem, niezbędnym dla człowieka, pokarmem lichym, czy równej z innymi pokarmami wartości, czy dla swych ubocznych działań nie jest pokarmem niebezpiecznym, czy nadaje się do stałego użytku i czy stosownie do jego wartości kalorycznej nie płaci się zań za drogo. Że jednak w pewnych razach i u pewnych osób wyskok lub też jego przetwory wskutek połączenia z pewnemi ciałami, co do których nie ma najmniejszej wątpliwości, że są pokarmami, może być środkiem odżywczym i to prawie jedynym i do tego nieocenionej wprost wartości, to doświadczenie pod tym względem zdobył już nie jeden z nas u łóżka chorego.

Wyskok jest jednak nietylko pokarmem, jest równocześnie i **używką**, a znaczenia jego jako używki powszechnie się nie docenia. Od niepamiętnych czasów ludzkość używa pewnych używek i nie ma narodu, któryby jakiejś jednej czy kilku narodowych używek nie znał i nie używał. Najstarszym i najwięcej rozpowszechnionym jest bezwątpienia wyskok w najróżnorodniejszej postaci, a zawdzięcza to nietylko swoim własnościom odurzającym, ale i temu, że działa przyjemnie na nasze nerwy smaku i węchu i stanowi także dla nich pożądany bodziec. Na znaczenie używek dla rodu ludzkiego zwrócił pierwszy uwagę Voit i podniósł ich doniosłość; bez nich czyste pokarmy nasze były niesmaczne i nie do użycia i dopiero przez dodatek używek, korzeni, stają się smacznemi i właściwymi pokarmami. Używała ich ludzkość zawsze, a i dziś czyni z nich użytek jeszcze rozleglejszy, niż dawniej i nigdy zapewne bez nich obywać się nie potrafi, a ci, którzy piorunują na wyskok i chcieliby go całkowicie usunąć, zapominają jednak, że i sami nie są bez grzechu, zużywają bowiem w miejsce wyskoku mnóstwo innych używek, np. kawy, herbaty i tym podobnych substancyi, może słabiej działających, niemniej atoli, zwłaszcza przy nadużyciu, nieobojętnych i szkodliwych.

Jeszcze w r. 1877 pisał świeżo zmarły Nothnagel: „Na wszelki sposób nie mają słuszności t. zw. stowarzyszenia wstrzemięźliwości, prowadząc bezpłodną walkę ze wszystkiemi wyskokowemi używkami. Gdyby na ich członków nałożyć zadanie odwrotne, żeby ze swojej strony wyrzekli się swoich drogich używek, jak kawy, herbaty, czekolady, korzeni i żyli tylko czystem białkiem, tłuszczami, solami i wodą, albo przynajmniej, żeby uboższej ludności dostarczyli środków, ażeby mogła używać droższych i wyrzec się tańszych wyskokowych używek, poznaliby wnet swój nierozsądek. Miarę zachować jest koniecznem we wszystkich rzeczach, nie tylko w wyskoku“.

Czy wyskok w dawce choćby najmniejszej jest zawsze trucizną, jadem protoplazmatycznym, za jaki go mają niektórzy (Bunge, Kassowitz, Forel i t. d.), a z nimi wszyscy abstynenci, jest rzeczą bardzo wątpliwą i co do tego brak nam wszelkich naukowych danych. Z farmakologicznego punktu zdawałoby się rzeczą pewną, że wszelka

substancya, która nie jest metalem i która skutkiem tego w ustroju gromadzić się nie może, poniżej pewnej ilości choćby przy wielokrotnym dowozie szkody nie przynosi, ponieważ ustrój pozbywa się jej, a zakłócenie przez nią wywołane, wyrównywa, powyżej atoli tej granicy trwały, choćby niedostrzegalny uszczerbek przynosi. W wymianie materyi ustroju przy rozpadzie protoplazmy tworzą się najgwałtowniejsze trucizny, największe jady, zgubniejsze o wiele od wyskoku, a ustrój jakoś z niemi sobie radzi i żadnej przez nie nie doznaje szkody; w przewodzie pokarmowym powstają trujące ptomainy, w sokach tkankowych, we krwi krążą jadowite wytwory rozpadu, mocz również odprowadza ich sporo. Wśród tysięcy tych ciał, jakie wytwarza przyroda lub stwarza praca twórcza chemika, nie masz ani jednego, choćby najniewinniejszego, któreby powyżej pewnego progu nie było dla człowieka szkodliwe, nie było większą lub mniejszą dla niego trucizną. Taksamo ma się rzecz z wyskokiem. Oznaczyć tę ilościową granicę, od której wyskok za „truciznę“ uważać trzeba, wogóle prawie niepodobna, ponieważ, pomijając inne czynniki, zależy to od cielesnej i psychicznej indywidualności tego, który go używa, a to odważyć w gramach jest trudno. Za taką dawkę nieszkodliwą przyjmują Niemcy 30—40 grm. wyskoku czyli 1 l. piwa lub $^1/_2$ l. wina i to ile możności nie wypijanego codziennie. Pewne osoby nie znoszą nawet tej dawki i dla tych hasłem powinna być wstrzemięźliwość. Inne zniosłyby nawet więcej; hamulcem dla nich atoli powinno być panowanie nad sobą, ich siła etyczna i to przeświadczenie, że jak ze wszystkiemi sprawami ludzkiemi, tak samo ma się rzecz i ze spożywaniem wyskoku i że z tego samego źródła, z którego płynie przyjemność, może wytrysnąć i nieszczęście.

Czy wyskok jest l e k i e m, to do ostatnich czasów zdawało się nie podlegać żadnej wątpliwości. Środkiem swoistym zapewne wyskok nie był, nie leczył choroby, ale miał w medycynie znaczenie objawowe, wielkie i liczne także wskazania. Obecnie pod naporem ruchu przeciwalkoholowego zaczęto mu odmawiać wszelkiej leczniczej wartości. Powstały szpitale, zakłady, które go zupełnie usunęły z listy leków, a ich statystyka ma być nie gorszą od innych statystyk.

Arnold Villanovanus, lekarz francuski z XIII wieku, który wyskokowi nadał nazwę *„aqua vitae“* i uważa go za *„ultima consolatio corporis humani“*, pierwszy zdaje się stosował go w celach leczniczych; za jego przykładem idą inni, wyskok zyskuje sławę i staje się lekiem bardzo cenionym w różnych chorobach z wyjątkiem gorączkowych, w których go pod żadnym warunkiem według ówczesnych pojęć podawać nie wolno. W XIX wieku lekarz angielski T o d d ku zgorszeniu swych kontynentalnych kolegów poczyna go stosować i to w wielkich ilościach, jako środek skrzepiający we wszystkich stanach gorączkowych, wbrew ówczesnemu kodeksowi leczniczemu, dozwalającemu podawać wyskok tylko wodą rozcieńczony i w okresie zdrowienia. Za T o d d e m idą G r a v e s, S t o k e s, B é h i e r, J a c c o u d, M u r c h i s o n, A u t e l l e t i inni, stwierdzając wielką skuteczność wyskoku w gorączce, a zwłaszcza w gorączce durowej. Z Anglii i Francyi prąd ten przechodzi do Niemiec i znajduje tam równie gorących zwolenników. L i e b e r m e i s t e r, R i e g e l, J ü r g e n s e n, L e y d e n i t. d., stwierdzają jego pożyteczne działanie w durze, gorączce połogowej, zgorzeli płuc i t. d. Wyskok zdobywa sobie coraz szerszy grunt, a liczba jego wskazań coraz bardziej rośnie.

Stosuje go się zewnętrznie i wewnętrznie. Wewnętrznie jako bardzo skuteczny, czasem niczem zastąpić się nie dający środek podniecający i skrzepiający w osłabieniach serca i zapadach w przebiegu chorób ostrych gorączkowych, po gwałtownych krwotokach, ciężkich zranieniach, w niektórych zatruciach i t. d., dalej jako środek wzmacniający i odżywczy w przewlekłych stanach chorobowych, połączonych z upadkiem sił, zwłaszcza w suchotach, błednicy, niedokrwistościach, u dzieci krzywiczych, zołzowych i wątłych, czasem jako środek nasenny w niektórych stanach nerwowych, połączonych z bezsennością, w końcu wyjątkowo jako lek przeciwgorączkowy. Jako przeciwwskazanie do podawania wyskoku przyjmuje się wszelkie ostre i przewlekłe choroby mózgu, rdzenia i ich opon, gwałtowne majaczenia w przebiegu chorób ostrych gorączkowych, miażdżycę tętnic i cierpienia nerkowe, również rozległe wrzodziejące sprawy w jelitach. Tak nakreślił J a k s c h jeszcze w r. 1888 wskazania i przeciwwskazania do podawania wyskoku i w tej postaci ostały się one prawie bez zmiany aż po dzień dzisiejszy. I dziś oparci na półwiekowem doświadczeniu najwybitniejszych klinicystów, na dokładniejszej znajomości działania wyskoku, uzyskanej przez eksperyment na zwierzęciu, ostrożniejsi w dawkowaniu, musimy wbrew przesadnym poglądom przeciwników wyskoku uznać go za jeden z najcenniejszych leków. (C. d. n.)

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Merzbach. **O wpływie ruchu na czynność jelit.** (*Archiv für Verdauungskr.* Zesz. VI, 1905). Autor zauważył u wielu osób cierpiących na zaparcie stolca, że ruch jest często czynnikiem, chorobę tę podtrzymującym. Odnosi się to zwłaszcza do kurczowego zaparcia (*obst. spastica*), oraz do osób, u których choroba ta jest tylko objawem innego cierpienia, jak n. p. niedokrwistości. Spokój jest w takich razach obok środków, korzystnie na główne tło chorobowe wpływających (żelazo przy niedokrwistości) czynnikiem, najlepiej regulującym wypróżnienia. Praca Merzbacha oparta jest na bogatym materyale statystycznym. *Schudmak.*

Falkenstein. **Zachowanie się kwasu moczowego i mocznika w dnie.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 8, 1906). Czynnikiem szkodliwym w dnie jest bezsprzecznie kwaśny moczan sodowy, który nie zdołał przejść w mocznik. Ustrój zdrowy broni się zdaniem autora łatwo przed wytwarzaniem się nadmiernej ilości moczanów, produkując dostateczną ilość kwasu solnego w żołądku; u chorego na dnę wydzielanie kwasu solnego jest, zdaniem autora, wskutek zmian gruczołów żołądkowych upośledzone. U chorego na dnę wskutek niedostatecznego wytwarzania się kwasu solnego krew przeładowana jest alkaliami, co sprzyja wytwarzaniu się moczanów. Kwas solny już w żołądku, a może i w jelitach wiąże nadmiar kwasu moczowego. Pozornie korzystne wyniki dotychczas używanego leczenia alkaliami tłómaczy autor tem, że w żołądku chorych na dnę wytwarza się nadmiar kwasów organicznych (masłowego, mlekowego, octowego). Wody alkaliczne zobojętniają te kwasy, a z drugiej strony, pobudzając jelita do większej pracy, wywołują szybszą wymianę materyi, co razem może wpłynąć na polepszenie się stanu ogólnego i sprawiać złudzenie, że choroba ustępuje. Autor odmawia leczeniu alkaliami w dnie istotnej wartości, a poleca stosować kwas solny. *E.*

A. Hoffa. **Surowica przeciwgruźlicza Marmorka.** (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 8, 1906). Autor od 2 lat leczy gruźlicę stawów i kości w swej klinice i poliklinice surowicą Marmorka. Ponieważ po wstrzykiwaniach podskórnych następował w $^1/_3$ części przypadków (ogółem około 40 przypadków) mniej lub więcej silny odczyn miejscowy, przeszedł później Hoffa do podawania surowicy

przez odbytnicę, a wykonuje to od $^1/_2$ roku z bardzo dobrymi wynikami; nie spostrzegał nigdy po wprowadzeniu surowicy do odbytnicy odczynu, ani miejscowego, ani ogólnego. *E.*

Blaschko. **Doświadczenia co do leczenia radem.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 8, 1906). Autor zaleca leczenie radem ograniczonych nowotworów łagodnych i złośliwych, jakoteż wielu chorób skórnych przewlekłych. Działanie radu polega prawdopodobnie na wywołaniu autolizy zmienionych tkanek. W przeciwieństwie do promieni Roentgena jest to leczenie nieszkodliwe, łatwo da się stosować na wszystkich częściach ciała, na błonach śluzowych i nie sprawia bólów *E.*

E. Tobias. **Leczenie fizyczne nawykowego zaparcia stolca.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 6, 1906). Według klinicysty Fleinera w Heidelbergu rozróżniamy dwie postacie nawykowego zaparcia stolca: niedowładne i kurczowe (*obstipatio atonica et obst. spastica*). W przypadkach tych ważnem jest zachowanie się stolca. I tak w zaparciu niedowładnem występuje parcie na stolec bez dostatecznej wydajności, stolec jest skąpy, często zbity, w grudkach prawidłowej grubości, czasem odchodzą drobne kawałki okrągłe lub stanowiące odlew jelita grubego. Częste jest wzdęcie brzucha. W zaparciu zaś kurczowem wzdęcia niema, przeciwnie brzuch jest zapadnięty; czasem tylko powstają napadowe bole brzucha, a wtedy można wymacać odpowiednią skurczoną pętlę jelita. Stolec z początku jest prawidłowy, nagle wskutek skurczu jelita staje się cienki, grubości małego palca lub ołówka, odchodząc w kawałkach większych lub mniejszych. Leczenie poleca T. następujące: w zaparciu niedowładnem dyeta, drażniąca jelita, hydroterapia, t. j. najprzód ogrzanie ciała w kąpieli świetlnej elektrycznej lub też w parowej, w zwykłej gorącej kąpieli lub tez zapomocą ciepłych zawijań, a następnie kąpiele zimne od 28—24° C. stopniowo, a nawet do 18° C. u ludzi młodych, silnych. Przy tem leczeniu chory może oddawać się swej pracy zawodowej. Zamiast kąpieli można użyć nacierań i zimnych prześcieradeł od 22—14° C. Ciężar ciała przy tem postępowaniu nie spada, przeciwnie — podnosi się. Prócz ogólnego leczenia poleca T. także leczenie miejscowe w postaci kąpieli nasiadowej zimnej od 20° C. przez 10 minut do 15° C. przez 3 minuty, szkocki tusz na brzuch, okład zimny naokoło brzucha na noc, miesienie brzucha jedynie ręką. gimnastykę domową, oddawanie się różnym sportom (jazda konna, wiosłowanie, bieganie i t. d.), elektryzowanie brzucha prądem przerywanym przez 20 minut, lewatywy. W przypadkach ciężkich, gdy mimo wszelkich zabiegów wypróżnienie nie następuje, można podać środek przeczyszczający, jednak jako ostateczność, której ile możności unikać należy. T. sprzeciwia się również podawaniu wód mineralnych, które w zaparciu niedowładnem uważa za szkodliwe. Za to zaleca bardzo leczenie terenowe. Leczenie w zaparciu kurczowem: dyeta niedrażniąca (dużo tłuszczu i mleka), hydroterapia w postaci zimnych zawijań wilgotnych od 24° C. przez 30 minut do 18° C. przez 1—$1^1/_2$ godziny. Potem zmywania całego ciała zimną wodą lub zmywania częściowe, tusz zimny od 22—20° C. Słabym chorym można dać tusz ciepły i stopniowo go oziębiać. Czasem zamiast tego kąpiel ciepła igliwiowa. T. odrzuca w tej postaci nawykowego zaparcia stolca nacierania, półkąpiel i gorące kąpiele nasiadowe. W napadowych bolach poleca okłady gorące, termofory. Przeciwwskazane są: miesienie brzucha, elektryzowanie. Zarówno używanie ruchów, jak i sporty nie są korzystne, natomiast radzi T. zachowanie spokoju. Również usunąć należy wszelkie środki przeczyszczające. Przeciw bolom czopki z makowcem lub z belladoną, lewatywy ciepłe z wody lub z dodatkiem soli, lewatywy z oliwy ciepłej, mięty lub rumianku. Leczenie odbywać się powinno długo, by zapobiedz nawrotom cierpienia. *E.*

Prof. M. Couto. **O szmerze skurczowym przy czystej niedomykalności zastawek tętnicy głównej.** (*Semaine méd.* 1906, Nr. 3). Na podstawie swoich spostrzeżeń twierdzi autor, że czysta niedomykalność zastawek tętnicy głównej znamionuje się dwoma szmerami, z których jeden jest przedskurczowy, a drugi rozkurczowy. Co do przyczyny pierwszego szmeru zdania bardzo się różnią, a dadzą się ująć w pięć teoryj: 1) Według pierwszej (La Costa, Alwarenga, Bamberger, Botkin, Friedreich, Torres-Homen, Merklen, Castellino, Huchard) szmer ten wywołany jest przez prąd krwi, ocierający się o nierówności wewnętrznej powierzchni zastawek tętnicy głównej. 2) Druga teorya (Rosenstein, Bramwell, Constantin Paul) tłómaczy szmer rozszerzeniem tętnicy głównej ponad zastawkami półksiężycowatymi. 3) Według Gerhardta szmer przyskurczowy powstaje wskutek przepływania wzmożonej fali krwi przez zwężenie naturalne, istniejące w miejscu zastawek tętnicy głównej. 4) Potain uważa ten szmer za nieorganiczny, pochodzenia pozasercowego, jako płucno-sercowy. 5) Według Rosenbacha szmer ten powstaje przez zbieg u ujścia aorty fali dośrodkowej, wywołanej przez aspiracyę komórki, z falą odśrodkową skurczową, wychodzącą z komórki. — Według autora organiczną przyczyną pierwszego szmeru przedskurczowego jest zmiana, wywołana niedomknięciem zastawek półksiężycowych przy rozkurczu i powstająca stąd fala wsteczna, wracająca przez ujście aorty w okresie skurczu.

Dr. M. Blassberg.

Schülle. **Badania nad oznaczeniem dolnej granicy żołądka ze szczególnem uwzględnieniem radyografii.** (*Arch. für Verdauungskr.* Z. 6, 1905). Na podstawie badań porównawczych sposobami, zwykle do oznaczania granic żołądka używanymi i radyoskopią dochodzi autor do następujących wniosków: Oznaczenie dolnych i bocznych granic żołądka przez opukiwanie u chorego stojącego przy pełnym żołądku (opukiwanie od odgłosu bębenkowego jelita w kierunku stłumionego odgłosu nad żołądkiem) daje wyniki, nie wiele się różniące od wyników uzyskanych zapomocą radyoskopii, jakkolwiek i tu bardzo grube błędy, zwłaszcza przy żołądkach rozdętych, nie są wyłączone. Wydęcie żołądka gazami, tak bardzo w rachubę wchodzące przy oznaczeniu żołądka w całości a zwłaszcza krzywizny małej, daje w porównaniu z obrazami radyograficznymi wyniki nieprawdziwe. Jako główną przyczynę błędnych wyników podaje Schülle wzdęcie poprzecznej części okrężnicy, którą przy oznaczeniu granicy bierzemy za należącą do żołądka. Mimo jednak wyższości rentgenografii nad wszystkimi innymi sposobami nie może ona jeszcze mieć ogólnego zastosowania w praktyce, gdyż zupełnie pewno zdjęcia można osiągnąć tylko u osobników chudych, wielkie zaś dawki bizmutu, przy tych badaniach konieczne, nie są prawdopodobnie bez szkodliwego wpływu na żołądek; przytem zachód i koszt radyografii stoi zbyt często w niestosunku do praktycznych korzyści. *Schudmak.*

Kelling. **O wrażliwości w jamie brzusznej i punkcie bolesnym Mac-Burneya.** (*Archiv für Verdauungskrankheiten*, Zeszyt 6, 1905). Twierdzenie Lenandra, jakoby trzewa jako takie, czy to zdrowe, czy też chorobowo zmienione, były na ból zupełnie niewrażliwe, potwierdza autor bardzo licznymi przykładami. Boleści, jakie w jamie brzusznej powstają już to same przez się, już też przy ucisku, mają siedzibę w otrzewnej ściennej, w krezce lub też w splotach nerwowych albo zakończeniach nerwów skóry, powięzi i t. d. Zwłaszcza sploty nerwowe mają w tym kierunku najważniejsze znaczenie, gdyż one stanowią tak zwane punkty bolesne jamy brzusznej. Przy bolesności jednak tych punktów należy ściśle rozróżniać samoistną nadczułość z przyczyny nerwowej od odruchowo powstającej przeczulicy z powodu cierpienia anatomicznego. Co do miejsca zaś, zwanego punktem bolesnym Mac-Burneya, a położonego zazwyczaj na $^1/_3$ linii łączącej pępek z górnym przednim kolcem kości biodrowej, dochodzi autor do wniosku, że punkt ten nie jest niczem innem, jak tylko nerwowym punktem bolesnym, wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu, jakoby bolesność ta odpowiadała zmienionemu wyrostkowi robaczkowemu, co przy rozpoznaniu zapalenia wyrostka może dać łatwo powód do błędów rozpoznawczych. Bolesność kąta między jelitem cienkim, a grubem przy zapaleniu wyrostka ma przyczynę w przeczulicy odruchowej nerwowej bez względu na to, czy wyrostek znajduje się w miednicy małej, czy też daje się wyczuć na kości biodrowej. Przez rozpromienianie mogą przy tem i inne sploty stać się bolesne i nadczułe, co czasem może sprawiać, że największa bolesność znajduje się n. p. w okolicy pępka lub nawet dwunastnicy; wreszcie może się zdarzyć, że ból z miejsca chorego przeskakuje na miejsce symetryczne, zdrowe, co również według autora przeczulicą odruchową wytłómaczyć można. Ostateczne wyniki obszernej pracy autora są następujące: 1) Należy właśnie okolicę kątnicy co do wrażliwości czuciowej o wiele dokładniej badać, aniżeli dotychczas ogólnie czyniono; — należy dokładnie badać wrażliwość skóry (Hoad), punkty bolesne w mięśniach, dalej punkty bolesne, znajdujące się w głębi miednicy i to w porównaniu z okolicą symetryczną. 2) Przy punkcie bolesnym Mac-Burneya chodzi o punkt bolesny nerwowy, gdyż w tym punkcie istnieje związek między nerwami wyrostka, a leżącemi nad nim powłokami tak, że podrażnienie splotów sympatycznych okolicy kątnicy wywołuje równocześnie przeczulicę w nerwach międzyżebrowych, a przez nie i w zakończeniach nerwowych skóry (pole Heada). 3) Z powodu więc, że i przy innych chorobach (histerya, neurastenia, zapalenie okrężnicy, kamica żółciowa) bolesność uciskowa punktu Mac Burneya wskutek rozpromieniania się bólu powstać może, nie wolno wyłącznie na niej opierać rozpoznania zajęcia wyrostka. 4) Podstawę rozpoznania powinny stanowić jedynie wyczuwalne zmiany anatomiczne, a jeśli znaleziony tu opór nie łączy się z bolesnością przy ucisku, można prawie na pewno przyjąć, że albo zachodzi fałszywa lokalizacya bolu, albo ból na miejsce symetryczne drogą nerwową przerzucony został. 5) Przy napadach zapalenia wyrostka należy zawsze zbadać i okolicę pęcherzyka żółcio-

wego. 6) Wobec wątpliwości, czy zajętym chorobą jest wyrostek robaczkowy, czy pęcherzyk żółciowy, należy postępować tak, jak gdyby chodziło o zapalenie wyrostka robaczkowego. *Schudmak.*

CHIRURGIA. Hertzka. **Nawlekanie igieł bez pomocy palców.** (*Münch. med. Wochft.*, Nr. 9, 1906). Spełniając żądanie Königa, by ile możności operować tylko narzędziami, podaje autor szczypczyki, podobne do zwykłych chirurgicznych, tylko na końcu ramion przed haczykami zaopatrzone okienkiem, w które chwyta się wywleczoną nitkę i nawleka na igłę, trzymaną w imadle. Ten sposób nawlekania prócz czystości ułatwia znacznie szycie, gdyż szczypczyki chirurgiczne i tak trzyma się w ręce przy szyciu, a nadto oszczędza czasu, gdyż do nawlekania igły palcami nie trzeba odkładać szczypczyków, ani potem brać ich po raz drugi. Nawlekadła mechaniczne podali już przedtem Behr, Schoenemaker i Kuhn. *A. E. Klęsk.*

Riedel. **W sprawie kazuistyki obrażeń brzucha.** (*Münchener medizinische Wochft.*, Nr. 9, 1906). Przypadek autora zresztą zwyczajny, zajmujący jest tylko z powodu okoliczności, w których operowano. Dotyczy on młodego człowieka, kopniętego w brzuch przez konia. Objawy pęknięcia jelita. W 6 godzin po wypadku wykonał autor w chacie wiejskiej z pomocą drugiego lekarza otwarcie jamy brzusznej; uśpienie chloroformem prowadził ojciec chorego. Narzędzia wygotowano razem z gazą w worku płóciennym. Przy operacyi znaleziono pęknięcie jelita w dwóch miejscach; zaszycie otworów; tamponada rany; wyzdrowienie. Przypadek ten poucza, że w przypadkach urazowego pęknięcia jelit rozstrzyga przedewszystkiem jak najszybsza operacya, a inne szczegóły schodzą na plan drugi. *A. E. Klęsk.*

H. Schneider. **Wartość lysoformu jako środka odkażającego przy wyższej ciepłocie.** (*Deut. med. Wochensch.*, Nr. 6, 1906). Niektórzy z Strassmanem i Dührssenem na czele przyznawali lysoformowi wybitne działanie przeciwgnilne; inni badacze, a przedewszystkiem Cramer, doszli do mniej dobrych wyników. I rzeczywiście autor stwierdził, że działanie lysoformu w ciepłocie zwykłej wiele pozostawia do życzenia; natomiast w ciepłocie wyższej, t. j. do 37° C., działa lysoform silnie odkażająco. Schneider dodawał do hodowli gronkowca i prątka Ebertha odpowiednią ilość lysoformu w roczczynie 1 prc., 2 prc., 3 prc., 6 prc.; pożywki stawiał następnie do cieplarki i badał wzrost hodowli. W ciepłocie np. 17° C. działa lysoform odkażająco w roczczynie 6 prc.; przy 37° już 1 prc. roczczyn działa tak samo, a nawet silniej, niż roczczyn 6 prc. przy 17°. Jeszcze wyższa ciepłota, jak 40° C., osłabia działanie lysoformu, a to przez parowanie formaldehydu. *Łapiński.*

Müller. **W sprawie znieczulenia miejscowego.** (*Münch. medizinische Wochenschrift*, 1905, Nr 40). Autor używa zawsze do znieczulenia miejscowego tylko 1 prc. roczczynu kokainy do ilości 10 cm. sz., wystarczającej niemal we wszystkich przypadkach. Niesłuszne jest rozpowszechnione mniemanie, że znieczulenie miejscowe jest wskazane wtedy, jeśli uśpienie chloroformem lub eterem nie jest dozwolone; przeciwnie wskazania do znieczulenia ogólnego i miejscowego najczęściej się zgadzają. Zaniechać więc należy kokainy u dzieci, również wymaga ostrożności stosowanie jej u starców, chociażby nie było jeszcze zaburzeń sercowych i naczyniowych, ani żadnych zmian starczych; na pierwszeństwo zasługuje wtedy mieszane uśpienie chloroformowo-eterowe. Również ostrożnie postępować należy u charłaczych, u chorych na serce i nerki i u neurasteników, których przy dłuższych zabiegach, wymagających większej dawki kokainy, należy raczej uśpić, co też neurastenicy bardzo dobrze znoszą. Tak samo odradza autor znieczulenia miejscowego w przypadkach, gdzie rodzaju i rozmiarów operacyi nie można z góry dokładnie oznaczyć i natrafić można na niespodzianki; zaliczyć tu trzeba przedewszystkiem operacye brzuszne. Przy zapaleniach na palcach znieczulenie miejscowe zawsze wystarczy; natomiast w innych miejscach wobec większych spraw zapalnych pierwszeństwo ma uśpienie ogólne. Operacye wola wykonywa M. bez wyjątku w kokainie; unika się w ten sposób wymiotów, mogących łatwo wywołać krwotoki następowe, do których chorzy po operacyi wola bardzo są skłonni. Wreszcie podaje M. następujące rady praktyczne. Już przed wstrzyknięciem należy chorego ułożyć poziomo, choćby chodziło nawet o przecięcie nieznacznego zastrzału. Zabrania się choremu stanowczo w czasie operacyi podnosić się (co nieraz czynią z ciekawości), w przeciwnym bowiem razie jeszcze w godzinę potem mogą się zjawić zawroty, poty i zaburzenia żołądkowe. Już po ukończeniu zabiegu powinien chory leżeć jeszcze przynajmniej $^1/_2$—$^3/_4$ godz., a przedewszystkiem nie chodzić, dopóki nie wypił filiżanki mleka lub rosołu. Chorzy wątli mogą nawet podczas operacyi zapomocą rurki szklanej pić kawę z koniakiem. Przed operacyą powinien chory zawsze spożyć lekką, lecz pożywną strawę. *Dr. Fels.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. A. Theilhaber. **W sprawie leczenia zmiękczenia kości.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 5). 49-letnia kobieta przebyła 1 poronienie w III. miesiącu ciąży, 2 porody przedwczesne w VII. m. c. i 3 porody czasowe, — ostatni przed 6 laty. Od 3 lat coraz wyraźniejsze objawy zmiękczenia kości, z powodu czego leczyła się bezskutecznie tranem fosforowym. Obecnie zniekształtnienie i bolesność kręgosłupa, klatki piersiowej, miednicy, bolesność kości przedramion i udowych, niemożność oddalenia ud od siebie, a rentgenogram stwierdza złamanie poziomowego i wstępującego ramienia kości łonowej po stronie lewej. T. wyciął chorej oba jajniki przez pochwę. Badanie drobnowidowe jajników stwierdziło nadmiar tkanki łącznej. Po 3 miesiącach ustąpiły bole zupełnie, chód swobodny, oddalenie ud możliwe, złamanie zgojone. Wskutek krwawienia z typem miesięcznym z powodu polipa szyi pogorszył się znowu stan chorej cokolwiek, lecz po usunięciu polipa nastąpiła poprawa. Wynik dobry po usunięciu zdrowych jajników tłomaczy T. tem, że jajniki wywierają wyraźny wpływ na wymianę materyi. Tak n. p. często widzi się otyłość, występującą po wycięciu jajników. Zmiękczenie kości zdaje się być zatem chorobą wymiany materyi. Także regularność, wogóle krwawienie, zdaje się wywierać na zmiękczenie kości wpływ niekorzystny, jak to, między innymi, z przytoczonego przypadku wynika. Niektórzy odnoszą poprawę po operacyi do działania chloroformu, mającego zabijać drobnoustroje, które ci autorowie za przyczynę zmiękczenia kości uważają. W tym przypadku jednak użyto do uśpienia eteru. Wyleczenia, spostrzegane niekiedy po kąpielach, żelazie, tranie i t. d. dadzą się również wytłómaczyć wpływem na wymianę materyi. *B. Wojciechowski.*

N. Fenomenow. **W sprawie leczenia przetok moczowodowych u kobiety. Neoureterocystostomia.** (*Zentr. f. Gyn* 1905, Nr. 5). F. jest w tych przypadkach zasadniczym zwolennikiem odtworzenia ile możności stosunków prawidłowych, dążąc w razie częściowego ubytku ściany i drożności pęcherzowego odcinka moczowodu do zamknięcia przetoki *in situ* zaś w razie przerwy w ciągłości moczowodu, i jak zwykle, niedrożności odcinka pęcherzowego, do wszczepienia odcinka nerkowego do pęcherza. U 43-letniej kobiety, która przebyła 9 trudnych porodów siłami przyrody, założył lekarz przy dziesiątym, niezwykle ciężkim, kleszcze, a nie mogąc mimo silnego pociągania rodzącej rozwiązać, wykonał wymóżdżenie. Przeprowadzenie barków płodu napotkało teraz jeszcze na trudności. Od porodu oddaje chora mocz częściowo przez pochwę. Badanie wskazało na istnienie drobnej przetoki moczowodowej w szczycie przedartej ku stronie prawej szyi. Delikatny zgłębnik wchodził jedynie ku górze, w kierunku moczowodu. F. okroił przetokę moczowodu, nie naruszając obecnego stosunku jej do otoczenia, a przedłużywszy cięcie ku stronie prawej, odpreparował moczowód, częściowo z tkanką otaczającą na przestrzeni 3 cm., przyczem zgłębnik, w moczowodzie pozostawiony, nadawał kierunek. Z cięcia ku przodowi odsłonił autor ścianę pęcherza, wypuklił ją cewnikiem i naciął. Pętlę, założoną na brzeg odpreparowanego moczowodu, przeprowadził zapomocą zgłębnika z uszkiem do pęcherza, wciągając tam za nią moczowód, który wszył 3 szwami w ścianę pęcherza. Cewnik na stałe pozostawił w pęcherzu przez 2 dni. Nastąpiło doraźne wygojenie się. W obrazie cystoskopowym widać było po miesiącu prawidłowy moczowód lewy i wyniosłość po wszczepionym, dobrze działającym moczowodzie prawym; dawnego ujścia moczowodu prawego nie zdołano odszukać. *B. Wojciechowski.*

J. Veit. **Garrulitas vulvae.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 7). V. nie zaprzecza, że przyczyną cierpienia tego może być wtargnięcie powietrza do pochwy wskutek odmiennych warunków ciśnienia. W pierwszym swym przypadku atoli wyhodował z pochwy bakterye, wytwarzające cuchnący gaz; po zastosowaniu tamponów z gliceryną cierpienie ustąpiło. Również w 3 innych przypadkach, nie badanych bakteryologicznie, leczenie takie wystarczyło. V. skłania się do zapatrywania, że te same objawy mogą być wynikiem dwu różnych czynników. *B. Wojciechowski.*

Stoeckel. **Ulepszony, samodzielnie trzymający się wziernik brzuszny.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 7). Opisany przed 4 laty wziernik, rozciągający dolny kąt rany, udoskonalił S. przez dodanie 2 łyżek, rozciągających brzegi boczne. Powstał więc wziernik trójlistny. Można również użyć tylko 2 łyżek, t. j. do dolnego kąta rany i do jednego z brzegów. Wziernik działa pewnie i rozciąga brzegi bardzo silnie, zastąpić zatem może jednego asystenta. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

M. Sperling. **Operacyjne poprawienie zboczeń macicy zapomocą plastyki, skracającej więzadła okrągłe przez cięcie brzuszne.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 7). Przed $1^1/_2$ rokiem

polecił S. w powyższym celu skrócenie więzadeł krzyżowo-macicznych i okrągłych od strony jamy brzusznej. Teraz poleca operacyę prostszą, t. j. samo skrócenie więzadeł okrągłych po dokładnem oddzieleniu zrostów. Przekonał się bowiem na 10 przypadkach, że po 3—11 miesiącach niema nawrotu, w 1 zaś przypadku chora donosiła i urodziła prawidłowo, poczem macica powróciła w przodozgięcie. Operacya Alexandra-Adama stosowna tylko w razie zupełnej pewności, że niema wcale zrostów dokoła macicy; inaczej zawodzi. Pożądane próby na większym materyale. *B. Wojciechowski.*

C. Rindfleisch. **Przypadek włókniaka jajnika.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 7). 52-letnia kobieta, która rodziła 7 razy, a od 2 lat straciła miesiączkę, zauważyła guz w podbrzuszu lewem, któremu towarzyszyło szybkie powiększanie się brzucha, obrzęk nóg i podupadnięcie stanu ogólnego. Badanie szczegółów utrudnione. Przy operacyi znaleziono guz wielkości głowy mężczyzny, twardy, nierówny, wychodzący z jajnika lewego, płyn wolny w ilości 25 l. Badanie drobnowidowe guza wskazuje na włókniak; nic nie przemawia za mięsakiem. Po operacyi szybko bardzo ustąpiły obrzęki. Przypadki tego rodzaju są rzadkie (2—3 prc. wszystkich guzów jajnikowych) i należą do najwdzięczniejszych w dziedzinie ginekologii. *B. Wojciechowski.*

F. Ahlfeld. **Antefixatio uteri.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 7, 1906). Przypuszczenie, że ciąża w macicy przymocowanej do ściany brzusznej (*antefixatio uteri*) trwać będzie dłużej, niż zwykle, potwierdzają 2 przypadki, spostrzegane przez autora, w których ciąża trwała 11 miesięcy księżycowych, dzieci były bardzo duże (wykonano obrót i wydobycie dzieci). Zdaniem autora dzieje się to dlatego, że przy przesuniętym wobec osi miednicy kanale szyjki, nie rozwiera się przy końcu ciąży górny odcinek kanału szyjki. Bole bowiem nie mogą rozszerzyć szyjki, gdyż siła wypychająca poprzedzającą część płodu nie działa w kierunku ujścia wewnętrznego macicy. Prócz tego można było zauważyć, że przy właściwym końcu ciąży pojawiły się na krótko bole, lecz wkrótce ustąpiły. Spostrzeżenie to ważne dla fizyologii porodu, gdyż wynika z tego, że rozpoczynające się od wewnątrz rozszerzenie kanału szyjki ma wielkie znaczenie w wywoływaniu bolów porodowych. *Jaworowski.*

E. Ruppanner. **O zapaleniu miedniczek nerkowych w ciąży.** (*Münch. med. Wochs.*, Nr. 6, 1906). Na zapalenie miedniczek nerkowych w ciąży zwrócono większą uwagę od czasu, kiedy Rayer, Rebland i Opitz wykazali częstość powstawania tej choroby podczas ciąży. Zakażenie miedniczek nerkowych występuje podczas ciąży zdaniem autorów francuskich nietylko drogą wstępującą, z pęcherza, lecz także drogą krwi. Główne znaczenie ma tu prątek okrężnicy, częstokroć w towarzystwie innych drobnoustrojów, które mają dostawać się do obiegu krwi z przewodu pokarmowego. Autor przechyla się jednakowoż raczej ku zapatrywaniu Opitza, że zakażenie miedniczek wychodzi przeważnie z pęcherza. Za tem przemawiają częste zapalenia pęcherza moczowego w ciąży, jakoteż obecność drobnoustrojów w pęcherzu, bez objawów zapalenia. I w tej postaci przeważa prątek okrężnicy, który znajduje się obficie w wydzielinie cewki moczowej i sromu. Powstanie zapalenia miedniczek nerkowych ułatwia ucisk ciężarnej macicy na moczowody, co pociąga za sobą zatrzymywanie się moczu, przekrwienie i łuszczenie się błony śluzowej moczowodów. Zapalenie miedniczek nerkowych rozwija się najczęściej w połowie ciąży, częściej u wieloródek, niż u pierwiastek. Choroba rozpoczyna się zazwyczaj nagle, dreszczami i gorączką, silnymi bólami w okolicy lędźwiowej, bolem przy oddawaniu moczu, parciem na mocz, brakiem łaknienia, nudnościami i wymiotami. Ilość moczu w początkach choroby mała, później obfita; mocz mętny, kwaśny, w osadzie ciałka białe, prątek okrężnicy, komórki nabłonkowe z pęcherza i miedniczek, rzadko wałeczki, kryształki szczawianów, ślad białka. Badanie przedmiotowe stwierdza bolesność w okolicy nerki i moczowodu, najczęściej prawego; przez pochwę można nierzadko wyczuć zgrubiały i bolesny moczowód. Choroba ta ustępuje najczęściej wkrótce po porodzie, jednakowoż niekiedy ciągnie się jeszcze długi czas po porodzie. Może ona wywołać poronienie lub poród przedwczesny, na zdrowie dziecka wpływa niekorzystnie. Rokowanie nie jest zbyt złe. Leczenie podzielić należy na wewnętrzne, położniczo i chirurgiczne. Spokój, leżenie na grzbiecie, urotropina, salol, helmitol, bardzo dobrze działa aspiryna, dyeta płynna, woda Wildungen, leczenie miejscowe pęcherza, przepłukiwania moczowodów (Casper). Przerwanie ciąży, które ma wpływać korzystnie na przebieg choroby, nie jest wskazane, gdyż choroba nigdy nie zagraża wprost życiu matki. Niektórzy chirurgowie wykonywali nefrotomię lub nefrektomię i to z dobrym skutkiem, bez szkody dla dalszego przebiegu ciąży. *Jaworowski.*

F. Fromme. **O zapobiegawczem i leczniczem użyciu surowicy przeciwpaciorkowcowej.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 1, 1906). Przed wszelkiemi operacyami ginekologicznemi, przy których otrzewna mogła być narażoną na zakażenie z narządów, już przed operacyą zakażonych (n. p. przed wycięciem zrakowaciałej macicy), wstrzykuje F. chorym zapobiegawczo surowicę przeciwpaciorkowcową. Czyni on to na podstawie licznych doświadczeń na zwierzętach, u których zwiększała się odporność przeciw zakażeniom po wywołaniu zwiększenia ilości ciałek białych we krwi (wstrzyknięcie soli kuchennej, kwasu nukleinowego, bulionu). Postępowanie to okazało się skuteczne, gdyż na 12 operowanych raków macicy tylko 1 przypadek skończył się śmiercią wskutek zapalenia otrzewnej. Wstrzyknięcie surowicy znoszą chore dobrze, bez bolu, tętno i ciepłota pozostają prawidłowe. Autor stosował także surowicę przeciwpaciorkowcową w zapaleniu otrzewnej lub narządów rodnych i to przeważnie z pomyślnym skutkiem. Surowica działa leczniczo tylko w początkach (w 1 i 2-gim dniu) zakażenia; później nawet wielkie dawki surowicy pozostają bez skutku. Jeżeli w ciągu zakażenia wytworzyło się gdziekolwiek ropienie lub wysięk, to wtedy stosować należy surowicę dopiero po wypuszczeniu ropy, gdyż w przeciwnym razie surowica zabiwszy paciorkowce, uwalnia wielką ilość ptomain, które sprowadzają zatrucie ustroju. *Jaworowski.*

J. Veit. **Doświadczenia co do rozszerzonej operacyi Freunda.** (*Berl. klin. Wochs* Nr. 8, 1906). Wyniki leczenia raka macicy zależą nietylko od wczesnego zgłaszania się chorych do lekarza, lecz w wielkiej części także od zaufania publiczności do operacyi. Dlatego ważnem zadaniem operatorów jest także udoskonalenie operacyi raka macicy, by wyniki jej były dobre nietylko we wczesnych, lecz i w późniejszych okresach choroby. V. pozostał dotychczas zwolennikiem operacyi podanej przez Freunda, a ulepszonej przez Wertheima, polegającej na wycięciu od strony jamy brzusznej, gdyż operacya ta dała mu dotychczas najlepsze wyniki. — Sekcye zwłok kobiet, zmarłych po operacyi raka macicy, stwierdzają najczęściej ropne lub posokowate zapalenie otrzewnej, jakoteż zakażenie ropne rany operacyjnej. Pochodzi to stąd, że w tkankach macicy zrakowaciałej znajdują się obficie jadowite drobnoustroje, które przy niedokładnem odkażeniu macicy przed operacyą zakażają potem otrzewnę. Że rzeczywiście tak jest, dowodzą tego hodowle, uzyskane z raka macicy i z wysięku otrzewnego, które zawierają takie same drobnoustroje. Drugie niebezpieczeństwo zagraża po operacyi ze strony serca. Autor przekonał się, że po wczesnych operacyach raków macicy grozi niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej, po operacyach zaś w późniejszym okresie choroby następuje często śmierć wskutek niedomogi serca. W wielkiej mierze przyczynia się do tego działanie chloroformu. — Aby usunąć niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej, poleca V. wieczorem przed operacyą dokładnie wyskrobać powierzchnię raka i założyć tampon z gazy, napojonej 4 prc. roztworem formolu, na kilka zaś godzin przed operacyą wstrzykuje V. chorym 10—20 ctm.³ surowicy przeciwpaciorkowcowej. Po operacyi i po założeniu szwów zlewa V. ranę dokładnie alkoholem. Postępowanie to dało wyniki znakomite. Uśpienie chloroformowe zastąpić należy przy operacyi Freunda, ze względu na serce znieczuleniem rdzeniowem stowainą (najmniej 0·07—0·08), które dotychczas nie wywołało żadnych złych następstw. Ponieważ po operacyach raka macicy zdarzają się dość często zatory tętnic płucnych, przeto poleca V. podwiązywać bardzo dokładnie wszystkie naczynia krwionośne, głównie zaś tętnice. Zachowując wszystkie te środki ostrożności, stracił V. na 20 operowanych sposobem Freunda tylko 2 chore (obie wskutek zakażenia otrzewnej). *Jaworowski.*

M. Graefe. **O wycięciu jajnika w ciąży.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. LVI, Z. 3). Autor opierając się na przypadkach guzów jajnikowych, opisanych przez innych autorów i spostrzeganych przez siebie, twierdzi, iż ciąża wcale nie jest przeciwwskazaniem do wycięcia jajnika. Fraenkel przed 2 laty wypowiedział zdanie, iż obecność ciałka żółtego wpływa na utrzymanie ciąży, i działanie to utrzymuje się aż do 4-go miesiąca ciąży. Radzi przeto wykonywać wycięcie jajnika po 4-tym miesiącu ciąży, a i wówczas o ile możności pozostawić ciałka żółte. Jednakże twierdzenie Fraenkla jest błędne, gdyż na wiele przypadków wycięcia jajników przed 4-tym miesiącem ciąży, jedno- i obustronnego, zaledwie parę skończyło się poronieniem (około 17 prc.). Autor doszedł do przekonania, że jeżeli dziecko znajduje się blisko tego czasu, kiedy zdolne jest do życia, to należy dla uniknięcia przedwczesnego porodu, odłożyć wycięcie jajnika aż do tego czasu. W przeciwnym razie należy operować ile możności jaknajwcześniej. Co się zaś tyczy pytania, czy lepiej operować od strony brzucha, czy od pochwy, to autor twierdzi, iż przy ciąży powyżej 3-go miesiąca należy operować od strony brzucha. Wówczas bowiem wielkość macicy nie pozwala już dojść wygodnie do szypuły, a w razie krwotoku byłoby jego zatamowanie bardzo utrudnione. To samo tyczy się przypadków,

o których z góry można przypuszczać, iż nie są jałowe, n. p. torbiele skórzakowe, a w których wytoczenie przez pochwę byłoby możliwe jedynie po nakłuciu, przez to zaś mogłoby nastąpić zanieczyszczenie całego pola operacyjnego. *Dr. G. Wierzbicki.*

Leo v. Lingen. **O stosunku włókniaków macicy do zmian w sercu.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. LVI, Z. 3). Autor zaznacza, iż w przypadkach włókniaków macicy przydarzają się bardzo często przypadłości sercowe. Już Fehling w r. 1887 wspomina o tem, a i obecnie, chociaż technika operacyjna daleko postąpiła, zdarzają się od czasu do czasu przypadki nagłej śmierci w krótkim czasie po operacyi, choć wszelakie zakażenie jest wyłączone. Autor zebrał statystykę z 66 przypadków i dzieli przypadłości sercowe na lżejsze, gdzie znaleziono jedynie tony serca głuchsze i nieznaczny przerost serca; tych było 7. t. j. 10·6 prc. i cięższe, *a)* gdzie istniały wady zastawkowe z objawami niedomogi (5 przyp.), *b)* gdzie były wybitne zaburzenia sercowe, lecz bez wad zastawkowych (4 przyp.). Razem więc znalazł autor 16 przypadków. t. j. 24 prc., zaburzeń sercowych przy włókniakach, gdy natomiast inni, jak Fleck w 40·9 prc., Strassmann w 40·8 prc. podają zaburzenia sercowe. Autor nie wlicza tu przypadków, w których wprawdzie były wybitne szmery sercowe, lecz pochodzące z niedokrwistości po silniejszych krwotokach. Co do usadowienia się włókniaków, to we wszystkich przypadkach, powikłanych zmianami w sercu, były włókniaki śródścienne, objętości zaś większej, niż główka noworodka. Autor twierdzi, iż wobec tak znacznego odsetka zaburzeń sercowych można mówić o »*Myomherz*«. Nie można stanowczo rozstrzygnąć, co jest przyczyną tych zmian w sercu, czy zwyrodnienie mięśnia sercowego z powodu częstych krwotoków, czy też wielkość guzów, wpływająca przez ucisk na płuca na niedostateczne utlenianie się krwi, a zarazem na mięsień sercowy. Anatomicznie stwierdza się w tych przypadkach zazwyczaj zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego lub zanik brunatny. W końcu zaznacza autor, iż we wszystkich przypadkach włókniaków trzeba przykładać bardzo wielką wagę do badania serca, gdyż to może mieć w danym razie wpływ także i na przyspieszenie zabiegu operacyjnego, chociażby inne przypadłości, jak wielkość, krwotoki, niebezpieczeństwo złośliwego zwyrodnienia, nie były zbyt wybitne.

Dr. G. Wierzbicki.

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Arhowinę poleca J. Süss (*Aerztliche Standeszeitung*, Wien 1905, Nr. 22) jako środek skuteczny w leczeniu wiewióra i innych zboczeń w narządzie moczowym. Według doświadczenia autora działa arhowina bakteryobójczo, przywraca alkalicznemu moczowi kwasotę i wpływa na ilość moczu. Podawana wewnętrznie nie wywołuje arhowina dolegliwości żołądkowych, właściwych środkom balsamicznym. S. podawał arhowinę wewnętrznie i zewnętrznie, u kobiet i mężczyzn. Przytacza przypadek zaniedbany, 4 lata trwającego wiewióra u mężczyzny z rozpoznaniem: *urethritis posterior et prostatitis chronica.* Ze względu na swój zawód nie mógł chory wykonywać wstrzykiwań argoniny. Próba leczenia arhowiną przez podawanie 3—6 kapsułek obok wprowadzania 4—8 pręcików arhowinowych dziennie do cewki, powiodła się szczęśliwie. Zachęcony dobrem działaniem zastosował S. nadto arhowinę w gałkach, wprowadzanych do kiszki stolcowej. Po 10 dniach stwierdził S. znaczne zmniejszenie się gruczołu krokowego. Wskutek tego stosował dalej to leczenie potrójne z takim skutkiem, że z końcem 7. tygodnia stwierdził brak dwoinek w moczu i ustąpienie wszelkich dolegliwości podmiotowych. S. zachęca do prób z powyższym środkiem, w nadziei, że inni lekarze będą z niego podobnie, jak on zupełnie zadowolnieni. *Hr.*

Zwillinger (Ołomuniec) podaje **kołaczyki formaldehydowe** i to po 0·01 gr. dzieciom i dorosłym w pierwszym dniu nawet co godzina, a następnie w odstępach 2—3-godzinnych przy następujących sprawach chorobowych: przy zapaleniu gardła nieżytowem i mieszkowem, przy płonicy i błonicy, przy róży i nieżycie pęcherza. Kołaczyki te, zawierające prócz formaldehydu kwas cytrynowy, mentol i cukier, nawet i dzieci chętnie biorą; zastępują one zupełnie wszelkie płukania, a o ich skuteczności jest Z. tak przekonany, że stosuje je też w celach zapobiegawczych przy nagminnem szerzeniu się jakiejś choroby zakaźnej. *W.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 14 lutego 1906.

Przewodniczy kol. Rutkowski, obecnych 31.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

II. Kol. prof. Piltz omawia w dłuższym wykładzie **topografię zaburzeń czucia** przy uszkodzeniach nerwów obwodowych, korzonków tylnych, rdzenia i mózgu, zwracając uwagę, że w rozpoznawaniu chorób nerwowych szczegółowe badanie czucia ogromne ma znaczenie; następnie przedstawia *a)* kilka przypadków **porażenia postępującego,** ciekawych z tego powodu, że we wszystkich istnieje wyraźny pas **miejscowej przeczulicy** lub zupełnie zachowanego czucia w kształcie kołnierza na szyi w przeciwieństwie do przytępienia czucia (*hypaesthesia*) powyżej i poniżej; *b)* przypadek **wybroczyny śródrdzeniowej** (*haematomyelia centralis*). Przedstawiony chory dostał się pod wóz, przez dziewięć godzin był nieprzytomny, poczem spostrzegł porażenie wszystkich czterech kończyn, zatrzymanie stolca i moczu; po upływie miesiąca nastaje znaczna poprawa, głównie po stronie lewej. Obecnie badanie przedmiotowe stwierdza zanik w obrębie: prostowników prawej ręki, mięśni międzykostnych, kłębu palca wielkiego ręki (*thenar*), mięśnia piersiowego i prostowników prawej stopy; w zanikających mięśniach wyraźny odczyn zwyrodnienia; równocześnie istnieją zaburzenia czucia i dyssocyacya jego w obrębie przedramienia prawego i grzbietowej strony goleni.

III. Kol. Rydel przedstawia przypadek **polyneuritis alcoholica** z objawami **myotonicznymi.** (Rzecz przeznaczona do druku). Sekretarz doroczny: *Wilczyński.*

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

II. posiedzenie naukowe d. 5 kwietnia 1905 w szpitalu powsz.

I. Dr. fil. Bandrowski: **Z chemii lekarskiej moczu** ze zastosowaniem najnowszych wynalazków.

II. Kol. Czyżewicz: **O obecnej epidemii zapalenia opon mózgowordzeniowych.**

III. Kol. Fechter przedstawia »Słownik lekarski polski«, wydany nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, zachęcając kolegów do zaznajomienia się z nim.

IV. Kol. Puzon przedstawia chorą 10-letnią z praktyki prywatnej, w której z powodu **zgorzeli wyrostka robaczkowego** z następowem ograniczonem zapaleniem ropnem otrzewnej wykonał kol. Fechter otwarcie jamy brzusznej (laparotomia) z **wycięciem wyrostka robaczkowego** cięciem Sonnenburga. Ponieważ wypocina w jamie Douglasa za długo się utrzymywała mimo poprawy ogólnego stanu chorej, postanowiono wykonać przeciwotwór (*contraincisio*). Tymczasem w dzień, przeznaczony do tego zabiegu, ropień pękł do odbytnicy. Wyleczenie.

V. Kol. Fechter przedstawia chorych ze szpitala: *a)* chorego, u którego przed rokiem wykonał **resekcyę stawu biodrowego** cięciem Rydygiera z powodu suchego próchnienia kości (*caries sicca*); zupełne wyleczenie ze sprawnością kończyny, skrócenie 4 ctm; *b)* 2 chorych ze **złamaniem śródstawowem:** (1. złamanie śródstawowe kości goleni w stawie skokowym, 2 złamanie śródstawowe kości ramiennej w stawie łokciowym), wyleczonych przez odprowadzenie odłamków w uśpieniu chloroformem i zastosowanie obok opatrunku ustalającego po 3 tygodniach umiejętnej gimnastyki biernej i mięsienia; wyleczenie z zupełną sprawnością kończyn; *c)* chorą, u której z powodu **gruźliczego zapalenia otrzewnej** wykonano otwarcie jamy brzusznej z wyjęciem zmienionych trąbek; *d)* 2 chorych, u których po wyjęciu zęba nastąpiło **obumarcie szczęki dolnej** na przestrzeni 8 ctm. — u jednego ze złamaniem szczęki; wyjęcie martwaka, — wyleczenie; *e)* 3 przypadki **operacyi wola:** α) chorą 56-letnią z wolem olbrzymich rozmiarów i dusznością, operowaną w znieczuleniu miejscowem Schleicha bez morfiny; β) studenta 12-letniego z dusznością; przyczyna duszności — wól śródpiersiowy (*struma retrosternalis*) wielkości mandarynki; wycięcie wola; wyleczenie; γ) przypadek, dotyczący chorej, u której w dobę po wycięciu wola koloidowego wystąpiła tężyczka; mimo podawania środków uspokajających (morfina, wodnik chloralu), surowicy przeciwtężcowej Bujwida, pastylek jodotyrynowych Baumana — w 3 dniach zgon; *f)* chorego z **raną postrzałową** śrutem w przegubie kolanowym prawym z następową **ropowicą gazorodną** (*Gasphlegmone*), wyleczonego przez szerokie nacięcia i stosowanie dwutlenku wodoru, rozczynu kolargolu 1 prc. i rozczynu kwasu karbolowego z kamforą aa; *g)* chorego, u którego

z powodu posokowato-ropnego zapalenia kaletki przedrzepkowej i uda w 4 miesiące po szerokich nacięciach wykonano: α) na rzepce wycięcie powierzchni ziarniejącej, szew wtórny; β) na udzie operacyę plastyczną Thierscha, a to dla skrócenia czasu gojenia; *h*) 2 chorych: α) ze szczątkową ręką prawą o 2 palcach zrośniętych **(perochirus syndactylus)**, β) chorego z **piętonogiem** kopytowo-szpotawym i **ręką szpotawą** z prawej strony po porażeniu mózgowem dziecięcem.

III. Zjazd koleżeński sekcyi dnia 10 czerwca 1905 w Kańczudze.

Na Zjeździe tym omawiano sprawy ogólno-lekarskie i sprawę wyboru do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

Sekretarz: *Dr. Fechter.*

Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 8 marca 1906.

— Dnia 7 marca b. r. odbyło Towarzystwo lekarskie krakowskie posiedzenie, na którem przedstawili i omawiali: 1) Prof. Jordan przypadek pubiotomii; 2) Dr. Przybylski 2 przypadki porodu przy zmięknieniu kości z bezwzględnem ścieśnieniem miednicy, jeden operowany po pęknięciu macicy, a drugi ukończony przez rozszerzenie miednicy ręką, oraz przypadek padaczki w toku ciąży; 3) Dr. Cetnarowski statystykę raka macicy z lat 10 z uwagami o warunkach »*operabilitas*« w naszym kraju; 4) Dr. Wierzbicki 2 przypadki operowane raka macicy. W dyskusyi przemawiali: prof. Rosner (zdając sprawę z własnego przypadku pubiotomii), dr. Wojciechowski, Wachtel, Rydel, Hirsch Herman, prof. Jordan, doc. Dobrowolski.

— Bibliotekarz Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa podziękowanie dr. Kramarzyńskiemu z Przemyśla za ofiarowane do księgozbioru Towarzystwa dzieła i czasopisma.

— Kursa przygotowawcze dla lekarzy, kandydatów do egzaminu fizykackiego w terminie wiosennym w Krakowie, rozpoczną się w pierwszych dniach kwietnia b. r. Kurs farmakognozyi rozpocznie się 2 kwietnia o godz. 8 rano w Zakładzie farmakognostycznym w Collegium medicum.

— Dnia 2 marca odbyło Towarzystwo lekarskie lwowskie III. posiedzenie naukowe, na którem 1) prof. Gluziński przedstawił chorego z przewlekłem zapaleniem nerek i bradykardyą na tle zaburzeń w samym mięśniu sercowym. W dyskusyi zabrali głos: prof. Beck, dr. Stachiewicz i Obtułowicz. 2) Prof. Gluziński pokazał preparat przetoki żołądkowo-okrężniczej po gastroenterostomii, wykonanej z powodu wrzodu żołądka i opisał dwa podobne przypadki, jeden stwierdzony także sekcyą, a drugi obecnie w klinice lwowskiej spostrzegany. We wszystkich trzech były wymioty kałowe. Chirurgia musi gastroenterostomię jeszcze więcej udoskonalić, albowiem obecnie z powodu przebicia krezki i uszkodzenia tętnic powstaje miejscowa martwica poprzecznej części okrężnicy i wytwarzają się owe przetoki do żołądka. W dyskusyi przemawiali prof. Ziembicki i doc. Rencki. 3) Dr. M. Selzer przedstawił 22-letnią chorą, u której były kliniczne cechy niedokrwistości złośliwej pierwotnej, a mimo to nastąpiła samorodna poprawa. W dyskusyi przemawiali dr. dr. Franke, Stauber, Stachiewicz, Eljasz-Radzikowski i doc. Biernacki, który uważa ten przypadek tylko za ciężką blednicę.

Fels.

— Dnia 9 marca ma się odbyć nadzwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, na którem prof. Mars przedstawi szereg przypadków klinicznych, a dr. A. Czyżewicz jun. mówić będzie »O przeobrażeniach części płciowych kobiety w czasie ciąży i porodu«.

— Wydział Izby lekarskiej wsch.-gal. zajmował się na posiedzeniu z dnia 3 marca b. r. następującemi sprawami: Omówiono projekt urządzenia biura informacyjnego co do posad lekarskich w kraju i przyjęto opracowany przez Dra Mikołajskiego kwestyonaryusz i tekst listu, jakie bezzwłocznie po ogłoszeniu konkursu na jakąś posadę roześle się lekarzom, zamieszkałym w miejscu tej posady i w najbliższem okręgu celem informacyi. Przyjęto do wiadomości sprawozdanie Prezydenta z posiedzenia Wydziału wykonawczego Izb, które odbyło się w Wiedniu dnia 19 lutego. Grono lekarzy, zamieszkałych w bliskości wsi Chocimierza wykazuje, że posada lekarza okręgowego w tej miejscowości, ogłoszona świeżo konkursem, nie może zapewnić bytu lekarzowi, a sąsiednim lekarzom przyniesie szkodę; postanowiono pozostawić tym lekarzom sprawę informowania ewentualnych kandydatów na posadę, nadto zaś postarać się jeszcze o bliższe szczegóły i ewentualnie wdrożyć akcyę o zmianę okręgu sanitarnego. Postanowiono zwrócić się do Namiestnictwa z przedstawieniem, aby przed każdorazowem utworzeniem nowego okręgu sanitarnego zasięgano opinii Izby. Postanowiono również zwrócić się do Namiestnictwa o przedłożenie Izbie do zaopiniowania projektu rozporządzenia wykonawczego do nowej ustawy o organizacyi gminnej służby zdrowia. Przyjęto do wiadomości przedłożony przez Wydział krajowy wykaz wdów po lekarzach okręgowych, które z funduszu 10.000 K., przyznanego przez Sejm, otrzymały zapomogę; 12 wdów mianowicie dostało po 200—650 Kor., razem 4500 Koron. W sprawie fundacyi ś. p. Dr. Kazimierza Mossinga, której zarząd przyjęła Izba wsch.-gal., gdyż w razie braku krewnych fundatora dochody z tej fundacyi (obecnie około 13.000 Kor.) mają iść na zapomogi dla wdów i sierót po lekarzach, wygotowano żądany przez Namiestnictwo akt fundacyjny. Załatwiono szereg drobniejszych spraw administracyjnych i rozdano do referatu kilka spraw honorowych.

— Lwowskie Towarzystwo higieniczne zamierza na wniosek dr. Biera z Krakowa założyć w Krakowie filię. W tym celu opracował wydział Tow. hig. statut dla oddziałów Towarzystwa; po uchwaleniu tego statutu przez walne zgromadzenie, mające się odbyć 11 marca b. r. we Lwowie i zatwierdzeniu przez Namiestnictwo, ma być dr. Bier upoważniony do założenia filii.

— »Przegląd higieniczny« (Nr. 3) przytaczając projekt magistratu lwowskiego, by celem uregulowania nadzoru nad mamkami lekarze miejscy byli obowiązani badać dobrowolnie się zgłaszające kobiety, słusznie zauważa, że wynik tego urządzenia wtedy tylko będzie dobry, gdy mamki otrzymywać będą legitymacye na zasadzie badania lekarskiego — bezpłatnie, i że także inne miasta galicyjskie powinnyby zająć się sprawą kontroli mamek.

— Na kurs pielęgnowania chorych, który na wiosnę r. b. urządza lwowski fizykat miejski, a który potrwa 6—8 tygodni, przeznaczył magistrat lwowski 500 koron. »Przegl. hig.« (Nr. 3) podaje plan kursu. W Krakowie zamyślało Towarzystwo lekarskie już przed 10 laty o podobnym kursie, jednak bez praktycznego wyniku; obecnie myśl tę wznowiono z końcem r. z.

— We Lwowie jest 11 lekarzy miejskich; po odliczeniu 3 lekarzy, zajętych pracą biurową, i okulisty miejskiego, wypada 1 lekarz na 25,000 mieszkańców, chociaż ustawa krajowa przepisuje, by lekarzowi przypadało tylko 15,000. Zaradziłoby temu wniesione przez dr. Mikołajskiego w komisyi sanitarnej pomnożenie liczby lekarzy miejskich o 4. Ostatni czas też i w Krakowie na reorganizacyę miejskiej służby zdrowia, która razem z naczelnym składając się z 4 lekarzy, oddawna ani nie wystarcza na ludność miasta, ani nie odpowiada ustawie. Reorganizacya ma nastąpić w najbliższym czasie.

— Wydział krajowy podwyższył w kilku szpitalach prowincyonalnych taksy leczenia, jak w Kołomyi na 1,40, w Żółkwi na 1,25, w Zaleszczykach na 1,12 kor. za dzień dla dorosłych.

— W czasie od 25/II do 3/III 1906 doniesiono w Galicyi o nowych przypadkach ospy: w 8 gminach 21 chorych, a mianowicie w pow. Brody (m. Brody 1, Dytkowce 2), Chrzanów (m. Chrzanów 8, Balin 3, Libiąż m. 1, Zagórze 1, Kościelec 4), Dąbrowa (Ujście jezuickie 1); duru osutkowego: w 19 gminach 70 chorych, a mianowicie w pow. Brzeżany (m. Brzeżany 3, Kozowa 1), Horodenka (Żuków 10), Jaworów (Olszanica 3, Zawadów 4, Wulka żmijowska 1, Żmijowiska 1), Kamionka (Pawłów 1), Rawa (Kamionka woł. 1), Stanisławów (m. Stanisławów 2, zachorowało 2 prebendaryuszy przytuliska Br. Alberta, Knihynin wieś 6), Stary Sambor (Grodowice 1), Stryj (Kawsko 1, Żulin 1), Tarnopol (Chodaczków 6), Tłumacz (Bortniki 20, Przybyłów 1), Żółkiew (Prowata 3, Przystań 4); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych: w 30 gminach 46 nowych chorych.

— Dr. Jacowski, lekarz w Beaumont-en-Gatinais został mianowany oficerem legii honorowej, a dr. Ratyński w Paryżu oficerem oświecenia publicznego.

— W Petersburgu wakują katedry: oftalmologii w instytucie W. K. Heleny (termin podań do d. 23 marca) i anatomii w instytucie lekarskim żeńskim (termin podań do 30 marca).

— Konkurs na nagrodę im. Warrena, udzielaną co 3 lata w kwocie dol. 500 (około 2,000 koron) ogłasza »Massachusets General Hospital« w Bostonie z terminem do 14 kwietnia 1907. O nagrodę ubiegać się mogą rozprawy na jakikolwiek szczegółowy temat z zakresu fizyologii, chirurgii lub patologii (anatomii patologicznej). Prace muszą być pisane czytelnie, oprawne i zaopatrzone godłem, powtórzonem na dołączonej zamkniętej kopercie, zawierającej nazwisko autora. Sąd konkursowy składa się z lekarzy i chirurgów wspomnianego szpitala.

— Komitet międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Lizbonie przypomina, że mieszkania można zamawiać wcześnie

u Mr. Manoel José da Silva, Palazio Foz, Praça dos Restauradores w Lizbonie. Przygotowano mieszkania na 1 i więcej osób, po 6—10 fr. za łóżko, a po 15 fr. z utrzymaniem. Koleje francuskie, hiszpańskie, portugalskie i włoskie przyznały uczestnikom zjazdu 50 proc. opustu, o ile całą podróż odbędą koleją.

— Fundacye humanitarne z powodu srebrnego wesela cesarzostwa niemieckich wynoszą $2^{1}/_{2}$ miliona marek.

— Wystawa, poświęcona sprawie pielęgnowania noworodków, odbywa się od 8—28 b. m. w Berlinie (Alt-Moabit 4—10).

— Niemieckie Towarzystwo higieny publicznej odbędzie swe doroczne zebranie 11—15 września w Augsburgu.

Mianowani: Anatom-patolog dr. Cesaris Demel zwyczajnym profesorem w Pizie; bakteryolog doc. Silberschmidt profesorem nadzw. w Zurychu.

Zmarli: Dr. A. Chrzczonowicz w 37 r. ż. w Warszawie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 8. Hellin: O niezależności oddychania od warunków ciśnienia atmosferycznego, tudzież uwagi o podwójnej odmie piersiowej. Żebrowski Al.: Przyczynek do kazuistyki ropni mózgowia pochodzenia usznego.

— *Medycyna* Nr. 8. Ciąg dalszy artykułów Flatau i Koelichena, oraz Kohna.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 9. Schramm: Przyrząd do zakładania opatrunków gipsowych. Krokiewicz: Bardzo czuły odczynnik na barwiki żółciowe. Bylicki (c. d. z Nr. 8).

— *Kronika lekarska* Zesz. 4. Ciąg dalszy artykułów Sędziaka, Giedgowda i Giedroycia.

— *Głos lekarzy* Nr. 5. Mikołajski: Informacye o posadach lekarskich. — Stosunki zdrowotne miasta Lwowa. — Stan szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1905 (sprawozdanie dr. Stelli-Sawickiego). — Ciągi dalsze artykułów z Nrów poprzednich.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 3. Gizelt: Zaopatrywanie miast w mleko. Panek i Szperling, Gargas (c. d. z Nr. 2).

— *Časopis lekařův českých* Nr. 8. Pexa: Příspěvek k dětským cirrhosam jaterním se zvláštním zřetelem k aetiologii. Teuner: O nutnosti zařízení zvláštních oddělení pro tuberkulosní při veřejných nemocnicích. Rádl: Hans Driesch.

— *Sbornik klinický* Zesz. 3. Jansky: Delirium acutum. Ryba: Nedomykavost chlopní srdečnice a její poměr k příjicí. Peigerová: K aetiologii žlučních kaménků.

— *Russkij Wracz* Nr. 4. Tiszutkin: Opis przyrządu do jednoczesnego obrabiania wielu skrawków mikroskopowych. Klein: W sprawie uodpornienia przeciwko dysenteryi. Aniczkow: W sprawie roli bakteryi termofilnych w jelitach człowieka. Gruzdiew: Słów kilka z zakresu kolizyi pomiędzy faktami w medycynie, a ich przedstawieniem. — Nr. 5. Krawkow: W sprawie zastosowania soli magnezyowych do znieczulenia. Bogolubow: W sprawie wrodzonych nieprawidłowości prącia. Lewin: Przypadek obfitego wyciekania cieczy mózgowordzeniowej z przewodu słuchowego zewnętrznego przy nienaruszonej błonie bębenkowej. Fieodosjew: Przerost nadnerczy po usunięciu jajników. Gruzdjew (dok. z Nr. 4).

— *Semaine médicale* Nr. 9. Lejars: Postacie niezupełne (formes frustes) niedrożności jelit.

— *Presse médicale* Nr. 16. Chantemesse: Pięć lat leczenia duru surowicą. Lapersonne: Ciężkie oparzenia, wywołane wybuchem ogrzewalnika z octanem barowym. Ostwalt: Wstrzykiwania wyskoku w uporczywej rwie twarzowej. — Nr. 17. Létienne: O stażeniu się. Stwardnienie tętnic. Guelliot: Powikłania włókniaków jajnika. Gaulejac: Sposób Biera w puchlinach stawowych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 9. Bail i Weil: Krótka wiadomość o agresywności gronkowców. Stahr: O zmianach krwi przy leczeniu sposobem Biera. Dorf: Przyczynek do sprawy porodowych uszkodzeń noworodka. Riedl: W sprawie leczenia tężca surowicą. Knotz: Przypadek podwójnego kanału rodnego niewieściego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 9. Gierke: Stosunek krętków do narządów noworodków, dotkniętych kiłą wrodzoną. Finkelnburg: Neurologiczne badania i spostrzeżenia przy znieczuleniu lędźwiowem kokainą i stowainą. Füth: O wysokiej śmiertelności z zapalenia okołokątniczego podczas ciąży. Waldvogel i Mette: Autoliza w ludzkich stłuszczonych narządach. Koelreutter: Wyniki Desaultowskiej operacyi ropniaka zatoki szczękowej. Vörner: Lymphangiectoma auriculi. Peters: Leczenie cierpień nerwowych bornywalem. Giese: Podskórne odosobnione szczelinowatę pęknięcia kości długich. Riedel: Dalszy przyczynek kazuistyczny do stłuczeń brzucha. Burgl: O śmiertelnem wewnętrznem zatruciu benzyną. Gernsheimer: Nowy przyrząd inhalacyjny. Hertzka: Nawlekanie igły bez dotykania się palcami. Stüve: Surowica przeciwbłonicza Behringa, a homeopatya. Fischer: Leczenie pocenia się nóg. Goldschmidt: Mor na Maderze.

Berliner klin. Wochenschrift Nr. 10. Heitler: O łączności zmian pojemności serca ze zmianami tętna. Loewenthal: Przyczynek do wiadomości o krętkach. Mosse: W sprawie symptomatologii drżączki poraźnej. Lilienfeld: O nowym środku nasennym proponalu. Schultz-Zehden: Zniszczenie obu oczu przez larwy much. Ewald, Wolff-Eisner (c. d. z Nr. 10). Posner: Przewodnik do cystoskopu Nitzego. Salge: Znaczenie zakażenia u noworodków i osesków.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 9. Kirchner: Pruska ustawa o chorobach zakaźnych z r. 1905. Werner: Stan zdrowotny armii pruskiej w oświetleniu higienicznem. Fraenkel: Drogi szerzenia się gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego. Lucae: Źródła błędów przy badaniu niedosłyszących zapomocą tonów. Miller: O pozornie chorobotwórczem działaniu *spirochaete dentium*. Voltolini: Przypadek złośliwego guza śródpiersia z nadzwyczaj szybkim przebiegiem. Boenninghausen: Przypadek ropowicy twardej.

Redakcya otrzymała: Witold Ziembicki: O węgorku jelitowym. Odb. z „Gaz. lek.“ 1905. Wrzosek: Znaczenie dróg oddechowych, jako wrót zakażenia w warunkach prawidłowych. Kraków. Akad. Um. 1906. Karliński: Przyczynek do badań nad gruźlicą dziedziczną bydła u zarodka. Odb. z „Przegl. wet.“ 1905.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 14 marca 1906 o godz. 6 wieczorem w ***Domu Towarzystwa*** (Radziwiłłowska 4) z następującym porządkiem dziennym: 1) kol. Ciechanowski przedstawi preparat z przypadku, przedstawionego przez kol. Latkowskiego w d. 28/II, 2) kol. Wachtel przedstawi przypadek ropnia mózgu, 3) kol. Krzyształowicz: „Stosunek rozwoju krętka bladego do okresów kiły“, 4) kol. Żeleński: „Z nowszych zagadnień hematologii klinicznej“.

Do nabycia we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

Szkodliwość nikotyny usunięta!

Zastosowanie wiedzy w życiu praktycznem wydało już niejednokrotnie zdumiewające rezultaty, przyniosło wiele pożytku ogółowi. Dziś higiena święci prawie na każdym kroku tryumfy, zrozumiałem więc jest, że i fabrykacya **tutek cygaretowych** — czyni postępy w tym kierunku, lecz nie wszędzie i nie zawsze z dodatnim rezultatem.

Moje wieloletnie próby, upodstawnione nauką i fachowem doświadczeniem, uwieńczone zostały ostatnimi czasy zdumiewającym skutkiem. Udało mi się bowiem dojść drogą badań do preparatu znanego już dziś prawie wszędzie, pod nazwą:

„Salvesol“.

Jest to **wata chemiczna,** mająca tak wielce pożądaną dla palących papierosy własność, że, by mnie nie posądzono o czczą przechwałkę — odsyłam Sz. Czytelnika do poniżej umieszczonego **uznania**, jakiem raczył mnie zaszczycić WP. Prof. Dr. **A.** Mars.

Powyższe wyroby poleca Zakład przemysł. wyrob. papier. Mra W. BEŁDOWSKIEGO, Kraków 4.

WP. Mr. farm. W. Bełdowski w Krakowie.

Z przyjemnością donoszę W. Panu, że od czasu, jak używam Pańskiej waty »Salvesol« w cygarniczkach szklanych, nie doznaję przykrych objawów, które mi dokuczały skutkiem palenia tytoniu. Wobec tego upraszam o nadesłanie mi za pobraniem pocztowem i t. d.

Lwów, 2 maja 1903. *Z wysokiem poważaniem*

74 a *Prof. Dr. Antoni Mars.*

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i **strychiny** 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców;** bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej **w aptece Konstantego Wiszniewskiego** w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin“

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Feliowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. **Sposób użycia:** 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera **ciała lotne** jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. **Sposób użycia:** Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum“. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. **Sposób użycia:** Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. **Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4.** Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki **dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa.** 168 :

Kraków — Dębniki, ulica Pocztowa 112, tuż przy moście.

LECZNICA

Dr. Cezara KOMOROWSKIEGO

otwarta przez cały rok dla chorych stałych i przychodnich.
Postępowe urządzenia, — najnowsze metody leczenia.

Zakład sztucznych kąpieli mineralnych:
borowinowe (Francensbad), gazowe (a la Nauheim), solankowe, żelaziste, siarczano-mułowe (Ischl) rabczańskie, jodowe, sublimatowe, aromatyczne i t. d.

Hydroterapia wedle zasad Winternitza
kąp. o temp. stopn., kąp. falowe, nacierania, natryski, mięsienie.

Elektro- i mechanoterapia: 81
w chor. stawów i mięśni, porażeniach, zanikach i zesztywnieniach, leczenie skrzywień kręgosłupa najn. met. KLAPP-BIERA.

Inhalatoryum zbiorowe:
system termoakumulatorów i termovariatorów, inhalacye solankowo-alkaliczne, igliwiowe, guajacolowo-mentolowe, nasycanie ustroju środkami salicyl, jod, As, Fe, Hg i t. d. zawierającymi. W ostrych i przewlekłych katarach dróg oddechowych, zadyszce, dusznicy bolesnej, skazach o tle specyficznem.

Ambulatoryum chirurg.-ginekologiczne.

Irygacye gorące, kolpeuryza, masaż metoda Thure-Brandt.

Całodzienne utrzymanie 8 Koron, operacye i konsylia wedle umowy. — 1 kąpiel miner. 4 K. Pojedyncza inhalacya 1 K.

Zakład prowadzony tylko przez lekarzy.

Kraków — Dębniki, ulica Pocztowa 112, tuż przy moście.

Które środki przeczyszczające nadają się do stałego, dłużej trwającego używania? **Tylko te, ktore nie drażniąc silnie jelit nie wywołując zapalenia, bez bólów obfite, papkowate, nie skąpe wodniste opróżnienia sprowadzają.** Wszystkie te warunki wypełniają Pil. Aperientes „KLEEWEIN“ Skład ich: Rp. Extr. cascar. sagrad. rec. par, Extr. Rhei chinens. rec. par. aa 3·0 Podophyllini, Extr. Belladonnae aa 0·50. Pulv. cascar. sagrad. quant. sat. ut fiant pil. Nr. 50. Obduc. c. Sacchar. alb. et fol. argent. Dlatego bywają one zalecane od 25 lat przez lekarzy wszystkich państw kulturalnych przy zaparciu i następstwach tegoż. — Z powodu zawartości Extr. belladonnae muszą te pigułki być zapisywane receptaaliter według powyższej formułki Cena pudełka z 50 posrebrzanemi pigułkami 2 K. a można je sprowadzić przez apteki wszystkich krajów. Próbki rozsyła na życzenie gratis i franco do wszystkich krajów: 78



KLEEWEINS „Adler-Apotheke“, Krems bei Wien, N.-Ö.

Bazylejska fabryka chemiczna, Bazylea (Szwajcarya).

Kryofina najszybciej działający i najpewniejszy lek przeciwgorączkowy i kojący ból, szczególnie w rwie kulszowej i innych nerwobolach

Vioform najlepszy środek zastępczy zamiast jodoformu, bezwonny, dający się wyjałowić.

Ferratogen (nukleina żelazawa), nie ulega działaniu soku żołądkowego, nie sprawia zaburzeń żołądkowych.

Sulfurol zastępuje zupełnie Ammonium sulfo-ichthyolicum.

Piśmiennictwo, próbki leków i wszelkie wyjaśnienia na żądanie.
Antypiryna zupełnie czysta.
Fenacetyna krystaliczna i w proszku.
Kwas acetylosalicylowy najczystszy.

Skład główny na Austro-Węgry:

Carl Barolin, Wiedeń, VII/1, Apollogasse 8.

Telefon 7992. 52

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

Prof. Dr. W. JAWORSKIEGO w KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka — Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy l. 4. (Telef. Nr. 227).

a) Wody normalne zawierające składniki tylko mineralne:

Nr.	Woda normalna		hal.	Nr.	Woda normalna		hal.
I	Normalna	flaszka ³/₄ l.	40	XII	Jodowa słabsza	flaszka ³/₄ l.	50
II	Alkaliczna słabsza . . .	„ „	30	XIII	Jodowa mocniejsza . .	„ ½ l.	50
III	Alkaliczna mocniejsza .	„ „	35	XIV	Bromowa słabsza . . .	„ ³/₄ l.	40
IV	Słona słabsza	„ „	35	XV	Bromowa mocniejsza . .	„ ½ l.	40
V	Słona mocniejsza . . .	„ „	40	XVI	Żelazista	„ ³/₄ l.	40
VI	Alkaliczno-słona . . .	„ „	30	XVII	Arsenowa	„ ½ l.	50
VII	Glauberska mocniejsza .	„ „	40	XVIII	Arsenowo-żelazista . .	„ „	50
VIII	Glauberska słabsza . .	„ „	30	XIX	Dyetetyczna	„ ³/₄ l.	40
IX	Magnowa	„ „	40	XX	Kwaskowata	„ ½ l.	30
X	Wapniowa	„ „	40	XXI	Stołowa normalna . . .	„ ³/₄ l.	30
XI	Litowa	„ „	50				

b) Wody normalne zawierające salicylany:

Nr.		hal.	Nr.		hal.
XXII	A. **Aqua alcalina** eff. **mitior** numerata	40	XXV	D. **Ziemna mocniejsza** numerowana . .	60
XXIII	B. **Aqua alcalina** eff. **fortior**	60	XXVI	E. **Aqua magnesiae** eff. numerata . .	40
XXIV	C. **Ziemna słabsza** numerowana . . .	40			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla **uniknięcia pomyłek** z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz **»normalna«** i numer. Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie **franko**. 151

Rok XLV. Kraków 17 Marca 1906. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Uruchomienie kręgosłupa metodą Klappa i niebezpieczeństwo jego przy leczeniu bocznego skrzywienia kręgosłupa.

Podał

Doc. Dr. V. Chlumský.

Pod koniec zeszłego roku ogłosił Klapp w Nrze 48 tygodnika „Münchener medizinische Wochenschrift“ krótką rozprawę, w której podaje nową metodę leczenia bocznego skrzywienia kręgosłupa. Radzi on, aby pacyenci, cierpiący na to zboczenie, codziennie przez parę tygodni chodzili na czworakach po pokoju na kształt czworonożnych, początkowo przez parę minut, następnie zaś czas dłuższy. Należy przytem stawiać na podłodze nogi i ręce w pewnym porządku, a grzbiet wystawić przed ćwiczeniem na działanie gorącego powietrza przez 20 minut. Ćwiczenie to ma sprowadzić silne uruchomienie całego kręgosłupa, a skoro pacyenci nabędą wprawy w tem raczkowaniu, to powinni je wykonywać okrężnie w pewnem kole i to w kierunku odwrotnym do wypukłości skrzywienia. Na tem kończy się, o ile można zrozumieć z rozprawy, cały zabieg leczniczy Klappa.

Wkrótce po ogłoszeniu tej pracy ukazała się druga, omawiająca ten sam przedmiot, napisana przez Nieny [1], w której autor ten utrzymuje, że podobne ćwiczenia, o jakich mówi Klapp, były już pierwej stosowane przez niego, Hoffę i innych; potępia on lekceważący sposób pisania Klappa, który dotychczasowe metody leczenia uważa za zbyteczne, a tylko swoją poleca jako jedynie dobrą.

Obaj autorowie zapomnieli jednak o tem, że nie jest jeszcze rozstrzygnięte pytanie, czy uruchomienie całego skrzywionego kręgosłupa jest skuteczne, jeśli nie pomagają mu inne czynniki lecznicze.

Przypuśćmy, że uruchomienie kręgosłupa metodą raczkowania udaje się zupełnie tak, jak to podaje Klapp: czy przez to już pomogliśmy pacyentowi? Ja przynajmniej w to nie wierzę. Rozluźniony kręgosłup nienaturalnemi ćwiczeniami zatraca ostatni punkt oparcia, a wszystkie dawne czynniki, warunkujące skrzywienie kręgosłupa, pozostają nadal tak, że nietylko nie leczymy cierpienia, ale przeciwnie, spotęgowujemy jeszcze to skrzywienie.

W lżejszych przypadkach, gdzie idzie tylko o pewną niedbałość i niehygieniczne życie pacyentów, prawdopodobnie można uzyskać jakieś polepszenie już poprostu przez to, że zwraca się uwagę dzieci i ich otoczenia na to cierpienie.

„Metoda raczkowania“ jest tu niejako dzwonem, utrzymującym w napięciu uwagę pacyentów. Trzymają się oni wtedy lepiej, nawet i bez uruchomienia i mimo leczenia tą metodą. Uruchomienie nie uwzględnia głębszych przyczyn; mam tu na myśli niezwykłe osłabienie mięśni, krzywe ustawienie miednicy, nadmierną miękkość kości i wiele innych zasadniczych wad, o których tak często rozprawiają ortopedyści i które zapomocą odpowiednich zabiegów doznają poprawy, lub całkiem zostają usunięte. W tych przypadkach należy bezwarunkowo zarzucić nużące raczkowanie, jak wogóle każdą męczącą gimnastykę. Jako przykład bezskuteczności leczenia uruchomieniem przytaczam przypadek, cieszący się niejako światowym rozgłosem, który prawdopodobnie widzieli i zbadali inni koledzy. Mam na myśli pewnego artystę cyrkowego, „człowieka-węża“ (*Schlangenmensch)*, który występował w różnych przedsiębiorstwach zwanych *variétés*. Kręgosłup tego człowieka, jak rura gumowa, dawał się na wszystkie strony skręcać i wyginać. Otóż według przypuszczeń zwolenników uruchomienia kręgosłupa powinien ten człowiek być prostym jak świeca; tymczasem jest on garbaty, nawet bardzo, tak że już przez odzież widać jego wysokie ramię, odstającą łopatkę i wielkie biodro. Staje się to zwłaszcza widocznem po skończeniu jego produkcyi.

W tym przypadku, możliwie największe uruchomienie nietylko nie usunęło bocznego skrzywienia kręgosłupa, ale możemy nawet na pewno przypuszczać, że nie przeszkodziło w jego powstawaniu, a nawet pomogło.

Niestety mogę przytoczyć przykłady, w których przesadne uruchomienie wprost zaszkodziło. Idzie tu o parę przypadków, które dostały mi się z zakładów, prowadzonych przez laików i szwedzkich gimnastyków. Według opowiadań pacyentów prowadzono tam szwedzką gimnastykę i inne ćwiczenia gimnastyczne. Kręgosłup pacyentów, leczonych tam przez miesiące, a nawet w ciągu lat był, jak to osobiście spostrzegałem przy badaniu, tak niekiedy uruchomiony, że ruchomość jego przypominała ruchomość kręgosłupa owego artysty cyrkowego. Dzieci oddawano do zakładu zdrowe, tylko niedostatecznie rozwinięte, lub ze słabem skrzywieniem bocznem kręgosłupa. Rodzice twierdzili zazwyczaj, że dzieci były całkiem proste i że posyłali je do zakładu z powodu ogólnie chwalonych i zaleconych ćwiczeń cielesnych. Dopiero w czasie leczenia zauważono po raz pierwszy, że dzieci krzywo się trzymają, ale tak rodzice, jak i prowadzący gimnastykę uważali to za niedbałość. Tymczasem żebra stawały się nieprawidłowemi, coraz bardziej zakrzywionemi tak, że ostatecznym wynikiem był garb wraz z jego następstwami. Niepomyślny ten stan pokazał się zwłaszcza wyraźnie u dwojga dzieci, atoli w mniejszym lub większym stopniu wystąpił także u kilku innych z jednego z tych zakładów.

A więc nie uruchomienia kręgosłupa i nowych jego

[1] „Münchener medizin. Wochenschrift.“ (1906. Nr. 3).

metod było nam potrzeba Dotychczasowymi zabiegami możemy w odpowiedni sposób i w stosownem miejscu lepszy otrzymać skutek, aniżeli to umożliwia „metoda raczkowania“. W lekkich przypadkach może ona sprowadzić pewne polepszenie; dlaczego, powiedzieliśmy wyżej; ale stosowana przez długi czas, bez planu i przez nie zawodowców, może być wprost niebezpieczną.

Przydałoby się nam bardziej polecenie nowych sposobów usunięcia przyczyn zboczenia i ustalenia raz otrzymanych wyników. Ponadto nie są nasze zakłady ze swymi wszystkimi środkami pomocniczymi tak złe, jak to twierdzi Klapp, o ile są prowadzone rozumnie i przez wyćwiczone siły. Wprawdzie nie doszliśmy jeszcze do tego, abyśmy mogli zapomocą mięsienia, przyrządów i t. d. wyleczyć każde zaniedbane skrzywienie boczne kręgosłupa; jednakowoż przez zastosowanie właściwych celowi odpowiadających środków i przez odpowiednie ich kombinowanie otrzymujemy tak dobre wyniki, że się ich stanowczo wstydzić nie potrzebujemy; musimy tylko z pewnem doświadczeniem wybierać i indywidualizować zabiegi, natomiast każde leczenie szablonowe może przynieść tylko szkodę.

Z tych wszystkich wyżej podanych powodów uważam sposób leczenia Klappa po krótkim dotychczas okresie spostrzegania za nieodpowiedni i przestrzegam przed szablonowem jego naśladowaniem.

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Chlorek barowy jako środek sercowy.

(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

Docent Witold Orłowski.

(Ciąg dalszy).

Zbierając teraz razem wszystkie dane, uzyskane przez spostrzeżenia u naszych chorych, łatwo wysnuć wniosek, że chlorek barowy działał dodatnio tylko w przypadkach osłabienia czynności serca, wywołanego przez organiczną wadę zastawkową bez równoczesnych zmian w mięśniu i zmian miażdżycowych w tętnicach. Dodatnie działanie trwało jednak i w tych przypadkach niedługo, ustępując miejsca w razie dłuższego stosowania leku pogorszeniu. Te wyniki przemawiają stanowczo przeciwko poglądom tych badaczy, którzy utrzymują, że i chlorek barowy i naparstnica działają zupełnie podobnie i którzy na tej podstawie polecają chlorek barowy zamiast naparstnicy, lub nawet stawiają go wyżej wobec tego, że można go łatwo i ściśle dawkować i że on nie działa zbiorowo. Wobec tych wyników, musiałem sobie tłómaczyć działanie chlorku barowego nie działaniem na serce, jak to przyjęto co do naparstnicy, lecz szukać objaśnienia gdzieindziej, a mianowicie w ściśle udowodnionem zwężającem działaniu baru na naczynia krwionośne. Całą sprawę więc przedstawiałem sobie w sposób następujący: chlorek barowy zwęża naczynia, wskutek tego ciśnienie krwi podnosi się i wzmaga się czynność serca; jednocześnie w następstwie podrażnienia przez wzmożone ciśnienie ośrodków n. n. błędnych w rdzeniu przedłużonym następuje zwolnienie ruchów serca. Z drugiej strony podniesienie ciśnienia krwi, wywołane przez zwężenie naczyń, może w razie pomyślnego skojarzenia tych czynników działać moczopędnie przez przyspieszenie prądu krwi w nerkach. Moczopędne działanie mogłoby zresztą zależeć i od bezpośredniego drażniącego działania chlorku barowego na nerki, za czem przemawiają nowsze doświadczenia Mac Calluma (37). Brak działania moczopędnego lub nawet obniżenie wydzielania moczu po poprzedniem znacznem zwiększeniu ilości moczu można było sobie tłómaczyć nader silnem zwężeniem naczyń krwionośnych, wywołanem przez dłuższe podawanie baru. W ten sposób można było tłómaczyć sobie przypadki, w których mięsień sercowy nie uległ jeszcze wybitnym zmianom. Jeśli zaś mięsień sercowy był albo bardzo osłabiony, albo zmieniony wskutek sprawy zapalnej, wtedy serce nie mogło podołać zwiększonej pracy, jakiej bar wymagał. W tych przypadkach wskutek podawania baru pogarszała się czynność serca i pojawiały się wszystkie tego następstwa. Spostrzeżenia moje wreszcie nie dawały mi prawa przypuszczać, że chlorek barowy działa bezpośrednio na mięsień sercowy podniecająco, na wzór naparstnicy Jednak nie miałem znów dostatecznych danych do tego, aby zupełnie odrzucić możliwość lekkiego podniecającego działania chlorku barowego na serce, ponieważ niepojawienie się tego działania mogłoby zależeć od jednoczesnego zbyt silnego zwężenia naczyń.

Wobec tych wyników, sprzecznych z ogłoszonymi w piśmiennictwie wynikami doświadczeń na zwierzętach, postanowiłem ponownie doświadczalnie zbadać działanie chlorku barowego na serce, tembardziej, że metodyka doświadczeń w ogłoszonych pracach, pomimo ich szczegółowości, wydawała mi się niezupełnie ścisłą. Doświadczenia te wykonałem w pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii.

Doświadczenia moje dzielą się na 3 grupy. Do pierwszej należą doświadczenia na żabach, do drugiej doświadczenia na oddzielonem sercu królików, wreszcie trzecią grupę stanowią doświadczenia, wykonane na psach dla wyświetlenia działania chlorku barowego na ciśnienie krwi.

Do doświadczeń na żabach używałem samców gatunku *Rana temporaria*. Używałem różnych dawek, zaczynając od 0,0025 grm. aż do 0,1; wstrzykiwałem chlorek barowy zawsze do grzbietowego worka chłonnego Najmniejszą dawką, która w jednych doświadczeniach nie wywierała żadnego wpływu na mięsień sercowy, w innych zaś była skuteczna, była dawka 0,005 grm

Dośw. I. 7/XII 1905. Samiec, ważący 50 grm. Żabę umocowano na desce, klatkę piersiową otwarto, serce uwolniono z osierdzia. Skurczów serca 38 na 1'. 0 g. 11 min. 23 wstrzyknąłem do grzbietowego worka chłonnego 0,5 cm³. 10 prc. roztworu chlorku barowego, więc 0,05 grm. 0 godz. 11 min. 25 skurczów serca 32, rozmiary komory serca znacznie zmniejszyły się; podczas rozkurczu komora wiotczeje niedostatecznie. 0 godz. 11 min. 26 serce małe, skurcze są powierzchowne, podczas rozkurczu koniuszek komory i niektóre miejsca jej brzegów pozostają zupełnie blade, skurczów na 1' 16. 0 godz. 11 m. 28 skurcze i rozkurcze są nader powierzchowne, skurczów na 1' 10. 0 g. 11 m. 30 serce blade, maleńkie, również małe przedsionki; serce zupełnie nieczynne.

Dośw. II. 3/XII 1905. Samiec, ważący 42 grm. Metodyka doświadczenia ta sama, co w poprzedniem doświadczeniu. Skurczów serca 32 na 1'. 0 godz. 1 min. 10 wstrzyknąłem do grzbietowego worka chłonnego 0,2 cm³. 10 prc. $BaCl^2$, więc 0,02 grm. 0 g. 1 m. 11 skurczów serca 36. 0 g. 1 m. 12 skurczów 32. 0 g. 1 m. 12 skurczów 28; rozmiary komory zmniejszyły się; podczas rozkurczu zupełne zwiotczenie nie następuje. 0 g. 1 m. 14 komora kurczy się na 1 m. 16 razy, przedsionki 32, skurcz i rozkurcz trwają dłużej, niż pierwotnie; zupełnego zwiotczenia podczas rozkurczu

niema. O godz. 1 min. 15 praca komory przybrała jaskrawe cechy ruchów robaczkowych (*peristaltismus*); skurcze są więcej powierzchowne, niż pierwotnie; komora daje w ciągu 1 m. 14 skurczów, przedsionki zaś 28. O g. 1 m. 17 podczas rozkurczu koniuszek komory pozostaje blady. O godz. 1 min. 19 skurcz komory przypada jednocześnie jużto ze skurczem, jużto z rozkurczem przedsionków. O godzinie 1 minut 21 przedsionki kurczą się niezawsze jednocześnie; czynność komory nosi cechy skurczu robaczkowego (*peristaltismus*), skurcze są powierzchowne; rozkurczowe zwiotczenie bardzo słabe, komora w ciągu 1 daje 8, przedsionki 35 razy. Stopniowo obumierając, komora zatrzymuje się wreszcie o g. 3 min. 55, mając małe rozmiary i ciemnoczerwoną barwę; przedsionki ustają pracować o g. 4 m. 30.

Dośw. III. 4.XII 1905. Samiec, ważący 28 grm. Metodyka doświadczenia ta sama, jak poprzednio. Skurczów serca 38 na 1 m. O g. 12 m. 55 wstrzyknąłem do worka grzbietowego 0.002 grm. siarkanu atropiny. O g. 1, o g. 1 m. 3 skurczów serca 38. O g. 1 m. 4 wstrzyknąłem 0,1 cm³. 5 prc. roztworu chlorku barowego, więc 0,005 grm. leku. O g. 1 m. 5 skurczów serca 40 na 1 min. O g. 1 m. 7 skurczów 36. O g. 1 m. 8. rozmiary komory wyraźnie zmniejszone, rozkurczowe zwiotczenie jest mniejsze, niż pierwotnie. O g. 1 m. 9 podczas rozkurczu w prawym brzegu komory niektóre miejsca pozostają blade. O g. 1 m. 12 skurczów 12, skurcze i rozkurcze trwają dłużej; skurcze są powierzchowniejsze, zwiotczenie rozkurczowe jest słabsze; czynność serca odbywa się robaczkowato (peristaltycznie). O godzinie 1 minut 16 ruchy robaczkowe komory występują o wiele silniej, niż poprzednio; skurcze są nader powierzchowne; podczas skurczu komora nie może wyrzucić z siebie wszystkiej krwi. O g. 1 m. 19 komora: 9 skurczów, a przedsionki 18. O g. 1 m. 25 skurcze komory bardzo słabe, komora zmniejszona, ciemnoczerwona; skurczów przedsionków 25 na 1 m., przedsionki kurczą się niejednocześnie. W dalszym ciągu komora jużto była nieczynną, niekiedy nawet w ciągu 1½—2—3 m., jużto po kilka razy nader powierzchownie się kurczyła, aż wreszcie o g. 8 m. 20 zatrzymała się ostatecznie; przedsionki zatrzymały się o g. 8 m. 57; komora była niewielka, prawie o połowę zmniejszona, ciemnoczerwona.

Dośw. IV. 6 XII 1905. Samiec, ważący 41 grm. Ośrodkowy układ nerwowy zniszczyłem. Po otwarciu klatki piersiowej uwolniłem serce z worka osierdziowego. Skurczów serca 23 na 1 min. O g. 2 m. 13 wstrzyknąłem do worka grzbietowego 0,1 cm³. 10% $BaCl^2$, więc 0,01 grm. O g. 2 min. 14 skurczów serca 27, o g. 2 m. 16 skurczów 23, o g. 2 m. 17 zwiotczenie rozkurczowe serca jest słabsze, skurcze również powierzchowniejsze; komora zmniejszona. O g. 2 m. 58 skurcz i rozkurcz robaczkowy. O g. 3 min. 5 skurcze komory są tak powierzchowne, że nie opróżniają komory ze krwi. O g. 4 m. 58 komora ustała zupełnie, jest w stanie skurczu, barwy ciemnoczerwonej; przedsionki zatrzymały się o g. 5 m. 45.

(C. d. n.)

Napoje wyskokowe jako środek leczniczy.

Z uwzględnieniem spostrzeżeń poczynionych w roku 1905 w klinice lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał

Dr. St. Szurek
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Medycyna współczesna stosuje wyskok jako środek dyetetyczny i jako lek właściwy. W małych dawkach stosuje go jako dyetyczną podnietę dla poprawienia smaku, zwiększenia łaknienia, pobudzenia chemizmu żołądka, wywołania owego „psychicznego“ soku Pawłowa celem ile możności jaknajlepszego wyzyskania pokarmów i to w najrozmaitszych stanach chorobowych. Stosuje go dalej obok kofeiny, kamfory jako lek skrzepiający, który ma przeciwdziałać groźnemu słabnięciu czynności serca, albo ożywić wyczerpany mięsień sercowy i to znów w najrozmaitszych chorobach ostrych, jak i przewlekłych. Podaje go dalej w ostrych chorobach gorączkowych, wprawdzie w ilościach mniejszych, niż dawniej i nie przez cały ciąg choroby, nietyle dla jego własności przeciwgorączkowych, ile z pewnych wskazań szczegółowych, zwłaszcza ze względu na podupadanie sprawności serca, a używa go zwłaszcza w ciężkich stanach posoczniczych, gorączkach połogowych, zapaleniu płuc, durze brzusznym, odnosząc nieraz to stanowcze wrażenie, że jedynie wyskok uratował życie, które inaczej byłoby stracone. W innych chorobach zakaźnych, jak płonicy, błonicy, róży, odrze i t. d., nie podaje zazwyczaj wyskoku, a nie podaje nie z obawy obniżenia odporności ustroju, ale dlatego, że w większości przypadków przy prawidłowym przebiegu choroby podawać go nie zachodzi potrzeba. Wyniki doświadczeń, tak dawniejszych Doyena, Déleardea, Albotta i t. d., jak zwłaszcza najnowszych Laitinena nad zachowaniem się odporności zwierząt i możliwością sztucznego ich uodpornienia po podaniu wyskoku tak w zakażeniach, jak i w zatruciach wytworami bakteryi, nie mogą wpływać tutaj na postępowanie lecznicze zarówno dlatego, że doświadczenia te były wykonane na zwierzętach, jak i dlatego, że używano w nich wprost trujących dawek wyskoku.

Podajemy dalej wyskok jako środek odżywczy w rozmaitych sprawach, połączonych z ogólnem wyniszczeniem, cherą, a podajemy go w tych razach w postaci pewnych napojów wyskokowych, zawierających obok wyskoku jeszcze i inne istoty odżywcze. Takiem jest piwo, zwłaszcza cięższe jego gatunki, które zawierają średnio 4—5% węglowodanów i 0·7% białka. Wartość kaloryjna ciężkiego piwa, jak monachijski Hofbräu, Löwenbräu, Spatenbräu, Kulmbach, porter Barclay Perkins, Burton Ale, Scotch Ale, jest nie o wiele mniejsza, a nawet prawie równa wartości kaloryjnej mleka. Kumys, napój narodowy Baszkirów i Kirgizów zawiera 2·2% białka, 2·1% tłuszczu. 1·5% cukru mlecznego, kefir, napój ludów kaukazkich, 3·1% białka, 2·0% tłuszczu, 1·6% cukru mlecznego, oba zatem mają dużą wartość odżywczą, której nie można odmówić i polskim miodom syconym.

Wyskok stanowi dalej ważny środek pomocniczy w leczeniu wzmacniającem i jako taki bywa używany w błednicy, w niedokrwistościach, osłabieniach i w okresie zdrowienia po ciężkich chorobach, a chociaż jego działanie „wzmacniające“ może być tutaj tylko pośrednie i chociaż trudno obliczyć, co w tych razach jest skutkiem wyskoku, a co odpowiedniego żywienia i dyetetycznego zachowania się, to jednak wyniki przy podawaniu wyskoku są w niektórych przynajmniej razach tak dobre, że wyskoku zawsze użyjemy wtedy, gdy mimo wytworzenia najkorzystniejszych warunków zdrowie albo całkiem nie wraca, albo zbyt powoli. Z tego samego i innych wskazań stosujemy wyskok i u suchotników. Szkoła Brehmera i Dettweilera wpadła w przesadę, uważając wyskok w leczeniu suchot nietylko za środek pobudzający serce, ale za jeden z najistotniejszych czynników metody odżywczej i podając go w ogromnych ilościach i pod postacią najmocniejszych przetworów wyskokowych (portwein, piwo angielskie, madera, sherry, mocne likiery i t. d.) Wystrzegając się takiej skrajności, przyznać jednak należy, że u pewnych osób i w pewnych okresach suchot podawanie w małych ilościach słabych, a pożywnych napojów wyskokowych, jak pewnych gatunków piwa, kefiru i t. d. niewątpliwie oddaje znaczne usługi. Kierując się tem, nawet sanatorya ludowe, wogóle unikające wyskoku ze

względów oszczędności, mimo to podają go pod postacią słabych piw, albo pod postacią kefiru.

Przeciw bezsenności używa wyskoku dość powszechnie dotąd psychiatrya u pewnej kategoryi chorych i ceni wysoko jego nasenne działanie. Żałować tylko należy, że medycyna wewnętrzna z tej jego własności stosunkowo tak mało korzysta i woli polecać morfinę, chlorali t. d. tam, gdzie ten sam skutek możnaby równie łatwo osiągnąć jedną lub dwiema szklankami piwa. Osoby nerwowe, zwłaszcza kobiety do wyskoku nieprzyzwyczajone, cierpiące całymi miesiącami na bezsenność pomimo używania najrozmaitszych obosiecznych leków nasennych, często po zastosowaniu piwa odzyskują sen, a cera ich, dotąd ziemista, szybko i wybitnie się poprawia.

Wyskok stosuje się nadto przemijająco w psychicznych stanach przygnębienia celem podniesienia nastroju chorego, celem wywołania tzw. euforyi u niektórych chorych w chwilach ogarniającej ich strasznej trwogi i troski, oczywiście z zachowaniem miary i tylko wtedy, jeżeli przez to lekarska strona naszego działania nie ucierpi.

W końcu B u n g e wspomina jeszcze o jednem wskazaniu do podawania wyskoku, a mianowicie celem złagodzenia cierpień konania (*euthanasia*). I rzeczywiście nieraz stwierdzić można, że łyżka dobrego wina daje umierającemu uczucie, że oddech jego staje się łatwiejszym i zmniejsza się uczucie niemocy. I dlatego w nieuleczalnych sprawach chorobowych, jak w suchotach, raku, mięsaku i t. d. wyskok jest dla umierających równie wielkiem dobrodziejstwem, jak morfina wobec bolów; tu staje się on prawdziwie „*ultima consolatio morientis corporis humani*“.

Natomiast przeciwwskazany jest wyskok u dzieci aż do 14 roku życia prócz bardzo wyjątkowych przypadków, dalej u niektórych osób nerwowych, zwłaszcza u tych, których woli brak dostatecznego hartu, neurasteników, histeryków, epileptyków, u wyleczonych pijaków, u których już mała ilość wyskoku, nieopatrznie podanego, może obrócić w niwecz całe dotychczasowe leczenie, u osób zwyrodniałych lub nie znoszących wogóle najmniejszych nawet dawek wyskoku, wreszcie w całym szeregu innych chorób, w których każdy podręcznik używanie wyskoku bezwarunkowo wyłącza.

Wartość wyskoku, jako leku, oświetlają najlepiej sądy największych dawniejszych i najwybitniejszych współczesnych klinicystów. I tak Z i e m s s e n w podręczniku terapii chorób wewnętrznych P e n z o l d t a i S t i n t z i n g a z r. 1902 w artykule o leczeniu duru brzusznego mówi: „Napoje wyskokowe mają w leczeniu duru nieocenioną wartość, muszą być jednak, podobnie jak i pokarmy, stosowane według metody z góry ściśle indywidualizującej. Podajemy od początku lekkie, niekwaśne wina białe, wieloletnie, $^1/_4$—$^1/_2$ l. na dzień, z wodą; natomiast przy wybitnych objawach jelitowych (bębnica, obfite biegunki) wino grzane (Glühwein), sporządzone ze starego burgunda z cukrem, cynamonem i kilkoma goździkami, raz zagotowane, w ilości $^1/_4$—$^1/_2$ l. na dzień. Zimne wino czerwone nie zaleca się jako napój. W 3. i 4. tygodniu odgrywa wino szampańskie główną rolę. Podajemy je w dawkach niewiększych nad 20—30 c^3 na raz, ponieważ w większych dawkach pobudza łatwo ruchy robaczkowe, podajemy jednak tę dawkę tak często, (przynajmniej w ciężkich przypadkach), że w ciągu doby chory zużywa flaszkę. Jeżeli biegunka dalej trwa, to podajemy szampan naprzemian z winem grzanem; zazwyczaj podaje się wino szampańskie ze zwykłą wodą do picia. Szampan wywołuje umiarkowane, przyjemne podniecenie i gasi pragnienie. Czyste wino szampańskie sprawia ból w ustach i gardle. Obok wina koniak, rosyjska herbata z rumem albo arakiem, ciepły grog, jeżeli chodzi o to, ażeby podnieść sprawność układu nerwowego. Odmiana w napojach zaleca się. Na pytanie, do jakich dawek ograniczyć się powinno ilość napojów wyskokowych na dobę, nie można dać ogólnej odpowiedzi. W ogólności można tylko tyle powiedzieć, że według doświadczenia, zebranego w leczeniu duru, później o wiele częściej przychodzi żałować, że się podało za mało, niż za wiele“.

G e b h a r d w tym samym tomie mówi o leczeniu posocznicy u położnic w ten sposób: „Ważne znaczenie w leczeniu ciężkich przypadków ma oddawna wyskok, a liczni autorowie gorąco polecali go stosować. Podaje go się w tym celu, ażeby służył jako środek podniecający przeciw zagrażającemu słabnięciu serca i ażeby wstrzymywał silny rozpad białka. Podaje się go wszelkimi możliwymi sposobami. Przedewszystkiem poleca się rozetrzeć kilka żółtek ze 150—200 gr. dobrego koniaku i podaje się z tego co $^1/_2$ godziny łyżkę stołową; obok tego podaje się dobre czyste wino albo wino szampańskie, wogóle co chora pić może. Przekonałem się wielokrotnie, że chore takie, którym dobitnie przedstawiłem, że obfity dowóz wyskoku jest konieczny i do pewnego stopnia prowadzić może do wyleczenia, wypijały ogromne ilości nawet wtedy, kiedy nie były przyzwyczajone do używania wyskoku“. F r o m m e l n. p. podaje, że pewna bardzo wykształcona chora, która przedtem była przyzwyczajona pić zaledwo jedną do dwóch szklanek dziennie, w ciągu 13 dni wypiła 24 butelek wina szampańskiego i 11 flaszek ciężkiego wina reńskiego, a mimo to w ciągu tego czasu ani razu nie nastąpiło oszołomienie, ani mdłości. Pomyślne skutki podawania tak wielkich dawek spostrzegano wielokrotnie, a w szczególności zasługują pod każdym względem na uwagę wyniki, uzyskane przez Rungego w najcięższych przypadkach zakażeń. B r e i s k y tak się o wyskoku wyraża: „Zaznaczam, że co do mnie uważam wyskok w posoczniczej gorączce połogowej za silniejszy środek przeciwgorączkowy od chininy i z tego powodu stosuję go nawet przy ciągłej gorączce“.

A h l f e l d w sprawozdaniu ze swojej kliniki powiada: „Co inni w leczeniu gorączki przy zakażeniach połogowych starają się osiągnąć zapomocą naparstnicy, chininy i salicylanu sodowego, to my osiągamy podawaniem dużych dawek wina. Musi ono być bardzo silne, nie za słodkie, ażeby je chore długo znosiły, nie za kwaśne, ażeby nie działało zanadto na ruch jelit. Obecnie używam bardzo silnego hiszpańskiego wina, które można podawać w ogromnych ilościach. Przeważna część pacyentek pije to wino nierozcieńczone i zużywa, jeżeli je zalecimy, aż do 1 l. i więcej na dzień“.

Podobne doświadczenia zebrał R u n g e, który mówi: „Wyskok jest środkiem podniecającym serce i posiada jako taki wielką wartość w osłabieniu serca i wobec grożącego zapadu, jaki w toku posocznicy nierzadko się zdarza, a jaki zwłaszcza przy stosowaniu kąpieli się spostrzega. Stąd rada: bezpośrednio przed i bezpośrednio po kąpieli podać dawkę

wyskoku". A dalej oświadcza: „Sądzę, że przez te czynniki, podobnie jak przez wiele innych wielokrotnie wymienianych objawów, które wywołuje złączenie dowozu wyskoku z kąpielami, wzrasta odporność ustroju na jad septyczny wprost uderzająco".

Również Curschmann uważa wyskok za niezbędny w całym szeregu chorób. Pelman w „*Deutsche Klinik*" z r. 1902 tak pisze w artykule o leczeniu chorych umysłowych: „Należy obecnie do dobrego tonu także w medycynie wyruszać w pole przeciw używaniu napojów wyskokowych i ile możności usuwać je nawet z szeregu środków leczniczych. Przesadą byłoby zaprzeczać ich pożytkowi nawet tam, gdzie on się tak dowodnie urzeczywistnił. A taki przypadek zachodzi w wielu ostrych psychozach. W obłąkaniu połogowem, majaczeniach zapadowych i podobnych stanach, gdzie chory, znajdując się w ciągłym ruchu, nie ma czasu na jedzenie, wargi pokrywają się mułem, a tętno staje się coraz drobniejsze, tam szklanka Sherry działa często jakby cudownie i cały obraz chorobowy naraz na lepsze zmienia". Maragliano i jego uczniowe z naciskiem podnoszą bezpośrednią użyteczność wyskoku w gruźlicy, a zwłaszcza koniaku w ilości 50—90 c³ na dzień. Antytoksyny i oddziaływanie tkanek na zarazek mają się wzmagać, wydzielanie azotu moczem obniżać, a wymiana istot białkowych zwalniać. Gervino, który podjął w tym kierunku doświadczenia na zwierzętach, doszedł do podobnie pomyślnych wyników. (C. d. n.)

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Waldvogel i Mette. **Autoliza w narządach dotkniętych zwyrodnieniem tłuszczowem (u człowieka).** (*Münch. med. Woch.*, 1906, Nr. 9). Zamiast nieprawdopodobnego przypuszczenia, że w czasie zwyrodnienia tłuszczowego narządów wewnętrznych wywędrowuje tłuszcz z tkanki podskórnej i osadza się w tych narządach, tłómaczy autor całe zjawisko zapomocą autolizy. Sprawa odbywa się na koszt lecytyny; im dłużej odbywa się zjawisko autolizy, tem mniejszą ilość lecytyny stwierdzi (w wątrobie) badanie chemiczne, tem więcej powstanie natomiast kwasów tłuszczowych i obojętnych tłuszczów, jekoryny, a nadewszystko cholestearyny. Ilościowe zmniejszenie się lecytyny, a zwiększenie wymienionych produktów, które z niej w czasie autolizy powstają, znamienne jest jedynie dla zwyrodnienia, a nie nacieku tłuszczowego; badanie więc w tym kierunku pozwoli nam najściślej odróżnić te dwie sprawy od siebie.

Dr. M. Godlewski.

Prof. May. **Nowy sposób barwienia metodą Romanowskiego.** (*Münch. med. Woch.*, 1906, Nr. 8). Autor tak streszcza zasadę swej metody: „Metoda polega na przekształcaniu preparatów, barwionych eozyną i błękitem metylenowym, w zabarwienie otrzymywane metodą Romanowskiego. Dochodzi się do tego w sposób bardzo prosty, barwiąc preparaty następczo metylenazurem". Preparaty barwi się najpierw sposobem May-Grünwalda (*Centralbl. für inn. Med.*, 1902, Nr. 11), opłukuje w wodzie w ciągu 1 minuty, wreszcie (bez osuszania) barwi ½% rozczynem metylenazuru w ciągu 2—4 minut. Jądra limfocytów i ziarenka barwią się czerwono, ziarna eozynofilne szarawo, ziarna komórek tucznych czerwonawo-fioletowo, protoplazma limfocytów niebiesko, krwinki czerwone zachowują barwę naturalną. Metoda nadaje się do barwienia pasorzytów zimniczych, bakteryi i krętka bladego. *Dr. M. Godlewski.*

Jakuszewicz. **Badania nad zastosowaniem metody biologicznej do określenia strawienia białka w przewodzie pokarmowym.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, T. 48). Wstrzykując królikom surowicę bydlęcą, otrzymywał J. z nich surowicę, która dodana w ilości 0,02 cm.³ do 1 cm.³ surowicy bydlęcej rozcieńczonej w stosunku 1:800, wytwarzała w niej wyraźny strąt. Takiż strąt dawała surowica z wyciągiem z surowego mięsa (5 gr. na 100 gr. fizyologicznego rozczynu soli). Surowica ta nie zmieniała się po ogrzaniu przez godzinę przy 61° C., traciła zaś swoistą zdolność strącania po ogrzaniu do 72° C., również po dodaniu kwasów i zasad; w miarę zgęszczenia zasad szybciej. Nie działała natomiast na wyciągi z bydlęcego mięsa gotowanego, surowego mięsa końskiego, barana i kury, również na rozczyny peptonu i albumoz. Zachęcony przez Wassermanna próbował J. stwierdzić, o ile tym sposobem uda się wykryć białko w kale osób chorych, żywionych mięsem surowem, u których napotkano niestrawione włókna mięsne. Wynik 36 takich prób był ujemny. Przyczynę tego przypuszcza J. w zmianie ciał białkowatych w przewodzie pokarmowym, wywołanej sokami trawiennymi, w ich braku kwasem mlecznym, — a przypuszczenie swoje stwierdza doświadczeniami. *L. Bier.*

Schutze. **Antylaktaza.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, T. 48). Badanie fermentów stwierdziło fakt, teoretycznie nader ważny: możliwość stwarzania odporności wobec fermentów, podobnej do odporności wobec toksyn, z któremi fermenty łączy pokrewieństwo biologiczne. Do szeregu surowic swoistych, zobojętniających odpowiedni ferment, a uzyskanych przez wstrzykiwanie zwierzętom swoistych fermentów, dołączył S. nową — antylaktazę. Laktazą nazwał Beyerinck enzym, wytwarzany przez grzybki fermentacyi cukru mlecznego (*saccharomyces Kefir i Tyrocola*), rozszczepiające cukier ten na glukozę i galaktozę. Otrzymaną z grzybków kefirowych laktazę wstrzykiwał S. podskórnie i do mięśni królikom i kurom, a we krwi tych zwierząt znajdował ciało, powstrzymujące rozkład cukru mlecznego, zaprawionego laktazą, ciało, które nazwał antylaktazą. Dwugodzinne ogrzanie przy 60° C. surowicy królika, uodpornianego laktazą, nie niszczyło antylaktazy. *L. Bier.*

Pada. **Bacterium capsulatum misothermum.** (*Hyg. Rundschau* 1905, Nr. 20). Autor wykrył w wodzie zapomocą hodowli żelatynowej bakteryę z otoczkami, podobną w obrazie mikroskopowym do prątka Friedländera; od tego prątka różni się ona jednak ruchliwością, którą zawdzięcza 1—5 rzęsom, umieszczonym na jednym z końców bakteryi. Bakterya ta rozpuszcza nadto w starszej hodowli żelatynę, nie wytwarza w hodowli z cukrem gazu, tworzy na ziemniaku pokład gruby, połyskujący, barwy brunatnej; nie zmienia mleka, serwatkę zaś lakmusową barwi na ciemnoniebiesko; dla myszy białych jest obojętna. Własności postaciowe i biologiczne tej bakteryi odpowiadają z wyjątkiem ciepłoty, odpowiedniej dla najkorzystniejszego rozwoju, własnościom bakteryi, znalezionej przez Herzfelda i Hermanna w śluzie nosa i nazwanej przez takich *bacterium capsulatum misothermum*. Różnice ciepłoty najlepszego rozwoju obu zarazków tłómaczy P. przystosowaniem się zewnętrznem, a obie bakterye uważa za ten sam gatunek. *L. Bier.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Chantemesse. **Pięć lat leczenia surowicą przeciwdurową.** (*Presse méd.* Nr. 16, 1906). Statystyka innych szpitali w Paryżu i zagranicą podaje w ciągu ostatnich 5 lat 17 prc. śmiertelności, natomiast w statystyce autora śmiertelność chorych, leczonych surowicą przeciwdurową, spada na 3·7 prc. — W pierwszym okresie po wstrzyknięciu surowicy, trwającym 4—5 dni, powstaje leukocytoza, chorzy jednak jeszcze gorączkują; dopiero po 4—5 dniach gorączka spada, czasem nagle, zwykle zwolna. Tętno spada równomiernie z gorączką. Niekiedy podnosi się liczba tętna do 150—160, co jednak niema złego znaczenia w rokowaniu, gdyż równocześnie parcie krwi podnosi się na 14—17—18 ctm. rtęci. Stale występuje obfite moczenie, białko w moczu znika, biegunka w parę dni ustaje. Autor nie zauważył, aby powikłania zdarzały się częściej u chorych leczonych surowicą. Przy powikłaniu z zakrzepem autor podaje pokarmy, nie zawierające chlorków. Krwotoku kiszkowego nie było przez pięć lat ani razu. Aby zapobiedz krwotokowi u ciężko chorych, którzy późno dostawali się do szpitala, podawał autor z końcem 2-go tygodnia gorączki chlorek wapnia. Przebicie jelita przez wrzody stanowi zwykle 2½ prc. śmiertelności; z chorych leczonych surowicą swoistą tylko 1½ prc. uległo temu powikłaniu; niektórych uratowano zapomocą operacyi. Autor podawał chorym tylko część 1 ctm.³ surowicy swoistej. Działanie surowicy jest antytoksyczne, gdyż biegunka, ból głowy bardzo szybko ustają; sama przez się surowica nie działa trująco, gdyż świnki morskie i króliki znoszą znakomicie jej wstrzyknięcie; działa bakteryobójczo, gdyż siła bakteryobójcza krwi przy podaniu surowicy zmniejsza się podobnie, jak przy wyzdrowieniu z duru; surowica działa silnie aglutynująco. Za główny czynnik leczniczy uważa jednak autor podniecenie tkanki limfatycznej do zwiększonego wytwarzania krwinek białych. To działanie na narząd limfatyczny zaznacza się przerostem śledziony, zwiększeniem się ilości ciałek wielojądrzastych z równoczesnem zmniejszeniem ilości eozynochłonnych, poczem występuje znaczny przyrost dużych krwinek białych jednojądrzastych. Przyjmując ten mechanizm leczniczy, autor radzi u ciężko chorych w późniejszym okresie, u których narząd limfatyczny jest nadwerężony silnem ogólnem zakażeniem, po-

dawać tylko bardzo małą ilość surowicy, aby nie wymagać za dużo od tkanki chorej. Wszyscy chorzy, którym wstrzyknięto surowicę w pierwszym tygodniu choroby wyzdrowieli. *Mostowski.*

Labbé i Vitry. **Białko w żywieniu gruźliczych.** (*Presse méd.* 1906, Nr. 13). Dyeta tucząca gruźliczych polega na założeniu, że ustrój przyswaja większą ilość azotu z podanego pokarmu i wynagradza w ten sposób ubytek swych tkanek. Richet już wykazał, że pomyślne wyniki tuczenia gruźliczych zwierząt nie zależą od ilości podanego białka, ale od swoistego znaczenia mięsa surowego, które łatwiej ulega przyswojeniu: w tej samej ilości podawane mięso pieczone wywołuje bardzo silne biegunki i groźne ich następstwa dla ustroju, trawionego chorobą. — Autorowie postanowili wyświetlić, czy przyswajanie u chorych na gruźlicę jest większe, mniejsze, czy też równe przyswajaniu w ustroju zdrowym. Gdy prawidłowy ustrój przyswaja 90 prc. azotu, podanego w pokarmach białkowych, chorzy na gruźlicę w najlepszych warunkach przyswajają 85 prc. azotu; — 15 prc. nie przechodzi do moczu, ale wydziela się kałem. Przyswajanie na tej stosunkowo znacznej wysokości utrzymuje się tylko w razie podawania małej ilości białka, t. j. 7 gr. azotu dziennie. Gdy pokarm dzienny zawiera 15—17 prc. azotu, ustrój przyswaja zaledwie 35—29 prc. podanego azotu, reszta wydziela się kałem wśród objawów niestrawności i gwałtownych biegunek. Tak jest przy zwykłej dyecie o 2,200 kaloryi, a 20,83 gr. azotu (2½ l. mleka, 200 gr. chleba, 200 gr. mięsa). Nadto stwierdzono, że ilość azotu przyswojonego jest stałą u jednego i tego samego chorego, bez względu na ilość podanego pokarmu. Podanie znaczniejszych ilości cukru wpływa na lepsze wyzyskanie azotu pobranego, ale tylko wówczas, gdy małą ilość tego azotu chory spożywa. Autorowie wysnuwają praktyczny wniosek, że przy żywieniu chorych gruźliczych należy wprzód stwierdzić doświadczalnie, ile azotu chory może przyjąć, podobnie jak się doświadczalnie oznacza dawkę maksymalną leku. Odpowiednio do wyniku badania należy ustalić pożywienie chorych, gdyż gdy jeden ustrój może przyjąć 12 gr. N dziennie, inny przyswaja zaledwie 6 gr. dziennie. Wszelki niepotrzebny nadmiar szkodzi przewodowi pokarmowemu chorych, którego sprawność jest głównym warunkiem leczenia *Mostowski.*

A. Fraenkel. **Drogi szerzenia się gruźlicy płuc, ze stanowiska klinicznego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 9, 1906). Zarazek gruźliczy zakaża ustrój, a następnie płuca trojaką drogą: przez wdychanie z powietrzem wprost do drobnych oskrzelków i stąd do płuc, albo drogą naczyń limfatycznych, albo drogą krwi. Pierwotne zakażenie drogą krwi możliwe jest tylko w życiu płodowem przez łożysko u matek gruźliczych, jak to Schmorl wykazał. U dzieci główne znaczenie ma zakażenie drogą naczyń limfatycznych; zarazek dostaje się czyto z jamy ust. czy z przewodu pokarmowego do naczyń limfatycznych, a z nich do gruczołów oskrzelowych, dając znany obraz gruźlicy dziecięcej, co popierają nietylko doświadczalne wyniki na zwierzętach (Weleminsky, Bartel i Spieler), lecz i doświadczenie kliniczne (obrzęki gruczołów szyjnych u zołzowatych dzieci, zajęcie gruczołów oskrzelowych). U dorosłych, pomijając nieliczne przypadki, w których można było wyśledzić drogę zakażenia z zajęcia gruczołów szyjnych, nadobojczykowych i następowych zmian w płucach i opłucnej, przeważna część zakażeń powstaje bezpośrednio drogą oddechową; kliniczne objawy pojawiają się dopiero później już po powstaniu pierwotnego ogniska gruźliczego, jak się to najczęściej dzieje, przy pierwszym krwotoku płucnym u dotąd pozornie zdrowej osoby. Z rozpadłego ogniska gruźliczego zakażają się pęcherzyki płucne, wypełnione wybroczoną krwią, przez co powstaje naciek swoisty (zapalenie gruźlicze aspiracyjne); w gwałtowniej przebiegających przypadkach treść rozpadłego starego ogniska (jamy lub gruczołu oskrzelowego) dostaje się przez aspiracyę wprost do oskrzeli. Stąd powstają dwojakie obrazy chorobowe: albo rozsianie się drobnych guzków po przebytym krwotoku płucnym w odległych częściach płuc, cechujące się klinicznie dłuższą, dość wysoką gorączką, rozlanemi drobnobańkowemi rzężeniami i rdzawą plwociną, albo, co rzadziej, ostra okołooskrzelowa gruźlica z gorączką wyniszczającą, rzężeniami dźwięcznemi przy braku zmian wypukowych. W dalszym przebiegu z dwu tych typów rozwija się trzeci: zlanie się wszystkich ognisk serowatych i wytworzenie się jam gruźliczych; usposabiają szczególniej do tego cukrzyca, grypa i alkoholizm. — W przypadkach o przewlekłym przebiegu trudno według autora odgadnąć drogę ciągłego dalszego postępowania sprawy; prawdopodobnie dzieje się to przez aspiracyę do oskrzelków. — Wielkie znaczenie mają zakażenia mieszane, klinicznie objawiające się zaostrzeniem sprawy chorobowej, pojawieniem się licznych drobnobańkowych rzężeń, naciekami, po których następuje poprawa i zniknięcie stłumień. Autor przyznaje, że leczenie jest bezsilne wobec szerzenia się gruźlicy przez aspiracyę; tylko u ciężarnych można czynnie wystąpić, wywołując sztuczne poronienie celem przerwania szybkiego szerzenia się gruźlicy, choć nie zawsze z pomyślnym skutkiem. *Maciag.*

Delearde i Dubois. **Zatrucie ołowiem i leczenie kolki ołowiczej.** (*Presse méd.* 1906, Nr. 13). Autorowie stwierdzają zmniejszanie się liczby przypadków zatrucia ołowiem w północnej Francyi. Główna przyczyna zatruć leży według autorów w złem urządzeniu fabryk, w nieostrożności robotników, rekrutujących się z ludzi bezdomnych, chwilowo pozbawionych innej pracy i często nadużywających napojów wyskokowych. Za główną przyczynę kolki uważają autorowie ból, usadowiony u dolnego przyczepu jednego z mięśni prostych brzucha. Ból ten przeszkadza aktowi oddawania kału, gdyż chory boi się napiąć owe mięśnie, bez którego to skurczu oddawanie stolca nie może nastąpić. To sprowadza zaparcie stolca, które znowu wpływa na utrzymywanie się bólu w mięśniach, doprowadza do wymiotów i innych objawów kolki ołowiczej. Znaczenie spastycznego kurczu mięśni okrężnych jelita jest według autorów wątpliwe. Jako środka leczniczego używają autorowie wstrzykiwań nadoponowych (epiduralnych) kokainy w dawce 0,01—0,03, rozpuszczonych w 2—4 ctm. wody. Ból po kilku minutach ustaje, wymioty znikają, w parę godzin lub wcześniej następuje wypróżnienie, w danym razie przez użycie środka przeczyszczającego. W 2—4 dni chorzy zupełnie wracają do zdrowia. Z równym skutkiem można użyć stowainy w dawce równej lub nieco większej, niż kokainy. *Dr. Mostowski.*

PEDYATRYA. Pirquet i Schick. **Wzmożona wrażliwość i przyspieszony odczyn.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 2). Nazwami temi określają autorowie zachowanie się ustroju wobec wielokrotnych wstrzykiwań surowicy końskiej. Często powtarzane wstrzykiwania surowicy końskiej królikowi, początkowo zupełnie nieszkodliwe, wywołują później zaburzenia, jak obrzęk, ropnie i obumarcie tkanki, a nawet niekiedy nagłą śmierć. To zjawisko tłómaczy się nabytą wzmożoną wrażliwością ustroju wobec surowicy. Podobnie ma się rzecz przy wstrzykiwaniu innych ciał organicznych (n. p. wyciągów z narządów, drobnoustrojów i t. d.). Podobnie tłómaczy się powstawanie odczynu tuberkulinowego u osobników gruźliczych. Wbrew twierdzeniu Arthusa nie ilość wstrzykiwań, ale upłynięcie pewnego czasu ma tu znaczenie; i tak n. p. w ustroju ludzkim termin występowania tej wrażliwości wobec surowicy końskiej wynosi 8—10 dni po pierwszem wstrzyknięciu. Po upływie dłuższego czasu wzmożona wrażliwość ustępuje miejsca przyspieszonemu odczynowi, t. z. że ogólny odczyn (n. p. wysypka) pojawia się już w 4—6 dni po wstrzyknięciu. Zjawiska te tłómaczą autorowie wytwarzaniem się w ustroju niweczników, a okres wytwarzania się ich wynosi 8—10 dni; po upływie tego czasu powstają ogólne odczyny posurowicze, jak również powtórnie wstrzyknięta surowica, zetknąwszy się ze swymi niweczniakami, staje się przyczyną wspomnianych zaburzeń. *T. Cybulski.*

O. Gross. **Powikłanie płonicy z żółtaczką.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 48). Autor opisuje krótko przebieg 2 lekkich przypadków płonicy, powikłanych krótkotrwałą żółtaczką. Odróżnić należy ciężkie septyczne postacie płonicy z żółtaczką od tych rzadkich przypadków, w których przyczyną żółtaczki było prawdopodobnie nieżytowe zajęcie przewodu pokarmowego i przewodów żółciowych. W tych przypadkach żółtaczka nie wpływa na rokowanie. *T. Cybulski.*

W. Kaupe. **Żółtaczka w przebiegu płonicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 7). W przebiegu lekkiej płonicy w 4 dni po ustąpieniu gorączki podniosła się ciepłota na nowo, przyczem powstał obrzęk wszystkich gruczołów i silna żółtaczka, do czego dołączyło się ostre zapalenie nerek. Zejście było pomyślne. Autor nie chce rozstrzygać, co było przyczyną żółtaczki, przypuszczając, że było nią albo zajęcie wątroby samej jako gruczołu, albo obrzęk gruczołów przy wnęce wątroby. *T. Cybulski.*

R. Stüve. **Surowica przeciwbłonicza Behringa i homeopatya.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 9). Autor spotkał się w praktyce z przypadkami błonicy, leczonymi przez lekarza-homeopatę zapomocą wewnętrznego podawania surowicy swoistej w śmiesznie małych dawkach 5—15 kropli. Z ogłoszonych licznych badań wynika, że wogóle podawanie wewnętrzne surowicy ani zapobiegawczo, ani leczniczo nie działa, wbrew zdaniu kilku autorów, którzy (na małym materyale) mieli otrzymywać wyniki dodatnie. Natomiast należy zwrócić uwagę na usiłowania Cairusa i Muira, którzy w rozpaczliwych przypadkach błonicy wstrzykiwali surowicę swoistą do żył i to w dawkach niezwykle wielkich, bo dochodzących do 20.000—80.000 jednostek. *T. Cybulski.*

Manteufel. **Badania statystyczne co do znaczenia mleka wyjałowionego, w zwalczaniu śmiertelności oseseków.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 7, 1906). Dla wyjaśnienia

sprawy szukał autor związku między przyczyną zejścia śmiertelnego oseskòw w danym okresie czasu, a jakością podawanego im za życia pokarmu. Za materyał służyła autorowi urzędowa statystyka dzieci poniżej roku, zmarłych z powodu zaburzeń żołądkowo-kiszkowych w miesiącach letnich (od czerwca do końca września) w roku 1904 i 1905 w Halle. Autor wypytywał osobiście rodziców zmarłych niemowląt o warunki, w jakich przed śmiercią zostawały, a przedewszystkiem, jak były karmione, badając. o ile możności naocznie, stosunki rodzinne i majątkowe danego domu. Z pracowicie zebranych danych nie zdołał jednak autor wysnuć żadnego wniosku, a stwierdza jedynie liczne usterki w organizacyi miejskich instytucyi rozdawnictwa mleka. Porównując je z francuskiemi, uznaje wyższość tamtych, polegającą na tem, że administracya ich prostsza, wspólny zarząd ułatwia potrzebną kontrolę. zaś sam sposób rozdawania mleka jest dla publiczności mniej kłopotliwy, a stąd korzystających tak wielu. W tem widzi autor przyczynę, że w Niemczech instytucye te nie spełniły dotąd swego zadania w tym stopniu, jakiego spodziewano się w stosunku do ogromnych, łożonych na nie kosztów. *A. Gettlich.*

W. Hempel. **Sposób otrzymywania mleka „bez zarzutu" dla niemowląt, dzieci i chorych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 7). Zaufanie, jakie obudziło się do wyjaławiania mleka, sprawiło. że zaniedbano zupełnie starań o uzyskanie dobrego mleka surowego, „żywego", któreby, nie wyjaławiając, można bez obawy podawać niemowlętom i dzieciom. Jaki zwolennik mleka „żywego" wyraża autor zdanie, że dzieci żywione mlekiem „nieżywem", wyjaławianem, zawdzięczają dobry rozwój tylko własnej konstytucyi i odporności. Po zwalczeniu pewnych trudności (niechęć producentów do zaprowadzenia nowych urządzeń) powiodło się autorowi otrzymać „żywe" mleko „bez zarzutu". Za niezbędne warunki uważa: bydło próbowane tuberkuliną, stajnię hygieniczną, aseptyczne dojenie (w osobnym lokalu zdala od obory) i rozlewanie mleka (zapomocą odpowiednich przyrządów), lodownię na miejscu i chłodzenie przy przesyłce. W mleku, dostarczanem z zachowaniem tych przepisów, stwierdzono drobnoustrojów 1600, w mleku z innych stajni 33.000 i 38.000, w mleku pasteryzowanem sklepowem 280.000, a 370.000 w mleku, oznaczonem jako sterylizowane. *T. Cybulski.*

CHIRURGIA. Jarvis. **Dokładne odtworzenie graficzne zmian gruźliczych w nerce przed operacyą.** (*Presse méd.*, 1906, Nr. 13). Autor streszcza badanie Fanwicka z Londynu nad obrazem gruźlicy nerek. Gdy przy cystoskopii zobaczymy ujście moczowodu pokurczone, to dowodzi to gruźlicy odpowiedniej nerki. Moczowód jest wówczas zgrubiały, ale samo zgrubienie jego ścian, wyczuwalne przez pochwę lub kiszkę stolcową, dowodzi tylko przewlekłych zmian łącznotkankowych w ścianie moczowodu, natomiast cystoskopowy obraz pokurczenia ujścia moczowodu dowodzi, zdaniem autora, napewno gruźlicy nerki. Mechanizm dalszego rozwoju gruźlicy jest zdaniem autora następujący: wskutek stwardnienia ścian moczowodu i równoczesnego stwardnienia miąższu nerki, w których stale powstają zmiany łącznotkankowe, parcie moczu przenosi się w kierunku górnego i dolnego bieguna nerki, czyli w kierunku obu skrajnych kieliszków miedniczek nerkowych: tu powstają owrzodzenia i na tych obu biegunach rozwijają się pierwsze zmiany gruźlicze w nerce; znać te stosunki — jest rzeczą ważną ze względu na wykonanie zabiegu, t. j. zwykle zamiast usunięcia nerki chorej można wykonać resekcyę części chorych. Tylko wtenczas jednak można liczyć na takie usadowienie się gruźlicy, gdy sprawa nie trwa dłużej, niż dwa lata i gdy mocz nie zawiera innych bakteryi prócz gruźliczych, zakażenie wtórne zmienia bowiem zupełnie obraz chorobowy. Tylko w 18 prc. stosunki są rzeczywiście takie, jakie Fanwick uważa za prawidłowe. *Mostowski.*

Boratyński. **O stosowaniu operacyi Bassiniego i Kochera w leczeniu przepuklin pachwinowych.** (*Deutsche med. Wochenschr.*, Nr. 51, 1905). Operacya Kochera nadaje się, zdaniem autora, najlepiej wobec przepuklin pachwinowych z małemi zmianami anatomicznemi w okolicy pachwinowej, z wązkim i skośnym kanałem pachwinowym. Przy niektórych przepuklinach średniej wielkości powinien wybór operacyi zależeć od stopnia ruchomości otrzewnej i od szerokości rozstępu między głębszą warstwą mięśni brzucha, a więzadłem Pouparta. Przy ruchomej otrzewnej wskazaną jest operacya Kochera, przy znacznym rozstępie między więzadłem Pouparta, a głębokimi mięśniami — operacya Bassiniego. Przepukliny pachwinowe o znacznych zmianach anatomicznych okolicy pachwinowej, w których stwierdza się klinicznie szeroki kanał pachwinowy, radzi autor operować metodą Bassiniego. *B. Żmigród.*

E. Friedheim. **Podskórne pęknięcie śledziony.** (*Deut. mediz. Wochenschr.*, Nr. 2. 1906). Autor opisuje dwa przypadki uszkodzenia śledziony, które po natychmiast wykonanem wycięciu śledziony zakończyły się pomyślnie. Pierwszy przypadek dotyczył 23-letniego dorożkarza, którego koń kopnął kopytem w lewą okolicę podżebrową, poczem powstały bardzo znaczne bole brzucha, jednakże bez wymiotów; mięśnie brzucha, a w szczególności mięśnie proste stały się deskowato twarde. Bóle. wzmagająca się niedokrwistość i coraz wyraźniejsze stłumienie po stronie lewej skłoniły (w 3 godziny po doznanym urazie) do otwarcia jamy brzusznej, w której znaleziono około $1^1/_2$ litra krwi. Na śledzionie można było dostrzedz kilka głęboko drążących pęknięć, dolny zaś biegun śledziony był zupełnie oderwany. Wyłuszczono śledzionę, oczyszczono jamę brzuszną ze krwi i zaszyto. Wśród operacyi wstrzyknięto do żył około 2 litrów fizyologicznego rozczynu soli. Przebieg pooperacyjny był dobry, początkowo tylko chory gorączkował: po miesiącu był zupełnie zdrów. Drugi przypadek tyczył się chłopaka, którego przejechano, poczem pojawiły się częste wymioty krwawe, bole brzucha, mierne napięcie mięśni brzucha, po stronie zaś lewej brzucha stłumienie szerokości 4 palców. Przystąpiono zaraz do operacyi; znaleziono tylko uszkodzenie śledziony, mianowicie kilka głębszych pęknięć i oderwanie górnego bieguna śledziony. Wyjęto śledzionę w dwóch kawałkach i zaszyto ranę brzuszną nie usuwając krwi z jamy otrzewnej; wstrzyknięto nadto do żył fizyologiczny rozczyn soli kuchennej. Przebieg gojenia był nieco gorszy, niż w poprzednim przypadku: przez 6 dni było tętno słabe, szybkie, gorączka mierna, dopiero od siódmego dnia począł się zwrot ku lepszemu, a w sześć tygodni nastąpiło wyzdrowienie. W obu przypadkach poprowadzono z powodu niepewnego rozpoznania cięcie podłużne w linii środkowej brzucha, dopiero później, gdy stwierdzono uszkodzenie śledziony, dołączono cięcie poprzeczne na lewo po łukiem żebrowym, by ułatwić sobie dostęp do śledziony. We krwi stwierdzono w obu przypadkach po wyjęciu śledziony zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych krwi i hemoglobiny, a zwiększenie ciałek białych: po ośmiu, względnie 30 dniach skład krwi był już prawidłowy. To samo zauważyć można po każdym większym krwotoku w ustroju, czas zaś odrodzenia się krwi u obu chorych zgadza się z czasem, którego potrzeba, by po znacznym krwotoku krew wróciła do swego prawidłowego składu. *B. Żmigród.*

Graser. **Uwagi o leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Woch.*, Nr 4, 1906). Wnioski swe opiera autor na 100 przypadkach (z tych 15 własnych). Wnioski te są następujące: 1) średnia śmiertelność z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego jest za duża; 2) obecnie jeszcze niepodobna dobrze anatomicznie rozpoznać stan wyrostka i otrzewnej na podstawie badania klinicznego; 3) we wszystkich poważniejszych przypadkach jest niezwłoczna operacya pierwszego, a najpóźniej drugiego dnia, najlepszem leczeniem, gdyż 4) przy wczesnej operacyi znajduje się bardzo często sprawę chorobową, ograniczoną tylko do wyrostka, a wyleczenie przez operacyę jest łatwe i przy dobrej technice operacyjnej nie grozi żadnem niebezpieczeństwem: 5) operacya jest trzeciego dnia w wielu przypadkach już o wiele trudniejsza, a warunki o wiele niepomyślniejsze, gdyż otrzewna bywa już zajęta, powstaje porażenie jelit, a zakażenie ogólne bywa znaczne; 6) nawet w najlżejszych przypadkach należy być gotowym do operacyi, jeśli tylko poprawa nie postępuje lub gdy nastąpiło pogorszenie; 7) należy pamiętać o tem, że jeden objaw niepomyślny więcej znaczy, niż dziesięć pomyślnych; 8) w przypadkach, w których nie operuje się zaraz, jest wskazanem. by chorego zupełnie przez jamę ustną nie odżywiać; 9) nie wolno stosować środków przeczyszczających; 10) makowiec dopiero wtedy można podawać, jeśli się ma jasny obraz co do ciężkości przypadku; 11) między objawami, które świadczą o poważniejszych zmianach, ma szczególniejsze znaczenie rozległa wrażliwość ucisková brzucha z rozlanem napięciem mięśni brzusznych. *B. Żmigród.*

Finkelnburg. **Spostrzeżenia neurologiczne przy znieczuleniu rdzeniowem kokainą i stowainą.** (*Münch. mediz. Wochft.*, Nr. 9, 1906). Autor wykonał w klinice Biera badania neurologiczne przy stosowaniu znieczulania lędźwiowego. Znieczula się tam obecnie głównie stowainą (0,04—0,06) w połączeniu z 0,01 prc. nadnerczyny. Występowanie znieczulenia zależy przedewszystkiem od techniki wstrzyknięcia, tak że w miarę wzrastającego doświadczenia wyniki są lepsze. Znieczulenie obejmuje przedewszystkiem korzonki rdzenia, lecz po części także przechodzi na sam rdzeń. Przy wstrzyknięciu skarżą się chorzy czasem na ból strzykający w jednej kończynie, co autor odnosi do niesymetrycznego wkłucia igły i silniejszego podrażnienia korzonków tej strony przez ciśnienie wstrzykiwanego płynu, o czem świadczy i to, że w takich przypadkach właśnie ta kończyna ulega o wiele szybciej i silniej znieczuleniu, niż druga, w której ból nie wystąpił. Po upływie minuty (przy ułożeniu na wznak) znika czucie bolu, najpierw na worku mosznowym, międzykroczu i wewnętrznej i tylnej górnej powierzchni ud, przyczem dotyk i lokalizacya czucia są zupełnie zacho-

wane. Wkrótce potem znikają i odruchy kolanowe. W drugiej minucie znika i odruch ścięgna Achilesa. Z końcem trzeciej minuty powstaje znieczulenie aż do podżebrzy, przyczem jednak można jeszcze tu i ówdzie znaleźć miejsca wielkości dłoni, gdzie czucie bolu jest zachowane. W tym czasie czucie dotyku, umiejscowienia, położenia i ciepłoty nie ulega wielkim zmianom. Znieczulenie z tyłu sięga zawsze wyżej, niż z przodu (o wysokość 1—1½ dłoni). W 4. i 5. minucie znikają odruchy skórne, w 6. minucie zjawiają się pierwsze zmiany w sferze ruchowej w postaci niedowładu kończyn dolnych i mięśni tłoczni brzusznej. W 7—8 minucie w wymienionych mięśniach powstaje porażenie, znieczulenie sięga już do 5. mniej więcej żebra (przy ułożeniu głową w dół), przyczem czucie dotyku, umiejscowienia i ciepłoty ulega też wyraźnym zmianom. Znieczulenie powierzchowne nie idzie zupełnie w parze ze znieczuleniem w głębi, co odrębnością nerwów łatwo się tłomaczy. Znieczulenie trwa ¾—1½ godziny. Powrót czucia następuje o wiele wolniej, niż jego znikanie i w pewnym też porządku. Niedowład trwa zwykle długo, nawet kilka godzin i to najdłużej trwa w mięśniach, które najwcześniej mu uległy. Czucie bolu powraca zupełnie nietypowo, raz wraca od nóg, drugi raz od międzykrocza, i to najpóźniej. Co do innych rodzajów czucia, to najpierw powraca czucie położenia, potem dotyku, dalej ciepłoty. Odruchy zjawiają się jeszcze później, niż ustąpienie niedowładu i to bez żadnego prawidła i niesymetrycznie. Odruch jądrowy daje się u wielu osób wywołać także z podeszwy, jak to autor na wielu chorych i zdrowych stwierdził. Otóż przy znieczuleniu rdzeniowem często niemożna go wywołać z podeszwy, choć przy drażnieniu skóry moszny lub ud występuje wybitnie. Po zupełnem ustąpieniu objawów znieczulenia zdarza się czasem wzmożenie odruchów, tak że i odruch stopowy można wywołać; trwa to najdłużej 30 godzin. Z innych objawów wspomnieć należy o przejściowem zwolnieniu tętna, utrudnieniu oddawania moczu, podniesieniu ciepłoty i t. d. Objawy te zdarzają się niezawsze i tylko chwilowo. Wspomniane wyżej zjawiska stwierdzono przy stowainie. Przy kokainie odruchy zachowują się cały czas prawidłowo, inne rodzaje czucia nie ulegają też wybitnym zmianom, co świadczy o różnem oddziaływaniu tkanki nerwowej na te substancye. Skutków szkodliwych po znieczuleniu lędźwiowem autor nigdy nie zauważył. *A. E. Klęsk.*

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. Balint. **Przypadek pęknięcia podstawy czaszki z rzadszemi porażeniami. Przyczynek do fizyologii 9, 10 i 11 nerwu czaszkowego.** (*Neurol. Centralbl.* Nr. 3, 1906). Wskutek pęknięcia podstawy czaszki powstało porażenie 9, 10 i 11 nerwu czaszkowego z objawami, nieco się różniącymi od zwyczajnego typu, gdyż pęknięcie nastąpiło prawdopodobnie w miejscu, w którem nerwy te bocznych gałązek jeszcze nie oddają i dlatego porażenia dotyczyły całej przez te nerwy unerwionej przestrzeni. 1. Porażenie nerwu językowo-podniebiennego wywołało zanik czucia smaku na tylnej połowie języka, gdy natomiast przednia zachowywała się prawidłowo, dowód, że czucie smakowe przedniej połowy języka od tego nerwu nie zależy. 2. Uszkodzenie nerwu błędnego wywołało w tym przypadku niemożność połykania kęsa w pierwszej fazie połykania, natomiast dalszo przesuwanie kęsa przez przełyk szło zupełnie dobrze, dowód, że inerwacya czuciowa gardła także i od nerwu błędnego zależy. 3. Wreszcie uszkodzenie nerwu dodatkowego, wywołujące porażenie średniej i górnej części mięśnia kapturowego, udowadnia wyłączne unerwienie tych części; część górna tego mięśnia, jakoteż i mięsień mostkowoobojczykowosutkowy wykazywały tylko bardzo nieznaczne zmiany, gdyż ich unerwienie zależy tylko w części od nerwu dodatkowego — a przeważnie od wiązek nerwowych, pochodzących ze splotów szyjnych. *Schudmak.*

Klempner. **O porażeniu nerwu udowego i zasłonowego wskutek uśpienia.** (*Neurol. Centralbl.* Nr. 3, 1906). Po operacyi, trwającej przez 3½ godz., nastąpiło porażenie powyższych nerwów. Przez cały czas trwania zabiegu (był to zabieg ginekologiczny) kończyny dolne były silnie zgięte i odwiedzione, z powodu czego nastąpiło przeciągnięcie nerwów i wskutek tego porażenie. Autor zwraca uwagę na te następstwa, gdyż przypadki porażenia nerwów kończyn dolnych wskutek uśpienia niewielu tylko lekarzom są znane. *Schudmak.*

Dreyfus. **O zwrotnej nieruchomości źrenic na tle urazowem.** (*Munchener medizin. Wochenschrift*, 1906, Nr. 8). Przyczynek do nauki o zależności zwrotnej nieruchomości źrenic od zajęcia górnego odcinka części szyjnej rdzenia. Autor twierdzi, że co do patogenezy objawu Argyll-Robertsona należy przyjąć zapatrywanie Reichardta. W tych przypadkach, w których za życia ten objaw stwierdzono, znajdowano potem stale zwyrodnienie tak zw. pęczków Bechterewa, położonych w powrózkach tylnych, między pęczkami Golla a Burdacha w szyjnej części rdzenia. Mimo, że objaw ten występuje przy pewnych chorobach mózgowych (kiła mózgu, porażenie postępujące) ma też i rdzeń na jego powstawanie wpływ niewątpliwy (*centrum ciliospinale inferius*). Najrozmaitsze sprawy chorobowe rozlane (uraz, zapalenie rdzenia, nowotwory, syryngomyelia) w okolicy 3. członu rdzenia szyjnego wywołują zwrotną nieruchomość źrenic. W przypadku autora po zmiażdżeniu tej okolicy rdzenia skutkiem upadku z automobilu, przez 3 tygodnie choroby aż do śmierci istniał stale objaw Argyll-Robertsona. Objaw ten każe rokować niepomyślnie; sprawa bowiem toczy się w okolicy blizkiej ośrodka nerwu przeponowego, szerzenie się sprawy grozi zajęciem tego ośrodka, co wywołuje śmierć z uduszenia. *Dr. M. Godlewski.*

Curt Adam. **Przypadek porażenia nerwu odwodzącego po znieczuleniu lędźwiowem.** (*Münch. mediz. Woch.*, 1906, Nr. 8). Przypadek o tyle godny wzmianki, że według wszelkiego prawdopodobieństwa porażenie n. odwodzącego powstało wskutek znieczulenia rdzeniowego. Nagłe obniżenie ciśnienia w kanale mózgowo-rdzeniowym mogło wywołać w tym przypadku krwotok w jądrze rzeczonego nerwu. *Dr. M. Godlewski.*

Peters. **Leczenie chorób nerwowych zapomocą bornywalu.** (*Münch. med. Woch.*, 1906, Nr. 9). Autor zachwala ten lek (kilka razy dziennie po 0,25) w chorobach nerwowych czynnościowych, jak histeryi i neurastenii, gdzie chodzi o zmniejszenie nadmiernej pobudliwości układu nerwowego. *Dr. M. Godlewski.*

OKULISTYKA. Jocqs. **Uwagi o wyłuszczeniu woreczka łzowego.** (*Ophth. Klin.* 1906. Nr. 3). W przypadkach znaczniejszego rozdęcia woreczka łzowego, gdzie nie przyszło do zapalenia około-woreczkowego, a temsamem do silnych, bliznowatych zrostów ścian woreczka z otoczeniem, ani też, gdzie niema przetoki, tworzącej większy lub mniejszy otwór w jego przedniej ścianie, najbardziej wskazane jest wyłuszczenie woreczka w całości. Dla ułatwienia tego zabiegu wypełnia się zazwyczaj poprzednio woreczek, bądź to płynem, wstrzykniętym przez jeden z punkcików łzowych, bądź to parafiną lub waseliną. Autor zaleca nieco odmienne postępowanie: otwiera on najpierw woreczek, rozcinając pionowo jego przednią ścianę i wypełnia jamę kulką zwilżonej waty. Następnie zapomocą szczypczyków przytrzymując razem zwarte brzegi zrobionego cięcia, wyłuszcza woreczek przy pomocy skalpela i zakrzywionych nożyczek. Tam, gdzie ściany woreczka są sprawą ropną zniszczone, trzeba się zazwyczaj ograniczyć do wyłyżeczkowania chorej tkanki, co z reguły pociąga za sobą całkowite bliznowate zarośnięcie przewodu nosowołzowego. Operując natomiast wyżej opisanym sposobem, udaje się autorowi zazwyczaj drożność przewodu zachować. *K. W. Majewski.*

Reis. **Spostrzeżenia z dziedziny okulistyki w sztuce włoskiej.** (*Tygodnik Lek.* 1906, Nr. 7 i 8). Autor podczas swej podróży po Włoszech w z. r., oglądając dzieła sztuki po galeryach i muzeach, zwracał pilnie uwagę na ślady dawnych pojęć z dziedziny okulistyki na rzeźbach i obrazach. Z licznych tych spostrzeżeń zasługuje na uwagę przyczynek do historyi okularów z XV stulecia. W galeryi watykańskiej na obrazie Niccola Alunno da Foligno z r. 1465. przedstawiającym koronacyę Matki Boskiej, wśród mnóstwa wymalowanych postaci zauważył autor trzy: Filipa, Jakóba młodszego i Mateusza, z których dwaj pierwsi patrzą przez okulary w dół na zapisaną kartę, a ostatni ma szkła nizko osadzone, a wzrok skierowany ku górze. Jest to anachronizm, który artysta popełnił, być może w celu podniesienia realizmu swego obrazu, ale który zarazem stanowi jeden jeszcze dowód, że w epoce, kiedy obraz ów powstał, użycie okularów, we Włoszech przynajmniej, musiało być dość powszechne. W dalszym ciągu omawia autor sposoby odtwarzania oczu i ich oprawy na rzeźbach i posągach z różnych epok. Wspomina o przekonaniu, które się utrzymywało przez długie wieki, że oko mężczyzny jest stosunkowo większe i wypuklejsze, niż oko kobiety. To błędne zapatrywanie dochowało się jeszcze do końca zeszłego stulecia (Zinn, Sömmering), dopiero w najnowszych czasach obalił je Greeff dowodami naukowymi. Na posągach z czasów Fidyasza, Lizyppa i Praksytelesa gałki oczne są gładkie bez uwidocznienia tęczówki i źrenicy. Nadaje to oczom i twarzy wyraz klasycznego spokoju i pogody. Usiłowania naturalistycznego odtworzenia tęczówki i źrenicy oka, a nawet połysku rogówki, pojawiają się znacznie później. Najmniejszym zasobem środków sztucznych i zarazem najlepiej odtworzył tę część gałki ocznej Michał Anioł. Na jego posągach granica rogówkowo-twardówkowa znaczy się jako płytki rowek okrężny, a źrenicę tworzy dość głębokie okrągłe wydrążenie. Nakoniec zwraca autor uwagę na szczegół historyczny, stanowiący przyczynek do charakterystyki wszechstronności i ruchliwości umysłu Michała Anioła. Oprócz malarstwa, rzeźby i poezyi, zajmowała wielkiego mistrza epoki odrodzenia także i okulistyka. Wśród kodeksów watykańskich przechowują

także rękopis poezyi Michała Anioła, w którym na ostatnich trzech stronicach znajduje się p. t. »*Secreta varia ad oculos*« zbiór recept ocznych, własnoręcznie przez Michała Anioła spisanych. Poleca on tam przeróżne leki, zioła i inne środki przeciw chorobom ocznym i daje przepisy dla zachowania wzroku i utrzymania go w sile młodzieńczej. Jak wiadomo, Michał Anioł na starość ociemniał. *K. W. Majewski.*

Bach. **O symetrycznem otłuszczeniu powiek górnych.** [*Blepharochalasis* (?)]. (*Archiv f. Augenh.* Z. 1, T. LIV, 1906). Fuchs w podręczniku swoim opisuje pod nazwą *blepharochalasis* zmianę, polegającą na zwiotczeniu skóry, tworzącej naturalną zmarszczkę powieki górnej. Wskutek tego tworzy się rodzaj worczastego obwiśnięcia skóry, sięgającego nieraz poniżej brzegu powiekowego, który bywa ustawiony prawidłowo. Przyczyną tej zmiany ma być rozluźnienie więzadeł, łączących ścięgno dźwigacza powieki górnej ze skórą powieki. Cierpienie to, powstające w młodym wieku, znane już było arabskim lekarzom (Rhazès, Avicenna, Aboulkâsem), którzy nazywali je „szarnâk“. Autor spostrzegał kilka przypadków tej zmiany, mianowicie u dziewcząt od 15 do 22 lat. U jednej z chorych musiał wykonać operacyę dla usunięcia znacznego oszpecenia. Na obu górnych powiekach było znaczne, zwisające nieco zgrubienie, pokryte zaczerwienioną trochę i napiętą skórą. Dotykiem można było stwierdzić pozorne chełbotanie. Po nacięciu skóry okazało się, że pęczki mięśnia obrączkowego były porozsuwane, a po przecięciu rozpostartej pod nimi powięzi pojawiła się spoista tkanka tłuszczowa, która dała się z łatwością wydobyć w całości, jak gdyby to był ograniczony tłuszczak. Nie można też było stwierdzić bezpośredniej łączności tkanki tej z tłuszczem oczodołowym. Wobec tego autor zmianę w przypadku tym uważa za *lipomatosis palpebrae*, a zatem za coś innego, niż właściwa *blepharochalasis*, która odpowiada więcej opisanej przez Sichela *ptosis atonica*. Fuchs w operowanych przez siebie przypadkach tłuszczu nie znajdował. W przypadku autora niektóre objawy, jak powiększanie się obrzmienia powiek podczas miesiączkowania i bóle głowy, które po operacyi ustąpiły, przemawiają poniekąd za trofoneurotycznem tłem cierpienia. *K. W. Majewski*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

II. posiedzenie naukowe dnia 16 lutego b. r.

I. Kol. Prezes przypomina na wstępie, że termin zgłaszania tematów na zjazd w Lizbonie upływa z dniem 1 marca.

II. Kol. R. dw. prof. Rydygier przedstawił chorą 9-letnią z **krzywą szyją** (*torticollis*) **z powodu zbliznowacenia mięśnia** mostkowo-sutkowo-obojczykowego prawego. Mięsień ten odsłonięto, wycięto dolną ⅓ część, która była całkowicie bliznowato zwyrodniała, poczem wykonano plastykę z mięśnia piersiowego większego (własnym sposobem). Wynik kosmetyczny i czynnościowy nie pozostawia nic do życzenia. (Spostrzeżenie to będzie obszerniej opisane).

III. Kol. Franke przedstawił chorą **z guzem w okolicy rękojeści mostka**, poprzednio tętniącym wybitnie. Ponieważ u chorej zaczęły się rozwijać porażenia kończyn dolnych z zaburzeniami w oddawaniu moczu i kału, zastosowano wcierania rtęciowe i podano jod, w przypuszczeniu, że tak guz, jak i porażenia te należy odnieść do jednej przyczyny, t. j. przebytej kiły (pomimo ujemnych w tym kierunku wywiadów). Guz wtedy zaczął się dość szybko zmniejszać, stał się twardszy, o powierzchni nierównej, tętnienie ustąpiło zupełnie. Wynik więc leczenia pozwala tembardziej uważać guz za **kilak**, który dzięki bezpośredniemu zetknięciu z łukiem tętnicy głównej okazywał tętnienie.

W dyskusyi przemawiają koll.: Pisek, Stauber i Marischler, który zwraca uwagę na nowotwory, tworzące przerzuty w kościach (wychodzące z nadnercza, gruczołu tarczowego i t. d.) i przypomina sobie przypadek, spostrzegany w klinice wiedeńskiej, mianowicie guz tętniący na kości goleniowej, pochodzący z nowotworu nadnercza; nowotwory nadnercza mogą podnosić ciśnienie krwi (przypadki Neussera, gdzie ognisko udarowe w mózgu było wielkości niezwykłej); przypomina wreszcie przypadek, spostrzegany w klinice tutejszej w r. 1898, z rozpoznaniem pierwotnego nowotworu nadnercza (liczne przerzuty nowotworowe w płucu, wątrobie), potwierdzonem przy sekcyi. Wyciągi, z tych przerzutów sporządzone, podwyższały ciśnienie krwi u królika; badanie zatem podobnych wyciągów mogłoby być zastosowane w przypadkach wątpliwych do celów rozpoznawczych.

IV. Kol. Reichenstein okazuje preparaty makroskopowe i mikroskopowe z narządów 40-letniego mężczyzny, u którego za życia wystąpiło rozległe **rozsianie się guzków w skórze** tułowia (wielkości główki od szpilki i grochu). Badanie histologiczne jednego z tych guzków stwierdziło w nim budowę **raka gruczolakowego.** Źródła rozsiania nie znaleziono ani w gruczole krokowym, ani tarczowym, obserwacya kliniczna nie wskazywała na pierwotnego raka nadnerczy; przypuszczano więc pierwotnego raka płuc. Przy sekcyi (doc. Kučera) okazało się, że całe nadnercze lewe jest rakowato zmienione, w prawem zaś znaleziono przerzut. W płucach znaleziono zmiany o charakterze przerzutowym. Prelegent, opierając się na pracach anatomopatologów, w szczególności M. B. Schmidta (Die Verbreitungswege der Karzinome etc. Fischer, Jena, 1903) podkreśla ważność dokładnego badania płuc, bo tak rozległe przerzuty w krążeniu wielkiem nie mogłyby powstać bez odpowiednich ognisk w płucach.

V. Kol. Franke przedstawił następnie chorą **z wadą zastawki trójdzielnej.** Prelegent zwraca uwagę na częstość występowania niedomykalności tej zastawki jako wady, stale się utrzymującej w życiu pozapłodowem, która wbrew twierdzeniu wielu klinicystów może trwać dłuższy czas bez objawów niewyrównania, — względnie dadzą się objawy niewyrównania usunąć w zupełności odpowiednimi środkami, pomimo dalszego trwania wady. Podnosi następnie znaczenie **samoistnej czynności regulującej wątroby i naczyń obwodowych** dla wyrównania wad zastawki trójdzielnej. Wątroba i naczynia obwodowe odgrywają w wadach tej zastawki podobną rolę, jak komora prawa przy wadach zastawki dwudzielnej. (Praca przeznaczona do druku).

VI. Kol. Franke przedstawia wreszcie jako uzupełnienie przypadek, gdzie **tętnienie ujemne przedsionkowe wątroby** zdaje się przemawiać za zwężeniem ujścia żylnego prawego; lekki szmer przedskurczowy nad okolicą dolnej części mostka popiera to twierdzenie. Prelegent przypomina przypadki (niesekcyonowane) Volharda, w których za przyczynę ujemnego tętnienia wątroby przyjęto zrost osierdzia ze sercem.

Dyskusya: Kol. Pisek stwierdza, że wielkość wątroby nie pozwala w przedstawionym przypadku mówić właściwie o wyrównaniu. Zapytuje, czy przy badaniu serca stosowano perkusyę ortodyagnostyczną Goldscheidera, która, jak sądzi, mogłaby w podobnych przypadkach bardzo się przydać. Kol. Franke odpowiada, że metoda wspomniana mogłaby dać odpowiednie wyniki jedynie w zestawieniu z rentgenowaniem (dyaskopią), klinika zaś lekarska urządzenia rentgenowskiego nie posiada.

VII. Kol. O. Litwinowicz przedstawia sposób **badania przełyku wziernikiem** na chorym, dotkniętym niedowładem przełyku. Badanego układa na wznak, z głową zwieszoną. Źródłem światła jest lampka czołowa Kirsteina o napięciu 10 Volt. Przewodnikiem światła prosty tubus walcowaty o średnicy 13 mm., długości 45 cm. Mandryn, którym jest giętki zgłębnik przełykowy, usuwa, gdy tubus przejdzie poza okolicę chrząstki pierścieniowej — dalsze zaś wsuwanie wziernika odbywa się pod kontrolą wzroku.

W dyskusyi zabiera głos kol. R. dw. prof. Rydygier, kol. Stachiewicz i kol. doc. Renck i, który podnosi znaczenie badania przełyku wziernikiem i nawołuje do częstszego stosowania tego sposobu badania. Gdy chodzi o rozpoznanie przyrody zwężenia, owrzodzeń (*oesophagitis, oesophagomalacia*), wziernik nietylko ułatwia rozpoznanie, ale umożliwia właściwe leczenie. Sekretarz doroczny: *W. Ziembicki.*

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

IV. Posiedzenie naukowe dnia 12 października 1905 r. w szpitalu powszechnym.

I. Kol. Fechter przedstawia chorych ze szpitala: *a*) **złamanie śródstawowe** kości ramiennej w stawie barkowym niepowikłane; *b*) **złamanie śródstawowe** kości ramiennej w stawie barkowym powikłane (odprowadzenie odłamków z wypiłowaniem, szew kostny); *c*) **złamanie** kości ramiennej w środku, niepowikłane z przesunięciem odłamków (opatrunek gipsowy szynowy

po odprowadzeniu odłamków z przeciwciągiem na przedramieniu tuż poniżej stawu łokciowego); *d)* 2 chorych, u których z powodu rakowego zwężenia odźwiernika wykonano sztuczne połączenie żołądka z jelitem zaokrężnicowe (**gastroenterostomia retrocolica m. Hacker**), przy pomocy uciskadła żołądkowo-jelitowego trójlistnego Hermana; *e)* chorą, u której z powodu rozległego próchnienia gruźliczego w stawie kolanowym z następowem chorobowem złamaniem uda wykonano rozległą **resekcyę stawu i kości** udowej powyżej złamania; skrócenie 8 cm.; *f)* chorą, u której **po poronieniu zbrodniczem** wystąpiła **posocznica.** Wyjęcie resztek jaja płodowego zgniłego tępą łyżką, przepłukanie macicy spirytusem 50%, rozczynem lyzolu, tamponowanie macicy gazą wyjałowioną. Do żyły pośrodkowej wstrzyknięto 20.00 rozczynu 1% kollargolu. Co dzień przepłukiwanie jamy macicy lyzolem i tamponowanie gazą wyjałowioną, napojoną rozczynem 1% kollargolu. Wyleczenie; *g)* chorą **z ropnicą po porodzie:** *h)* chorego **z ropnicą po** przecięciu **ropnia migdałka:** *i)* chorą 26 l. **z nowotworem** złośliwym **sutka** prawego i **niedowładem kończyn** dolnych po ostatnim porodzie przed 3 miesiącami. Po zabiegu operacyjnym doszczętnym objawy niedowładu zwolna, ale stale ustępują; *k)* chorego z **przepukliną pachwinową** lewą (10 lat); moczociek; zabieg chirurgiczny doszczętny; zawartość przepukliny: 2 worki, jelito, sieć przyrośnięta do bramy przepuklinowej, jelita i tylnej ściany pęcherza i ciągnąca go na dół; uwolnienie zrostów; wyleczenie; *l)* preparaty anatomo-patologiczne: **treść przepuklin uwięzniętych** u kobiet: 1) przy przepuklinie udowej prawej wyrostek robaczkowy zgorzelinowy, 2) przy przepuklinie pachwinowej obustronnej: trąbki i jajniki, 3) przy przepuklinie pachwinowej prawej macica ciężarna.

II. Kol. Fechter: **O własności leczniczej i rozpoznawczej nakłucia lędźwiowego w chorobach mózgu i rdzenia,** wraz ze sprawozdaniem z 10 przypadków nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, leczonych w szpitalu.

III. Kol. Czyżewicz: **O epidemii nagminnego zapalenia opon** mózgowych w roku 1905 w powiecie jarosławskim

IV. Kol. Fechter: **O upustach krwi w lecznictwie.**

V. Wreszcie powzięto następującą uchwałę:

a) Z uwagi, że korporacyjna kasa zapomogowa w Jarosławiu ma charakter kasy dla majstrów, albowiem w myśl statutu należą do niej przeważnie majstrowie, kupcy i t. p., i mają prawo nietylko do bezpłatnego leczenia, ale i do stałych zapomóg, a więc ma na celu przez wyzysk lekarzy zabezpieczyć tanią pomoc lekarską osobom, nawet dobrze materyalnie sytuowanym, zgromadzeni członkowie sekcyi uważają dalsze przyjmowanie posady lekarza w tem stowarzyszeniu za szkodliwe i uchybiające stanowi lekarskiemu.

b) Uchwała ta ma być doręczoną wszystkim członkom sekcyi i ogłoszoną w dziennikach lekarskich z tem nadmienieniem, że przyjęcie posady we wspomnianej kasie, tak przez lekarzy miejscowych, jak i obcych, będzie uważane za złamanie solidarności i uchybienie etyce lekarskiej.

c) Celem poparcia wymienionych uchwał ma być odpis ich przesłany obydwom Izbom lekarskim w kraju.

V. Posiedzenie naukowe dnia 17 listopada 1905 r. w szpitalu powszechnym.

I. Kol. Czyżewicz: **Cholera azyatycka** (odczyt oparty częściowo na własnych spostrzeżeniach z roku 1873, 1893, 1894) część I.

II. Kol. Fechter przedstawia chorych: *a)* ze **złamaniem powikłanem goleni,** leczonem przez partacza przez 8 miesięcy: przetoki, wydzielina cuchnąca, sztywność w stawie skokowym, kopytonóg, (wyjęcie martwaków; — wyprostowanie ułożeniem); *b)* chorego, który przechodził w przeciągu 3 lat 4 razy kolkę **wyrostka robaczkowego.** Leczony zachowawczo, wyzdrowiał, czuł jednak zawsze dolegliwości. Na zabieg na zimno nie zgodził się; w 36 godzin po piątym napadzie, przewieziony do szpitala, zgodził się. Otwarcie jamy brzusznej cięciem Sonnenburga: bębnica, *ileus paralyticus*, 3 ropnie otorbione: 1) ku wątrobie, 2) ku jelitom, 3) w jamie Douglasa. Tamponowanie po odjęciu wyrostka robaczkowego. W 2 tygodnie bębnica i *ileus paralyticus* ustąpiły, poprawa całkowita stanu ogólnego, przetoka kałowa; *c)* chorego **na zapalenie nagminne opon** mózgowo-rdzeniowych (sztywność karku, przeczulica, opryszczki na wargach, porażenie mowy i prawej strony ciała); po dwukrotnem nakłuciu lędźwiowem (płyn mętnawy opalizujący w ilości 100—150 gramów) wybitne polepszenie.

III. Kol. Fechter przedstawia preparaty anatomo-patologiczne: *a)* **tłuszczak** (5 kg wagi) u kobiety 70-letniej, osadzony na szypule na grzebieniu łopatki prawej; *b)* **włókniak** wielkości głowy noworodka donoszonego, osadzony na szypule na wardze sromnej większej prawej; *c)* nowotwór złośliwy części pochwowej macicy, wikłający ciążę; chora, przyjechawszy do szpitala w 8 dni po wystąpieniu bolów porodowych w stanie gorączkowym i z objawami pęknięcia macicy, w godzinę sama urodziła; na zabieg doszczętny, jedynie w tym przypadku wskazany, to jest wyjęcie macicy przez pochwę, mąż nie pozwolił; chora zmarła po 36 godzinach na posocznicę.

VI. Posiedzenie naukowe dnia 18 grudnia 1905 r. w szpitalu powszechnym.

I. Kol. Czyżewicz: **Cholera azyatycka,** część II (objawy, leczenie, środki zapobiegawcze, odkażanie).

II. Kol. Fechter przedstawia chorych.

a) chorego ze zapaleniem wyrostka robaczkowego, u którego **przetokę kałową** wygoiło wycięcie ścienne jelita (*resectio partialis*); *b)* 2 chore **z wrzodami goleni** o brzegach modzelowatych, trwającymi od 10 lat; u jednej chorej wyskrobanie wrzodu, obkrojenie wrzodu, podwiązanie żyły (*resectio in continuitate)*, idącej do wrzodu; u drugiej wycięcie wrzodu, plastyka sposobem Krausego i Thierscha, wyleczenie); *c)* chorą z ubytkiem skrzydła nosa (rak), pokrytym **plastyką** z policzka; *d)* chorego ze **zwichnięciem** urazowem główki **kości promieniowej** i niedowładem kończyny; wypiłowanie główki po bezskutecznych próbach bezkrwawego odprowadzenia, wyleczenie; *e)* dziecko 8-miesięczne **z wodogłowiem zewnętrznem** (*hydrocephalus intermeningealis*); nakłucie lędźwiowe ujemne; na tyłogłowiu nakłucie kilkakrotne z wypuszczeniem 150—300 gramów płynu, polepszenie; *f)* chorą z gruźlicą skóry palców, stopy, podudzia i uda z następową **słoniowaciną** (*elephantiasis*), wyleczoną wyskrobaniem ognisk chorobowych ostrą łyżką, przypaleniem żegadłem Paquelina; opatrunki suche, t. j. bez maści; jodoform, nastój jodowy, rozczyn 2% nadmanganianu potasu przy użyciu przekrwienia zastoinowego Biera. *Sekretarz:* Dr. Tadeusz Fechter.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Lekarze gminni w Austryi Dolnej, którzy już siódmy tydzień walczą przez t. zw. bierny opór, zdecydowani są podobno istotnie w dniu 1 kwietnia wypowiedzieć swe miejsca, jeżeli do tego czasu nie otrzymają zapewnienia, że na najbliższej sesyi sejmowej wniesiona zostanie nowa krajowa ustawa sanitarna, uwzględniająca ich żądania. Według dzienników być może, że namiestnik podejmie się roli pośrednika między wydziałem krajowym a lekarzami. Komitet lekarzy gminnych otrzymuje znaczne zasiłki pieniężne od kolegów nietylko z Austryi, ale i z zagranicy. Przed paru dniami n. p. uchwalił ogólno-niemiecki związek lekarski w Lipsku subwencyę 20,000 marek dla walczących lekarzy gminnych w Austryi Dolnej. Wobec tego poparcia materyalnego mogą podobno lekarze gminni jeszcze dłuższy czas wytrwać w walce. *K.*

Państwowy zakład wyrobu surowic w Wiedniu ogłasza w »Österr. Sanitätswesen« (1906, Nr. 9), że wyrabianej przez niego wysokowartościowej surowicy przeciwbłoniczej (powyżej 300 J. U.) zabrakło tylko chwilowo i że od końca lutego wydaje nanowo tę surowicę. Surowicę tę zalecano w przypuszczeniu, że zawierając mniej ciał białkowatych, wywołujących skutki uboczne, będzie ona rzadziej od zwykłej przyczyną posurowiczych osutek i t. d., okazało się jednak, że pod tym względem spodziewano się zbyt wiele, bo osoby usposobione dostają już po 2 cm.³ surowicy osutki. Uzyskanie wysokowartościowej surowicy nie zależy od sposobu postępowania, lecz tylko od osobniczych właściwości konia, z którego bierze się surowicę; stąd z różnych koni bywa surowica różnej siły, nadto taka surowica traci nieraz już rychło znacznie na sile; zbiegiem tych okoliczności tłómaczy się chwilowy brak wysokowartościowej surowicy naturalnej, jaką wyrabia zakład wiedeński, nie posługujący się używanem gdzieniegdzie zagęszczeniem surowicy przez odparowywanie, jako chybiającem celu.

Dekrinin dr. Hübnera, środek usuwający włosy, wyrabiany przez aptekę Gaussa w Fuldzie, został w Austryi zakazany, ponieważ zawiera siarczek barowy. (Rozp. Namiest. z 3/III 1906, L. 27,619).

Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 15 marca 1906.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło posiedzenie w d. 14 marca, na którem 1) prof. Ciechanowski przedstawił okazy anatomiczne z przypadku raka płuca, przedstawionego przez dr. Latkowskiego w d. 28/II; 2) prof. Rosner przedstawił chorą, u której wykonał pubiotomię przed 3 tygodniami i chorą z rozluźnieniem stawów miednicy po porodzie kleszczowym; 3) doc. Krzyształowicz wyłożył rzecz: »Stosunek rozwoju krętka bladego do okresów kiły«. W dyskusyi przemawiali dr. Borzęcki, Gertler, Latkowski, Reiss, Rydel.

— Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło dnia 9 marca b. r. nadzwyczajne posiedzenie naukowe, na którem 1) dr. Bocheński przedstawił chorą, u której wyciął włókniak miękki (*molluscum fibrosum*) wielkości małej pomarańczy z przedniej ściany pochwy. Za włókniakiem tym leżały 3 krążki, wprowadzone przez lekarzy. W dyskusyi przemawiał dr. Skałkowski. 2) Prof. Mars przedstawił dwie położnice po pubiotomii i omówił tę operacyę. W dyskusyi przemawiał dr. Czyżewicz jun. 3) Prof. Mars przedstawił kobietę, cierpiącą na zmiękninie kości, która przyszła na klinikę w trzecim miesiącu ciąży z rozstępem spojenia łonowego, wynoszącym 6½ cm. Obecnie po dłuższem zażywaniu fosforu chora chodzi; rozstęp spojenia nie jest następstwem zmiękczenia kości, lecz wrodzonym, za czem przemawia kształt kości miednicy i istnienie górnego i dolnego więzadła spojenia. Dr. Jedlicka okazał obraz roentgenowski tej miednicy. Prof. Bylicki uważał przypadek również za wrodzoną miednicę szczelinową (Spaltbecken). *Fels.*

— Lwowskie Towarzystwo higieniczne uchwaliło na walnem zebraniu w dniu 11 b. m. utworzyć w swem łonie sekcyę higieny szkolnej, wybrało prezesem dr. Ferdynanda Obtułowicza, a ustępującego prezesa rektora dr. Szpilmana zamianowało członkiem honorowym.

— W czasie od 4 do 10 marca 1906 doniesiono w Galicyi o nowych przypadkach ospy: w 7 gminach 20 chorych, a mianowicie w powiatach: Chrzanów (Chrzanów 7, Luszowice 2, Trzebinia wieś 7, Trzebinia m. 1, Trzebinka 1, Jaworzno 1), Brody (Brody 1); duru osutkowego: w 18 gminach 124 chorych: Brzeżany (Brzeżany 1), Buczacz (Dobropole 2), Cieszanów (Opoka 7), Horodenka (Żuków 6), Jarosław (Dąbrowica 4), Jaworów (Bonów 1, Wulka żmijow. 2, Żmijowiska 1), Nadwórna (Nadwórna 1), Rawa (Rawa 1, Rzeczyca 1), Stary Sambor (Grodowice 2, Laszki mur. 1), Tarnopol (Chodaczków 15), Tłumacz (Bohorodyczyn 1, Bortniki 73), Zaleszczyki (Zaleszczyki st. 3), Zborów (Jezierna 2); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych: przybyło w 20 gminach 45 chorych, z tego w m. Lwowie 2 przypadki stwierdzone bakteryologicznie, w m. Jaśle 9, w m. Pilznie 7, w Markowej pow. przeworskiego 5.

— Stosunki zdrowotne Lwowa zmierzają według sprawozdania dr. Piska, przedłożonego na zasadzie sprawozdania fizykatu 8/II lwowskiej radzie miejskiej, a ogłoszonego w »Głosie lek.« Nr. 5, statecznie ku lepszemu. Świadczy o tem najwyraźniej zmniejszanie się śmiertelności ogólnej (w r. 1905 24·4 ‰ mieszkańców); z innych miast galicyjskich mniejszą śmiertelność ma mieć tylko Tarnopol. (Należy jednak nadmienić, że kilka miast galicyjskich zaprotestowało w dziennikach przeciw twierdzeniu dr. Piska, jakoby miało większą od Lwowa śmiertelność, powołując się na statystykę lat ostatnich). Natomiast ciągle wzrasta we Lwowie śmiertelność z gruźlicy (w roku 1895 — 22·4 prc. zmarłych, w r. 1905 — 26·3 prc., w Krakowie tylko 24·6 prc. w Wiedniu 22·4 prc.). By ją zwalczyć, radzi dr. Pisek podjąć szeroką działalność celem poprawy mieszkań, obniżenia cen żywności, a przez to polepszenia żywienia się ludności, dalej urządzić ambulatorya przeciwgruźlicze i szerzyć zasady higieny, przedewszystkiem zapomocą szkół. Stosunki zdrowotne w szkołach lwowskich nie są jeszcze zupełnie uregulowane (11,296 uczniów pomieszczonych było w dobrych 238 salach, a 4,100 w 76 nieodpowiednich salach; nowsze budynki są doskonałe, ale w niektórych starszych są rażące braki). Nauczycielstwo lwowskie zasłużyło się bardzo, zbadawszy w r. 1905 warunki życia dziatwy szkolnej (o czem już wspominaliśmy w Nr. 2, str. 26 »Przegl.«). Funkcye lekarzy szkolnych pełnili lekarze miejscy z wynikiem pomimo nadmiaru pracy bardzo dobrym. Natomiast policya targowa, z wyjątkiem wzorowo wykonywanej kontroli mięsa, wymaga wielu ulepszeń. Lwów ciągle jeszcze co do fałszowania przetworów spożywczych dorównywa naprawdę miastom wielkim; zaradzić złemu może tylko stworzenie centralnych hal targowych, gdzie nadzór jest łatwiejszy i dokładniejszy. Zapobieganie i zwalczanie chorób nagminnych jest wzorowe (śmiertelność 4·5 prc. wszystkich zmarłych wobec 7·3—7·8 prc. przed laty pięciu). Fizykat lwowski działa tu energicznie i umiejętnie (kształcenie służby dezynfekcyjnej), a miasto uchwaliło świeżo wykonywać odkażanie zawsze bezpłatnie. Brak jednak dotąd osobnego szpitala dla chorób zakaźnych; nadto areszta miejskie są tak złe, że często stają się źródłem zarazy. Brak dobrych mieszkań dla ludności uboższej, brak planu regulacyjnego i przez to szkodliwe zabudowywanie przestrzeni wolnych, czego nie zrównoważą parki na obwodzie miasta, brak nowoczesnej kanalizacyi całego miasta, zapylenie miasta przez brak twardych bruków, oto sprawy, czekające we Lwowie załatwienia.

— Lekarze zakopiańscy podjęli starania, by w Zakopanem stanął jak najrychlej dom izolacyjny i wybrali w tym celu grono, złożone z dr. Chwistka, Dłuskiego, Gawlika, Janiszewskiego i Majewicza, które ma przedstawić sprawę namiestnikowi i marszałkowi sejmu galicyjskiego.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich otrzymał w Krakowie p. Bronisław Koszutski.

— Surowicę przeciwczerwonkową wydawać będzie państwowy zakład surowic w Wiedniu (po cenie 3 koron za flaszeczkę), a to na zasadzie pomyślnych prób, przeprowadzonych z tą surowicą w latach 1904 i 1905 w krakowskim szpitalu wojskowym przez dr. Schuldera, dalej przez dr. Karlińskiego w Cajnicy, prof. Rosculetza w Jassach i na klinice prof. Eschericha w Wiedniu. Surowica ta działa tylko w czerwonkach, wywołanych przez prątki Shiga-Kruse; wstrzykuje się (wśród najściślejszej antyseptyki) 20 cm³. pod skórę brzucha, a gdyby w ciągu doby potem obraz choroby znacznie się na lepsze nie zmienił, ponownie 20 cm³. Flaszeczkę raz otwartą trzeba zaraz zużyć i zachowywać już nie można, bo surowica nie zawiera żadnych dodatków przeciwgnilnych. Zapobiegawczo wstrzykuje się 5 cm³., wywołując odporność na 14—20 dni. Do każdej flaszeczki dodany jest kwestyonaryusz, który po wypełnieniu odesłać należy do zakładu (wolny od opłaty pocztowej). (»Oesterr. Sanitätswesen« 1906, Nr. 9).

— W szpitalu krajowym w Sarajewie, w którym pracuje kilku wybitnych lekarzy Polaków, wakuje posada prymaryusza. Szczegóły w inseratach.

— Nagrodę im. Moczutkowskiego przyznało Towarzystwo lekarskie warszawskie dr. St. Kopczyńskiemu za pracę p. t.: »Badania doświadczalne nad anatomią i fizyologią tylnych korzeni nerwów rdzeniowych«.

— Wyszedł z druku zeszyt X, XI i XII »Biblioteki lekarskiej«, wydawanej przez Dr. Józefa Zawadzkiego, zawierający dokończenie podręcznika chorób skóry Jessnera i nauki o chorobach mowy Oltuszewskiego. Wydawnictwo »Biblioteki« objęło dotąd 7 dzieł lekarskich w 12 tomach (320 arkuszy), mianowicie oprócz obu wymienionych następujące podręczniki: Dieulafoy »Choroby wewnętrzne«, Landerer »Dyagnostyka chirurgiczna«, Runge »Położnictwo«, Moraczewski »Badania chemiczno-kliniczne«, Comby »Choroby dzieci«. Redakcya zawiadamia, że dalsze losy wydawnictwa zależeć będą od poparcia kolegów, które w ostatnim roku znacznie osłabło. Zwinięcie pożytecznego tego wydawnictwa, pierwszego, które od czasu zwinięcia »Biblioteki lekarskiej« podjęło w Warszawie myśl systematycznego ogłaszania podręczników w języku polskim, byłoby rzeczywistą szkodą.

— W miejscowości Bolwa w gub. witebskiej wakuje posada lekarza. Stały dochód 1,000 rb. rocznie, wolne mieszkanie z opałem, ogrodem i t. d. Konieczna znajomość języka łotewskiego. Wiadomości udziela aptekarz Ławrynowicz (adres: Bołowsk przez stacyę Pytałowo dr. ż. warszawsko-wiedeńskiej). — W lecznicy Towarzystwa sosnowickiego wakuje posada lekarza z płacą 85 rb. miesięcznie, mieszkaniem, opałem i światłem. Wiadomości udziela redakcya »Gazety lekarskiej« w Warszawie.

— W Berlinie odbyło się uroczyste otwarcie nowozbudowanego kosztem 675,000 marek instytutu im. cesarzowej Fryderyki, przeznaczonego na uzupełniające studya lekarskie (»Ärztliches Fortbildungswesen«), a mieszczącego odpowiednie zbiory i pracownie. Przy otwarciu przemawiał niespodziewanie także cesarz Wilhelm. Utrzymanie zakładu wymagać będzie rocznie 40,000 marek.

— XV doroczny zjazd niemieckiego Towarzystwa otologicznego odbędzie się w Wiedniu 1 i 2 czerwca b. r.

— Kierownictwo znanych zakładów Lahmanna pod Dreznem objął prof. Düring, dyrektor kliniki dermatologicznej z Kielu.

— Holandya i Belgia zawarły układ, aby pograniczne władze sanitarne obu państw donosiły sobie wzajemnie o chorobach zakaźnych w pasie nadgranicznym (obecnie n. p. także o szerzeniu się zapalenia opon mózgowordzeniowych). Rzecz godna naśladowania. Możeby w tym względzie inicyatywa powołanych czynników i w naszym kraju, stanowiącym we wszystkich trzech państwach podziałowych takie pogranicze, odniosła jaki skutek.

Mianowani: Dr. Harwey Littlejohn profesorem medycyny sądowej w Edymburgu; dr. Livierato profesorem patologii wewn. w Genui; dr. Pollosson profesorem ginekologii w Lyonie; dr. Haushalter profesorem pedyatryi w Nancy; docenci: fizyolog dr. Noll, patolog dr. Grober, psychiatrya dr. Berger, profesorami nadzwycz. w Jenie; prof. Pfaundler z Gracu dyrektorem kliniki pedyatrycznej w Monachium; dr. Ceconi profesorem patologii lekarskiej w Turynie.

Powołani: Fizyolog prof. Tschermak z Halle do akademii weterynarskiej w Wiedniu; otyatra prof. Hinsberg z Wrocławia do akademii medycyny praktycznej w Kolonii.

Zmarli: Dr. Collin, prezydent akademii lekarskiej w Paryżu; anatom-patolog prof. Kryłow w Charkowie; chirurg prof. Fowler w N. Yorku; oftalmolog prof. Rogmann w Gandawie.

Dr. Seweryn Schmidt, lekarz okręgowy w Wielkich Oczach, padł ofiarą zawodu; zmarł z duru osutkowego 10 b. m.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 9. Węgłowski: Operacya doszczętna przepuklin pachwinowych na podstawie rozwoju i budowy okolicy pachwinowej. Żebrowski (dok. z Nr. 8).

— *Medycyna* Nr. 10. Saks: I. Przypadek cięcia cesarskiego z powodu wskazania bezwzględnego. II. Przypadek oderwania sklepień pochwowych podczas porodu, poraz drugi zdarzający się u jednej i tej samej osoby.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 10. Starzewski: O zakażeniu ciążowem. Bylicki (dok. z Nr. 9).

— *Časopis lékařův českých* Nr. 9. Vymola i Kutvirt: O léčbě kyslíkem při chorobach ušních. Radl: Hans Driesch. Rejthárek: O koupelich ve věku dětském. — Nr. 10. Růžička: Kritické poznámky k otázce membrány a vnitřní skladby erythrocytů ssavcích. Rudiš-Jičinský: Studie nemoci, poranění a degenerativnich pochodů a stavu mozku paprsky Roentgenovými. Vymola i Kutvirt (c. d. z Nr. 9). Kimla. Syfilis experimentalní.

— *Russkij Wracz* Nr. 6. Orłowski W.: Chlorek barowy, jako środek sercowy. Gieorgiewskij: Dwa przypadki szerokiego połączenia pomiędzy tętnicą promieniową a pośrodkową. Ziwert: W sprawie znaczenia określenia prawej granicy żołądka przy osłabieniu jego czynności wydalniczej. Popow: W sprawie gromadzenia się cieczy mleczystej w jamie brzusznej i piersiowej. Konik: Przyczynek do kazuistyki operacyi Talmy. Moskalew: Zabójstwo czy samobójstwo? Badania doświadczalne.

— *Semaine médicale* Nr. 10. Cheinisse: O rzekomem nagminnem pojawianiu się zapalenia wyrostka robaczkowego. Minervini: „Trzy punkta tętniące tętnicy promieniowej“ w stwardnieniu tętnic.

— *Presse médicale* Nr. 18. Iscovesco: Koloidy; ich znaczenie biologiczne. Martinet: Podawanie mleka kwaśnego w nowotworach żołądka i trzustki. — Nr. 18. Reclus: Leczenie zmiażdżenia palców. Landouzy: Pył a gruźlica. Jacobson: O barwnym odczynie kwasów tłuszczowych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 10. Gersuny: Operacye przy porażeniach ruchowych. Buberl: O leczeniu gorączki połogowej kollargolem. Baer: O leczeniu gruźlicy krtani światłem słonecznem. Flinker: Zniekształtnienie połowy klatki piersiowej i kończyny górnej po tej samej stronie.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 10. Goldscheider: Leczenie według przyrody. Zettnow: Witki u krętków kurzych i duru powrotnego. Kromayer: Lampy rtęciowowodne do leczenia skóry i błon śluzowych. Frankenstein: Kolizya bliźniąt przy porodzie. Leuwer: Nowy przyrząd ssący do nosa. Weil: Badania działania agresywnych cieczy paciorkowca. Illyés: Przypadek samoistnego krwotoku nerkowego. Schädel: Prawidła zachowywania się przy ostrym wiewiórze.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 11. Kirchner: O klimacie zimowym i niektórych higienicznych urządzeniach w Egipcie. Manteufel: Badania autotoksyn i ich znaczenia, jako przyczyny zahamowania wzrostu hodowli bakteryi. Hilgenreiner: W sprawie pachwinowej przepukliny macicy. Heryng: O nowych sposobach i przyrządach inhalacyjnych. Steiner: W sprawie zewnętrznego leczenia chorób skórnych. Marmorek: W sprawie jadowitości prątków gruźliczych. Laqueur: Zastosowanie fizycznych metod w leczeniu ostrego gościca stawowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 10. Mangold: Teorya nerwowa i mięśniowa uderzenia serca. Lichtenstein: Woda jako przeszkoda w zdjęciach rentgenowskich. Riegler: Nowsze odczyny kwasu acetooctowego. Hoffmann: Promienica krtani i mięśnia mostkowoobojczykowosutkowego. Kümmel: W sprawie gruźliczych zmian przełyku. Doerfler: Dalszy przypadek pubiotomii. Dörner: Śniadanie czy obiad próbny. Quosig: W sprawie tężyczki pochodzenia jelitowego. Schütz, Berghaus, Altschüller, Conradi, Kreuzfuchs (artykuły polemiczne). Oppenheimer: O utworzeniu miejsc porady dla matek osesków w Monachium.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę 21 marca 1906 o godzinie 6 wieczór w **Klinice lekarskiej.** Porządek dzienny: O krwotokach utajonych (z demonstracyami). Kol. prof. Jaworski i kol. Korolewicz. — Zmiana w postaci podawania niektórych leków. Demonstracya przypadku chorobowego. Kol. prof. Jaworski. — Demonstracya przypadków chorobowych. Demonstracya preparatów z przypadku akromegalii. Nowsze próby na aceton i kwas acetooctowy. Kol. Latkowski. — Skutki działania adrenaliny, przedstawione na preparatach. Leczenie surowicą w zapaleniu płuc. Nowa postać leku przeciwtasiemcowego. Demonstracya przypadku chorobowego. Kol. Mięsowicz. — O najskuteczniejszych lekach przeciwpotnych na podstawie obserwacyi klinicznych. Kol. Szurek. — Rzadka postać krystaliczna w moczu (demonstracya). Kol. Łapiński.

L. 3.130.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Nadwornie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Delatynie.

Do tego okręgu należą gminy: Delatyn, Dora, Łojowa, Łuh, Osław czarny, Osław biały, Potok czarny i Zarzecze, płaca wynosi rocznie 1.000 kor., ryczałt na objazdy 600 kor.

Posada nadaną zostanie prowizorycznie, zaś stale po jednorocznej zadawalniającej służbie.

Kompetenci mają się wykazać:

1) Obywatelstwem austryackiem;

2) Dyplomem doktora medycyny;

3) Znajomością obu języków krajowych t. j. polskiego i ruskiego w słowie i piśmie;

4) Najmniej dwuletnią praktyką lekarską;

5) Fizyczną zdolnością.

Obowiązki lekarzy okręgowych określają instrukcye z 31 grudnia 1891 Nr. 83 dz. u. kr. i 12 czerwca 1897 Nr. 36 dz. u. kr.

Podania należycie udokumentowane mają być wniesione do Wydziału powiatowego do końca marca 1906 r.

Nadworna 23 lutego 1906. 115

Prezes.

Rok XLV. Kraków 24 Marca 1906. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Przemiana chlorofilu w ustroju zwierzęcym.

Podał

Prof. Dr. L. Marchlewski.

Przemiany, jakim podlega barwik krwi w ustroju zwierząt wyższych są, jak wiadomo, dość dokładnie zbadane, aczkolwiek nie wszystkie odnośne twierdzenia są należycie doświadczeniami uzasadnione. Blizki stosunek barwików żółciowych do barwika krwi nie ulega wprawdzie żadnej wątpliwości, ale korelacya urobiliny i barwików żółciowych i sposób powstawania jej, jak również natura hydrobilirubiny, nie są dostatecznie wyjaśnione.

Wobec udowodnionego chemicznego pokrewieństwa pomiędzy barwikiem krwi i chlorofilem, sprawa przemiany chlorofilu w ustrojach zwierzęcych wydawała mi się szczególnie interesującą, a badania w tym kierunku podjąłem pomimo istniejących już licznych wzmianek innych autorów, jakoby produkty przemiany chlorofilu w ustroju zwierzęcym były identyczne z tymi, które wytwarzają się z niego *in vitro*, pod wpływem mniej lub więcej silnych kwasów. Badaniu poddałem przedewszystkiem kał zwierząt trawożernych w przewidywaniu, że znaczne masy chlorofilowe, poddane działaniu redukcyjnemu bakteryi w kiszkach, mogą dać ciało, identyczne z urobiliną lub przynajmniej bardzo do niego zbliżone, lecz pomimo rozmaitych prób nie udało mi się stwierdzić jej obecności z pewnością. Natomiast spotkałem się z innem ciałem, które na pierwszy rzut oka ma wiele podobieństwa do skatocyaniny Schuncka, ale które przy dokładniejszem badaniu okazało się stanowczo od niego różnem. Związek, przezemnie otrzymany, który nazwałem filoerytryną, mógł być odróżniony od skatocyaniny Schuncka tylko na zasadzie badań spektroskopowych, gdyż według opisu Schuncka ciało przez niego wyosobnione odróżnia się od znanych pochodnych chlorofilowych przez bardzo charakterystyczne widma absorpcyjne.

Filoerytrynę otrzymałem w sposób następujący: Świeży kał krów, karmionych paszą świeżą zieloną bez żadnych innych domieszek, wyciągano chloroformem. Rozczyn otrzymany posiadał barwę oliwkowo-zielono-brunatną; odparowano go na kąpieli wodnej, przyczem niejednokrotnie podczas odparowywania, albo też po ochłodzeniu i dłuższem stanıu bardzo gęstej pozostałości, wydzielały się kryształki fioletowe, silnie polyskujące. W celu oddzielenia tych kryształków od innych ciał, po części bezbarwnych, mazistych, prawdopodobnie ciał tłuszczowych, pochodzących z trawy, jak również od innych barwików ciemno-oliwkowo-zielonych, traktowano pozostałość naprzód ciepłym chloroformem, który usuwał łatwo nieczystości, pozostawiając kryształki filoerytryny w zupełnie niemal czystym stanie. W celu dalszego oczyszczenia wyciągano kryształki kilkakrotnie wrzącym alkoholem, w którym rozpuszczają się one nadzwyczaj trudno i wreszcie przekrystalizowywano dwukrotnie w chloroformie. Ze względu na nadzwyczajnie małą rozpuszczalność filoerytryny w tym rozpuszczalniku, z chwilą gdy znajduje się ona w stanie znacznej już czystości, proceder ten jest dość uciążliwy i uskutecznie się najlepiej w aparacie Soxhleta. Otrzymane w ten sposób drobne kryształki są dobrze ukształtowane i mają postać rombów i romboidów. W masie mają one barwę ciemno-brunatno-czerwono-fioletową, pojedyncze zaś kryształy, oglądane przez mikroskop, jasno-brunatną.

Rozczyn w chloroformie ma barwę wiśniową, fluorescencyi nie zauważono. Stężone rozczyny powodują w widmie trzy smugi, więcej zaś rozcieńczone cztery, których położenie odpowiada następującym długościom fal:

Smuga I: λ—642—640
„ II: λ—606—581
„ III: λ—577—557
„ IV: λ—536—515.

Pierwsza smuga jest bardzo niewyraźna, jasna i wązka, wyraźnie widzieć ją można tylko w stężonych rozczynach. Druga i trzecia smuga zlewają się w stężonych rozczynach w jedną, w rozcieńczonych zaś druga smuga znajduje się na linii D i jest jaśniejsza, lecz szersza, od smugi trzeciej. Wreszcie smuga czwarta, położona za E, jest jeszcze jaśniejsza od smugi drugiej. Smugi te można więc uporządkować wedle stopnia intenzywności w sposób następujący:

III, II, IV, I.

Skatocyanina Schuncka powoduje, badana w chloroformowym rozczynie, pięć smug, ułożonych w sposób podobny do smug filocyaniny, różni się więc zasadniczo od filoerytryny.

Widmo, powodowane przez rozczyn filoerytryny w kwasie octowym, niewiele się różni od widma rozczynów chloroformowych. Barwa jego różni się także nieznacznie, posiada tylko nieco błękitniejszy odcień. Pierwsza smuga, słaba bardzo w przypadku rozczynu chloroformowego, wydaje się w rozczynie octowym jeszcze słabszą, zaledwie widzialną. Druga i trzecia smuga zajmują mniej więcej to samo położenie, jak w rozczynach chloroformowych, nie różnią się jednak od siebie tak wyraźnie natężeniem, a trzecia smuga obdarzona jest od strony zwróconej ku fioletowej części widma, dobrze zarysowanym cieniem. Czwarta smuga wreszcie w zieleni różni się mało od odpowiedniej smugi rozczynu chloroformowego. W długościach fal absorbowanych promieni, położenie smugi można wyrazić jak następuje:

Smuga I: λ—około 640
„ II: λ—604—585
„ III: λ—575—558
„ IV: λ—531—518.

Skatocyanina E. Schuncka posiada według tego badacza, w rozczynie octowym całkiem odmienne widmo. Pierwsza smuga silna znajduje się na linii D, czwarta na linii E, a pomiędzy niemi są jeszcze dwie smugi. Pod wpływem kwasu solnego widmo i barwa rozczynu octowego filoerytryny zmienia się w sposób bardzo charakterystyczny. Barwa staje się mianowicie błękitno-fioletową (w oświetleniu sztucznem czerwoną), a w widmie, o ile rozczyn jest dostatecznie rozcieńczony, zauważyć można cztery smugi w całkiem odmiennem położeniu, jak poprzednio. W pomarańczowej części widma występują teraz dwie delikatne wązkie smugi, za linią D widzimy smugę silną, a wreszcie w zieleni niewyraźną smugę dość szeroką:

Smuga I: λ—625—615
„ II: λ—615—606
„ III: λ—584—556
„ IV: λ— około 536 (źle zarysowana).

W stężonych rozczynach pierwsza i druga smuga zlewają się, a brzeg prawy drugiej smugi zbliża się do linii D, jednocześnie smuga czwarta staje się wyraźniejsza.

W stężonym kwasie siarkowym filoerytryna rozpuszcza się barwą zieloną i pod tym względem przypomina skatocyaninę Schuncka.

Co się tyczy pochłaniania promieni światła o falach krótszych, to badając bardzo rozcieńczone rozczyny filoerytryny w chloroformie metodą fotograficzną, otrzymałem dwie smugi, jedną tuż przed linią kβ, a drugą poza tą linią. Przy dalszem rozcieńczeniu otrzymuje się tylko smugę przed kβ. Co się tyczy chemicznych własności filoerytryny, to z powodu bardzo niewielkich ilości, jakiemi rozporządzałem, dokładnych badań przeprowadzić nie mogłem. Stwierdziłem tylko, że w ługach nie rozpuszcza się wcale, lecz pomimo to daje z solami ciężkich metali związki, odznaczające się charakterystycznemi widmami. Zachodzi tu więc albo tworzenie się zwykłych soli, albo też soli podwójnych, na podobieństwo tych, które wytwarza filocyanina. Rozczyn filoerytryny po dodaniu rozczynu octanu cynkowego zabarwia się na zielono (w świetle odbitem barwa jest czerwona). W widmie występują trzy smugi w położeniu następującem:

I: λ—628—603
II: λ—575—558
III: λ—533—517

z nich pierwsza jest najsilniejsza, najsłabsza zaś jest trzecia.

Analogiczne ciało otrzymuje się przez działanie octanu miedziowego na filoerytrynę.

Filoerytryna posiada zresztą także własności zasady, jak to wypływa z powyżej opisanego zachowania się jej spektralnego.

Porównywając ogólne własności tej nowej pochodnej chlorofilu, dochodzimy do wniosku, że stoi ona w blizkim jakimś stosunku do filoporfiryny, z którą, jak wiadomo, spokrewniona jest hematoporfiryna.

Że wreszcie filoerytryna w istocie pochodzi od chlorofilu, a nie od barwika krwi, wypływa z tego, że kał krów, karmionych paszą, niezawierającą chlorofilu, filoerytryny nie zawiera.

Sprawa filoerytryny przyjęła niespodziewany obrót pod wpływem przypuszczenia, wypowiedzianego w liście prywatnym do mnie przez byłego prof. chemii fizyologicznej Owens College w Manchester p. Gamgee, który porównywając podany przezemnie opis filoerytryny z opisem cholehematyny, odkrytej przez Mac Munna, doszedł do wniosku, że oba ciała są prawdopodobnie identyczne. Praca Mac Munna nie była mi znaną, a o cholehematynie nawet obszerne podręczniki nie zawierały wzmianki, a jest to jednak ciało, które szczególnie angielskich badaczów często zajmowało.

Mac Munn znajdował cholehematynę tylko w żółci zwierząt trawożernych i to nie zawsze, Heynsius zaś i Campbell sądzą, że występuje ona też w żółci ludzkiej i wieprzowej. Przypuszczenie Gamgeea wydawało się w istocie bardzo prawdopodobne wobec analogii widm mojej filoerytryny i cholehematyny. Przytaczam tu pomiary nad położeniem smug absorpcyjnych tych dwu barwików według moich i Mac Munna oznaczeń:

	Filoerytryna:	Cholehematyna:
Smuga I:	λ—642—640	λ—649 (środek smugi)
„ II:	λ—606—581	λ—613—585
„ III:	λ—577—557	λ—577·5—561·5
„ IV:	λ—536—515	λ—537—521·5.

Pragnąc identyczność tych dwu ciał stwierdzić z bezwzględną pewnością, próbowałem otrzymać cholehematynę w stanie czystym według metody, która doprowadzała do celu w przypadku filoerytryny. Okazało się atoli, że w warunkach mojej pracowni zadanie to jest niewykonalne, albowiem ilość cholehematyny w żółci bydlęcej jest tak znikomo mała, że chcąc otrzymać jej choć parę miligramów w stanie krystalicznym, należałoby przerobić kilkadziesiąt litrów żółci, czego wówczas zrobić nie mogłem. Musiałem się zadowolnić otrzymaniem mniej lub więcej czystych rozczynów chloroformowych cholehematyny i porównać je z takimiż filoerytryny. Wynik był tylko częściowo zadowalniający. Gdy zgodność smug w mniej załamanej części widma była całkowita, to w części pozafioletowej zauważyć było można dość znaczną różnicę, która mogła być wprawdzie wywołana przez zanieczyszczenia cholehematyny, ale która wyłączała jednak wniosek stanowczy o identyczności obu ciał. Zdawało się wobec tego, że sprawa identyczności filoerytryny i cholehematyny pozostanie na dłuższy czas w zawieszeniu, przypadek przyszedł mi jednak z pomocą. Przeglądając literaturę, odnoszącą się do barwików żółciowych z ostatnich kilku lat, spotkałem się z pracą Löbischa i Fischlera nad bilipurpuryną, rzekomo nowym barwikiem, wyosobnionym z żółci bydlęcej. Badacze ci wyosobnili ową bilipurpurynę w stanie krystalicznym, a własności jej fizyczne i chemiczne bardzo przypominały własności mojej filoerytryny. Tylko własności optyczne, widmowe, zdawały się być zupełnie inne. Pomimo to podobieństwo wydawało mi się tak wielkie, że zwróciłem się do prof. Löbischa w Insbrucku z prośbą o przysłanie mi małej próbki krystalicznej bilipurpuryny; prośbie tej uczyniono zadość. Porównanie bezpośrednie obu barwików okazało zupełną ich identyczność, własności widmowe bilipurpuryny zbadane były błędnie przez wspomnianych badaczów, okazało się bowiem, że widm bilipurpuryny nie można zupełnie odróżnić od widm filoery-

tryny i to zarówno w części mniej załamanej widma, jak w pozafioletowej.

Stwierdzono więc identyczność filoerytryny i bilipurpuryny, że zaś ostatnia jest identyczną z cholehematyną Mac Munna, to wobec analogii obu metod wyosobnienia tych barwików i ich pochodzenia nie może ulegać żadnej wątpliwości. Löbisch i Fischler mają jednak niezaprzeczoną zasługę w tem, że po raz pierwszy wyosobnili cholehematynę w stanie zupełnie czystym z żółci.

Pozostało jeszcze ważne jedno pytanie do rozstrzygnięcia, mianowicie, czy cholehematyna (filoerytryna lub bilipurpuryna) rzeczywiście pochodzi od chlorofilu, a nie jak inne barwiki żółci, od barwika krwi? Za przypuszczeniem pierwszem przemawia już fakt, wyżej wspomniany, że filoerytryna jest obecną w kale zwierząt trawożernych tylko wtedy, gdy się je karmi paszą świeżą zieloną. Ponieważ jednak w najlepszym nawet razie wyosobnienie filoerytryny z kału jest zadaniem dość uciążliwem i trudnem, więc temu dowodowi zbyt wielkiej wagi nadawać nie chciałem, — a postanowiłem rozstrzygnąć tę sprawę metodą, wolną od jakichkolwiek zarzutów. Metodą taką jest badanie składu żółci, wydzielanej pod wpływem różnych rodzajów pokarmów, która w zastosowaniu jest łatwą, jeżeli się ma zwierzę z przetoką żółciową. Prof. Cybulskiemu zawdzięczam barana z przetoką żółciową, a wyniki mych badań były następujące: Najpierw poddano badaniu żółć podczas karmienia barana świeżą trawą. Żółć była barwy czerwono-brunatnej i wykazywała nawet w stanie surowym smugi cholehematynowe. Częściowe wyosobnienie barwika uskuteczniłem w sposób następujący: Żółć odparowano do sucha na kąpieli wodnej, a do pozostałości dodano alkoholu. Przesącz od ciał białkowych odparowano ponownie, a pozostałość rozpuszczono w wodzie, zakwaszono kwasem siarkowym i nie zwracając uwagi na utworzoną mleczną zawiesinę, wykłócono płyn eterem. W eterze rozpuścił się barwik czerwony; po przemyciu tego roztworu wodą w celu usunięcia kwasu siarkowego odparowano eter, a pozostałość rozpuszczono w małej ilości wrzącego alkoholu. Z otrzymanego roztworu po pewnym czasie wydzielił się czerwono-brunatny osad, który zebrano na sączku i przepłukano kilkakrotnie alkoholem. Osad ten przedstawia stosunkowo czystą cholehematynę, dającą odczyny czystej filoerytryny lub bilipurpuryny. D. 5 czerwca przerwano żywienie trawą świeżą, a rozpoczęto karmić barana pokarmem, niezawierającym chlorofilu. D. 6 czerwca wieczorem odpuszczono po raz pierwszy w tym drugim okresie doświadczenia żółć i badano dnia następnego. Kolor żółci był tym razem zielony, a w widmie jej nie zauważono smug cholehematynowych, natomiast stosunkowo ciemną smugę w czerwieni, której położenie odpowiadało długościom fal λ 619—λ 655. Eter, dodany do tej żółci, nie wywołał żadnej zmiany w zabarwieniu, ale pod wpływem jego znikła wspomniana smuga w czerwieni, a wystąpiły smugi cholehematynowe. Żółć tę odparowano na kąpieli wodnej, dodano alkoholu i sączono. Przesącz miał barwę zielono-żółtą; odparowano go ponownie do sucha, rozpuszczono w wodzie, zakwaszono kwasem solnym i wyciągnięto eterem. Eterowy roztwór miał teraz barwę żółtawą, a w widmie jego zauważyć było można tylko dwie najsilniejsze smugi cholehematynowe. Eter znów odparowano, a pozostałość rozpuszczono w bardzo małej ilości chloroformu. Barwa otrzymanego roztworu była żółto-brunatnawą, a w widmie obecne były tylko trzy smugi cholehematynowe, czwartej w części pomarańczowej brakowało.

Następną próbę żółci pobrano dnia 8 czerwca wieczorem i badano dnia następnego, stosując tę samą metodę, jak poprzednio. Cholehematyna jeszcze była obecną, ale w bardzo nieznacznych ilościach. Dnia 10 czerwca ponownie odpuszczono żółć, a cholehematynę oznaczyłem kolorymetrycznie w sposób następujący: Jeden miligram czystej filoerytryny rozpuściłem w 100 cm. sz. chloroformu, i z roztworem tym porównywałem siłę zabarwienia roztworu cholehematyny, wyosobnionej z żółci. Okazało się, że w tym przypadku ilość cholehematyny, zawarta w całej ilości żółci mogła wynosić najwyżej 0·0005 g. Żółć, pobrana dnia 13 czerwca, zawierała jeszcze mniej cholehematyny, a pobrana dnia 15. okazała się nareszcie zupełnie wolną od tego barwika, natomiast zauważyłem obecność innego w następujących warunkach. Pierwszy eterowy roztwór, otrzymany, jak wyżej opisano, dał po odparowaniu zieloną mazistą substancyę, która rozpuściła się z takąż barwą w chloroformie. W widmie tego roztworu smug cholehematyny nie było zupełnie, a natomiast zauważyłem smugę w czerwonej części widma, która znikała pod wpływem kwasu solnego, przyczem jednocześnie barwa zielona roztworu ustępowała miejsca żółtej. Wiadomo, że biliwerdyna nie wywołuje żadnych smug w widmie, zauważony więc tutaj barwik nie mógł być z nią identyczny.

Dnia 17 czerwca zaczęto karmić barana ponownie świeżą trawą, a pierwszą próbę żółci odpuszczono dnia 20 i badano dnia następnego. Ilość żółci przy karmieniu trawą świeżą była znacznie większa, niż w okresie karmy bezchlorofilowej (owies zaparzany), barwa żółto-brunatna, a w widmie jej bez żadnych wstępnych zabiegów występowały smugi cholehematynowe. Począwszy od 21 do 26 czerwca żółć zbierano i w całej ilości oznaczono ilość cholehematyny kolorymetrycznie; znaleziono około 0·008 g.

Znaczenie tych doświadczeń jest zupełnie jasne: nie może już teraz ulegać żadnej wątpliwości, że barwik, nazwany przez Mac Munna cholehematyną, a przez Löbischa bilipurpuryną, a który, jak wykazałem, jest identyczny z filoerytryną, zjawia się w żółci zwierząt trawożernych tylko wtedy, gdy są karmione świeżą trawą zieloną. Wniosek ztąd, że cholehematyna (bilipurpuryna) pochodzi od chlorofilu, a nie od hemoglobiny, aczkolwiek wobec udowodnionego chemicznego pokrewieństwa tych dwu biologicznie najważniejszych barwików, cholehematyna i barwik krwi także nie mogą być zupełnie sobie obce.

Badanie powyższe nie wyczerpuje oczywiście bynajmniej zagadnienia przemiany chlorofilu w ustroju zwierzęcym. Cały szereg zagadnień dalszych, które każdemu nasunąć muszą wyniki wstępnych tych poszukiwań, będą przedmiotem późniejszych opracowań. Teraz zwrócić chcę tylko uwagę na tę okoliczność, że istnieją wskazówki, iż produkty przemiany wstecznej chlorofilu znajdują się niekiedy nawet w moczu zwierząt trawożernych. Przed kilku laty przysłał mi zmarły dr. Stokvis barwik z moczu królika, zupełnie prawidłowego, który najprawdopodobniej był identyczny z filoporfiryną. Powodem zwrócenia się dr. Stokvisa do mnie w tej sprawie była okoliczność, że badacz ten, studyując wpływ sulfonalu na hematoporfirynuryę, znalazł kilka

razy w moczu królików, którym nie podawano sulfonalu, barwik nader zbliżony do hematoporfiryny. Zagadkowy ten wynik znalazł wyjaśnienie wobec prac moich nad pokrewieństwem filoporfiryny i hematoporfiryny i własnościami spektralnemi tych dwu ciał. Jest rzeczą możliwą, że chlorofil pokarmu w tych razach przekształcał się w filoporfirynę, która znajdowała się następnie w moczu.

Wreszcie nadmienić muszę, że w żółci ludzkiej dotychczas nie powiodło mi się stwierdzić obecności cholehematyny, wbrew twierdzeniu Heynsiusa i Campbella. Wprawdzie badałem zaledwie kilka żółci ludzkich, które zawdzięczałem uprzejmości prof. dr. Browicza i prof. dr. Ciechanowskiego, ale wobec tego, co dziś wiemy o pochodzeniu cholehematyny, skłonny jestem przypuścić, że Heynsius i Campbell musieli mieć do czynienia z ciałem zupełnie odmiennem. Nie wyłączam naturalnie możliwości, że i ustrój mięsożerny może przekształcić chlorofil w cholehematynę, ale dowodów na to dotychczas nie mamy.

* * *

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Zmiany patologiczno-anatomiczne w kilakowym okresie kiły.

Podał

Dr. med. Zdzisław Sowiński

ordynator kliniki.

Rokowanie u chorych na kiłę zależy według Fourniera prawie wyłącznie od przebiegu okresu trzeciorzędnego. W tym to właśnie okresie tworzą się kilaki, nacieki, wrzody o cechach niszczących lub też szybko posuwa się sprawa rozwoju tkanki łącznej. W końcu obydwie te sprawy wywołują zniszczenie miąższu zajętego narządu. Sprawa jest tem niebezpieczniejszą, im ważniejszy jest dla ustroju zajęty przez nią narząd. Przypadki poszczególne różnią się między sobą siedzibą, rozprzestrzenieniem, natężeniem i trwaniem sprawy chorobowej. W okresie kilakowym każdą zmianę chorobową trzeba uważać za poważną, bo nawet energiczne leczenie może okazać się bezsilnem i choroba ostatecznie może sprawić albo stałe zmiany i oszpecenia, albo nawet doprowadzić do śmierci. Z tego więc powodu głównym celem dążeń naszych powinno być zapobieganie powstawaniu kilaków. Również byłoby bardzo pożądanem, żebyśmy mogli rozporządzać takimi środkami, któreby pozwalały przewidzieć w każdym poszczególnym przypadku, czy w danym przypadku nastąpi okres kilakowy lub nie? Jak wiadomo, przebieg kiły znacznie zmienia swoje cechy swoiste zależnie od wieku, dziedziczności i innych własności indywidualnych osobnika, w którego ustroju kiła się rozwija. U każdego chorego, można powiedzieć, kiła przebiega inaczej, zależnie od warunków osobniczych.

Jeżeli wolno uważać krętki blade za rzeczywisty swoisty zarazek kiły, to sprawa rokowania w kile może z czasem zyskać do pewnego stopnia podstawę naukową. Z badań klinicznych wynika, iż w pewnych przypadkach zmiany kilakowe mają cechy zmian łagodnych, w innych mniej, a w niektórych nareszcie są wybitnie złośliwe. Pomimo tych czy owych warunków indywidualnych ma tu bez wątpienia wielkie znaczenie czas przebywania zarazka w ustroju. Możnaby przytoczyć cały szereg przypadków, w których chorzy na kiłę już w rok po zachorowaniu zawierali związek małżeński ze zdrowemi kobietami i płodzili zdrowe potomstwo. Nasuwa się więc przypuszczenie, że z jednej strony ma ważne znaczenie jadowitość zarazka, z drugiej zaś gleba, na której zakażenie się rozwija. Weźmy przykład następujący. Gronkowiec złocisty, wstrzyknięty zwierzęciu w pewnej dawce, sprowadza ropienie miejscowe i posocznicę. Też samą hodowlę można o tyle osłabić za pomocą np. hodowania jej przez czas dłuższy w ciepłocie 41°—42° C, że nawet daleko znaczniejszą dawkę zwierzę zniesie bezkarnie. Z drugiej znów strony wiadomo, że można sztucznie obniżać odporność ustroju zwierzęcia względem jakiegobądź jadu, który w stanie prawidłowym zdaje się być dla zwierzęcia obojętnym; tak też i u człowieka mogą warunki życiowe w każdej chwili niedostrzegalnie wywierać właśnie ów wpływ szkodliwy, który staje się współczynnikiem groźniejszego przebiegu kiły. Skoro tylko ustalone będą nieomylne sposoby, określające obecność zarazka kiły w każdym przypadku poszczególnym, to biorąc z jednej strony na uwagę stan ogólny i właściwości indywidualne chorego, z drugiej zaś mogąc ściśle oznaczyć, jak długo zarazek kiły przebywał, lub czy jeszcze przebywa w ustroju, zdołamy wydać daleko pewniejszy sąd o przyszłości każdego chorego. Nie podlega bowiem najmniejszej wątpliwości, że wytwory życiowe zarazka tem dłużej działają na ustrój człowieka, im dłużej pozostaje przy życiu sam zarazek.

Nie przytaczając danych statystycznych co do tego, jak często spotyka się zmiany kilakowe w różnych narządach i tkankach, ponieważ statystyki różnych autorów bardzo się pod tym względem różnią, nadmienię tylko, że zmiany krtani i podniebienia zajmują w statystykach drugie miejsce.

Guz kilakowy błony śluzowej jamy ustnej rozwija się zwykle co do objawów podmiotych tak nieznacznie, iż chorzy bardzo często nawet go nie dostrzegają. W tych przypadkach, w których można śledzić cały rozwój guza, stwierdza się z początku małe obrzmienie okrągłe, zwolna rosnące. Błona śluzowa nad tem obrzmieniem długo pozostaje niezmienioną i wtedy tylko zaczyna podlegać zmianom, gdy aż do niej dosięgnie sprawa rozpadania się guza, rozpoczynająca się od jego środka. Wtedy guz pęka, błona śluzowa niszczeje i tworzy się wrzód, o dnie nierównem, pokrytem ropą i tkanką obumarłą. Jak wszędzie, tak i na błonie śluzowej jamy ust zjawiają się kilaki albo pojedynczo, albo gromadnie, łącząc się ze sobą, lub wreszcie przybierają postać pełzającą. Wzdłuż płaszczyzny i wgłąb mogą kilaki szerzyć się bardzo daleko. W niektórych przypadkach wrzody kilakowe zajmują większą część błony śluzowej jamy ust, a z drugiej strony mogą całkowicie zniszczyć wszystkie warstwy błony śluzowej aż do kości podniebiennej, która w takim razie obnażona z okostnej ulega oczywiście następowemu obumarciu. W innych miejscach (podniebienie miękkie, łuki podniebienne) sprawa wrzodziejąca wiedzie bezpośrednio do przedziurawienia; przy usadowieniu się wrzodu na łukach podniebiennych i podniebieniu miękkiem z boku tworzą się znacznie większe ubytki. Sprawa wrzodziejąca może szerzyć się również i ku górze, aż do podstawy czaszki

i ostatecznie wywołać tam częściowe ubytki kostne. W podobny sposób tworzą się guzy kilakowe i w jamie nosowej. Również i tu najważniejszem następstwem jest tworzenie się ubytku, jako wynik obumarcia zajętej kości. Jeżeli zaś zniszczeniu ulegnie nietylko przegroda nosowa, lecz i inne części rusztowania nosa, jak również pokrywająca je skóra, to na miejscu nosa powstaje duży eliptyczny ziejący otwór, przez który, przy jednoczesnem zwykle zniszczeniu podniebienia twardego, widać jedną wielką jamę, powstałą z jamy nosowej, ustnej i gardła. W dalszym ciągu, jeśli sprawa przejdzie na kość sitową, może nastąpić przedziurawienie do jamy czaszkowej i następnie zapalenie opon mózgowych.

W jamach nosowej, ustnej i w gardle prócz trzeciorzędnych zmian kiłowych zdarzają się sprawy gruźlicze i toczniowe, oraz raki. Pomijam zmiany, wywołane tutaj przez trąd, ponieważ te łatwo rozpoznać wobec całego szeregu równoczesnych znamiennych zmian w innych miejscach. Owrzodzenia gruźlicze błony śluzowej mają brzegi nadżarte lub podminowane, zatokowate, czem różnią się od owrzodzeń kiłowych, ściętych na brzegach ostro. Naokoło wrzodu gruźliczego często można dostrzedz gruzełki prosowate w kształcie szarych lub żółtawych guzków. Gruźlicy błon śluzowych towarzyszą zmiany i w innych narządach, jak również szybkie wychudnienie, wieczorne wzniesienia ciepłoty i miejscowa znaczna bolesność. Toczniowi błony śluzowej w tym okresie, kiedy możnaby go wziąć za kiłę, towarzyszą zwykle zmiany swoiste i na skórze. Toczeń odznacza się powolnym rozwojem i powierzchownem usadowieniem i nie ma skłonności do szerzenia się w głąb. W przeciwieństwie do kiły zaczyna się guzek toczniowy rozpadać zwykle jednocześnie na całej powierzchni; zaznaczyć trzeba, iż znamienną właściwością wrzodu toczniowego jest mniej lub więcej okrągły kształt i płaskie dno, nadzwyczaj łatwo krwawiące, całkowicie pokryte tkanką ziarninową. Tak gruźlicy, jak i toczniowi, w przeciwieństwie do kiły stosunkowo rzadko towarzyszą zmiany kości i następowe przedziurawienia. Obecność prątków gruźliczych można stwierdzić w toczniu stosunkowo rzadko; przy sprawach gruźliczych służy ona za różniczkowo-rozpoznawczą wskazówkę. Zaznaczyć jeszcze należy, że właściwością, cechującą sprawy toczniowe, jest tworzenie się nowych guzków w obrębie dawniejszych zaników i blizn. Guzy rakowe rzadko dochodzą większych rozmiarów, ponieważ zazwyczaj szybko i wcześnie ulegają rozpadowi. Sprawie tej towarzyszy także wcześnie powiększenie się odpowiednich gruczołów chłonnych. Brzegi wrzodu rakowego bywają wywinięte i zatokowo wyżarte. Wątpliwość rozstrzyga badanie drobnowidowe wyciętych kawałeczków tkanki, przyczem można spróbować jeszcze leczenia swoistego przeciwkiłowego.

Wobec tego, że zmiany kilakowe w tej okolicy nadzwyczaj rzadko stają się przyczyną śmierci, uważam za właściwe ogłosić mój przypadek. Prócz interesu kazuistycznego mogą mieć też pewną wartość wyniki podjętych przezemnie badań patologiczno-anatomicznych.

Oto mój przypadek:

W. K., lat 36, leśniczy, przyjęty do kliniki 18 lutego 1905. Zaraził się kiłą w r. 1896. Wysypka pierwotna ukazała się w swoim czasie, a potem w przeciągu 2—3 lat zjawiały się od czasu do czasu wrzody w gardle, które jednak szybko ustępowały pod wpływem leczenia swoistego.

Chory wzrostu średniego, licho odżywiony, kościec i mięśnie rozwinięte prawidłowo. Podściółka tłuszczowa skąpa: skóra łatwo fałduje się. Błony śluzowe blade. Chory mówi z trudnością, nadzwyczaj niewyraźnie. Tak części miękkie nosa, jak również chrząstki i kości zupełnie zniszczone; na ich miejscu znajduje się otwór eliptyczny, którego średnica pionowa wynosi 2,5 ctm., poprzeczna 1,5 ctm. Otwór ten oddziela od jamy ustnej tylko skórny mostek bliznowaty szerokości 1 ctm. Jama nosowa wytamponowana opaską, której tam mieściło się 10—12 arszyn. Podniebienie twarde zniszczone prawie całkowicie i tylko gdzieniegdzie widać nieoddzielone jeszcze martwaki. Podniebienie miękkie niezajęte sprawą wrzodziejącą.

Na prawo od linii środkowej widać na tylnej ścianie gardła żrący wrzód kilakowy, długości 3—4 ctm., pokryty żółtawo-szarą miazgą. Na ścianie tylnej gardła widać również rozrzucone nacieki szarawe. Takież nacieki widać na łukach. Na górnej i bocznej powierzchni języka również nacieki, miejscami owrzodziałe i pokryte nalotem szarawym; nacieki te leżą w mięśniach języka, nie w samej tylko błonie śluzowej. Co do zębów, to z rzędu górnego pozostał tylko jeden z siekaczy przednich. Na lewej powiece dolnej guzki, które jużto uległy rozpadowi, jużto — zmianom zanikowym. Na lewym policzku guzek rozpadły, który wytworzył się, według twierdzenia chorego, jednocześnie z guzkami na powiece. Na kończynach dolnych, zwłaszcza na lewej, szereg blizn rozmaitych rozmiarów o brzegach festonowatych, niezrośniętych z kością; blizny owe pochodzą od niesztowic głębokich, które pojawiły się u chorego w pierwszym roku choroby. W lewej okolicy nadobojczykowej nieregularna blizna barwy czerwonej: pewna część blizny zrosła z obojczykiem.

Sprawa na podniebieniu twardem rozpoczęła się przed $2^1/_2$ laty, poczem przeszła na kości nosowe, a już w ciągu pół roku od początku sprawy chory pomimo leczenia stracił nos. Na lewej powiece i na lewym policzku trwała sprawa 4 miesiące. Jak wspominałem wyżej, chory mówi z trudnością, a przy połykaniu odczuwa silne bóle. Przez czas cały choroby chory leczył się odpowiednio i systematycznie. Wyskoku nie używał zupełnie. W szpitalu miejskim zrobiono choremu od 28 lutego 1904 do 8 lutego 1905 r. 108 wcierań szaruchy po 2,0, prócz tego 4 wstrzyknięcia 5 prc. salicylanu rtęciowego i podawano obficie jodek potasowy. W ciągu dwóch miesięcy chory brał kąpiele parowe. Pomimo wszystkich tych zabiegów sprawa w gardle nie zatrzymywała się.

Wstępując do kliniki, ważył chory 43 klg. Skarżył się na kaszel: w płucach stwierdzono rzężenia średniobańkowe. W narządach wewnętrznych nie stwierdzono wtedy zmian żadnych. Mocz nie zawierał nieprawidłowych składników. Wspomniany wyżej wrzód na tylnej ścianie gardła mierzył 7 marca 5 ctm. długości i 2 ctm. szerokości. Podobny wrzód, lecz mniejszy, znajdował się na tylnej ścianie gardła na lewo od linii środkowej.

Pomimo energicznego leczenia, o którem będzie mowa niżej, sprawa posuwała się tak szybko, iż 2 kwietnia już całe podniebienie miękkie i resztki twardego były zupełnie zniszczone. Jak wspominałem, kościec nosa rozpadł się już dawniej. Jama ustna, nosowa i gardło utworzyły przeto jedną wielką jamę, której ściany, wskutek przybrania przez sprawę cech żrących, były pokryte miazgą zgorzelinową. Odtąd zaczęły się nieznośne bóle, a chory nie mógł połykać pokarmu, nawet płynnego; z tego powodu odżywiano chorego zapomocą lewatyw odżywczych. Wkrótce ciepłota co wieczór zaczęła się podnosić, nie przekraczając jednak ani razu 38,8° C. Waga ciała szybko opadała i wtedy już chory ważył zaledwie 30 kilogr. Liczba tętna wynosiła 120 uderzeń na minutę, tętno było słabo napięte. 17 kwietnia chory zmarł.

Co się tyczy leczenia, to próbowałem zarówno miejscowego, jak i ogólnego. Ze środków miejscowych stosowałem tampony z gazy kseroformowej, wkładając je do jamy nosowej po uprzedniem przemyciu jej słabym roztworem nadmanganianu potasowego. Używałem dalej przyżegań azotanem srebrowym szczerym, jak i jego roztworami w rozmaitem zgęszczeniu, przypalania nasyconym roztworem kwasu chromowego: prócz tego stosowałem jeszcze zależnie od okoliczności rozmaite płukania znieczulające i 1 prc. roztwór kokainy. Z leków ogólnych i wewnętrznych chory zażywał jodek potasowy i jednocześnie brał wobec znacznej ilości rtęci w ustroju wanny gazowe. Następnie choremu zaleciłem odwar Zittmanna; chory wyżył 16 funtów słabego i tyleż mocnego odwaru; ze względu jednak na osłabienie ogólne i znaczną biegunkę (8—10 razy na dobę) byłem zmuszony przerwać dalsze leczenie tym środkiem. Wstrzykiwałem również podskórnie 25 prc. roztwór jodypiny. Prócz tego od samego początku otrzymywał chory pokarm pożywny i przetwory żelaza w połączeniu z arszenikiem.

Sekcya: Wzrost 163 ctm., waga 30.800 grm. Zwłoki bardzo wychudłe, budowy słabej. Części miękkie nosa zniszczone, a na

ich miejscu ubytek eliptyczny, którego wymiar pionowy wynosi 2,5 ctm., poprzeczny 1,5 ctm.; ubytek ten oddzielony skórnym mostkiem bliznowatym szerokości 1 ctm. od jamy ustnej. Na skórze lewego policzka obok kości jarzmowej powierzchowny wrzód wielkości 10 kop. srebr. Na goleni lewej w środku powierzchni przedniej barwikowa blizna skórna, nad kością przesuwalna. Wnętrze jamy nosowej pokryte miazgą rozpadową żółtawo-szarą. Podniebienie twarde i miękkie zniszczone prawie w całości. Tylna ściana gardła nierówna, guzkowata. Po wyjęciu krtani okazuje się, iż sprawa wrzodziejąca z tylnej ściany gardła rozszerzyła się również na tkankę pozagardłową aż do przełyku; na granicy części rozpadłych tkanka zabarwiona czarno, stwardniała. Język bez zmian widocznych. Otwory gruszkowate nie zajęte owrzodzeniami. Fałdy nalewkowonagłośniowe zgrubiałe, zwężają nieznacznie wejście do krtani. Błona śluzowa przełyku bez zmian, tylko na tylnej powierzchni chrząstek krtaniowych i trochę niżej widać niewielkie zgrubienia w postaci białych guzków. Na obydwóch więzadłach głosowych w tylnej części powierzchowne owrzodzenia; w okolicy lewej chrząstki nalewkowej głębokie, sięgające aż do chrząstki owrzodzenie, którego największy wymiar wynosi 2 mlm.; naokoło tego owrzodzenia szeroki pas barwikowy. Błona śluzowa tchawicy i głównych oskrzeli pokryta niewielką ilością białawego śluzu. Szczyt przepony po stronie prawej i lewej na wysokości górnego brzegu 4 żebra.

Płuco lewe prawie wolne, zaś prawe zrośnięte z klatką piersiową starymi zrostami na znacznej przestrzeni. Miąższ lewego płuca suchy, zawiera mało krwi, powietrzny. Na przekroju prawego płuca widać drobne, wielkości ziarnka prosa, białawe guzki. W ich sąsiedztwie, a także i w innych miejscach miąższu płuc znajdują się szarawo-czerwone, niewyraźnie odgraniczone ogniska zbite, bezpowietrzne; za uciskiem wydobywa się z nich białawy płyn ropiasty.

Osierdzie bez zmian; wymiar poprzeczny serca 9 ctm., podłużny — 8,5 ctm.; w jamach serca nieznaczna ilość przeważnie odbarwionych skrzepów krwi. Ujścia i zastawki, jak również błona wewnętrzna tętnicy głównej bez zmian widocznych.

Jama brzuszna nie zawiera żadnego płynu. Żołądek mały. Jelita cienkie puste, w grubych nieznaczna ilość gazów. Błona śluzowa jelita czczego blada. W jelicie biodrowem treść krwawa, stopniowo coraz ciemniejsza ku dołowi; błona śluzowa w najniższej pętli jelita biodrowego jest barwy ciemno-czerwonej, a na wierzchołkach fałdów prawie czarna i pokryta nalotem żółtawym; tam zaś, gdzie nalotu niema, widać powierzchnię owrzodziałą. Błona śluzowa okrężnicy miejscami przekrwiona.

Wątroba 23 + 18—13 + 6 ctm., torebka gładka, brzeg dość ostry, miąższ barwy żółtawo-czerwonej, wiotki; rysunek zrazików słabo zaznaczony. W pęcherzyku żółciowym gęsta ciągnąca się treść, barwy ciemno-zielonej. Śledziona 11 + 8 + 2,5 ctm., torebka nieco zmarszczona, miąższ dość wiotki, wszędzie blado-czerwony. Grudek nie można odróżnić; beleczki są widoczne. Nerki miernej wielkości, torebka daje się zdjąć z łatwością. Miąższ niedokrwiony, przyćmiony, nieco żółtawy.

Kości czaszki miernej grubości, symetryczne. Opona twarda blada, bez zmian widocznych; w zatoce strzałkowej nieco skrzepów krwi. Ziarna Pacchiona miernie rozwinięte. Opona miękka blada, z łatwością odłącza się od tkanki mózgowej, przeźroczysta; gdzieniegdzie widać na niej drobne, białawe, zbite zgrubienia. W komorach mózgowych, które są rozmiarów miernych znajduje się trochę płynu surowiczego. Sploty żylne nieco ziarniste. Móżdżek nieco wydłużony, zawiera mniej krwi, niż zwykle, zresztą bez zmian widocznych.

Tętnica główna i główne jej gałęzie, również tętnice podstawy mózgu bez zmian widocznych. Gruczoły chłonne nie powiększone. Błona śluzowa dróg moczowych i pęcherza bez zmian widocznych. Jądra wielkości miernej; w prawem na przekroju widać biegnące naprzemian biało i szare pasy; w pasach szarych z łatwością stwierdzić można przewody nasienne, białe zaś składają się z dość zbitej tkanki łącznej; w lewem jądrze naokoło są tylko pasy białawe mniejszej zbitości, niż w prawem.

Waga mózgu 1260, serca 190, płuca prawego 610, lewego 280, wątroby 1270, śledziony 110, nerki prawej 120, lewej 130 gramów.

Rozpoznanie anatomiczne: *Pharyngitis et rhinitis chr. ulcerosa cum defectu complet. palat. duri et mollis et partium mollium nasi. Perichondritis chron. laryngea. Diphteritis ilei. Inanitio.* (Sekcyę wykonał Dr Sobolew).

Jak z tego widać, narządy wewnętrzne ku pewnemu zdziwieniu naszemu wydawały się gołemu oku prawie prawidłowe. Wobec tego podjąłem badanie histologiczne, by się przekonać, czy i w narządach wewnętrznych były jakieś zmiany anatomiczne, wywołane przez zarazek kiłowy; czy też przeciwnie, zmiany kiłowe były tylko miejscowe, a przyczyną śmierci chorego było li tylko fatalne usadowienie się sprawy.

Jak wogóle w zatruciach, tak również i w ustroju chorego na kiłę powstają bezwątpienia zmiany, nie dające się dostrzedz gołem okiem. Wychodząc z tego założenia, zaczęto przypuszczać, iż pod wpływem zarazka kiłowego tworzy się w ustroju szczególny stan (*etat syphilitique*), z którego chory nigdy już nie może wybrnąć i który wytwarza podłoże dla różnorodnych zmian kilakowych. W ten sposób tłómaczyli sobie rzecz dawni autorowie; dopiero mikroskop rzucił nowe światło na tę sprawę. Okazało się bowiem, iż w narządach wewnętrznych, napozór przy badaniu gołem okiem zupełnie prawidłowych, istnieją znaczne zmiany mikroskopijne, nie tylko w okresie kilakowym choroby, lecz nawet w przypadkach świeżych okresu kłykcinowego.

Pod tym względem przypomnę prace Neumanna (1), Hjelmanna (2) i prof. T. P. Pawłowa (3). Badania dwóch pierwszych autorów dotyczą zmian na skórze. Okazało się, iż po zniknięciu rozmaitych wysypek w okresie kłykcinowym choroby, pomimo, że skóra na miejscach zajętych poprzednio wysypką, zdawała się być przy badaniu gołem okiem prawidłową, to przecież drobnowid wykrywał w niej znaczne zmiany, utrzymujące się nawet dość długo. Tak np. Hjelmann twierdzi, iż w miejscu wrzodu twardego widział nacieki komórkowe w obrębie brodawek, a także znacznie głębszych warstw skóry jeszcze po upływie 16 miesięcy; takież zmiany znajdował przy badaniu skóry w miesiąc po zniknięciu różyczki i w dwa miesiące po zniknięciu guzków. Jak widać więc, brak zmian makroskopowych jeszcze nie wyłącza obecności zmian drobnowidowych.

Prof. Pawłow wykonał dwojakiego rodzaju badania. W jednym szeregu badań wychodził autor z tego założenia, iż w przypadkach tzw. wrodzonej wątłości (*debilitas congenita*) niemowląt, zrodzonych z rodziców chorych na kiłę, przyczyny śmierci nie tłómaczy ta tak często używana ogólnikowa nazwa, lecz że rzeczywistą przyczyną śmierci jest cały szereg różnorodnych i nader rozległych zmian anatomicznych w ustroju dziecka. Autor badał szczegółowo za pomocą drobnowidu narządy wewnętrzne 5 niemowląt, pochodzących z rodziców chorych na kiłę i stwierdził przedewszystkiem rozległe zmiany naczyń krwionośnych, bądźto w postaci *endarteriitis*, bądź w postaci *meso- i periarteriitis*, a powtóre rozwój tkanki łącznej w narządach wewnętrznych, który jednak brał zawsze początek od naczyń krwionośnych. Ze swych badań wysnuwa autor wniosek, iż zarazek kiłowy, dostający się do ustroju płodu czyto już w chwili zapłodnienia jajka, czyto później, wywołuje potem ogólne zmiany w naczyniach krwionośnych. Ponieważ stopień tych zmian nie jest jednaki, więc i następstwa bywają różnorodne.

Dodatnie wyniki mikroskopowego badania zwłok niemowląt, które pochodziły z rodziców chorych na kiłę, a u których zmiany makroskopowe w narządach wewnętrznych były zazwyczaj nieznaczne, zachęciły prof. Pawłowa do zbadania 2 przypadków świeżej kiły nabytej u dorosłych. Badania mikroskopowe wykryły w tych przypadkach oprócz ostrych zmian w płucach i nerkach (śmierć nastąpiła wskutek włóknikowego zapalenia płuc) także sprawę przewlekłą w naczyniach krwionośnych, zwłaszcza w tętnicach.

mianowicie zmiany ogniskowe błon wewnętrznej i zewnętrznej. Zmiany te stwierdził autor tak w naczyniach większego kalibru, jak również średniego i małego. Równolegle badał autor w tymże kierunku troje zwłok, w których przyczyną śmierci była gruźlica; również i tu znalazł zmiany w naczyniach w postaci *endo- i periarteriitis* różnego stopnia. Nie wysnuwając w ogóle wniosków stanowczych, przypuszcza autor, iż jad kiłowy, dostawszy się do ustroju, może przez pewien czas wywoływać rozległe zmiany w układzie naczyniowym. Zmian wyżej przytoczonych nie można uważać za znamienne wyłącznie dla kiły tak co do ich cech, jak i rozpowszechnienia

Fridmann (4) brał kawałeczki skóry chorych na kiłę w różnych okresach choroby i na podstawie wyników swych badań histologicznych dochodzi do wniosku, iż w okresie kłykcinowym kiły można czasami stwierdzić zmiany błony wewnętrznej *(endarteriitis)* oraz nacieki naokoło naczyń krwionośnych, zaś w okresie kilakowym spotyka się oprócz tych zmian jeszcze zgrubienia błony zewnętrznej i nawet zarastanie drobnych, a czasami większych naczyń.

Co do najnowszych badań, dotyczących zmian naczyń krwionośnych w różnych okresach kiły, wskażę tu tylko na sprawozdania Düringa, Hansemanna, Renversa, Thomsona, Waltera, Hoffmanna i Julliena na 5. międzynarodowym zjeździe dermatologów w Berlinie (5).

Przechodzę do opisu badań mikroskopowych, które wykonałem na kawałeczkach z różnych narządów wewnętrznych w moim przypadku. Kawałeczki z każdego narządu utrwalałem w wyskoku, płynie Flemminga i Zenkera Skrawki barwiłem hematoksyliną Delafielda, eozyną, błękitem metylenowym wielobarwnym, *(polychromes Methylenblau)*, safraniną, zielenią jasną i sposobem Van Giesona.

Poprzeczny przekrój ściany lewej komory serca wraz z tętnicą wieńcową. Mierny zanik brunatny mięśnia sercowego. Ścianka tętnicy wieńcowej znacznie zgrubiała, światło zaś wskutek tego zwężone. Błona wewnętrzna zgrubiała nierównomiernie, ma utkanie włókniste, pośród którego widać rozrzucone komórki wrzecionowate; również błona zewnętrzna nierównomiernie zgrubiała w podobny sposób. W drobnych tętniczkach, w sąsiedztwie tętnicy wieńcowej leżących, śródbłonek napęczniały, błona zewnętrzna zgrubiała. W niektórych miejscach wśród samego mięśnia sercowego widać zarośnięte naczynia włoskowate o ściankach zgrubiałych.

Tętnice podstawy mózgu. Błona wewnętrzna i tutaj zgrubiała nierównomiernie wskutek takich samych zmian, jak w tętnicy wieńcowej serca; zgrubienie sterczy wyraźnie ku światłu naczynia. Błona zewnętrzna zgrubiała nierównomiernie podobnie, jak w tętnicy wieńcowej serca.

Wątroba. Zgrubienie torebki Glissona bez żadnych nacieków świeżych. Gdzieniegdzie mierne stłuszczenie komórek wątrobnych. Jądra komórek wątrobnych barwią się dobrze. W gałązkach tętnicy wątrobnej zmiany następujące: komórki śródbłonka napęczniałe; błona wewnętrzna i zewnętrzna zgrubiałe nierównomiernie, podobnie jak w tętnicy wieńcowej serca. W tkance naokoło żyły wrotnej widoczne miejscami ogniskowe nacieki komórkowe.

Nerki. Oprócz niewielkich ogniskowych nacieków drobnokomórkowych, rozrzuconych w podścielisku i nieznacznego stłuszczenia nabłonków w kanalikach moczowych i w pętlicach Henlego, stwierdza się w naczyniach zmiany te same, co i w naczyniach innych narządów.

Śledziona. Prócz nieznacznego zgrubienia beleczek zmian żadnych nie zauważyłem.

Płuca. Oskrzela i niektóre pęcherzyki płucne zawierają wysięk zapalny, który składa się głównie z wielojądrzastych leukocytów. W naczyniach zmiany te same, co i w naczyniach innych narządów, lecz w stopniu znacznie słabszym. Innych zmian nie stwierdziłem.

Jądra. Znaczne zwyrodnienie tłuszczowe komórek kanalików nasiennych. W wielu miejscach znaczny rozrost tkanki włóknistej w podścielisku, połączony ze zwężeniem lub niemal zupełnem zaciśnięciem kanalików nasiennych.

Skóra. Do badań użyłem blizny po niesztowicy i otaczającej ją, na oko niezmienionej skóry. I tutaj naczynia krwionośne były podobnie, jak w innych narządach, zgrubiałe nierównomiernie; zmiany zajmowały jednak wszystkie warstwy ściany naczyń, a najwybitniej zgrubiałą była błona zewnętrzna. Tu i ówdzie w tkance podskórnej stwierdziłem znaczną *endo-* i *periarteriitis*, często zupełne zarośnięcie naczyń.

Badanie histologiczne różnych narządów i tkanek stwierdziło przeto w moim przypadku tylko nieznaczne zmiany. Pomijając ostre zmiany zapalne w płucach i zwyrodnienie tłuszczowe nabłonków kanalików nasiennych, zastanowić się należy tylko nad takiemi zmianami przewlekłemi, które chociaż nieznaczne, jednak cechowały cały materyał, badany przezemnie. Zmiany te dotyczyły naczyń krwionośnych nietylko dużego kalibru, lecz średniego i małego, a nosiły wszędzie cechę jednakową: skłonność ku zgrubieniu ścian naczyń z jednoczesnem zwężeniem światła; zgrubieniu ulegały tak błona zewnętrzna, jak i wewnętrzna. Prócz tego stwierdziłem nieznaczne ogniskowe nacieki komórkowe w podścielisku niektórych narządów. Sprawa śródmiąższowa była wyraźna tylko w jądrach; ta okoliczność wyjaśnia do pewnego stopnia niepłodność, nastającą u chorych na kiłę w późniejszych okresach choroby, świadcząc zresztą, że znaczne nawet zmiany patologiczne w jądrach mogą przy zwykłych sposobach badania pozostać za życia nierozpoznane, jak to było i w moim przypadku, gdzie jądra zdawały się zupełnie prawidłowemi.

Co się tyczy zmian w skórze, to zdaniem mojem przemawiałyby one na korzyść poglądu, że późniejsze kilaki sadowią się zwykle w takich miejscach, lub w sąsiedztwie takich, w których pierwotnie powstały zmiany naczyń krwionośnych, wywołane przez działanie zarazka kiłowego.

Rozległość sprawy wrzodziejącej z jednej strony, z drugiej zaś stosunkowo nieznaczne zmiany mikroskopowe w narządach wewnętrznych wskazują, iż przyczyną śmierci była w moim przypadku wyłącznie siedziba sprawy wrzodziejącej. Siedziba tej sprawy była przyczyną, że chory nie mógł dostatecznie odżywiać się, stopniowo tracił siły, równowaga wymiany materyi w jego ustroju znikła, odporność zmniejszała się znacznie. Dodawszy jeszcze, iż z powierzchni wrzodziejącej następowało wessanie wytworów rozpadu, mamy cały szereg przyczyn, które doprowadziły chorego do śmierci. Zbytecznie rozwodzić się nad znaną rzeczą, że od siedziby wrzodziejącego kilaka i od szybkości, z jaką rozpad się szerzy, zależy rodzaj i stopień powikłań i następstw. Różnorodne następstwa kilaków wrzodziejących na podniebieniu i częściach sąsiednich bardzo poważnie upośledzają wiele czynności, jak to było i w moim przypadku. Wobec zmiany warunków tworzenia się współdźwięków mowa chorego bardzo ucierpiała. Dolegliwości przy połykaniu ostatecznie podkopały stan ogólny chorego. Nawet w przypadkach pomyślnego zejścia podobnych zmian pozostają mniej lub więcej rozległe zrosty, które w różnorodny sposób są powodem trwałych zboczeń czynnościowych.

Piśmiennictwo. 1) Neumann. Neuere Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide, deren Verlauf i t. d. — Viertelsjahresschr. für Dermatologie und Syphilis. 1885. str. 209. — 2) Hjelmann. Bidrag till kännedomen om de histopatologiska rafnads förandringarnos persistens vid syphilis. *ref.* Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1897, str. 693. — 3) Prof. T. P. Pawłow. a) Ma-

terjały k wyjasnienju pryczyny smierti noworożdiennych dietiej nasledstwiennych syfilitikow. Bolnicznaja Gazeta Botkina, 1895 r. — b) Materjały k patołogii syfilisa. Ibidem, 1897 r. — 4) Fridmann. Materjały k patołogii syfilisa, Ibidem, 1899 r. — 5) V Internationaler Dermatologen-Kongress, 1904 r. t. II, cz. 1.

Napoje wyskokowe jako środek leczniczy.

Z uwzględnieniem spostrzeżeń poczynionych w roku 1905 w klinice lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał

Dr. St. Szurek
asystent kliniki.

(Dokończenie.)

W r. 1902 niemieckie Towarzystwo przeciw nadużywaniu napojów wyskokowych rozesłało do wszystkich profesorów fizyologii, patologii, medycyny wewnętrznej, psychiatryi, farmakologii i higieny w Niemczech zapytanie, czy stoją na gruncie umiarkowania, czy też zupełnej wstrzemięźliwości. Ogromna większość zapytanych (prawie wszyscy z wyjątkiem kilku) wyraziła zdanie, że umiarkowane użycie napojów wyskokowych jest dla zdrowego dorosłego człowieka nieszkodliwe, zupełna wstrzemięźliwość nie jest ani konieczna, ani naukowo uzasadniona. Co niektórzy z zapytanych mimochodem o wartości leczniczej wyskoku mówią, warto przytoczyć, jako wyraz współczesnych zapatrywań naukowych. Leyden, dyrektor pierwszej kliniki lekarskiej w Berlinie, powiada: „Że napoje wyskokowe działają rozweselająco, ba nawet podniecają łaknienie i siłę trawienia, podobnie jak i sprawność ruchową żołądka pobudzają, to nie ulega zapewne wątpliwości. Mogą przeto w miernej il ści bez obawy uchodzić za używki, które podnoszą odżywienie. Dla medycyny są one jako środki żołądkowe, tj. podniecające apetyt, potęgujące siłę trawienia i czynność ruchową żołądka i ograniczające fermentacye, prawie niezbędne, również niezbędne, ażeby wzbudzić u neurasteników odwagę i chęć do życia. Są one dalej bezsprzecznie najistotniejszym środkiem przeciw wszelkim osłabieniom serca. Natomiast wyskok nie może być zaliczony do pokarmów, ani do istot wzmacniających, on jest środkiem oszczędzającym i podniecającym". Heubner, dyrektor berlińskiej kliniki pedyatrycznej, uważa nawet u dzieci „lecznicze stosowanie wyskoku (w ograniczonym zakresie), zwłaszcza w obec nagłego podupadania siły serca, za dozwolone i pożyteczne". Kraus, dyrektor drugiej berlińskiej kliniki lekarskiej uważa wyskok za środek leczniczy w ścisłem znaczeniu tylko w ograniczonej mierze. Strümpell, dyrektor kliniki lekarskiej we Wrocławiu, stosuje również wyskok jako lek, a tylko domaga się, ażeby w różnych stanach chorobowych rozmaitych trzymać się przepisów. Bäumler, dyrektor kliniki lekarskiej we Fryburgu, mówi o stosowaniu wyskoku w chorobach gorączkowych w ten sposób: „Codzienne doświadczenie zdawało się dowodzić, że wyskok przez pobudzenie czynności serca usuwa szybko stany, które zdawały się polegać na jego osłabieniu. Rozgrzanie całego ciała, a w szczególności kończyn, lepsza cera u tych, u których była przedtem blada albo sinawa, pomyślny skutek w omdleniach, zdawały się usprawiedliwiać owo przypuszczenie. Teraz jednak wiemy, że te skutki wyskoku w inny sposób powstają. Przez rozszerzenie naczyń krwionośnych ułatwia się dopływ krwi do obwodowych części. Jeżeli, jak to jest prawdopodobne, także naczynia wieńcowe serca takiemu rozszerzeniu ulegają, to oczywiście mięsień sercowy będzie również podczas trwania tego rozszerzenia naczyń więcej krwi otrzymywał i skutkiem tego jego czynność się wzmocni". „To rozszerzające naczynia działanie wyskoku wyzyskujemy korzystnie u chorych gorączkujących, jeżeli się ich ciało po chłodnej kąpieli tylko powoli rozgrzewa z powodu dłuższego, a ochłodzeniem wywołanego skurczu tętnic obwodowych, zwłaszcza na goleniach i stopach, kiedy ciepłota ich tułowia już powróciła do pierwotnej wysokości. To sprawia chorym, których zresztą kąpiel dobroczynnie odświeża, przykrość i przeszkadza im zasnąć. W takich przypadkach można tak zwany odczyn, tj. ponowne rozszerzenie tętnic obwodowych, które jest pożądane dla wyrównania stosunków krążenia i ciepłoty, przyspieszyć przez małą dawkę wyskoku, około 20—30 grm. 6—8% wina, albo 5 grm koniaku w ciepłej wodzie". Riegel, dyrektor kliniki lekarskiej w Giessen, uważa wyskok w leczeniu chorych za niezbędny i mówi tak: „Należałoby bardzo ubolewać, gdyby ten tak usprawiedliwiony ruch przeciw nadużywaniu napojów wyskokowych do tego doprowadził, żeby lekarze dla zasady zarzucili wyskok także i w leczeniu. Jego działanie tutaj jest całkiem inne, niż u zdrowych, jak to już z tego wynika, że ludzie, którzy przy zupełnem zdrowiu znoszą zaledwo szklankę wina, w ciężkiej chorobie, jak n. p. w ciężkim durze, w zapaleniach płuc i w niektórych innych chorobach zakaźnych nietylko znoszą bez szkody nawet wielkie ilości ciężkich win, flaszkę i więcej, ale, że potem następuje istotne ożywienie i odświeżenie, a w szczególności także wyraźne podniesienie siły serca. Nie ulega żadnej wątpliwości, że w leczeniu wielu ciężkich chorób wyskok w dawce i postaci, dostósowanej do poszczególnego przypadku, jest środkiem nieocenionej wartości. Zasadniczo wyskok w leczeniu odrzucać znaczyłoby tyle, co zrzekać się jednego z najważniejniejszych środków przeciw zagrażającemu zapadowi, tego środka, który często ratuje życie. Wszyscy doświadczeni lekarze zgadzają się co do tego, że wyskok w leczeniu jest niezbędnym środkiem pomocniczym". Epstein, dyrektor kliniki lekarskiej w Getyndze, zaleca również wyskok, jako środek podniecający, podając go odpowiednio do indywidualnych stosunków. Mosler z Gryfii oświadcza: „Jako lekarz widziałem po rozumnem podawaniu wyskoku tak zbawienne skutki, że wedle mojego mniemania praktyka lekarska bez tego środka leczniczego obejść się nie może". Vierordt z Heidelbergu nie wspomina wprawdzie o wyskoku jako leku, podnosi tylko szczegół znamienny: „Moje doświadczenie w okresie największej pracy umysłowej, n. p. w okresie przygotowywania się do egzaminu państwowego, przekonało mnie, że np. 2 szklanki piwa wieczór, wypite po pracy celem rozluźnienia ducha i nerwów, celem wywołania spokojnego snu i wypoczynku umysłu przed pracą na dzień najbliższy, były dla mnie i różnych moich przyjaciół miesiącami całymi wielce dobroczynne". Stintzing, dyrektor kliniki lekarskiej w Jenie, domaga się ścisłego indywidualizowania przy podawaniu wyskoku chorym. „Uważam za niesłuszne zakazywać wszystkim chorym napojów wyskokowych. Przeciwnie jest wyskok, pominąwszy jego cenny użytek, jako leku podniecającego w postaci najprzyjemniejszej w chorobach gorączkowych, gdzie nam lekarzom wyborne

oddaje usługi, równie cennym środkiem podniecającym u osób niedokrwistych, cierpiących na brak łaknienia i ozdrowieńców. Za rzecz oczywistą uważam natomiast, że się pobudliwym chorym nerwowym odradza napoje wyskokowe i że dla nałogowych pijaków, a w szczególności dipsomanów, najściślejsza wstrzemięźliwość jest jedynym środkiem ratunku".

Curschmann, dyrektor kliniki lekarskiej w Lipsku, sprzeciwia się stanowczo temu, by wyskok usunąć z lecznictwa. „Pochwalam, że się go bezwarunkowo nie podaje chorym dzieciom, przyznaję, że w przewlekłych stanach chorobowych, np. w gruźlicy płuc, było wiele nadużyć i przesady, nie chciałbym atoli leczyć bez napojów wyskokowych wielu ostrych chorób, a w szczególności łączących się z niemi zapadów. Sądzę, że pod tym względem jestem w zgodzie ze wszystkimi doświadczonymi lekarzami". Romberg z Marburga mówi tak o wyskoku, jako o leku: „Gdy wielu neurastenikom, histerykom i epileptykom już najmniejsze dawki wyskoku wyraźnie szkodzą, tak, że trzeba im wogóle zabronić używania wyskoku, gdy dowóz wyskoku u chorych, dotkniętych zwapnieniem tętnic mózgowych, należy ograniczyć albo zakazać, to natomiast podawanie napojów wyskokowych celem pobudzenia krążenia u wielu chorych na serce, w niektórych ostrych chorobach zakaźnych, jest wedle mojego doświadczenia niezbędne. W każdym jednak razie trzeba podkreślić, że napoje wyskokowe zawdzięczają swoje tak wybitnie użyteczne własności w leczeniu licznych chorób z pewnością nie wyskokowi, lecz przedewszystkiem innym swoim składnikom, być może estrom i t. p. W ten sposób co do wpływu napojów wyskokowych wchodzi w rachubę nietylko swoiste działanie wyskoku na układ nerwowy i inne narządy, ale także ich wartość odżywcza i inne składniki napojów". Müller, dyrektor kliniki lekarskiej w Monachium, powiada: „Co się tyczy użycia wyskoku u chorych, to przyznaję słuszność Noordenowi, który go w leczeniu cukrzycy uważa za użyteczny i niemal niezbędny. Także u chorych starców i u chorych z ciężką anhedonią jest wino, jako środek usuwający troski, wybornym lekiem. Natomiast w ostrych chorobach gorączkowych, np. zapaleniu płuc, grypie, a nawet w durze, zarzuciłem wyskok prawie zupełnie. Tylko w długotrwałych stanach gorączkowych, a więc także i w późniejszych okresach duru, stosujemy wyskok jako jeden z najlepszych środków na łaknienie, albo jako środek skrzepiający, podobnie do eteru". Martius, dyrektor kliniki lekarskiej w Rostocku, uważa również wyskok za środek leczniczy w niektórych chorobach (zapalenie płuc starszych osób) tj. „za sztuczny środek, wspomagający przyrodę w walce z chorobą". Jürgensen z Tybingi nie wspomina nic o wyskoku jako leku, nazywa tylko w ogólności wyskok „dobrym darem Boga". Fürstner, dyrektor kliniki psychiatrycznej w Strassburgu, sądzi, że „w pewnych stanach chorobowych wyskok może przynieść korzyść, a przedewszystkiem usunąć zapad". Rosenthal uważa wyskok w pewnych warunkach za bardzo ważny środek leczniczy, a stany, w których on jest użyteczny, trafiają się także czasem u zdrowych zresztą osób „W tych przypadkach byłoby bezmyślnem tylko dla zasady wstrzemięźliwości zrzekać się jego zbawiennego wpływu". Według niego „napoje wyskokowe, które obok wyskoku zawierają jeszcze znaczną ilość rzeczywistych istot odżywczych, są istotnie pokarmami. Ich wartość higieniczna zależy przeto głównie od stosunku ilości substancyi odżywczych do ilości wyskoku, a te z nich, które zawierają mało wyskoku, jak pewne piwa (gdański Joopenbier, brunszwicka Mumme, wszystkie tak zw. Ammenbiere) mogą w pewnych warunkach stać się najcenniejszymi środkami odżywczymi, bez których wcale obejść się nie można u ozdrowieńców i w podobnych przypadkach". Również profesor Fränkel sądzi, że wyskok „w niektórych przypadkach jest użytecznym środkiem leczniczym, któregoby lekarz tylko niechętnie się wyrzekł. Z pewnością nie brakowało tutaj szkodliwej przesady. Jeszcze w drugiej połowie ubiegłego stulecia np. miał wyskok w skarbcu leczniczym wielu lekarzy wprost fatalne znaczenie i jeszcze teraz bywa stosowany w leczeniu chorób zakaźnych mojem zdaniem przesadnie i bez tej ostrożności, która jest konieczna przy środku tak niebezpiecznym i obosiecznym. Lecznicze działanie wyskoku polega z jednej strony na jego podniecających własnościach, zwłaszcza w nagłych osłabieniach, przy grożących porażeniach mózgu albo serca; w tych zatem stanach, które lekarz nazywa zapadem, okazuje się wyskok pod postacią wina albo wódki w pewnych okolicznościach lekiem ocalającym życie. Naodwrót w innych przypadkach jest użyteczny właśnie porażający wpływ wyskoku. Lek ten uspokaja psychicznie podnieconych, łagodzi ból zranionych, przynosi upragniony sen cierpiącym na bezsenność. Oczywiście trzeba się strzedz, ażeby tych własności wyskoku nie nadużywać".

Że nawet w szeregach lekarzy abstynentów nie brak takich, którzy krzewiąc bezwzględną zresztą wstrzemięźliwość, dla wyskoku jako leku czynią wyjątek, dowodem np Bonne, jeden z przywódców niemieckiego ruchu wstrzemięźliwości, który o wyskoku jako leku w zapaleniu płuc i posocznicy tak się wyraża: „Badałem w ostatnich latach bez uprzedzenia tę sprawę i doszedłem do wniosku, że dobre wino, starannie do indywidualności dostosowane, jak lekkie wino moselskie, wino czerwone, portwein, sekt, użyte w miarę, u osłabionych, do wyskoku nieprzyzwyczajonych chorych może złagodzić duszność i czasami, być może z powodu wydatniejszych wdechów, poprawić tętno; toż samo u osłabionych, do wyskoku przyzwyczajonych chorych pod pewnymi warunkami dawka koniaku". „Że wyskok, szczególnie po poprzedniej wstrzemięźliwości, w gorączce posoczniczej działa podmiotowo dobroczynnie na chorego, stwierdziłem przed laty na sobie samym w bardzo ciężkiej posocznicy, która doprowadziła ostatecznie do zakrzepu żyły udowej i zatoru płucnego z następowem zapaleniem opłucnej. Pomimo ciężkiego mego wówczas stanu — byłem już bez nadziei i zawdzięczam życie tylko ofiarnej opiece zacnych kolegów — jeszcze przecież wyraźnie sobie przypominam szczególne działanie podawanej mi bardzo obficie madery i starego portweinu. Cierpiałem na niewypowiedzianą duszność, a to uczucie trwogi, niemożności zaczerpnięcia tchu, usuwało wino w tak zdumiewający sposób, że zawsze chciwie chwytałem za podawaną szklankę".

Aby się przekonać, jak wielką rubrykę stanowi wyskok i jego przetwory w wydatkach szpitali i zakładów dobroczynnych w państwach, stojących na wyżynie nowoczesnej kultury, wystarcza rzucić okiem na podane poniżej liczby i porównać je ze stosunkami naszych klinik i szpitali, gdzie butelka piwa lub kefiru, albo kieliszek wina, podanego choremu, uważana jest już za wielki zbytek. W ber-

lińskiej Charité wedle urzędowych sprawozdań wydaje się rok rocznie 20.000 marek na piwo, a 25.000 na inne napoje wyskokowe, razem 45.000 marek na wyskok. W paryskich szpitalach wydatki na napoje wyskokowe wynosiły w roku 1896 223.657 fr., a w r. 1900 445.742. W schroniskach dla ubogich Anglii i Walii wydano w r. 1898—32 911 f. szt. czyli 660.000 mk. na napoje wyskokowe; przed 22 laty wydano 82.555 f. szt., a więc o milion marek więcej. Tożsamo i we wszystkich zakładach dla obłąkanych wydaje się na napoje wyskokowe stosunkowo wiele. W berlińskim zakładzie dla obłąkanych Dalldorf wypito w roku 1896/7 319.518 flaszek piwa bawarskiego, 27.187 flaszek piwa białego, 11.067 litrów piwa białego i ciemnego, a obliczając flaszkę albo litr piwa tylko na 10 fenigów, to wydano tam okrągło 35.800 marek na samo piwo. W saskim zakładzie dla obłąkanych Alt-Scherbitz wynosiły wydatki na napoje wyskowe w latach 1895/8 przeszło 16.000 marek. W zakładzie dla obłąkanych Friedrichsberg koło Hamburga wypito w. r. 1898 2·822 hektolitrów piwa za 56 500 marek; w r. 1899 wypito 2938,5 hektolitrów piwa, czyli za 58.770 marek. Lotaryński zakład dla obłąkanych Stefansfelde-Hördt wydał w r. 1898/9 na jednego chorego 23·52 marki za napoje wyskokowe. W Bois de Cery wypito w r. 1899 32.530 l. wina za 15.216 f fr. Bonne przytacza budżet jednego z niemieckich szpitali garnizonowych; przy małej stosunkowo liczbie chorych wypito w r. 1897 20 litrów koniaku, 150 litrów portweinu, 135 litrów wina czerwonego, 2010 butelek piwa; w r. 1898 15 litrów koniaku, 225 litrów portweinu, 90 litrów wina czerwonego, 1815 butelek piwa; w r. 1899 9 litrów koniaku, 165 litrów portweinu, 45 litrów wina czerwonego, a 1385 butelek piwa. Liczby te dowodzą, że napoje wyskokowe są obecnie obficie stosowane jako środek leczniczy w wielu publicznych i prywatnych zakładach leczniczych.

Podanych powyżej zasad stosowania wyskoku jako leku trzymała się nasza klinika w czasach ostatnich za kierownictwa znamienitego naszego Nauczyciela ś. p. Ed. Korczyńskiego.

Jak wiedzy przyrodniczej wogóle, tak i medycyny zadaniem jest jednakowoż nietylko wykrywanie nowych faktów, ale także sprawdzanie spostrzeżeń dawniejszych i uzupełnianie lub prostowanie wniosków, które z nich wysnuto i za pewne przyjęto. Tę pracę sprawdzania na żywym ustroju chorego człowieka spełnia właśnie klinika i ona to ma obowiązek zająć się w stosownej chwili napozór już rozstrzygniętemi dawniej zagadnieniami i porównać spostrzeżenia kliniczne z nowemi, inną drogą zyskanemi zdobyczami wiedzy. Badanie kliniczne nie może być oczywiście nigdy bezwzględnie ścisłe i wolne od podmiotowego podbarwienia, niemniej atoli nie jest ono bez wartości, a to właśnie dlatego, że jest wykonane na ustroju ludzkim.

Dla lepszego oświetlenia znaczenia wyskoku w wielu chorobach niech więc posłużą nasze własne spostrzeżenia na chorych kliniki lekarskiej Uniw. Jag. z roku 1905. Rok ten wybieramy z tego powodu, że składa on się z dwóch zupełnie sobie przeciwnych okresów postępowania leczniczego, które ze sobą porównać można. W pierwszej połowie 1905 r. t. j. od stycznia do 15 lipca stosowano dawnym trybem napoje wyskokowe we wszystkich przypadkach, w których wyskok mógł być wskazany, w drugiej zaś połowie roku, t. j. od października do końca grudnia 1905 r., żadnemu choremu klinicznemu wyskoku w żadnej postaci nie podawano, a natomiast używano innych środków podniecających i skrzepiających, kawy, kofeiny, kamfory, eteru i t. p.

Największa liczba przypadków, w których używano wyskoku, przypadała na miesiąc marzec, kwiecień, maj i czerwiec. Z napojów wyskokowych podawano chorym zwykłe wino węgierskie, jako napój stołowy, a w ciężkich przypadkach jako lek wino tokajskie i koniak, jako środek odżywczy kefir i piwo. Wino węgierskie 4 letnie w cenie 2 kor. za butelkę, zawierającą 700 gr. i wino tokajskie z lat 1883, 1884 i 1901 w cenie 10, 6 i 5 kor. za butelkę 750 gr., pochodziły z okolicy Mad na Węgrzech, a dostarczała ich firma Gralewski i Sp. w Krakowie; koniaku również węgierskiego w cenie 5 koron za flaszkę litrową dostarczała również ta sama firma; piwo zwykłe marcowe pochodziło z browaru Okocimskiego, kefir zaś w cenie 44 hal. za pół litra pochodził z krakowskiego zakładu kefirowego Lipińskiej. Wyskoku zawierało zwykłe wino węgierskie 13%, wino tokajskie przeszło 14%, a koniak powyżej 50%; kefir 1—2-dniowy zawierał wyskoku 2%, a wartość odżywcza jednego litra równała się 32 grm. białka + 20 grm. tłuszczu + 16 grm. cukru mlecznego; piwo zaś zawierało wyskoku 3%, a jeden litr tego piwa zawierał tyle istot białkowatych, co 130 grm. mleka albo 60 grm. chleba lub 25 grm. mięsa, węglowodanów zaś tyle, co 100 grm chleba. Ciężkich piw, jak piw monachijskich, porterów krajowych, czy zagranicznych, boków lub piw leczniczych, dalej t. zw. win leczniczych, jak Malaga, Malvasier, Marshalla, Sherry, Madeira, wino cypryjskie i t. d., stosowanych w zakładach zagranicznych, z powodu szczupłości wyznaczonych dla kliniki funduszów nie można było ani stale podawać, ani nawet próbować ich działania u chorych. Z tych samych powodów podano raz tylko u jednego ciężko chorego wino szampańskie. Jako normę w podawaniu przyjęto 300 cm.³ wina węgierskiego czyli 39 cm.³ wyskoku, 200 cm.³ wina tokajskiego czyli 29 cm.³ wyskoku, lub 100—150 cm.³ koniaku, czyli 50—75 cm.³ wyskoku na dzień dla jednego chorego; co do kefiru normą była jedna, wyjątkowo 2 butelki dziennie, co do piwa również jedna butelka. O jakiemś stopniowaniu dawek kefiru, jak przy metodycznem użyciu kumysu również z wymienionych już powodów niestety wcale mowy być nie mogło.

Za zasadę przyjęto, że każdy chory kliniczny o odżywieniu podupadłem, o ile niema przeciwwskazań, powinien dostawać jako środek odżywczy kefir lub piwo; w leczeniu bezsenności należało podawać przedewszystkiem piwo, a potem dopiero w razie nieskuteczności lub szkodliwości sięgać po środki apteczne; w każdym ciężkim przypadku chorobowym należało stosować wino tokajskie lub koniak.

Liczba przypadków chorobowych, w których podawano napoje wyskokowe, była bardzo znaczna, a dni choroby przypadało średnio na jednego chorego około 30. Chorych, u których stosowano kefir lub piwo, było ogółem 338, z tego w pawilonie głównym 258, w pawilonie izolacyjnym 80. Wino piło wogóle 165 chorych, z tego 139 w pawilonie głównym, a 36 w pawilonie izolacyjnym. Przypadków ciężkich, leczonych winem tokajskiem lub koniakiem, było 71, z tego 56 w pawilonie głównym, a 15 w pawilonie izolacyjnym. Co się tyczy jakości tych przypadków ciężkich,

to było między nimi 16 przypadków zapalenia płuc włóknikowego (5 z nich zmarło), posocznicy i ropnicy 7 (3 zmarło), duru brzusznego 4 (zmarł 1), wad serca 13 (4 zmarło), niedomogi mięśnia sercowego 5 (zmarła 1), wysiękowego zapalenia osierdzia 1, gruźlicy płuc 1, zgorzeli płuc 1, ropniaka opłucnej 1, zapalenia otrzewnej 1, niedokrwistości ciężkich pokrwotocznych 2, niedokrwistości złośliwej 1, 1 przypadek cukrzycy i 1 ukąszenie żmii w pawilonie głównym; w pawilonie zaś izolacyjnym były przypadki: duru plamistego 2 (zmarł 1), błonicy 1, grypy 2, niedomogi mięśnia sercowego 1 (zmarła), przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego z septycznem zapaleniem pęcherza 1, ropniaka opłucnej z odmą na tle gruźliczem 1, zgorzeli torbiela jamy brzusznej 1 (zmarł) i 6 przypadków gruźlicy rozpadowej płuc w ostatnim okresie (zmarły wszystkie). Wino stołowe podawano w przypadkach nacieków szczytowych, zapaleń opłucnej, w zapaleniach osierdzia, w przewlekłych zapaleniach mięśnia sercowego, w niektórych chorobach przewodu pokarmowego, w ropniach wątroby, kile zastarzałej, cukrzycy, w niedokrwistościach, błednicach, u ozdrowieńców, zwłaszcza po chorobach zakaźnych, w niektórych nerwicach ogólnych i t. d.

Szczegółów tych licznych spostrzeżeń przytaczać w całości nie będziemy, a ograniczymy się tylko do nakreślenia kilku historyi chorób, aby wskazać na korzystne działanie wyskoku, zwłaszcza w chorobach gorączkowych.

1) Nr. dz. 54. P. I. Sz., student, przyjęty do kliniki lekarskiej dnia 12/IV 1905 z powodu duszności, potów nocnych, gorączki, bólów głowy i kaszlu. Badanie przedmiotowe stwierdza: blizny pooperacyjne na szyi; ciepłota podniesiona, waha się między 37° C a 38·6° C z największemi wzniesieniami pod wieczór; w narządzie oddechowym przytłumienie po stronie prawej do połowy łopatki, po lewej aż 3 palce niżej grzebienia łopatki, szmery szorstkie i liczne rzężenia dźwięczne, głównie w szczytach; w pasze lewej przytłumienie bez osłabienia drżenia i szmerów oddechowych z rozległem tarciem opłucnem; w narządzie krążenia początki miażdżycy; wątroba niemacalna, stłumienie opukowe wyraźnie powiększone; śledziona macalna i powiększona znacznie. Podmiotowo chory skarży się na niemoc ogólną, poty, duszność, kaszel, brak łaknienia, rozdrażnienie, bezsenność i kłucie w boku lewym. Rozpoznanie brzmiało: *Infiltr. apicum in indiv. cum atherosi incipiente, pleuritis sicca sin. recens, tumor lienis.* Zalecono forsowne żywienie, a z leków duotal po 0·5 (3 pr. dz.), *codein. phosph.* po 0·02 (3 pr. dziennie) i agarycynę w pigułkach (a 0·005) 1—2 pig. na noc. Pierwsze dwa tygodnie pobytu chorego w klinice pozostają bez wpływu na stan podmiotowy i przedmiotowy chorego. Chory, w wysokim stopniu przygnębiony, patrzy na swą przyszłość czarno i pragnie jako wyzwolenia jak najszybszej śmierci, gorączkuje do 39°, poci się dość obficie mimo agarycyny, a potem weronalu; łaknienie bardzo upośledzone, sen krótki, przerywany. Na usilne żądanie chorego, by mu podać wyskok, do którego był przyzwyczajony i którego dawniej nawet dosyć nadużywał, przepisano mu wyskok pod postacią koniaku (75 cm³. na dzień) i wina stołowego (350 cm³., czyli pół butelki na dzień). Odtąd (27/IV) nastaje wyraźny zwrot ku lepszemu. Nastrój chorego staje się weselszy, mniej przygnębiony, wyraźna euforya, nadzieja pomyślnego zejścia choroby większa; łaknienie się podnosi, chory domaga się jadła, które spożywałby chętnie, gdyby nie jego jakość, a równolegle z tem podnosi się ciężar ciała, który początkowo spada z 61 kg. na 58·200, a potem nietylko dorównywa pierwotnej wysokości, ale nawet przyrasta o 1 kg., czyli wynosi przy opuszczeniu zakładu 62 kg. Stan ogólny się poprawia, chory zaczyna lepiej wyglądać, kształty ciała zaokrąglają się i wypełniają, chory, spokojniej patrząc w przyszłość, śpi snem naturalnym, jak za czasów zdrowia. Z poprawą stanu ciepłota spada poniżej 37°, a tylko czasowo wznosi się ponad 37°; jedynie kaszel, zwłaszcza rano, z odkrztuszaniem niezbyt obfitem utrzymuje się aż do opuszczenia zakładu, a poty, jakkolwiek mniej obfite, trapią chorego czas dłuższy i wreszcie po podaniu kilku dawek gwakamfolu po 0·5 znikają. Dnia 13/VI 1905 w stanie znakomitej poprawy chory opuszcza zakład, a po powrocie z Zakopanego, gdzie stan jego jeszcze bardziej się poprawia, oświadcza, że jedynie wyskokowi zawdzięcza tak szybki powrót do zdrowia.

2) Nr. dz. 51. P. I. Dr. T., lat 40, w przejeździe na południe ciężko zaniemógł w Krakowie wśród objawów duszności, sinicy, lekkich obrzęków, ogromnego osłabienia, bezsenności, upadku łaknienia, którym towarzyszą kaszel z odkrztuszaniem obfitem, dreszczyki, czasem biegunka. Chory przedstawia typowy obraz nałogowego opilcy: nieżyt gardła, drżenie języka i rąk, miażdżyca dość wybitna, znaczny obrzęk wątroby i śledziony z niewielką puchliną brzuszną, w płucach nacieki szczytowe, sięgające do połowy łopatek, z rzężeniami bardzo skąpemi, wyraźne objawy niedomogi serca z tętnem słabo napiętem, drobnem, szybkiem (120 na min.). Ciepłota cały czas prawie nie podwyższona. Podmiotowo skarży się chory na ogromne osłabienie, brak sił, bezsenność, duszność, uczucie ucisku na klatce piersiowej, kaszel, ogólne rozdrażnienie i brak łaknienia. Rozpoznanie brzmiało: *Infiltratio apicum. Potatorium. Adynamia cordis toxica. Tumor hepatis ac lienis* (*Cirrhosis incipiens*). *Delirium tremens intercurrens.* Leczenie, przez 10 dni pierwszych bezwyskokowe, polega na podawaniu środków sercowych, przedewszystkiem naparstnicy jużto w płynie, jużto w proszku i środków uspokajających układ nerwowy. Leczenie to pozostaje bez wpływu na stan ogólny i psychiczny chorego i nie usuwa dolegliwości podmiotowych. Dnia 15/IV pod wieczór wybuch obłędu opilczego (zamroczenie świadomości, niepokój, podniecenie, zwidywania); tętno jeszcze szybsze, dochodzi do 160 na minutę, gorzej napięte. Podano wyskok, a w szczególności koniak (kilka kieliszków dziennie), wino tokajskie (1/3 butelki dziennie), a jako napój stołowy wino węgierskie. Na trzeci dzień objawy obłędu ustępują. I w stanie podmiotowym chorego następuje wyraźna poprawa, chory jest swobodniejszy, mniej przygnębiony, wolny od trapiących go dawniej myśli, śpi lepiej, miewa łaknienie, a co najważniejsze uczucie ugniecenia na klatce piersiowej i duszność jakby za dotknięciem różdżki czarodziejskiej znikają; przedmiotowo tętno staje się wolniejsze, lepiej napięte, ilość moczu rośnie. Ten przewrót jest tak dalece łudzący, że najbliższe otoczenie chorego, przygotowane już na wszystko najgorszego, zaczyna wierzyć w powrót jego do zdrowia, lub przynajmniej znaczną poprawę. Stan ten, stosunkowo znośny, trwa z nieznacznemi wahaniami przy ciągłem jednak podawaniu znacznych ilości mocnego wina i koniaku aż do 3/V. Dnia 3/V pod wieczór nagłe pogorszenie, dnia następnego rozpoczyna się konanie, które trwa aż do 6/V, a którego długość i okropność łagodzi tylko wino. Dnia 6/V śmierć.

3) Nr. Dz. 276. W. St., lat 19. Przyjęta do kliniki dnia 15/VI 1905. Dnia 2/VI. poród. Łożysko sztucznie wyjęte. Dn. 5/VI dreszcz, gorączka. 12/VI lekarz wydobył dodatkowe łożysko z macicy. Mimo tego gorączka utrzymuje się, dreszcze powtarzają się codziennie. 15/VI przyjęto chorą do kliniki. Badanie, wówczas dokonane, stwierdza: kobieta dobrze zbudowana, dość dobrze odżywiona. Na twarzy wyraz ciężkiego schorzenia. Usiąść, ani obrócić się w łóżku o własnych siłach nie może. Skóra woskowo-blada. Błony śluzowe, dostępne badaniu, również blade. Narząd oddechowy bez zmian. Liczba oddechów 40. Narząd krążenia: uderzenie końca serca w 5 międzyżebrzu na zewnątrz od linii sutkowej, rozlane, podnoszące. Nad końcem serca szmer skurczowy głośny, długi. Drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony. T. 120, miękkie, regularne. Inne narządy zmian nie okazują. Ciepłota 40° C. 20/VI. Stan znacznie gorszy. Codziennie dreszcze, po których rozpływne poty. Biegunka. Ciepłota 38—40° C. T. 130—140, miękkie, regularne. Z powodu kilkakrotnie powtarzającego się zapadu wstrzykuje się dwa razy dnia *Ol. camphor.* po 3 cm³. Nadto podaje się kofeinę, digalen. 24/VI. Stan ciężki. Ciepłota 40° C. T. 130, nieregularne, miękkie. Chora skarży się na lęk i duszność. Leczenie to samo. 26/VI. Bladość twarzy i zaostrzenie rysów, tętno 120, nikłe, przyspieszone, nieregularne. Oddechy płytkie, duszność. L. oddech. 40. Stan beznadziejny. Podano starsze wino węgierskie (butelka 10 kor.). 27/VI. Wypiła przez dobę butelkę wina. Podmiotowo czuje się lepiej, nie doznaje uczucia lęku, ani duszności. Tętno pełniejsze, niemiarowość utrzymuje się. L. tętna 120. Temp. 39°. 29/VI. Wypija codzienie butelkę starszego mocnego węgrzyna. Twierdzi, że od czasu, gdy używa wina, czuje znaczne polepszenie. Podmiotowo stwierdzić można: akcya serca silniejsza, tętno pełniejsze, mniej niemiarowe, l. t. 115. L. oddech. 30. 3/VI. Od wczoraj nie doznaje dreszczów. Wygląda znacznie lepiej. Tętno regularne, dobrze napięte. L. t. 110. L. oddechów 26. 7/VII. Od dwóch dni nie gorączkuje. Siły większe. L. t. 104, regularne. Po każdym ruchu l. t. podnosi się na 120. Przestano podawać wino stare, a ograniczono się do podawania słabego wina węgierskiego. 24/VII opuszcza klinikę w stanie ozdrowienia. Ze wszystkich sposobów leczenia czuła się chora podczas podawania starego wina najlepiej i od tego czasu rozpoczął się zwrot choroby, uważanej za beznadziejną, ku lepszemu.

Całość naszych spostrzeżeń da się ująć w kilku następujących punktach:

1. Wyskok, jako wino ciężkie lub koniak, jest naszem zdaniem lekiem znacznej wartości, bez którego medycyna wewnętrzna, zmuszona tak często działać czysto objawowo, stanowczo nie może się obejść, ani którego nie może niczem innem zastąpić. Lekarz, rugujący wyskok z lecznictwa, pozbywałby się jednego z potężnych środków walki z chorobą i uszczuplałby o jeden dzielny lek ten arsenał, który i tak jest niezbyt wielki, a którego zasoby lekarz powinien zwiększać, a nie zmniejszać. Trujące przy przewlekłem nadużyciu działanie wyskoku nie może i nie powinno wytrącać go z rąk naszych, ani zachwiewać nas w podaniu go tam, gdzie on jest istotnie potrzebnym; ono czyni tylko konieczną ostrożność w dawkowaniu i nakazuje ściśle indywidualizować. Lekarz zmuszony jest nieraz stosować środki, które w dawkach większych lub długo podawane są gwałtownemi truciznami lub przynoszą nieobliczalne szkody; a przecież lekarz doraźnie je podaje i podawać musi, bo korzyść niezwłoczna i ocalenie chorego są w danej chwili ważniejsze, niż możliwa strata w przyszłości.

Wino ciężkie lub koniak jest według naszego doświadczenia lekiem, prawie swoiście, jeśli wolno się tak wyrazić, działającym w gorączkach posocznicych i ukąszeniach żmii; tu niepodobna nieraz uwolnić się od wrażenia, że lekiem tym poprostu ratuje się życie, tak wybornie działa on objawowo. Wyskok jest dalej lekiem czysto objawowym we wszystkich ciężkich, długotrwałych schorzeniach, połączonych z podupadłem działaniem serca i w nagłych osłabieniach serca, lekiem skrzepiającym mięsień sercowy i wydobywającym z niego resztki zapasowych sił. Wyskok jest też lekiem, podmiotowo na chorego wpływającym, usuwającym niektóre dolegliwości i dającym choremu złudzenie siły w zapasach z chorobą; jest środkiem cennym nieraz dla swej własności hamowania wyższych skojarzeń, działającym na usposobienie chorego raz jako środek podniecający, innym razem jako uspokajający; jest w końcu środkiem łagodzącym walkę przedśmiertną ginącego ustroju.

2. Jako wino stołowe jest wyskok środkiem dyetetycznym, poprawiającym w pewnych razach łaknienie, podniecającym czynność żołądka i ułatwiającym wyzyskanie pokarmów, środkiem odświeżającym chorego i dodającym mu otuchy.

3. Jako piwo jest wyskok używką o korzystnem w pewnych razach działaniu i środkiem odżywczym nie bez wartości u jednych chorych, u innych wprost nieocenionym, w końcu środkiem nasennym, niestety zbyt rzadko polecanym.

4. Jako kefir jest wyskok wybornym niekiedy pokarmem, upragnionym i ulubionym przez chorego, dającym czasami wyniki niespodziewane, przybytki na ciężarze, przekraczające oczekiwanie.

Takim jest w ogólnych zarysach pogląd nasz na wartość wyskoku jako leku, oparty na własnem doświadczeniu.

Słowem wyskok, a właściwie napoje wyskokowe, gdyby nawet wszyscy ludzie zdrowi stali się wstrzemięźliwi, w arsenale leczniczym pozostanie tem, czem był; z małemi ograniczeniami będzie wyskok w rękach lekarza ostrożnego zawsze w walce z chorobą potężną bronią, której działanie zgubne znać i omijać, ale użyteczny wpływ umiejętnie wyzyskać jest rzeczą lekarskiej intuicyi, wiedzy i doświadczenia.

Wyskok może być także użytym zewnętrznie, sam lub z domieszką różnych środków leczniczych. Ten sposób stosowania jego w postaci okładów badano również na obfitym materyale w roku zeszłym w naszej klinice i z tych badań zdana będzie później sprawa.

Kończąc zaznaczam, że zamiarem naszym w tej pracy było nietylko przedmiotowo na podstawie naszego materyału klinicznego i cudzych zapatrywań rozstrząsnąć pytanie, dotyczące wyskoku jako leku, ale także powstrzymać tych, którzy porwani prądem chwili, gotowi byli usunąć wyskok z rzędu leków i odmówić mu wszelkiego działania leczniczego.

Panu Prof. W. Jaworskiemu, kierownikowi kliniki lekarskiej, składam serdeczne podziękowanie za pozwolenie korzystania z materyałów klinicznych, a koll. Latkowskiemu i Mięsowiczowi za udzielenie mi dokładnych spostrzeżeń i cenne uwagi.

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Chlorek barowy jako środek sercowy.

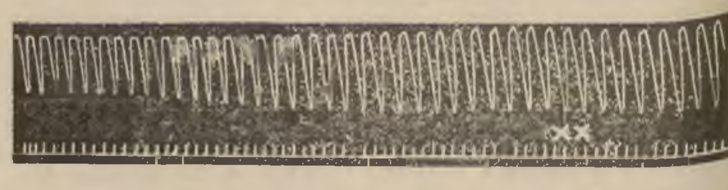
(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

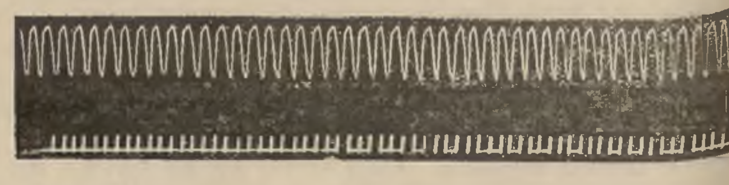
Docent Witold Orłowski.

(Ciąg dalszy).

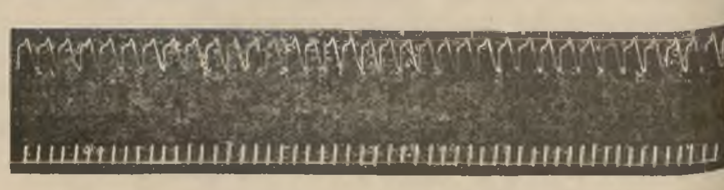
Różnicę działania na mięsień sercowy chlorku barowego i digitaliny u żab wyśmienicie objaśniają krzywe, z których przytaczam po jednej dla każdego z tych środków.



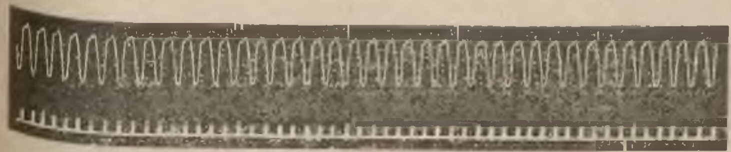
I. a) Krzywa komory sercowej żaby; czytać należy ze strony prawej ku lewej. ✕✕ oznacza czas wstrzyknięcia chlorku barowego w dawce 0,05 grm (0,5 cm³. 10% roztworu) do grzbietowego worka chłonnego.



I. b) Krzywa pracy komory sercowej tejże żaby w trzeciej minucie po wstrzyknięciu 0,05 grm. chlorku barowego; czytać od strony prawej ku stronie lewej.



I. c) Krzywa pracy komory sercowej tejże żaby w siódmej minucie po wstrzyknięciu do grzbietowego worka chłonnego 0,05 grm. chlorku barowego; czytać od strony prawej ku lewej.



Il. a) Krzywa pracy komory sercowej żaby do wstrzyknięcia digitaliny; czytać od strony prawej ku lewej.



Il. b) Krzywa pracy komory sercowej tejże żaby w ósmej minucie po wstrzyknięciu 0,0005 grm. (0.5 ccm. 0.1% roztczynu) digitaliny; czytać od strony prawej ku lewej.

Te i inne podobne doświadczenia, których tu opisywać nie będę dla braku miejsca i zupełnego ich podobieństwa do przytoczonych, pouczają przedewszystkiem, iż siła działania chlorku barowego jest niestała. Istotnie bowiem w jednych przypadkach już nader mała dawka, granicząca z obojętną, szybko działa bardzo wybitnie na serce, porażając jego mięsień, w innych znów razach serce opiera się przez czas dłuższy o wiele większej dawce. Tak n. p. dawka 0.005 grm. w wielu doświadczeniach wcale nie działała, w niektórych zaś przeciwnie wstrzymywała czynność serca już w ciągu 2—3 godzin, gdy znów dawka 0.1 grm. zabijała serce czasami zaledwie w ciągu 4—5 godz. We wszystkich przypadkach, w których chlorek barowy wpływał na mięsień sercowy, działanie rozwijało się szybko. Natychmiast po wstrzyknięciu chlorku barowego można było często spostrzegać pewne przyśpieszenie czynności serca, zwłaszcza w doświadczeniach, w których poprzednio ośrodkowy układ nerwowy zniszczono; skurcze serca w tym okresie zwykle nie ulegały zmianie. Wkrótce natomiast w większości doświadczeń następowało zwolnienie pracy komory sercowej. Jeśli jednak czynność serca nie zawsze ulegała zwolnieniu, to jednak zawsze rozmiary komory zmniejszały się, skurcz stawał się dłuższym; szybko do tego dołączały się zaburzenia czynności podczas rozkurczu i rozkurczowe zwiotczenie komory stawało się słabsze, niż poprzednio; niekiedy ta nieprawidłowość następowała już odrazu po wstrzykiwaniu baru; podczas rozkurczu niektóre miejsca komory, zwłaszcza często koniuszek, pozostawały blademi; rozległość (amplituda) skurczów serca szybko zmniejszała się, wkrótce zjawiały się ruchy robaczkowe komory. Zmniejszona komora kurczyła się coraz rzadziej i powierzchowniej; często komora nie mogła już wyrzucić wszystkiej krwi podczas skurczu. Jeszcze później czynność serca stawała się w wysokim stopniu nieprawidłową; komora już to kurczyła się, już to zatrzymywała się na czas dłuższy, przedsionki kurczyły się tyle razy, co i komora, lub naodwrót kurczyły się o 2—5 razy częściej; skurcze komory i przedsionków czasami następowały równocześnie, niekiedy zaś znów nierównocześnie. Ostatecznie komora zatrzymywała się w stanie skurczu, będąc małą i bladą, lub jeśli słabe skurcze trwały bardzo długo, ciemnoczerwoną; po pewnym czasie zatrzymywały się również przedsionki. Znamiennego dla digitaliny wyglądania serca żabiego — przepełnionych krwią ciemnoczerwonych przedsionków, usadowionych na podobieństwo czapki na bladej, bardzo skurczonej komorze, — nigdy przy chlorku barowym nie spostrzegałem. Pod tym więc względem nie mogę potwierdzić zdania Mickwitza i Bary. Wstrzykiwania atropiny, jak również zniszczenie rdzenia kręgowego i mózgu nie wywoływały żadnej zmiany w opisanym co dopiero obrazie działania chlorku barowego.

Jakkolwiek wszystkie te zjawiska kojarzyły się między sobą w oddzielnych doświadczeniach różnorodnie, to wszakże we wszystkich doświadczeniach jaskrawo wyrażało się osłabienie czynności serca, co objawiało się obniżeniem, wzgl. osłabieniem amplitudy skurczów serca, niezupełnem rozkurczowem zwiotczeniem, ruchami robaczkowymi, niemiarowością pracy itd. Zwolnienie uderzeń serca nastawało zawsze tylko w okresie osłabienia czynności serca i nie zależało od podniecenia ośrodkowych i obwodowych zakończeń nn. błędno-współczulnych, ponieważ można je było spostrzegać i w doświadczeniach, w których ośrodkowy układ nerwowy był zniszczony, i w doświadczeniach, w których zadziałano na żabę poprzednio atropiną. Moje doświadczenia przemawiają więc za tem, że chlorek barowy działa bezpośrednio na mięsień sercowy i działa porażająco. Wzmocnienia skurczu z jednoczesnem jego przedłużeniem i nadmiernego zwiotczenia komory podczas rozkurczu, co jest objawem znamiennym dla naparstnicy, przy chlorku barowym nie spostrzegałem ani razu.

Po doświadczeniach na żabach przeszedłem do badania wpływu chlorku barowego na serce odosobnione.

Wobec różnorodnych wpływów i zawiłości zjawisk, powstających w ustroju przy działaniu różnych środków na serce i obieg krwi, już oddawna powstała myśl stworzenia takiej metodyki, któraby dozwalała badać działanie trucizny bezpośrednio na serce, niezależnie od wpływów ubocznych. Po niepomyślnych pierwszych próbach udało się wreszcie Ludwigowi wypracować metodę odosobnienia serca u zwierząt o zmiennej ciepłocie; Mead i Smith, Stolnikow (38) i Pawlow (39) udoskonalili ją. Z doświadczeń na zwierzętach ciepłokrwistych pierwszą metodę podał Newell-Martin (40) w r. 1881. Nie mając zamiaru opisywać tu wszystkich tych metod, jakkolwiek ich przegląd krytyczny mógłby być bardzo zajmujący, ograniczę się tylko do wyliczenia ich w bardzo krótkim zarysie i do szczegółowszego opisu tej metody, której używałem w moich doświadczeniach.

Metody odosobnienia serca u zwierząt o stałej ciepłocie można podzielić na dwie gromady. Do pierwszej zaliczam wszystkie te metody, które pozostawiają serce w ustroju zwierzęcia, wyłączając tylko wpływ układu naczyniowego przez użycie sztucznego krążenia, oraz wpływ układu nerwowego; płyn, zawierający krew, przeznaczony do odżywiania serca, przechodzi we wszystkich tych metodach tylko przez jamy sercowe (Newell-Martin (41), Martin i Applegarth (42), Ludwig, Pawłow, Czystowicz (43), Bohr i Henriquez (44), Hering (45), Bock (46). Drugą grupę stanowią metody, w których serce wycina się z ustroju i utrzymuje się przy życiu przez odżywianie płynem, przechodzącym przez naczynia wieńcowe. Do tej grupy należy wśród innych metoda Langendorffa (47). Wypuściwszy przez tętnicę szyjną (*a. carotis*) ze zwierzęcia, najlepiej kota, krew, Langendorff wycina serce; następnie przez rurkę, umocowaną w tętnicy głównej, prze-

płukuje serce i początkowy odcinek tętnicy głównej 0,7% roczynem soli kuchennej w celu usunięcia reszty krwi i skrzepów. Napełniwszy następnie rurkę tymże płynem, Langendorff łączy ją z przyrządem, który pozwala utrzymywać stałą ciepłotę i ciśnienie, pod którem płynie do serca ciecz odżywcza, mianowicie odwłókniona krew zwierzęcia tegoż gatunku, rozcieńczona 0,7% soli kuchennej Ciśnienie dobiera się odpowiednio do ciśnienia krwi w tętnicy głównej zwierzęcia; wskutek tego zastawki półksiężycowate tętnicy głównej pozostają przez cały czas zamknięte i płyn odżywczy skierowuje się do tętnic wieńcowych, stamtąd przez żyły wieńcowe wraca do prawego przedsionka, skąd wylewa się do podstawionego naczynia. Skurcze serca Langendorff zapisywał zapomocą haczyka metalowego, wetkniętego w koniuszek serca i połączonego zapomocą osobnego przyrządu z przyrządem Mareya. (Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

O teoryi Arnetha.

Napisał

Dr. E. Stahr.

Piśmiennictwo: 1) Arneth: a) Die neutrophilen Leucocyten bei acuten Infektion-krankheiten, Jena 1904, (G. Fischer); b) Münchener mediz. Wochenschrift 1904, Nr 25, 27, 45; c) Zeitschrift für klinische Medizin 1904, T. 54, Zesz. 3 i 4; d) Archiv für Gynaekologie 1904, T. 74, Zesz. 1. 2) E. Hiller: Przyczynki do morfologii neutrofilnych leukocytów i ich klinicznego znaczenia (Folia haematol. II. 2). — 3) A. Pappenheim: Kilka uwag z powodu powyższego artykułu (Ibid.). — 4) Doc. Arneth: Odpowiedź na artykuł E. Hillera (Ibidem. II. 3).

Jak czytelnikom »Przeglądu« wiadomo, ogłosił Arneth w roku 1904. obszerne studyum (zobacz sprawozdanie w Nr. 30. »Przeglądu« z r. 1905) o neutrofilnych leukocytach. W pracy swej zwraca szczególną uwagę na postać jądra w neutrofilnych leukocytach i dzieli je wedle tego na kilka grup. Dla przypomnienia pozwolę sobie tutaj krótko powtórzyć myśli Arnetha. Rozróżnia on 5 klas krwinek białych neutrofilnych: do klasy I. zalicza neutrofile o obfitej ziarninie i jednem jądrze soczystem, okrągłem i płytko lub głęboko zakarbowanem, do klasy II. należą neutrofile o jądrze składającem się z 2 części, do klasy III. neutrofile, w których jądrze dadzą się odróżnić 3 części składowe i t. d. Pierwsze dwie klasy znajdują się w krwi prawidłowej w bardzo skąpej ilości, klasa III. stanowi 48 prc, IV. 23 prc., a V. 4 prc. ogólnej liczby neutrofilów. Wśród chorób mają występować najrozmaitsze zmiany w powyższym obrazie neutrofilnym krwi, w toku ciężkich zaburzeń w ustroju może się obraz wprost odwrócić. Arneth otwiera w ten sposób w hematologii nowe pola widzenia, dochodzi do wniosków, zezwalających na daleką perspektywę co do rozpoznania i rokowania, jako też oświetla bliżej zjawiska życiowe leukocytów. Dla sprawdzenia wniosków Arnetha podjął Hiller, zachęcony przez Grawitza, histologiczne badania krwi w stanach prawidłowych i chorobowych.

Przedewszystkiem zarzuca Hiller Arnethowi, że za wiele buduje na postaci i wielkości neutrofilów, a przecież szczególnie ich wielkość waha się w szerokich granicach u różnych osób, a nawet u jednej i tej samej osoby nawet w warunkach prawidłowych. Prócz tego na wielkość neutrofilów w preparatach krwi wpływa wiele czynników, których usunąć nie można. Wybitny wpływ ma pod tym względem grubość preparatu. W preparatach cienko roztartych neutrofile, silniej szkiełkami przygniecione, będą większe, a nadto nie będą miały tak krągłych obrysów. Wielkość neutrofilów zależy dalej także od tego, ile upłynęło czasu od roztarcia preparatu do jego wyschnięcia (na co znowu ma wpływ grubość preparatu), od ciepłoty i od przewiewu otaczającego powietrza. I dlatego nie wolno z wielkości leukocytów żadnych poważniejszych wysnuwać wniosków.

Dalej zarzuca Hiller, że podział Arnethowski pozostawia za wiele swobody podmiotowości badacza. I tak n. p. trudno czasem powiedzieć, czy jądro badanej krwinki jest kuliste, czy też ma postać pałeczki, bo wszystkie postacie jąder wzajemnie się mieszają. O wyniku badania stanowi zatem i wprawa i sumienność badacza, a nadto niepomierny wpływ wywiera pod tym względem i dobroć mikroskopu, siła oświetlenia, a wreszcie samo barwienie. Trójbarwik kwaśny Ehrlicha, barwiący tylko neutrofilne ziarna komórkowe, zdaniem autora, wbrew zapatrywaniu Arnetha nie nadaje się tak dobrze do barwienia jądra, jak n. p. sposób Romanowskiego-Ziemanna lub bardzo zbliżony sposób Giemsy, które to sposoby barwią równocześnie wszystkie trzy rodzaje ziaren komórkowych, a nadto niezwykle plastycznie i silnie uwydatniają jądro z wszystkimi najdrobniejszymi szczegółami. Obok tego ma trójbarwik Ehrlicha jeszcze i tę wadę, że barwi w jądrach tak zw. ciałka chromatynowe, które jednak są tylko sztucznym wytworem barwienia i naprawdę tylko strątami barwika. Oto dlatego barwił Hiller i trójbarwikiem Ehrlicha i dla porównania sposobem Romanowskiego-Ziemanna. A obliczając neutrofile i układając je w grupy wedle wskazówek Arnetha dochodzi Hiller do wniosku, że rozłożenie poszczególnych grup i klas podlega wielkim wahaniom nawet u człowieka zdrowego i że dla tego wahaniom tym nie można przypisywać żadnego znaczenia. Wyniki te sprzeciwiają się zapatrywaniom Arnetha, który u człowieka zdrowego znajdował wahania, ale tylko w małych granicach, a przesunięcie się liczb zasadniczych nawet o bardzo małe odsetki uważał za objaw doniosłego znaczenia. Najliczniejszą okazała się klasa II., a potem III., I., IV. Najwyższe liczby znalezione w klasie I. (27) nigdy nie dochodzą w spostrzeżeniach Hillera — i pod tym względem godzą się obaj badacze — najniższych liczb klasy II. Nie mógł się też Hiller przekonać, żeby istniał jakikolwiek ściślejszy związek między zmianami postaci jąder leukocytów, a nasileniem choroby. Jedno zjawisko tylko często można spostrzegać, — a jest to niewątpliwą zasługą Arnetha, który pierwszy na nie zwrócił uwagę, — a mianowicie przybywanie komórek w klasie I. przeważnie kosztem klas III., IV. i t. d. czyli, że często w krwi chorej spotykamy upośledzone różniczkowanie się jąder w leukocytach neutrofilnych. Klasa II. pozostaje nawet w krwi chorej przeważnie w prawidłowych granicach. Równocześnie w krwi chorej spada często liczba limfocytów. Arneth tłómaczy to zjawisko tem, że komórki dojrzałe (a więc klasy III., IV. i t. d.) giną w toku zakażenia ustroju i rozpadając się dostarczają ustrojowi istot ochronnych. Równocześnie stara się pokryć szpik kostny stąd powstały ubytek i jeśli rozpad dojrzałych krwinek białych jest gwałtowny, zapas postaci dojrzałych w szpiku prędko się wyczerpuje i dlatego na plac boju dostają się postacie młodociane, właśnie owe z I kl., a nawet nieraz i myelocyty. A że myelocyty wedle Arnetha nie mają zdolności wytwarzania niweczników, uważa więc Arneth zjawianie się ich w krwi krążącej za objaw niekorzystnie rokujący. Wbrew zapatrywaniu Arnetha, który opierając się na zdaniu Ehrlicha, uważa neutrofilne leukocyty za wyłączny wytwór szpiku kostnego, twierdzi autor, powołując się na swojego nauczyciela Grawitza, oraz na Askenazego, Erba i Uskoffa, że leukocyty neutrofilne mogą powstawać z limfocytów, oraz twierdzi, że w barwionych preparatach krwi można widzieć postacie przejściowe, począwszy od małych limfocytów aż do wielkich komórek neutrofilnych o jądrze wielopłatowem. Bo i pocóżby były małe limfocyty? zapytuje Hiller. Otóż ubytek ich w różnych chorobach zakaźnych tłómaczy się spiesznem ich przetwarzaniem się w neutrofine komórki. Dalej wypowiada Hiller zapatrywanie, że z postaci jądra nie wolno wnosić o wieku krwinki, bo w jednej i tej samej komórce bez względu na jej wiek jądro wciąż zmienia swą postać zależnie od zdolności poruszania się, lub zależnie od samego poruszania się komórki. Otóż przybytek limfocytów, a więc krwinek o jednem okrągłem jądrze, w toku zakażeń da się wytłómaczyć porażeniem zdolności ruchów w krwinkach białych. Zresztą jeszcze nie udowodniono, że ciałka wielojądrzaste wśród zakażenia się rozpadają i że jednojądrzaste, czyli też komórki z mało zróżniczkowanem jądrem, są postaciami młodemi. Wszak musi uderzać, że nieraz postacie te, za młodociane uważane, wynoszą we krwi 70—80 prc., gdy o jeden jeszcze stopień młodsze postacie, mianowicie myelocyty, przeważnie wcale się w krwi nie zjawiają, albo w bardzo małych ilościach.

Pappenheim, odpowiadając na powyższe wywody, podnosi z naciskiem, że wybitną zdolność poruszania się spostrzegano od dawna w komórkach wielojądrzastych i dlatego między wielopłatowością jądra, a zdolnością poruszania się upatrywano ścisły związek, mimo to także wyłącznie jednojądrzaste twory napewno mogą się poruszać, a jednak wśród ruchu jądro

ich się nie dzieli, lecz zachowuje pierwotną, jednopłatową postać. Na dowód tego przytacza Pappenheim pochodzące z tkanek tuczne komórki wędrujące (*histiogene Wandermastzellen*), pierwotne amebocyty Saxera, komórki wędrujące łączno-tkankowe Marchanda, a przedewszystkiem małe limfocyty, pochodzące z krwi. A jak wiadomo, limfocyty krwi mają zdolność ruszania się; udowodnili ją Jolly, Hirschfeld i Wolff. Możnaby wprawdzie zarzucić, że limfocyty tylko dlatego okazują okrągłe jądro pod mikroskopem, że je do badania niejako chwytamy w stanie spoczynku. Ale w takim razie trzebaby również przyjąć, że neutrofilne leukocyty chyba »chwytamy« wśród ruchu. To nie jest jednak prawdą, gdyż jądra neutrofilów są wielopłatowe wśród najzupełniejszego spokoju. Ścisłe badania cytologiczne Ballowitza i Pappenheima dowiodły, że postać jądra zmienia się wskutek przemian w wewnętrznej budowie komórki, co ma znowu swoją przyczynę w postępującem starzeniu się, czy też dojrzewaniu komórki. Pappenheim przyznaje, że wszystkie komórki, zarówno jedno-, jak i wielo-jądrzaste, wśród ruchu zmieniają postać jądra, zmiany te jednak znikają z chwilą powrotu w spoczynek i jądra komórek przybierają wtedy z powrotem stałą postać odpowiedniego okresu dojrzałości. Za przypuszczeniem, że postacie jednojądrzaste są w stosunku do wielojądrzastych młodocianemi, przemawia i to, że jednojądrzaste (myelocyty) znajdujemy w warunkach prawidłowych wyłącznie w szpiku kostnym, a więc niejako w wylęgarni.

Arneth wyraźnie się zastrzega, jakoby w którejkolwiek ze swych prac, poświęconych tej sprawie, uwzględniał wielkość neutrofilów i pozwalał sobie na wysnuwanie stąd jakichkolwiek wniosków; pomiary neutrofilów robił wobec nowości swego sposobu badania tylko dla tem większej dokładności.

Zarzut, że metoda Arnetha pozostawia za wiele swobody podmiotowemu poczuciu badacza, może się opierać tylko na tem, że istnieją czasami neutrofile, które niewiadomo, do której klasy zaliczyć; takich neutrofilów jest jednak niewiele, a nie może być inaczej, skoro wszystkie postacie jąder wzajemnie w siebie przechodzą. To, co Arneth opisywał jako ciałka chromatynowe, stanowczo nie jest strątem barwika, co przyznał także Stöhr, przejrzawszy przeparty Arnetha. Dlaczego zresztą tych strątów barwika nie można nigdy znaleźć w protoplazmie komórek, tylko w jądrze? A zresztą Arneth nie wysnuwa żadnych wniosków z obecności lub braku ciałek chromatynowych.

To, że metoda Arnetha nie daje u wszystkich zdrowych ludzi jednakowego obrazu krwi, przemawia tylko za nią, a nie przeciw niej, — zresztą ta metoda, jak wszystkie inne, ma z pewnością swoje usterki. Kto jednak dokładnie śledzi badania Arnetha, nabierze przekonania, że metoda ta daje wyniki ścisłe i jednostajne, mimo że się zajmuje zmianami, dostrzegalnemi tylko pod immersyą i mimo że zmiany te zawsze określa na stu zaledwo komórkach.

Arneth podkreśla, że na zasadniczą część jego teoryi Hiller godzi się. Sprawy pokrewieństwa różnych postaci krwinek białych Arneth w swych pracach nie omawiał i dlatego na zarzuty w tym względzie nie odpowiada. Arneth podnosi wreszcie, że niesłusznie mu Hiller podsuwa to, czego nigdzie w pracy swej nie powiedział, jak n. p., że postacie młodociane nie mogą wytwarzać niweczników, że ich zjawianie się we krwi wśród zakażeń nakazuje źle rokować; Arneth wyraził tylko przypuszczenie, że twory dlatego, że są młodociane, tem samem muszą być słabsze od tworów dojrzałych i że dlatego w walce z zakażeniem łatwiej ulegają.

W każdym razie pozostanie wyłączną zasługą Arnetha, że w nauce o leukocytach wskazał nowe drogi.

Jules Comby: **Podręcznik chorób dzieci.** Tom I. Z 4-go przejrzanego i uzupełnionego wydania (1902) spolszczył dr. Józef Zawadzki. Warszawa. Nakład Biblioteki Lekarskiej 1906. Str. 316, cena rb. 2.

Podręcznik Combyego jest we Francyi chyba najbardziej rozpowszechnionym i w ciągu krótkiego czasu doczekał się czterech wydań. To świadczy wymownie o jego zaletach. Odznacza go krótkie i treściwe, a mimo to bynajmniej nie suche przedstawienie poszczególnych obrazów chorobowych. Autor unika widocznie zapuszczania się w teoretyczne rozważania i spory, ograniczając się do podania tego, co pod tym względem lekarz praktyczny koniecznie wiedzieć powinien. W podręczniku znajdujemy oczywiście wyraz zapatrywań szkoły francuskiej (na które można się zresztą godzić, lub nie godzić), do których budowy i autor znacznie się przyczynił, mianowicie przedewszystkiem co do objawów i zakresu t. z. skazy moczanowej. Autor zalicza do niej także otyłość, wychudzenie, dychawicę, połowiczny ból głowy, cukrzycę, krwawiączkę i krwotoki u noworodków. Pierwszy tom obejmuje obok chorób zakaźnych, chorób odżywiania dziedzicznych i nabytych, opis najważniejszych zatruć. Działu tego nawet obszerniejsze podręczniki często nie uwzględniają. Podręcznik nie zawiera rycin, co za zaletę poczytywać trudno.

Co się tyczy tłómaczenia, to możnaby wprawdzie wytknąć gdzieniegdzie usterki stylistyczne lub językowe, na ogół jednak tłómaczenie przedstawia się bardzo korzystnie i czyta się gładko. Druk i papier są bardzo dobre.

Pozyskanie tego podręcznika dla literatury polskiej należy powitać z uznaniem. *Doc. Lewkowicz.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. London. **Dalsze badania nad działaniem radu.** (*Berl. klin. Wochs.* 1905, Nr. 42.). Aby promieniotwórczość osłabić, wystawiał autor skórę badanych osób przez bardzo krótki czas na działanie promieni radu; działanie przez bezpośrednie dotknięcie, trwające zaledwie $^1/_4$ minuty, jest tak silne, że po kilku dniach występują plamy czerwone, po dwu latach prawie bez zmiany się utrzymujące. Dalej badał autor działanie radu na odległość. W górnej ścianie klatki z królikami umieszczono 25 mg bromku radu. Po 16 dniach zaczęły pojawiać się u królików zmiany, przedewszystkiem na skórze, utrata włosów, owrzodzenia, martwica (w tym przypadku działają głównie promienie α), porażenia tylnych kończyn, czemu przy sekcyi odpowiadały zwyrodnienia w rdzeniu, zniesienie popędu płciowego, czemu odpowiadało zwyrodnienie nabłonków w jądrach i jajnikach, zmiany zapalne na siatkówce i zaniki śledziony (działanie promieni β, a głównie γ); — zmiany te rozwinęły się w przeciągu 16 miesięcy. Zapomocą działania radu udało się autorowi zabliźnić przetokę kałową, pozostałą po operacyi raka jelita ślepego. Promienie radu zdają się nietylko nieszkodzić wcale tkance ziarninowej, ale owszem pobudzają ją do żywszego bujania. Autor sądzi, że możnaby tę właściwość radu zużytkować do leczenia ran. *Mostowski.*

Magnus Levy: **Z jakiego źródła czerpie kwas hippurowy swój glykokol.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 45, 1905). Czy białko rozpada się w ustroju na takie same związki i czy te związki w tej samej ilości występują przy rozkładzie fizyologicznym, jak przy hydrolizie sztucznej, czy też hydroliza fizyologiczna przebiega innym torem? By to rozstrzygnąć, podawał autor królikom i baranom będźwinian sodowy. Przy podawaniu tego środka wydziela się moczem kwas hippurowy, połączenie benzoylu z glykokolem, wytwarzającym się z białka ustroju. Autor oznaczał u badanych zwierząt stosunek azotu, wydzielonego jako glykokol, do całkowitej ilości azotu i moczu. Gdyby ustrój żywy odszczepiał tyle glykokolu ze swego białka, ile tegoż glykokolu znajdujemy w białku przy sztucznej hydrolizie, to azot glykokolu powinien wynosić 4—5% całkowitej ilości azotu w moczu. Autor stwierdził, że ustrój może odszczepić 25—27% azotu swego białka jako glykokol. Rozpad zatem fizyologiczny białka jest inny, niż rozpad sztuczny. Możnaby sądzić, że inne kwasy aminowe, odszczepiając się od kompleksu białka, zostają dalej przez ustrój utlenione na glykokol; może te utlenienia poprzedza łączenie się kwasów aminowych za pośrednictwem grupy aminowej z benzoylem, poczem cały kompleks alkylowy ulega utlenieniu, a pozostały węgiel z grupą aminową i karboksylem dają glykokol, lub ponieważ połączenie z benzoylem już nastąpiło, kwas hippurowy. Kwasem aminowym, tworzącym glykokol w tych przypadkach, byłaby według dotychczasowych doświadczeń autora leucyna: przy podawaniu bowiem podskórnem benzoylowanych kwasów aminowych, jak benzoylalanina, kwas benzoylasparaginowy itd. wydzielają się one bez zmiany drogą moczu, a tylko benzoylleucyna utlenia się w ustroju na kwas hippurowy. Leucyna zatem może być substancyą macierzystą glykokolu. *Mostowski.*

Zanietowski: **O pojemności elektrycznej ciała ludzkiego.** (*Sprawozd. Tow. biol. w Paryżu* 1906). Według doświadczeń autora, mało dotąd uwzględniona własność ciała ludzkiego, które nietylko prądy elektryczne przepuszcza, ale je także w sobie nagromadza, stoi w ścisłym stosunku z pewnemi zjawiskami życia. W dawniejszych pracach zwracał autor już uwagę, że każdy zbiornik elektryczności wtedy najmniejszej potrzebuje energii do wywołania zjawisk życiowych ruchu i czucia, gdy jego pojemność odpowiada pewnym ściśle oznaczonym granicom. Najnowsze prace autora, wykonane w zakładach uniwersyteckich wrocławskich nad kablami

podmorskimi i różnemi tkankami o różnej pojemności, wskazują na to, jak ważną rolę odgrywa przenoszenie się elektrochemicznych „jonów“ wzdłuż powierzchni, oddzielających od siebie współśrodkowe warstwy nerwów. „Optymalne“ wartości bodźca odpowiadają podobnym własnościom samychże drażnionych tkanek, które pod względem fizycznych zjawisk ciepła, oporu, pojemności i przewodnictwa porównać należy raczej z podmorskim kablem, a nie ze zwykłym drutem, jak to dotąd czyniono. *Gertler.*

Zanietowski: **O zastosowaniu własnej metody rozładowań do myografii.** (*Zeitsch. f. Electrobiol. i Ann. d' Electrobiol.* 1905). Nauka o charakterze zapisanych graficznie skurczów mięśni, uwzględniana dotąd przeważnie tylko przez fizyologów, ma obszerne zastosowanie w praktyce. Metoda rozładowań, opisana przez autora w licznych pracach, służy także do ściślejszego zbadania charakteru i przebiegu skurczu zdrowych i chorych mięśni. Krzywe tego skurczu, zebrane przez autora w ciągu szeregu lat, dadzą się podzielić na typy krzywej spłaszczonej czyli zanikowej (atroficznej), zaokrąglonej czyli niedowładowej (paretycznej), zniekształtnionej czyli kurczowej (spasmodycznej), falistej czyli zwyrodniałej (degeneracyjnej) i na typy pośrednie, odpowiadające nadmiernej pobudliwości i przebiegowi znużenia. Wyniki doświadczalne autora zgadzają się z najnowszemi teoryami biologii i z pracami Joteykównej nad zróżniczkowaniem protoplazmy mięsnej i nad zwyrodnieniem. *Gertler.*

Neufeld i Rimpau; **Dalsze doniesienie o odporności przeciw paciorkowcom i dwoinkom zapalenia płuc.** (*Zeitsch. f. Hyg.* T. 51. Str. 283. 1905). Autorowie na mocy swoich doświadczeń doszli do przekonania, że surowicy przeciwpaciorkowcowej i przeciw zapaleniu płuc nie można uważać za surowicę bakteryobójczą. Sprawy rozpuszczania drobnoustrojów nie mogli stwierdzić ani w probówce, ani w jamie otrzewnej zwierząt, natomiast zauważyli, że pod wpływem surowic swoistych powstaje bardzo silna żerność komórkowa (fagocytoza). Autorowie stwierdzili, że w surowicy swoistej zawarte są istoty, które nie łączą się z ciałkami białemi, lecz z drobnoustrojami i w ten sposób ją zmieniają, że mogą się dostać do białych ciałek. Istoty te nazywają autorowie zmieniaczami bakteryi (bacteriotrop) i nie uważają ich za identyczne z istotami bakteryolitycznemi. Autorowie przypuszczają, że te receptory drobnoustrojowe, które są przenośnikami jadu, zostają przez łączenie się ze wspomnianemi istotami zobojętnione, przez co drobnoustroje stają się dostępne dla ciałek białych. W ten sposób dałoby się wytłómaczyć, dlaczego zapomocą niejadowitych szczepów nie udaje się uzyskać odporności przeciw jadowitym szczepom, albowiem niejadowite bakterye nie mogą wytworzyć istot ochronnych, z powodu braku receptorów, powodujących jadowitość. Czy istoty bakteryotropowe mają znaczenie amboceptora, który we wnętrzu ciałka białego znajduje swój komplement, nie mogli autorowie rozstrzygnąć, gdyż nie udało się otrzymać z ciałek białych istoty w roztworze, któraby sama lub przez dodanie surowicy swoistej mogła rozpuścić paciorkowce lub dwoinki zapalenia płuc. *Gertler.*

Jakuszewicz. **O hemolizynach u zwierząt pozbawionych śledziony.** (*Zeitschr. f. Hygiene.* T. 47). Po wycięciu śledziony, które zwierzęta znoszą na ogół dobrze, zmniejsza się u nich ilość czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny, a znacznie zwiększa się ilość leuko-, a szczególnie limfocytów, zwalnia się odnowa krwi po jej upuście u zwierząt operowanych. Zakażenie sztuczne znoszą zwierzęta te równie dobrze, jak zwierzęta prawidłowe. W wytwarzaniu antytoksyn i aglutynin nie bierze śledziona żadnego lub prawie żadnego udziału. Sporną natomiast jest rzeczą, czy surowica krwi zwierząt bez śledziony posiada własności hemolityczne (to znaczy, czy surowica krwi zwierząt, którym wstrzykiwano ciałka krwi zwierzęcia innego gatunku, rozpuszcza ciałka krwi zwierzęcia tegoż gatunku). London twierdzi, że śledziona w wytwarzaniu hemolizyn bierze udział wybitny, Tarassewicz zaś utrzymuje, że w tym względzie zachowują się jednakowo zwierzęta prawidłowe, jak i pozbawione śledziony. Sprawę tę starał się J. rozstrzygnąć doświadczeniami na kozach, świnkach morskich i królikach; jednym śledzionę wycinał, u drugich oddzielał śledzionę od otoczenia i rozciąwszy ją, zaszywał w jamie brzusznej, u innych wreszcie pozostawiał śledzionę nienaruszoną, a potem wstrzykiwał ciałka krwi barana, królika i świnki morskiej. Hemolityczne własności surowicy krwi tak rozmaicie przygotowanych zwierząt badał autor w postaci czynnej, nieczynnej — po zagrzaniu jej do 56° C., — i po przywróceniu jej działania przez dodatek komplementu (surowicy świnki morskiej, której ilość, potrzebną do tego celu, dokładnie oznaczał). Z doświadczeń tych wynika, że zdolność hemolityczna krwi wzmaga się w miarę uodpornienia obcą krwią; jest ona nadto nieco większą u zwierząt pozbawionych śledziony. Zdolność ta jest 10—100 razy większą w surowicy, reaktywowanej dodatkiem komplementu, nie można przeto przypisać śledzionie zdolności wytwarzania hemolizyn. Zwiększoną zdolność hemolityczną surowicy zwierząt, pozbawionych śledziony, tłómaczy J. zmianami, wywołanemi przez wyjęcie śledziony: zwiększoną leukocytozą i większym udziałem szpiku kostnego w wyrobie krwi. *L. Bier.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. J. Latkowski. **O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek.** (*Gazeta lekarska* 1905, Nr. 36—39). Autor zestawia wszystkie nowsze sposoby badania chorób nerkowych, obecnie w krakowskiej klinice chorób wewnętrznych używane, oraz ocenia je na podstawie materyału z lat ostatnich. Z dawniejszych sposobów opukiwanie nerek, jako zupełnie nie dające wyników, stało się zbytecznem. Pewniejszym, a najprostszym wstępnym sposobem jest obmacywanie, dające często wskazówki do dalszych badań. Zapomocą obmacywania można stwierdzić zmiany kształtu, zbitości, ruchomości i położenia nerki, oraz jej powiększenie, bolesność lub wytworzenie się guzów. Można też użyć wstrząsania okolicy nerkowej (Goldflam), przyczem uderzanie w okolicę nerki od tyłu wywołuje w razie cierpienia nerki — ból, co nie następuje, jeżeli nerki są zdrowe. Badanie przez pochwę i odbytnicę niewiele przynosi pożytku. Natomiast wydęcie jelita grubego przez odbytnicę jest dobrym sposobem pomocniczym w badaniu nerek. Jeśli ciało badane zniknie pod wpływem wydęcia, to jest niem nerka, jeśli nie zniknie, to nie można wyłączyć, że to jest nerka, gdyż może ona być zrośnięta z otoczeniem i nie przesuwać się. Badanie promieniami Roentgena może posłużyć tylko do wykrycia kamieni nerkowych. Najłatwiej wykryć kamienie ze szczawianu wapniowego, trudniej z fosforanu wapnia, węglanu i kamienie moczanowe. Rozpoznawcze cięcie lędźwiowe, ani obmacanie bezpośrednie nerki po przecięciu otrzewnej, próbowane przez chirurgów, ani nawet przecięcie nerki, nie daje obrazu stanu nerki. Cystoskopia oddaje w badaniu nerek ogromne usługi. Autor przytacza szereg przypadków chorób pęcherza, bezpośrednio cystoskopem rozpoznanych, w których wywiady nie naprowadzały na rozpoznanie choroby pęcherza, a nawet w niektórych poprzednie badanie lekarskie przechylało rozpoznanie ku chorobie nerek. Według L. w przeważnej liczbie chorób nerkowych nie można stanowczo rozpoznawać bez użycia cystoskopu, dopiero bowiem oglądając ściany pęcherza można na pewno stwierdzić, czy zmiany moczu odpowiadają chorobie pęcherza, czy nerek. Chcąc rozpoznać chorobę nerek, a szczególniej chorobę jednostronną, lub przy obustronnych zmianach określić stopień zmian, trzeba odprowadzić mocz z każdej nerki z osobna, a do tego służy cewnikowanie moczowodów i rozdzielanie moczu w pęcherzu odpowiedniemi przyrządami, tak zwanymi rozdzielaczami moczu. Cewnikowanie jest dokładniejsze, lecz trudniejsze, może przenieść sprawę chorobową (gruźlicę, wiewiór), z pęcherza do nerek; nadto można cewnikiem zranić moczowód, przynosząc szkodę choremu i dochodząc przez domieszkę krwi do błędnych wniosków. Autor stosował z dobrym skutkiem rozdzielacz Luysa, któremu jednak nie przyznaje wyższości nad cewnikowaniem moczowodów. Celem zbadania stopnia zmiany chorobowej i sprawności wydzielniczej nerek wstrzykiwał autor według metody Acharda 0·05 błękitu metylenowego i oznaczał początek, szczyt i koniec wydzielania z ustroju. Z przytoczonych spostrzeżeń wynika, że długie wydzielanie błękitu metylenowego może być w pewnych przypadkach objawem zaburzenia czynności wydzielniczej i oznaką, wskazującą na chorobę nerek, lecz tylko z pewnem zastrzeżeniem, gdyż nawet bez zaburzeń nerkowych wydzielanie może być opóźnione. Jest to zatem próba pomocnicza przy określaniu sprawności wydzielniczej nerek, za rozstrzygającą uważać jej nie można. Nawet przy osłabionej czynności serca i zastoju żylnym może błękit metylenowy dobrze się wydzielać. Autor próbował też wstrzykiwań karminu indygowego, zalecanych przez Voelckera i Josepha i badał wydzielanie się jego zapomocą cystoskopu, ale poleca ten sposób tylko przy znacznym stopniu zapalenia pęcherza lub przy guzach, gdzie moczowodów wyszukać nie można. Metoda Bouchard'a oznaczenia na drodze biologicznej siły trującej moczu nie nadaje się do celów klinicznych. Sposób badania pracy syntetyczno-chemicznej nerki przez wstrzykiwanie floryzyny i sztuczne wywoływanie cukromoczu doprowadził autora do wniosku, że tworzenie się cukru z floryzyny jest w związku ze stanem miąższu nerkowego, bo w przypadkach zniszczenia miąższu nerkowego cukier się nie wydzielał, gdy w innych przypadkach cukier zawsze pojawiał się w moczu. Kryoskopię krwi i moczu, wprowadzoną przez Koranyego, stosował L. w całym szeregu przypadków, przyczem posługiwał się przyrządem Beckmanna. Według oznaczeń jego punkt zamarzania krwi wahał się u ludzi zdrowych i chorych, nie okazujących zmian w narządzie krążenia i w nerkach między — 55°, a — 58° C. poniżej punktu zamarzania wody. Przytem punkt zamarzania krwi nieodwłóknionej, od-

włóknionej i surowicy krwi był ten sam. Ciśnienie osmotyczne krwi nie zmienia się w przebiegu chorób nerkowych, a nawet w przebiegu mocznicy stężenie osmotyczne może być prawidłowe. Niedomoga więc nerkowa nie zawsze zmienia stężenie osmotyczne krwi. Punkt zamarzania wysięków, przesięków i płynu mózgowordzeniowego waha się według Lat. w tych samych granicach, co punkt zamarzania krwi, co wskazuje na izotonię wszystkich cieczy w ustroju. Punkt zamarzania moczu według oznaczeń autora waha się w szerokich granicach od — 0·67° do — 2·02°. Z punktu zamarzania moczu nie można nic wnosić o pracy nerki. Badanie osadu na prątki gruźlicze bywa według L. znacznie częściej dodatnie, niż dotąd sądzono. Trzeba centryfugować większe ilości moczu, badać osad centryfugowany często, a z osadu robić cały szereg preparatów. Co do pojawiania się wałeczków nerkowych po przetworach salicylowych, jako wyniku podrażnienia nerki, to Lat. nie stwierdzał ich tak często, jak to inni autorowie opisują.

Dr. M. Blassberg.

Lubliński. **Ostre zatrucie jodem i ostre zapalenie gruczołu tarczowego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 8, 1906). Z różnorodnych objawów klinicznych zatrucia jodem najczęstsze są zmiany wysypkowe na skórze, zajęcie błon śluzowych górnych dróg oddechowych (niebezpieczeństwo obrzęku głośni!), nerwobole w zakresie nerwu trójdzielnego; do rzadszych należy obrzęk ostry gruczołu przyusznego, gruczołów podszczękowych; najrzadziej spostrzegano zajęcie gruczołu tarczowego. W przypadku swoim podał autor u starszej kobiety w leczeniu przeciwkiłowem jod, pod wpływem którego w 4 dni wystąpiło lekkie zajęcie błon śluzowych i zgrubienie szyi, przedtem zupełnie prawidłowej. Badanie stwierdziło powiększenie, tkliwość i miękkość gruczołu tarczowego; po usunięciu jodu objawy zapalne w gruczole znikły. Dla przekonania się, że zapalenie gruczołu tarczowego było rzeczywiście skutkiem zatrucia jodowego, podał autor znów tej samej chorej jod z tym samym wynikiem.

Maciąg.

Voltolini. **Przypadek złośliwego guza śródpiersia z nadzwyczaj szybkim przebiegiem.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 9, 1906). Autor opisuje przypadek mięsaka śródpiersia, którego przebieg trwał zaledwie kilka tygodni: u 45-letniego mężczyzny, przedtem zawsze zdrowego, stwierdził autor w tydzień po nagłem zasłabnięciu z dusznością i objawami ucisku piersiowego: obrzęk całej górnej połowy ciała, sinicę i obrzęk twarzy, zgrubienie szyi, rozszerzenie żył skórnych klatki piersiowej, częściowy zakrzep w prawej żyle szyjnej; obie okolice nadobojczykowe wypuklone, tętno przyspieszone, tętnica sprychowa lewa mniej napięta, niż prawa, uderzenie końca serca przesunięte poza linię sutkową na zewnątrz, tony serca czyste, stłumienie z przodu prawej połowy klatki piersiowej od 3 żebra w dół, z tyłu po prawej stronie od 5 wyrostka ościstego w dół. W jamie opłucnej prawej płyn krwawy. Śledziona nieco powiększona, wątroba sięgała na dwa palce niżej łuku żebrowego. W moczu ślad białka; płyn opłucny nie zawierał komórek nowotworowych. Autor uwzględniając nagły początek, szybki wzrost objawów, niewielką chrypkę, brak szmerów sercowych (możliwość tętniaka), drożność i niebolesność przełyku (rak przełyku), nieporuszalność stłumienia przy ruchach oddechowych w prześwietleniu röntgenowskiem, rozpoznał guz złośliwy śródpiersia. Leczenie (wcierania rtęci) pozostało bez skutku; po 4 tygodniach wywołał guz stłumienie na całej lewej połowie klatki piersiowej, a w 2 tygodnie później sprowadził śmierć. Przy sekcyi znaleziono mięsaka okrągłokomórkowego śródpiersia przedniego z przesunięciem serca i uciśnięciem obu płuc.

Maciąg.

Prof. Spiess. **Znaczenie znieczulenia w leczeniu spraw zapalnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 8). Nadzwyczaj ciekawe spostrzeżenia autora przemawiają za tem, że zapalenie powstać może tylko wtedy, jeżeli z miejsca, na które działa nieprawidłowy bodziec, po nerwach czuciowych przenosi się odruch na ośrodek naczynioruchowy. Jeżeli więc, jak to przez systematyczne znieczulanie miejscowe osiągnąć możemy, nerwy czuciowe będą niepobudliwe, to mimo działania na tkankę szkodliwych czynników zapalenie nie powstanie. Dlatego to przebiega bez odczynu gojenie się kikuta odciętego migdałka, jeżeli zabiegu dokonano w znieczuleniu miejscowem, a rana skutkiem zadmuchiwania ortoformem nie była bolesna; dlatego niema odczynu zapalnego po wbiciu szpilki w miejsce, dotknięte histerycznem znieczuleniem. Nawet objawy już istniejącego zapalenia przy systematycznem znieczulaniu ustępują. Tak daje się, wedle autora stale, przerwać nieżyt nosa, jeśli w samym początku do jam nosowych systematycznie wdmuchiwać ortoform dopóty, dopóki nie zniknie podmiotowe uczucie, właściwe dla początku nieżytu. Korzystny wpływ snu na ilość wydzieliny w nieżycie nosa tłómaczy autor tem, że sen działa na podobieństwo środków znieczulających, tłumiąc wrażliwość nerwów czuciowych, przez co sprawa zapalna słabnie. Być może, że środki przeciwgorączkowe, które są środkami znieczulającymi, działają w chorobach zapalnych właśnie przedewszystkiem jako znieczulające, a zmniejszając przez to samą sprawę zapalną, zmniejszają i gorączkę, która jest następstwem zapalenia. Również i morfina działa dlatego korzystnie w sprawach zapalnych, bo działa znieczulająco. Aby jednak wystąpić mógł ten korzystny skutek znieczulenia nerwów czuciowych, musi ono dotyczyć wyłącznie dróg czuciowych; równoczesne zajęcie dróg troficznych i naczynioruchowych sprawia, że sprawa zapalna nie ulega wstrzymaniu, ale tylko przebiega nieco odmiennie, mianowicie bez miejscowego podniesienia się ciepłoty, bez zaczerwienienia, zniszczenia jednak mogą być bardzo znaczne. Jako przykłady podaje autor takie sprawy chorobowe, jak wiąd rdzenia, syryngomyelia, trąd, porażne zapalenie rogówki, zgorzel pod wpływem karbolu i t. d. Porażenie nerwów naczynioruchowych sprzyja nawet rozwinięciu się zapalenia. Jeżeli żabie, u której po jednej tylko stronie przecięto nerw kulszowy (nerw ten zawiera prócz czuciowych — włókna naczynioruchowe), wstrzykniemy podskórnie ziarenkowce, to usadowią się one niemal wyłącznie w stawach i szpiku tej kończyny, na której nerw przecięto. Na podstawie tego wszystkiego tłomaczy autor korzystne działanie modnego dziś sposobu Biera, jak następuje: Przesięk, wywołany przekrwieniem biernem, działa na tkankę znieczulająco na podobieństwo sposobu Schleicha; znieczulenie to zaś działa hamująco na samą sprawę zapalną.

Dr. M. Godlewski.

Pollack. **O szybkiem i trwałem wyleczeniu starego zwężenia przełyku tiozynaminą.** (*Ther. der Gegenw.*, 1906, III). Mężczyzna 30-letni doznał przed 8 laty ciężkiego oparzenia gardła i przełyku ługiem sodowym. Powoli rozwinęło się znaczne zwężenie, które mimo leczenia sondami doszło do tego stopnia, że ani zgłębniki, ani też płyny od dłuższego czasu nie przechodziły i przed 2 laty musiano założyć przetokę żołądkową. Kiedy mimo to chory bardzo wychudł i podupadł zupełnie na siłach, użyto w końcu tiozynaminy i po 24 wstrzykiwaniach chory zupełnie wyzdrowiał. Stosowano roztwór następujący: *Rp. Thiosinamini 2, solve in glycerini 8, cui adde aq. d. 10; pół strzykawki wstrzykiwać.*

Fels.

Ketly. **O leczeniu moczówki prostej wstrzykiwaniami strychniny.** (*Ther. der Gegenw.*, 1906, III). W pewnych przypadkach moczówki prostej należy szukać przyczyny w ośrodkowym układzie nerwowym: do tej grupy należą także przypadki tej choroby, występującej po urazach w głowę i znamionujące się często porażeniami mięśni ocznych. W innych przypadkach jest moczówka prosta objawem nerwic czynnościowych, jak histeryi i padaczki; w tych przypadkach przyczyną nadmiernego moczenia jest najczęściej pierwotne nadmierne pragnienie (*polydipsia*). Trzecią grupę stanowią właściwe przypadki samoistnej moczówki prostej, cechujące się pierwotną polyuryą, niezależną od ilości przyjmowanych płynów. Są jednak jeszcze przypadki, nie odpowiadające żadnej z tych trzech grup. Odrębną grupę tworzą poniekąd przypadki moczówki prostej, powstającej wskutek kiły, równocześnie z objawami mózgowymi, albo też bez nich. Moczówka prosta nie jest przeto ani etyologicznie, ani też patologicznie chorobą jednolitą, nie ma też więc na nią swoistego leku. Skutecznie leczyć można właściwie tylko przypadki histeryczne i kiłowe, chociaż w przypadkach kiłowych często się zdarza, że mimo ustąpienia objawów mózgowych moczówka nadal się utrzymuje. O wiele trudniejszą do wyleczenia, niż moczówka u histerycznych, jest moczówka, towarzysząca padaczce. U chorych, u których pierwotnem jest nadmierne pragnienie, można często osiągnąć wyleczenie przez nagłe i ścisłe odjęcie płynów; w samoistnych przypadkach może przeciwnie takie postępowanie przez zgęszczenie krwi wywołać przykre lub nawet niebezpieczne skutki. Feilchenfeld polecił przeciw moczówce prostej wstrzykiwania strychniny, które jednak zmniejszają tylko ilość moczu, nie zwiększając jego ciężaru właściwego. K. stosował strychninę w 4 przypadkach, raz z wynikiem pomyślnym, 2 razy wynik był tylko przemijający, a raz nie było wcale skutku. K. radzi jednak dalej próbować tego środka. Dawka początkowa wynosi $^5/_{10}$ mg. dziennie, co drugi dzień dodaje się $^1/_{10}$ mg.

Fels.

PEDYATRYA. O krzywicy jako chorobie społecznej. (*Berl. klin. Wochs.* 1905, Nr. 9). W stosunku do znaczenia krzywicy zbyt mało uwagi poświęca się tej chorobie, którą autor zalicza do chorób przemiany materyi. Krzywica usposabia do chorób zakaźnych ostrych i wpływa na ich cięższy przebieg. Tem tłómaczy się tak znaczna śmiertelność dzieci szpitalnych na odrę i następstwa krztuśca, które w praktyce pozaszpitalnej są lekką chorobą. Dalej usposabia krzywica do gruźlicy, gruczołowej i płucnej. Z jednej strony częste wypryski, nieżyty dróg oddechowych ułatwiają mechanicznie dostanie się prątków gruźliczych do ustroju, — z drugiej

krzywicze zniekształtnienie klatki piersiowej sprzyja rozwojowi gruźlicy płuc. Skłonność dzieci krzywiczych do nabycia zołzów znaną jest powszechnie. Znaczna część dzieci krzywiczych ginie na gruźlicę; dostatecznych dowodów dostarczają protokóły sekcyjne. Los pozostałych dzieci zależy od ciężkości zmian; zwykle wskutek zmian w nasadach kości długich wzrost ich jest upośledzony, niekiedy jednak przeciwnie nadmiernie wysoki. Garb, o ile nie jest skutkiem gruźlicy, jest zawsze następstwem krzywicy; osoby garbate giną zwykle pomiędzy 40 a 50 rokiem życia z powodu przerostu prawej komórki serca, wywołanego przeszkodami w oddychaniu. Zmiany miednicy i ich znaczenie dla kobiet są dobrze znane. Ważne znaczenie mają zmiany w stawach kolanowych, szczególnie kolano koślawe, które jest najczęstszą przyczyną stopy płaskiej. Jaki odsetek niezdolności do służby wojskowej jest skutkiem przebytej krzywicy, nie stwierdzono statystycznie, nie ulega jednak wątpliwości, że odsetek ten jest znaczny. W etyologii krzywicy odrzuca autor przyrodę zakaźną, jakoteż wyłączne znaczenie sposobu żywienia. Pouczające są tu spostrzeżenia na zwierzętach. Krzywicy ulegają młode zwierzęta, chowane w zamknięciu, bez względu na miejsce pobytu, chociaż, jak autor stwierdził, na wolności nigdy nie dostają krzywicy. Na zlecenie autora trzymano w Tokio młodą małpę przez pół roku zamkniętą, a następnie przesłano ją do Europy. Przy sekcyi znalazł autor w kościach czaszki ślad krzywicy, jakkolwiek krzywica u dzieci w Japonii jest nieznaną. Wogóle dziko żyjące plemiona nie podlegają krzywicy; opisywane rzadkie przypadki należy raczej zaliczyć do t. zw. chondrodystrofii. W Japonii pomimo przenikania cywilizacyi europejskiej sposób życia jest inny: domy budowane są inaczej, zawijanie dzieci jest nieznane etc. Zdaniem autora główną przyczyną krzywicy jest t. zw. *domesticatio*, t. j. ogół czynników, różniących sposób życia naszych społeczeństw od sposobu naturalnego, a więc sposób żywienia, niedostateczny dowóz powietrza, niedostateczna swoboda ruchu etc. Stąd tylko niektóre zwierzęta udało się uczynić domowemi, inne n. p. małpy, więzione giną i nie mnożą się z powodu krzywicy. Dziedziczność ma tu tylko pośrednie znaczenie, t. j. że usposobienie do krzywicy jest dziedziczne, a reszty dokonują warunki życia. Dziedziczenie usposobienia do krzywicy ma ważne znaczenie społeczne ze względu na zagadnienie, o ile nowożytna higiena wpływa na upośledzenie rasy. Rozwój higieny umożliwia utrzymanie przy życiu krzywiczych osobników, które przenoszą skłonność do tej choroby na potomstwo, stąd coraz większa ilość osobników, fizycznie mniej wartościowych. Ze swoich uwag wysnuwa autor wskazówki praktyczne następujące: zbliżenie o ile można sposobu życia noworodków i niemowląt do naturalnych warunków życia zwierząt; zatem karmienie przez matkę, dużo powietrza, dużo ruchu i nie tamujące tych czynników ubranie.

Żeleński.

Schlossman. **O pielęgnowaniu chorych osesków, ze szczególnem uwzględnieniem nowego schroniska dla niemowląt w Dreznie.** (*Archiv f. Kinderheilk.* T. 43). Autor obszernie opisuje organizacyę nowego drezdeńskiego zakładu, którego jest twórcą i kierownikiem. Z naciskiem zaznacza S., iż zakład dla chorych niemowląt nie może istnieć bez odpowiedniej ilości mamek; drezdeńskie schronisko pierwsze w Niemczech zastosowało w szerszej mierze mleko kobiece wprost jako środek leczniczy. Zapatrywanie Bungego, jakoby zdolność kobiet do karmienia zanikała, uważa S. za nieuzasadnione; upadek karmienia naturalnego jest winą tych, do których przeprowadzenie tego należy, t. j. położnych i lekarzy. Z 208 mamek, badanych w zakładzie w ciągu r. 1904, tylko 25 miało dziennie mniej, niż 500 gr.; bardzo wiele mogło wyżywić dwoje dzieci, a kilkanaście miewało 2 lub nawet 3 litry dziennie. Rzekome nieznoszenie przez dziecko mleka tej lub owej mamki, tak częste w praktyce, przypisuje S. przekarmieniu dziecka, którego objawów nieraz nawet lekarze nie umieją rozpoznać. Zakład dla niemowląt musi rozporządzać dostateczną ilością mleka kobiecego; zniżenie tej ilości uwidacznia się prawie bezpośrednio w zwiększeniu odsetka śmiertelności. Zainteresować mamki wynikami żywienia zdołał S. skutecznie zapomocą premii pieniężnych. S. jest przeciwnikiem wszelkiej specyalnej dyety dla mamek, a zwłaszcza t. zw. „niedrażniącego“ sposobu żywienia. Najlepiej, jeżeli karmiąca je to, do czego jest przyzwyczajona i tyle, ile sama chce; jako napój zaleca S. świeże lub gotowane mleko w ilości 2—3 l. dziennie. Zakład drezdeński utrzymuje dla dobra ogółu biuro mamek, dające publiczności pewność, iż otrzymuje z zakładu osobę zdrową i pod każdym względem na mamkę się nadającą; — zakład zaś opiekuje się dzieckiem mamki, które po odkarmieniu przez tę mamkę w zakładzie, umieszcza potem u zaufanej i przez zakład nadzorowanej kobiety. Koszta umieszczenia dziecka pokrywają chlebodawcy, zatrudniający mamkę. Skasowanie prywatnych biur mamek i oddanie sprawy zakładom publicznym byłoby najskuteczniejszym środkiem polepszenia stosunków, gdyż tylko dłuższe spostrzeganie i matki i dziecka pozwala ocenić, czy ta matka nadaje się na mamkę. Hamburg utworzył już posadę lekarza dla badania mamek. Schmalfuss podaje, iż na 10.000 mamek stwierdził u 508 napewno kiłę. Mleko otrzymuje zakład drezdeński z wzorowej obory akademii wetorynaryi w Dreznie. Wszystkie dzieci, pomieszczone przez zakład u wychowawczyń, jakoteż oddane z zakładu po wyleczeniu matkom, otrzymują całodzienne pożywienie z zakładu. W ten jedynie sposób zapobiedz można nawrotom chorób przewodu pokarmowego. Bardzo często żądają matki po kilku dniach dla dziecka większej poreyi, niż podawana w zakładzie; przyczyna tych żądań leży w błędnych pojęciach matek o potrzebach dziecka. Ogromny nacisk kładzie S. na inteligencyę i sumienność dozorczyń w zakładzie. Na jedną dozorczynię powinno przypadać co najwyżej 4 dzieci w dzień, a 8 w nocy. Wykształcenie dozorczyń opiera się na zasadzie, iż aseptyka jest podstawą pielęgnowania niemowlęcia. Stąd konieczność oddzielnego zupełnego inwentarza dla każdego dziecka (także wanny); gruntowne mycie rąk przed i po dotknięciu każdego niemowlęcia jest jaknajsurowiej przestrzegane. Wielką wagę przywiązuje S. do pielęgnowania skóry, do czego poleca puder vasenol; w razie płynnych wypróżnień stosuje zapobiegawczo na zagrożone części skóry maść vasenolową. Za potężne czynniki lecznicze, w pielęgnowaniu niemowląt niedość uwzględniane, uważa S. światło i powietrze. W zakładzie drezdeńskim w lecie przepędzają dzieci w kolebkach cały dzień, a jeżeli noce są ciepłe, to i całe doby na werandach; ale i w zimie korzysta się w zakładzie z każdego promienia słonecznego, a niektóre dzieci leżą nawet po kilka godzin na powietrzu, oczywiście pod bardzo ciepłem przykryciem i z kamionkami z gorącą wodą w kolebce. Dla dzieci wątłych (atroficznych) jest takie leczenie powietrzem najsilniejszym środkiem pobudzającym. To przeświadczenie nasunęło autorowi pomysł letniego schroniska w lesie. Dzięki pomocy władz pomysł ten urzeczywistnił się i obecnie pewna liczba niemowląt spędza w lecie dni całe w leśnem powietrzu, lub w kąpieli piaskowej z wynikiem znakomitym. W żywieniu sztucznem niemowląt zaleca S. indywidualizować, przyczem nie idzie tak daleko w obawie tłustego pożywienia i w rozcieńczaniu mleka, jak szkoła wrocławska. Do żywienia mieszanego przechodzi S., dodając naprzód potrawy roślinne (różne jarzyny w formie purée). Rosołu ani mięsa w pierwszych dwóch latach nie podaje. W końcu zwraca S. uwagę na znaczenie pedagogiczne tak zorganizowanego zakładu, zarówno dla przyszłych matek, z których wiele jako ochotniczki pełni obowiązki dozorczyń-uczennic, jak i dla młodych lekarzy. Doskonalenie się zakładu odzwierciedla się w odsetku śmiertelności, który z 41 prc. w roku 1898, zmniejszając się stopniowo, spadł w roku 1904 do 23 prc.

Żeleński.

Dauchez: **Czy białkomocze przerywane wieku dziecięcego zależą od zapaleń nerek.** (*Arch. de méd. des enf.*, luty, 1906). Na podstawie własnych spostrzeżeń i piśmiennictwa odróżnia przedewszystkiem autor dwie odmiany białkomoczu przerywanego: ortostatyczny, pojawiający się tylko w postawie pionowej i okresowy, nie zależny od postawy, z okresem zwykle bardzo regularnym, rannym, popołudniowym, lub wieczornym: w nocy wydzielanie białka ustaje. Obie odmiany mogą być albo ściśle czynnościowe — wtedy stan ogólny jest dobry, mocz nie zawiera wałeczków ziarnistych, ciśnienie tętnicze nie jest wzmożone, dyeta mleczna nie obniża białkomoczu, — albo są one wyrazem lekkiego, często tylko częściowego, ogniskowego zapalenia nerek. Znajdujemy wtedy i inne objawy: bladość i nalanie twarzy zadyszkę, bole głowy, niezdolność do pracy, krwotoki nosowe, podniesienie ciśnienia tętniczego, w moczu nierzadko wałeczki ziarniste. Niejednokrotnie stwierdzić można związek z chorobami zakaźnemi, szczególniej płonicą; dyeta mleczna ma wpływ korzystny, wybryki mogą wywołać zaostrzenie się sprawy. I te przypadki mogą się skończyć wyleczeniem, niekiedy jednak rozwija się marskość nerki.

Lewkowicz.

J. Bókay. **Nowe doniesienie o leczeniu miejscowem owrzodzeń odleżynowych krtani.** (*Arch. de méd. des enf.*, luty, 1906). Autor zwraca się przeciw zasadzie Eschericha i jego zwolenników, że w przypadkach dławca błoniczego, jeżeli nie można po 5 dobach intubacyi usunąć rurki, należy ze względu na obawę odleżyny wykonać tracheotomię. Wskazaniem mogłaby być tylko obecność odleżyny (plamy czarne na rurce!), nie obawa przed nią. Ale nawet istniejącą już odleżynę można wyleczyć zapomocą rurek metalowych z szyjką węższą, a szczególnie rurek, obwiedzionych żelatyną, impregnowaną sproszkowanym ałunem. Intubacya trwała wogóle 6—20 dób, a mimo to nie powstawały głębsze zmiany w krtani i dzieci ochronione zostały od następowej tracheotomii.

Lewkowicz.

Kien. **Odra w Strasburgu, w szczególności w klinice tamtejszej i kombinacye odry z błonicą i płonicą,**

spostrzegane w latach 1903/1904. (*Jahrb. f. Kinderh.*, t. 63, luty, 1906). Z zestawień autora wynika, że odry wcale nie można uważać za chorobę łagodną. Statystyka miejska ze 107 lat stwierdza z odry 3538, z płonicy tylko 2144 (stosunek 5 : 3) przypadków śmierci. Śmiertelność w klinice wynosiła w odrze 7·6 prc., w płonicy 10·6 prc. Z innych szczegółów pracy zasługuje na uwagę opis dwóch przypadków zakażenia śródmacicznego. Matki bezpośrednio przed rozwiązaniem przebyły odrę. Wysypka u dzieci pojawiła się w jednym przypadku w 5 dni po urodzeniu, w drugim stwierdzono ją zaraz przy urodzeniu. *Lewkowicz.*

Paula Philippson. **Doświadczenia nad wydzielaniem chlorków przy ortostatycznym białkomoczu.** (*Jahrb. für Kinderh.*, t. 63, luty, 1906). U wszystkich badanych wydzielanie chlorków spadało w postawie pionowej (ortostatyzmie) mniej więcej do połowy ilości, wydzielonej przy leżeniu w łóżku. Zmniejszenie to częściowo się wyrównywało skutkiem wzmożonego wydzielania podczas nocy, następującej po dniu spędzonym poza łóżkiem. Jednak wyrównanie to nie było zupełne, a ilość chlorków, wydzielanych przez całą dobę, była i tak zmniejszona. Takie zachowanie się chlorków stwierdzono także przy zmianach zapalnych nerek. Przeciwnie u dzieci zdrowych nie można stwierdzić wpływu położenia ciała na wydzielanie chlorków. Także i ilość wydzielanego moczu zależy u dzieci z białkomoczem ortostatycznym od położenia ciała. Wydzielanie chlorków po wprowadzeniu większej dawki chlorku sodowego (7 gr.) może być znacznie opóźnione, bywa jednak w niektórych przypadkach przyśpieszone, lub prawidłowe. *Lewkowicz.*

Švehla. **O nowych objawach zboczeń błony śluzowej odbytnicy, szczególnie o rozpadlinach odbytu z objawami zapalenia stawu biodrowego.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, t. 63, luty, 1906). Wyprzanie odbytu, z jakiegokolwiek powodu powstałe, może być u osesków i młodych dzieci przyczyną gwałtownych bólów moczyskowych, a to skutkiem odruchowo powstającego skurczu zwieracza odbytu i nagromadzenia się ponad zwieraczem stolca i gazów. Odprowadzenie stolca i gazów zapomocą odpowiedniego drenu, zastosowanie maści cynkowej i czopków z 0,01 kokainy usuwa dolegliwości. Od wyprzania odbytu może zależeć także trwałe zaparcie stolca i bóle w kończynach z niemożnością chodzenia lub utykaniem.— Przy rozpadlinie odbytu spostrzegał autor u dzieci starszych w kilku przypadkach objawy, łudząco podobne do objawów gruźliczego zapalenia stawu biodrowego: znamienne ułożenie kończyny (zgięcie, przyciągnięcie, skręcenie na wewnątrz), bolesność przy ruchach, niekiedy przy uderzeniu w piętę lub w krętarz, wygięcie boczne kręgosłupa. Nie stwierdzano jednak ograniczenia ruchomości stawu przy ustaleniu miednicy. Objawy, któreby wskazywały bezpośrednio na rozpadlinę odbytu, bywają temi dolegliwościami zamaskowane i pomyłki rozpoznawcze zdarzają się. Badanie odbytu wykrywa właściwą przyczynę, a leczenie odpowiednie (kąpiele nasiadowe po każdym stolcu, a zresztą trzy razy dnia, maść kokainowa 2 prc., czopki z 0,01 kokainy dwa razy dnia, leczenie zaparcia stolca) szybko usuwa objawy. *Lewkowicz.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Skutsch. **O powstawaniu krwisteku zamacicznego.** (*Arch f. Gyn.* T. 77, Z. 1). Według obecnych naszych wiadomości najczęstszą przyczyną krwisteku zamacicznego jest ciąża trąbkowa. Krwistek z innych przyczyn należy do rzadkości. W przeważnej części przypadków nie następuje w przebiegu ciąży trąbkowej pęknięcie trąbki pod naporem rosnącego jaja, lecz poronienie trąbkowe. I tutaj możemy mówić o poronieniu zupełnem i częściowem: poronienie częściowe wywołuje uporczywe krwawienia do jamy brzusznej, cechujące się powolnym rozwojem objawów niedokrwistości. Ale i przy t. zw. pęknięciu trąbki nie powstaje właściwie jej pęknięcie w ścisłem tego słowa znaczeniu, ale nadżarcie ściany wskutek wrastania jaja płodowego w ścianę trąbki. Przeważnie powstaje nadżarcie na małej przestrzeni; miejsce to zatyka się skrzepami i krwotok chwilowo ustaje, często jednak powraca. Częstokroć mimo bardzo małego pęknięcia może powstać krwotok bardzo duży, niekiedy śmiertelny. Krwistek zamaciczny bywa zwykle skutkiem poronienia trąbkowego; przy pęknięciu trąbki powstaje zwykle krwotok do wolnej jamy brzusznej. Otorbienie krwisteku nie jest jego przyczyną, jak to dawniej sądzono, lecz następstwem: ścianę tworzy młoda tkanka komórkowa i stąd łatwość przerwania zrostów. Zrosty, poprzednio w jamie Douglasa się znajdujące, ułatwiają jednak powstawanie skrzepów i stwarzają warunki, sprzyjające powstawaniu krwisteku. Dlaczego krew wylana nie ulega wessaniu, lecz krzepnie i otarbia się, nie jest dotąd rzeczą wyjaśnioną. Objawy przewlekłego zapalenia otrzewnej miednicy, spotykane w tych przypadkach, uważa Werth nie za tegoż przyczynę, lecz za skutek. Sądzi on, że w miednicy małej są warunki, sprzyjające krzepnięciu krwi, mniej się w niej udziela ruch jelit i przepony, które ułatwiają wessanie. Przy poronieniu trąbkowem krwotoki się ponawiają, krew później wylana napotyka stosunki już zmienione i warunki mniej korzystne dla wessania. — Na podstawie całego szeregu doświadczeń na zwierzętach dochodzi autor do następujących wniosków: Słusznie zarzucono zapatrywanie Schrödera, że krwistek zamaciczny powstaje skutkiem wylania się krwi do przestrzeni już otorbionej. Obszerność miednicy ludzkiej sprzyja nagromadzaniu się w niej większej ilości krwi. Pętle jelitowe zostają usunięte ku górze. Im mniej krew wylana styka się z jelitami, tem mniej jej zabiera z miednicy ruch robaczkowy, tem trudniejsze wessanie. Krew, wylana do małej miednicy, tworzy podnietę do wytwarzania się zrostów. Jakie znaczenie dla krzepnięcia mają nieprawidłowe przymieszki, jak wydzielina trąbki, cząstki jaja płodowego, dotąd nie rozstrzygnięto. To jest pewnem, że skrzepy krwi zlepiają się z otoczeniem. Ważnym czynnikiem etyologicznym krwisteku jest to, że do jamy brzusznej dostają się przy poronieniu trąbkowem skrzepy już uformowane i że krwotok w odstępach ponawia się, stare bowiem skrzepy sprzyjają krzepnięciu krwi świeżo wylanej w ten sposób powiększa się guz pierwotny. *Dr. Przybylski.*

Dr. Franckenstein. **O sztucznem napełnianiu pęcherza przy operacyach ginekologicznych, zwłaszcza brzusznych, jako środku zapobiegającym pooperacyjnej niemożności oddawania moczu, oraz tworzeniu się martwych przestrzeni w miednicy.** (*Beitr. zur Geb. u. Gyn.* T. X, Z. 2). Przyczyny pooperacyjnego zatrzymania moczu są różne. U wielu kobiet istnieje pewne osłabienie unerwienia pęcherza, wskutek czego nawet pozornie nieznaczne przyczyny, jak strach, poziome ułożenie, obecność drugich osób i t. p. upośledzają lub uniemożliwiają oddawanie moczu. Po operacyach przyłącza się zmiana w prawidłowem odczuwaniu pełności pęcherza, ubywa współdziałanie tłoczni brzusznej, czy to z powodu bólu, czy też zmniejszania się treści jamy brzusznej. Nie bez znaczenia są też urazy, na jakie pęcherz przy operacyach ginekologicznych w mniejszym stopniu bywa narażony i to najczęściej przy operacyach pochwowych. W r. 1890 polecił Werth napełnianie pęcherza moczowego przed zamknięciem powłok brzusznych jako środek przeciw pooperacyjnemu zatrzymaniu moczu. Skuteczność tego sposobu stwierdzono w klinice ginekologicznej w Kiel. Pęcherz napełniano 350—400 ctm. ciepłego roztworu fizyologicznego soli z dodatkiem 10—20 ctm. mieszanki jodoformowej. Robiono to, i na to autor kładzie nacisk, przed zamknięciem powłok. Przy tem postępowaniu zmniejszyła się częstość niemożności moczenia o 45.3 prc. przy cięciach brzucha, o 12—22 prc. przy operacyi Aleksandra-Adamsa. Przy operacyach pochwowych wyniki są gorsze, niż przy cięciach brzucha. Autor badając wspomnianą niezdolność moczenia w przypadkach, operowanych bez napełniania pęcherza, zauważył, że zwykle dowolne oddanie moczu zjawia się po pierwszym stolcu lub z chwilą pojawienia się nieżytu pęcherza. Nieżyt taki rozwija się nietylko u chorych cewnikowanych, lecz i u tych, które od początku same mocz oddawały. Autor tłómaczy to tem, że i one nie opróżniały pęcherza całkowicie, wskutek czego stale pozostawała pewna ilość moczu zastoinowego, sprzyjającego rozwojowi drobnoustrojów i powstawaniu nieżytu. Zakażenia pęcherza z powodu cewnikowania można uniknąć, przestrzegając czystości i dodając do roztworu soli dla pewności 10—20 ctm.^{3} zawiesiny jodoformowej. Po wycięciu guzów ginekologicznych pogłębia się zatoka Douglasa i wytwarza się przestrzeń, sprzyjająca nagromadzeniu się w niej krwi. Wyżej wspomniane martwe przestrzenie mogą dalej wywoływać przemieszczenie jelit i następową ich niedrożność. Wypełnienie pęcherza sprzyja przywróceniu stosunków, podobnych do prawidłowych, szybkiemu zrośnięciu się otrzewnej zatoki Douglasa, zapobiega więc tworzeniu się przestrzeni martwych i ich następstwom. *Dr. Przybylski.*

M. Henkel. **Kilka słów o pubiotomii. Przypadek miednicy ścieśnionej i łożyska przodującego środkowego. Pubiotomia. Cięcie cesarskie pochwowe. Obrót i wydobycie płodu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 8). Liczne modyfikacye pubiotomii wywołała obawa przed zakażeniem i krwotokiem. H. na podstawie własnych 9 przypadków nie obawia się krwotoku. Ucisk krótki zawsze wystarcza. Opisane nieliczne przypadki dużych krwiaków zdają się mieć źródło w skaleczeniu splotu sromnego (*plexus pudendi*), lub w obrażeniach ubocznych wogóle. Chcąc ich uniknąć i przeprowadzić igłę podokostnie, jakoteż zoryentować się, w którem miejscu kość należy przepiłować, uważa H. za niezbędne cięcie poziome na 2—3 cm. przy górnym brzegu kości łonowej, które umożliwia oddzielenie okostnej zapomocą skrobaczki i palca. Uważając, podobnie jak Stoeckel, pubiotomię za operacyę, przeznaczoną do uzyskania płodu żywego, wykonuje ją autor tylko tam, gdzie drogi miękkie są już przygotowane do szybkiego w razie potrzeby przeprowadzenia płodu zapomocą kleszczy lub obrotu, i to bez nara-

żenia części miękkich matki (a więc nie u pierwiastek). Nadzieja zastąpienia pubiotomią całego szeregu operacyi, jak: obrót zapobiegawczy, kleszcze wysokie, sztuczny poród przedwczesny, cięcie cesarskie ze wskazania względnego i wymóżdżenie płodu żywego, jest niewłaściwym optymizmem. Każda z tych operacyi ma swe wskazania. Ze względu na samą miednicę jest pubiotomia przeciwwskazaną przy miednicy płaskiej ze sprzężną prawdziwą 6·75 cm., przy ogólnie ścieśnionej poniżej 7·6 cm. Pubiotomia i symfizeotomia wywołują jednaki stopień rozszerzenia miednicy. Trudności w ścisłem określeniu wskazania do pubiotomii sprawiają, że należy ją uważać za operacyę specyalistów, a nie, jak chcą niektórzy, za operacyę praktyków; wytrawna asysta jest niekiedy niezbędną. — W końcu przytacza II. przypadek łożyska przodującego u wieloródki z końcem ciąży, z miednicą krzywiczą płaską i sprzężną pr. 7¾—8 cm. Dwa poprzednie porody skończyły się wymóżdżeniem. Wobec pragnienia matki, by mieć dziecko żywe, zaniechano pierwotnej myśli klasycznego cięcia cesarskiego, a wykonano z końcem ciąży pubiotomię i cięcie cesarskie pochwowe. Krwotok bardzo nieznaczny; operacya trwała 13 minut; płód 2750 gr., omdlały, docucono.

B. Wojciechowski.

Kroemer. **W sprawie rozszerzenia miednicy przy hebotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 8). Badania K. na zwłokach dowiodły, że przy jaknajsilniejszem odwiedzeniu kończyn dolnych, zgiętych w kolanie, i skręcenia na zewnątrz wynosiła szczelina w kości zaledwie 3 cm., a wymiar prosty powiększał się nieznacznie. Najkorzystniejszem podczas hebotomii było mierne odwiedzenie i nieznaczne skręcenie ud na zewnątrz, zaś podczas występowania główki — przywiedzenie. — K. przytacza przypadek hebotomii u 26-letniej wieloródki. Poród I. przedwczesny, siłami przyrody, płód zmarł po miesiącu; II. poród siłami przyrody w położeniu Walchera, płód 3100 gr., główka wydłużona; wśród III. porodu objawy grożącego pęknięcia macicy, wgniecenie główki w uśpieniu, kleszcze wysokie, głęboki wgniot w czaszce, płód żywy, 2850 gr.; przy IV. porodzie przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego, nadmierne rozciągnięcie dolnego odcinka, położenie Walchera bezskuteczne, hebotomia (przy ciepł. 37·6, tęt. 108, białku w moczu, lichem tęt. płodu), łatwe kleszcze, płód żywy. Krwotok krótki, pęknięcie głębokie pochwy w obrębie przecięcia kości, lecz nie dosięgające do rany kostnej; krwotok z ciał jamistych i splotu łonowosromnego wymagał okłucia; zeszycie pochwy i ran zewnętrznych; mocz krwawy, cewnik na stałe. W połogu obrzęk lewej nogi; w wardze większej krwiak, który sam przebił. Od 4.—10. dnia ciepł. do 38·6; od 2. dnia mocz jasny. 16. dnia stwierdzono zrost kości, rozstęp płaszczyzn przepiłowania na palec i malutką przetokę pęcherzowo-pochwową przy napełnieniu 300 gramami. Röntgenogramy stwierdzają znaczny rozstęp kości kosztem stawu krzyżowo-biodrowego i wytworzenie się wchodu o kształcie, właściwym miednicy skośnej. Operacya nie nadaje się do wykonywania w domu prywatnym. Łączenie pubiotomii ze sztucznym porodem przedwczesnym znajdzie częściej zastosowanie. Po pubiotomii daje K. obrotowi pierwszeństwo przed kleszczami, pamiętać jednak należy, aby rączki uwolnić wysoko, bez zbyt nizkiego ściągania tułowia.

B. Wojciechowski.

L. Seeligmann. **W sprawie hebotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 8). Po wstępie polemicznym opisuje S. podany już dawniej swój sposób operowania. Mianowicie robi on krótkie, głębokie nacięcia zarówno przy górnym, jak dolnym brzegu kości łonowej, wprowadza palec do rany dolnej, oddziela nim części miękkie od dolnego brzegu kości, potem posuwa poza kością palec ku górze, dążąc naprzeciw igły, wprowadzonej przez ranę górną i wyprowadza igłę pod osłonę palca przez ranę dolną; kontrola od pochwy zbyteczna. Następuje opis 2 dalszych szczęśliwych przypadków hebotomii. S. nie sądzi, by hebotomia mogła się nadawać do wykonywania w domu prywatnym. Po operacyi należy poród ukończyć. Przy dużym niestosunku porodowym uważa S. obrót, o ile naturalnie niema innego przeciwwskazania, za zabieg łagodniejszy od kleszczy.

B. Wojciechowski.

F. Jossen. **Nieudana pubiotomia; symfizeotomia. Żywa matka, żywy płód.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 8). Rzecz działa się w nędznych warunkach praktyki prywatnej. Wieloródka z miednicą płasko-krzywiczą, ze sprzężną prawdziwą 8·5, straciwszy dwoje dzieci wśród porodów, zapragnęła dziecka żywego. Na wywołanie porodu przedwczesnego nie zgadza się. Leczenie metodą Prochownika. Po 30 godzinach silnych bólów główka nad wchodem, rodząca wyczerpana. Pubiotomia podskórna. Podczas piłowania pękła piłka. Wobec silnego krwotoku nie wprowadzał J. powtórnie igły na ślepo, lecz wykonał symfizeotomię, poczem zaraz główka zstąpiła; kleszcze łatwe; płód miał 3-krotnie około szyi okręconą pępowinę, urodził się siny, lecz dał się docucić. Pochwa pękła po stronie, odpowiadającej pubiotomii. W 5. dniu połogu 38·5°. Spojenie i części miękkie zgoiły się gładko. Po 5 tygodniach mogła chora dobrze chodzić.

B. Wojciechowski.

Kannegiesser. **W sprawie hebotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 8). Stoeckel przypisuje Walcherowi zasługę, że w miejsce częściowo podskórnej operacyi Döderleina obmyślił pubiotomię zupełnie podskórną. K. prostuje to zapatrywanie: w klinice drezdeńskiej 6½ miesięcy wcześniej od Walchera wykonano już pubiotomię metodą zupełnie podskórną.

B. Wojciechowski.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Noiré. **Jakie lampy są najodpowiedniejsze do radyoterapii.** (*Presse médic.* Nr. 12, 1906). Na podstawie bardzo licznych spostrzeżeń z pracowni prof. Sabouraud w Paryżu dochodzi autor do przekonania, że lampy roentgenowskie do celów leczniczych powinny odpowiadać trzem następującym warunkom. 1) Antykatoda ma być dość gruba, gdyż promienie katodowe przenikają metal, przy cienkiej zatem antykatodzie część promieni katodowych traci się. 2) Szkło lampy ma być cienkie, gdyż szkło pochłania promienie X, przez co wydajność lampy się zmniejsza. Szkło nie powinno zawierać ołowiu i nie powinno być zabarwione niebiesko. 3) Za najstosowniejsze uważa autor lampy małe o średnicy poniżej 8 cm. Przy lampach większych siłą rzeczy chory musi być więcej oddalony od antykatody, a ponieważ ilość promieni X zmniejsza się proporcyonalnie do kwadratu z odległości, przeto działanie lamp większych musi być słabsze. Wskazanem jest użycie lokalizatora ze względu na osłonięcie zdrowych części chorego i ciała lekarza. Przy użyciu lokalizatora iskry, przechodzące od lokalizatora do elektrod, często rozbijają lampy; ale i tu łatwiej ulegają rozbiciu lampy duże, niż małe.

Mostowski.

Kaczvinsky. **O leczeniu róży.** (*Monatshefte fur prakt. Dermat.* T. 42, 1906, Nr. 4). Ze środków, dotychczas używanych w leczeniu róży, żaden nie dawał zadowalniających wyników. Stąd też prof. Rona, opierając się na 5000 własnych przypadkach, twierdzi, że w róży środkami, dotąd stosowanymi, żadnego korzystnego wpływu na przebieg choroby nie można osiągnąć. Również i autor był dawniej tego samego zdania. Pierwszy przypadek, który naprowadził go na szczęśliwą myśl podawania w róży chininy, dotyczył dziesięcioletniej dziewczynki, u której w pobliżu gruźliczego owrzodzenia na szyi wybuchła gwałtownie róża. Ponieważ wszelkie środki zewnętrzne, jak okłady z octanu glinowego, pędzlowanie klemą (*collodium*) zdrowej skóry w celu ograniczenia postępu choroby, okłady z bezwodnego wyskoku i t. d. były bezskuteczne, a stan chorej wśród gorączki stałej 40° C. ciągle się pogarszał, przeto w celu obniżenia ciepłoty podano najpierw fenacetynę, a następnie, gdy po podaniu tego środka gorączka tylko chwilowo spadała, chininę w dawce ćwierćgramowej w odstępach sześciogodzinnych. Skutek był zdumiewający. Już w ciągu pierwszych 12 godzin działania chininy zajęte różą miejsca zbladły przy wybitnym spadku ciepłoty i znakomitej poprawie ogólnego stanu, a po dwóch dniach leczenia choroba zupełnie i bezpowrotnie ustąpiła. W 70 przypadkach róży, leczonych potem w ciągu lat trzech, stosował K. garbnikan chininy po 0·75 na dawkę i otrzymał jak najlepsze wyniki. Choroba w żadnym z tych przypadków ponad tydzień się nie przeciągała, a gorączka już w trzecim dniu zwykle zupełnie ustępowała. To przemawia zdaniem autora za swoistem działaniem chininy na drobnoustroje róży i odróżnia chininę od innych środków dotychczas używanych, a mogących mieć co najwyżej znaczenie w objawowem leczeniu róży.

Dr. Stopczański.

Prof. Zeissl. **Kilka uwag o leczeniu kiły.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 39). Ogólnej reguły dla leczenia kiły postawić nie można, lecz każdego chorego należy leczyć odpowiednio do jego usposobienia: wszystkie znane sposoby leczenia kiły są potrzebne, bo nieraz jeden z nich dobrze działa tam, gdzie wszelkie inne nie odniosły żadnego skutku. Na podstawie swego doświadczenia Z. sądzi, że ogólne leczenie zapobiegawcze rtęcią (Praeventivbehandlung) opóźnia tylko ostateczne wyleczenie kiły i wywołuje liczniejsze nawroty, aniżeli się to zdarza bez leczenia zapobiegawczego, dalej, że sprzyja ono powstawaniu kilaków na skórze i zmian ośrodkowego układu nerwowego. Często też stają się wykwity skórne przy stosowaniu rtęci już w czasie pierwszej osutki silniejsze i czerwieńsze, co sprawia nawet wrażenie rumienia lekarstwianego. Z. rozpoczyna więc leczenie rtęcią dopiero wtedy, gdy pierwsza osutka zaczyna blednąć. Na pierwszą kuracyę poleca on 40 wcierań po 3—5 g. szarej maści, albo 40 wstrzykiwań po 0·01 sublimatu lub innego rozpuszczalnego przetworu rtęciowego, albo też 10—20 wstrzykiwań silniejszych. Do sublimatu należy prócz chlorku sodowego dodawać i alkoholu, przez co wstrzykiwania stają się mniej bolesne. Do wstrzykiwań codziennych zapisuje Z.: *Sublimati corros. 1·0 Spirit. vini rectif. Natrii chlorat. aa 0·5 Aq. dst. 100·0.* Równocześnie i po

skończeniu pierwszej kuracyi rtęciowej podaje Z. 1—2 g. jodku potasowego dziennie. Jeśli przynajmniej przez rok nie pojawiły się żadne objawy kiłowe, pozwala Z. na zawarcie małżeństwa, lecz chory musi zawsze leczyć się jeszcze przez kilka tygodni rtęcią i jodem; postępując, nie widział Z. nigdy kiły dziedzicznej u dzieci swych chorych. Natomiast energiczne leczenie rtęcią z początku choroby nie zawsze zdoła zapobiedz późnym kilakom i innym ciężkim zmianom kiłowym. Różni chorzy rozmaicie znoszą niektóre przetwory rtęciowe i chory n. p., który zupełnie nie znosi wstrzyknięć podskórnych, znosi nieraz doskonale energiczne wcierania, lub leczenie wewnętrzne rtęcią. Tą szczególną wrażliwością na pewne przetwory należy tłómaczyć spostrzegane w ostatnim czasie przypadki śmierci po użyciu salicylanu rtęci, w których Neubeck zauważył jeszcze, że skóra palców podobnie się łuszczyła, jak w płonicy. Jeżeli jeden sposób leczenia rtęcią nie skutkuje, należy próbować innych sposobów. Zdarzają się nieraz przypadki kilaków, w których ani przetwory jodowe, ani rtęciowe nie działają. Wobec rozległych wrzodów na skórze zaleca się sublimatowe kąpiele dwukomórkowe Gaertnera albo duże kawałki plastra rtęciowego. Chory powinien przestrzegać pożywnej dyety białkowej i przebywać w czystem powietrzu. Napoje wyskokowe szkodzą, sprzyjając powstawaniu zmian kiłowych w ustach i gardle. Równie szkodliwą jest bezsenność i spółkowanie, które zresztą i tak nie jest dozwolone z powodu niebezpieczeństwa zakażenia osób drugich. *Dr Fels.*

OKULISTYKA. Villard. **Jaskra ostra w następstwie urazu gałki ocznej (jaskra urazowa.** (*Annal. d'Ocul.* Październik, 1905). Jaskra ostra, powstająca po silnych urazach oka bez pęknięcia gałki ocznej, jest zjawiskiem dość rzadkiem. Na podstawie 3 własnych przypadków i kilkunastu spostrzeżeń z piśmiennictwa, kreśli autor obraz kliniczny tego cierpienia, który w zupełności odpowiada jaskrze pierwotnej. Patogeneza jaskry urazowej dotychczas nie jest wyjaśniona; podobnie, jak w jaskrze pierwotnej, przyczynę tego cierpienia upatrują w rozmaitych czynnikach. Jaskra urazowa powstaje przeważnie u mężczyzn, jako bardziej narażonych na wszelkie urazy. Leczenie polega na zastosowaniu znanych środków leczniczych i zabiegów operacyjnych. W początkach cierpienia wystarczy przekłucie przedniej komórki lub sklerotomia przednia; gdy te zabiegi nie poskutkowały, należy bezzwłocznie wykonać szeroką irydektomię. *W. Reis.*

Vachor i Bailliart. **O całkowitej poprawie szkłami krótkowidztwa i jej wpływie na dalszy przebieg niedomiarowości i oderwanie siatkówki.** (*Annal. d'Ocul.* Listopad, 1905). Całkowitą poprawę niedomiarowości zapomocą szkieł stosują autorowie od r. 1902. Od tego czasu metoda ta coraz więcej zyskuje zwolenników. Na podstawie własnych spostrzeżeń i statystyk, podanych przez innych autorów, stwierdzają V. i B. dobroczynny wpływ tego postępowania na dalszy przebieg krótkowidztwa. Poprawa całkowita wprowadza napowrót dla oka niedomiarowego akomodacyę, jeden z czynników, regulujących krążenie śródgałkowe i usuwa zbieżność gałek, znużenie mięśni prostych wewnętrznych i następową niedomogę mięśniową. Poprawę jednak całkowitą należy stosować tylko u osobników z oczyma zdrowemi, oczy chore wymagają wprzód odpowiedniego leczenia. V. i B. postępują w sposób następujący: Oznaczają dokładnie stopień niedomiarowości i niezborności, poprawiają w całości krótkowidztwo u osobników młodych, u których stopień niedomiarowości, wyrażony w dyoptryach, niższym jest od wieku danego osobnika. W przeciwnym razie należy poprawę przeprowadzać stopniowo, starać się, by krótkowidze przestrzegali zapomocą znanych środków odległości 30 cm. przy pracy zblizka i stosowali się do ogólnych zasad higieny wzroku. U dzieci niżej lat 7 autorowie szkieł nie przepisują, by nie narażać młodocianych krótkowidzów na poważniejsze następstwa wskutek przypadkowego zranienia oka. Gdy mimo całkowitej poprawy i nadzorowania krótkowidztwa, niedomiarowość ciągle się powiększa, zalecają autorowie zupełny odpoczynek oczu i gimnastykę oczną, z początku każdego oka z osobna dla uniknięcia zbieżności, później zaś ćwiczenia obuoczne. — O tem, czy zupełna poprawa niedomiarowości zapobiega oderwaniu siatkówki, nie można na razie wydać ostatecznego sądu. Spostrzeżeń jest zbyt mało i czas stosunkowo za krótki. Ze spostrzeganych jednak 55 przypadków oderwania siatkówki (z wyłączeniem przypadków urazowych) tylko jeden chory nosił szkła przed oderwaniem, reszta nie nosiła wcale szkieł poprawczych, lub też znacznie słabsze, niż stopień niedomiarowości. *W. Reis.*

Prof. Wicherkiewicz. **O ostrem zapaleniu gruczołów łzowych.** (*Arch. d'opht.* 1905, Nr. 6). Zapalenie ostre gruczołów łzowych (*dacryoadenitis*) jest, zdaniem autora, dość częstem cierpieniem. Rozpoznać je łatwo po obrzmieniu bolesnem poniżej zewnętrznego brzegu łuku brwiowego. Często następuje zropienie gruczołu. Przyczyną zapalenia może być uraz (dwa spostrzeżenia własne), zakażenie miejscowe, lub wreszcie ogólna skaza ustrojowa. Jeśli przyczyną jest uraz lub zakażenie miejscowe, zmiana ogranicza się zwykle do jednego oka, natomiast zapalenie gruczołów na tle ogólnem często występuje obustronnie. Towarzyszy mu wtedy niejednokrotnie zapalne zajęcie ślinianek. Autor spostrzegał ostre zapalenie gruczołów łzowych w następstwie grypy, zimnicy, odry, wiewióra, a nawet w drugorzędnym okresie kiły. Naciek gruczołów łzowych, powstający w przebiegu lub następstwie wymienionych chorób ogólnych, zwykle kończy się wessaniem i powrotom do stanu prawidłowego. W razie zakażenia miejscowego, a zwłaszcza po urazie, następuje zwykle zropienie gruczołu. *K. W. Majewski.*

Guillery. **W sprawie oznaczania bystrości wzroku.** (*Archiv f. Augenh.* Tom LIII, 1905, Z. 2). Autor kilkakrotnie już w swych pracach poddawał krytyce zasadę, na której opierają się dotychczasowe sposoby oznaczania bystrości wzroku. Wiadomo, że jak dotąd, za jednostkę mierniczą przyjęty jest kąt widzenia = 1, bo pod takim conajmniej kątem muszą być widziane dwa punkty, aby średnie oko prawidłowe rozróżniło je jako dwa punkty, a nie wzięło za jeden (*minimum separabile*). G. wywodzi przedewszystkiem, że przeróżne optotypy, postaci liter, liczb lub innych znaków, nie mogą służyć do oznaczenia tego *minimum separabile*, gdyż widzialność ich zależy nietylko od stopnia bystrości wzroku, ale i od zmysłu odróżniania postaci (*Formensinn*), wszelkie zaś próby wymierzania bystrości tego zmysłu spełzły dotąd na niczem. Dlatego to zdarza się nieraz, że oko widzi tylko niektóre litery jednego i tego samego rządka tablicy Snellena, Landolta czy Weckera, niektórych zaś liter nie dostrzega mimo, że są tej samej, co tamte, wielkości. Nieraz się nawet zdarza, że badany odczytuje niektóre litery z następnego rządka, chociaż w poprzednim nie zdołał wszystkich rozróżnić. Autor stara się udowodnić, że zasadą mierzenia bystrości wzrokowej powinno być nie *minimum separabile*, lecz *minimum visibile*. W tym celu oddala on stopniowo od oka słabo świecący punkt i mierzy największą odległość, w jakiej oko punkt ten jeszcze dostrzega. Tym, którzy mogliby zarzucić, że, jak przy tablicach Snellena zmysł odróżniania postaci, tak tu zmiany zdolności odróżniania siły światła (*Lichtsinn*) mogą zmienić wynik pomiaru, odpowiada autor, że zmiany czucia świetlnego w szerokich nawet granicach na stopień bystrości wzroku nie wywierają żadnego wpływu. W pracy obecnej nie porusza autor pytania, czy i jak możnaby zasadę *minimum visibile* wprowadzić do praktycznej okulistyki. *K. W. Majewski.*

Groyer. **Choroby oczne, a samozatrucia żołądkowo-jelitowe.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 39). Znaną jest rzeczą, że w różnych chorobach oczu nie powiodło się dotychczas wykryć pierwotnej ich przyczyny. Do tych chorób należą niektóre postacie zapalenia twardówki, rogówki, tęczówki i ciałka rzęskowego, siatkówki, naczyniówki, nerwu wzrokowego, zaćmy, zmętnień i wybroczyn w ciałku szklistem, jaskry, zaniku nerwu wzrokowego, niedowidzenia połowiczego, mroczków migocących i środkowych, porażeń mięśni ocznych i pewnych zboczeń czynnościowych. W takich przypadkach stwierdził autor zboczenia w trawieniu z bolesnością uciskową w okolicy żołądka, lędźwi, pęcherzyka żółciowego, śledziony, typowe bóle w krzyżach i między łopatkami z rozpromienianiem się ku barkom i ramionom, bolesność uciskową miejsc wystąpienia bocznych gałęzi nerwów międzyżebrowych, splotu karkowego na tylnym brzegu mięśnia mostkowoobojczykowosutkowego, nerwu nad- i podoczodołowego, bródkowego, bóle rozpromieniające się w okolicy czoła, skroni i potylicy, silne bicie serca i nerwowe zaburzenia oddechowe. W moczu, niezawierającym cukru ani białka, stwierdzano odczyn indykanu w różnych odcieniach od zabarwienia błękitnego do ciemno-fioletowego według metody Obermayera. Indykan zaś powstaje przy sprawach gnilnych w przewodzie pokarmowym. Wobec tego sądzi G., że w przypadkach jego dostawały się do ustroju z jelit jady, które wywoływały zmiany i objawy to w tym, to w innym narządzie, w oczach zaś owe zmiany najbardziej stają się spostrzegalne. *Dr. Fels.*

Weill. **O schorzeniach oczu na tle gnilca.** (*Zeitschrift für Augenh.* 1905, Nr. 9). Autor miał sposobność badać oczy u chorych na gnilec, który szerzył się nagminnie w okolicach Strasburga r. 1902. Badał on 61 przypadków gnilca, w tem 19 ciężkich: w żadnym z tych przypadków nie znalazł wybroczyn na spojówce, ani na powiekach, ani też wogóle żadnych zmian zewnętrznych, t. j. na częściach dodatkowych i w przednim odcinku gałki ocznej. Co do powikłań śródgałkowych, o których mało kiedy czyta się w piśmiennictwie, to autor znalazł w 3 przypadkach zapalenie nerwu wzrokowego, w dwóch zapalenie siatkówki w plamce żółtej, a wreszcie w dwóch wybroczyny w siatkówce. Zapalenie nerwu wzrokowego uważa Weill za zmianę następową, powstałą wskutek krwo-

toku do pochewek nerwowych. Z wyjątkiem jednego przypadku we wszystkich innych zmiany oczne ustąpiły, nie pozostawiając trwałych następstw. *K. W. Majewski.*

Prof. Reuss. **Przyczynek do symptomatologii mroczków migących** (*scotoma scintillans*) **i kilka uwag o fosfenach uciskowych.** (*Archiv f. Augenheilk.* T. LIII, 1905, Z. 1). Mroczki migocące (*scotoma scintillans*, *amaurosis partialis fugax*, *migraena ophthalmica*), są jak wiadomo cierpieniem wyłącznie czynnościowem. Lekarz rozpoznaje tę chorobę tylko na podstawie opowiadań pacyenta, nie może bowiem ani zewnętrznem badaniem, ani zapomocą wziernika stwierdzić żadnych zmian podmiotowych w oczach chorego i to nietylko wtedy, gdy niema napadu, ale nawet podczas napadu. Chwilowe zamroczenie wzroku, ubytki w polu widzenia, widzenie połowicze, zygzaki świetliste, a wreszcie często po objawach ocznych następujący połowiczy ból głowy, — wszystko to same tylko przypadły podmiotowe, które niełatwo zdoła laik opisać trafnie i wyczerpująco. Dlatego cenne są spostrzeżenia, jakie na sobie porobili okuliści, dotknięci tem, bardzo zresztą rozpowszechnionem cierpieniem. Taką wiązankę nowych spostrzeżeń podaje Reuss, który od 8 lat co kilka miesięcy doznaje napadu tej choroby. Napad powstaje u niego zwykle, gdy wytęży wzrok przy niedostatecznem oświetleniu, lub z ciemności nagle wyjdzie na światło, ale nieraz i bez żadnej widocznej przyczyny. Dostawał on napadów podczas przyjmowania chorych, a raz nawet w czasie operacyi, którą z tego powodu musiał przerwać. Zaburzenie wzroku trwa zwykle około 20 minut, bolu głowy potem nie miewa, ale przed laty, zanim zaczął doznawać napadów, cierpiał często na migrenę. Widocznie migrena zamieniła się, jak to często bywa, na mroczki. Podczas napadu widzi autor szeroką, jasną, błyszczącą podkowę w prawym dolnym kwadrancie obuocznego pola widzenia. Wewnętrzna krawędź tej podkowy odcina się ostrą jasną linią od ciemniejszej przestrzeni środkowej. Zewnętrzna jej granica jest niewyraźna. Na jasnem tle tej podkowy ukazują się niezliczone ostrolinijne, nieświecące, a zatem czarne zygzaki, które przypominają autorowi Widmanstättenowskie figury na żelazie meteorycznem. Zygzaki te wykonują szybkie ruchy faliste, co sprawia uczucie migotania i choć bystrości wzroku nie upośledza, ale utrudnia patrzenie, a zwłaszcza czytanie. Ku końcowi napadu podkowa się powiększa, a wreszcie rozpływa i ginie. W przeciwnej stronie pola widzenia stwierdził autor perymetrycznie dość dużą przerwę (*scotoma absolutum negativum*), która jednak wcaleby na siebie nie zwróciła uwagi, gdyby się na nią nie skierowało umyślnie badania. Zachowuje się ona zatem zupełnie tak, jak plamka Mariottea. Przerwa ta utrzymuje się jeszcze czas jakiś po zniknięciu jasnej podkowy. Wszystkie te zjawiska uważa autor za obuoczne. Podjął on też próby ze szkłami barwnemi i przekonał się, o czem dotychczas wcale nie pisano, że zygzaki, występujące na tle jasnej podkowy, ukazują się wtedy w barwie dopełniającej. Na końcu pracy poświęca autor jeszcze kilka uwag fosfenom uciskowym, które mają wiele podobieństwa do zjawisk świetlnych, powstających w napadzie mroczków migocących. Stwierdził on mianowicie, że na tle barwnem fosfeny te ukazują się również w barwie dopełniającej. *K. W. Majewski.*

Cosmettatos. **O pewnej postaci rzekomej szpary tęczówki.** (*Pseudocoloboma iridis vel ectropium uveae congenitum*). (*Archiv für Augenheilk.* Tom LIII, 1905, Z. 2). Zdarzają się przypadki wrodzonej zmiany tęczówki, podobne na pierwszy rzut oka w świetle dziennem łudząco do wrodzonej szpary tęczówki (*coloboma iridis congenitum*). W oświetleniu ogniskowem i przy użyciu lupy można jednak stwierdzić, że w tęczówce niema żadnego ubytku, a pozorne wycięcie czarne jest w rzeczywistości warstewką barwika, przewiniętą przez brzeg źreniczny na przednią powierzchnię tęczówki. Autor podaje opis dwóch takich przypadków. W jednym z nich u 4-letniej dziewczynki tęczówka prawego oka pokryta była od strony nosa półksiężycowatym pokładem czarnego barwika. W drugim przypadku u 30-letniego mężczyzny znajdowały się na prawem oku przy brzegu źrenicznym trzy, a na lewem oku dwa trójkątne czarne barwikowe znamiona, z pozoru przypominające wręby źreniczne, jakie powstają przy pęknięciu zwieracza. W głębi oka nie znalazł autor ani w jednym, ani w drugim przypadku żadnego śladu innych szpar wrodzonych. Z piśmiennictwa przytacza autor podobne spostrzeżenia Ankego, Przybylskiego, Wicherkiewicza, Gloora, Hartrigea, Bürstenbindera i innych. Pamiętać należy, że oprócz opisanego wywinięcia warstwy barwikowej z tylnej na przednią powierzchnię tęczówki istnieją przypadki t. zw. częściowej szpary wrodzonej, gdzie wskutek rzeczywistego braku, w przednim tylko listku tęczówki odsłonięta jest na tej przestrzeni jej warstwa barwikowa. W pierwszym przypadku pokład barwikowy leży w poziomie tęczówki lub nawet nieco ponad jej powierzchnię wystaje, w drugim zaś przeciwnie warstwa barwikowa leży nieco głębiej, na dnie ubytku. *K. W. Majewski.*

Scholtz. **Przypadek cierpienia spojówki, przypominający** *conjunctivitis infectiosa Parinaudi* **z dodatnim wynikiem badania bakteryologicznego.** (*Archiv f. Augenheilk.* T. LIII, Z. 1, 1905). U 66-letniej właścicielki zakładu dorożkarskiego, mieszkającej w pobliżu stajen, wystąpiły w lewem oku objawy, przypominające z wielu względów opisaną przez Parinauda *»conjunctivite infectieuse d'origine animale«*. Spojówka powieki górnej była zaczerwieniona, rozpulchniona i zgrubiała, a w górnym załamku uderzała grupa żółtych pryszczyków, podobnych zupełnie do krostek, jakie wytwarza na skórze trądzik (*acne vulgaris*). Równocześnie z pojawieniem się objawów ocznych obrzmiał znacznie poniżej ucha lewego gruczoł limfatyczny, który wkrótce uległ zropieniu. Po wygnieceniu i wyłyżeczkowaniu zropiałych grudek z załamka górnego zapalenie spojówki pod wpływem łagodnego lapisowania w ciągu trzech tygodni ustąpiło. Zapomocą szczepienia na różnych pożywkach wyhodował autor z ropy wspomnianych krostek, oraz wydzieliny spojówkowej oprócz zwykłych pasorzytów worka spojówkowego (*bacillus xerosis*, *b. staphylococcus albus* etc.), prątka, któremu przypisuje w opisanym przypadku rolę etyologiczną. Są to krótkie pałeczki, układające się często w łańcuszki, złożone z 5 do 20 członków; nie posiadają widocznej otoczki, są nieruchome, nie wytwarzają zarodników, rosną dobrze na wszystkich pożywkach z wyjątkiem ziemniaka, zarówno w termostacie, jak i cieple pokojowej. Znamiennem dla prątków tych jest to, że barwią się tylko na obu końcach pałeczki, środek nie barwi się prawie wcale. Nie barwią się sposobem Grama. Na płytce żelatynowej wytwarza prątek ten okrągławe, nieco nad powierzchnię wystające, ostro ograniczone kolonie, barwy mlecznobiałej, lekko opalizujące. Żelatyny nie rozpuszcza. Na agarze wytwarza nalot gruby, śmietankowaty. W bulionie wytwarza po kilkunastu godzinach silne zmętnienie, a po kilku dniach na dnie biały osad, a na powierzchni grubą błonkę, która przy wstrząsaniu rozpada się na kawałki i opada na dno. Mleka nie ścina. Hodowle agarowe zaczynają po pewnym czasie wydawać niemiłą woń. Prątek ten zabija białe myszy w kilku dniach i daje się u nich wykryć w śledzionie i we krwi. Jeszcze wrażliwsze są kury, które po wstrzyknięciu 1 ctm.³ bulionowej hodowli dostają biegunki i po kilkunastu godzinach giną. Morskie świnki i gołębie są na jad tego prątka zupełnie odporne. Tylko zaszczepiony w rogówkę morskiej świnki wywołuje on silne, ale przemijające zaćmienie. Zakażanie worka spojówkowego u świnki morskiej nie dało wyniku. Własnościami temi zbliża się opisany prątek do prątka cholery kurzej, a raczej do jego odmiany opisanej przez Lehmanna pod nazwą *bacillus gallinarum*. Aby napewno stwierdzić chorobotwórcze znaczenie znalezionego mikroba w *conjunctivitis infectiosa Parinaudi*, uważa autor za konieczne dalsze spostrzeżenia kliniczne i bakteryologiczne. *K. W. Majewski.*

HIGIENA. Löwenstein. **Wpływ formaliny na mleko i zaczyn podpuszczkowy.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, Bd. 48). Blum, Bach i Benedicenti stwierdzili, że formaldehyd zamienia białka na połączenia metylenowe, których własności różnią się od własności białek rodzimych. Wpływ ten objawia się również i co do zachowania się związków tych wobec fermentów proteolitycznych, znosząc bądź zupełnie, jak przy trypsynie, bądź w znacznej części, jak wobec pepsyny, działalność fermentów. Wobec zalecenia przez Behringa formaliny do konserwowania mleka, podjął się L. zbadania wpływu formaliny na sernik i zaczyn podpuszczkowy: w doświadczeniach tych używał L. formaliny, zalecanej przez Behringa przy konserwacyi mleka. Wynik doświadczeń stwierdził ujemny wpływ formaliny w stopniu tem silniejszym, im czas działania formaliny był dłuższy. Po 96-godzinnem działaniu formaliny na mleko w rozcieńczeniu 1: 5000 objawiło się działanie zaczynu podpuszczkowego dopiero przy 300-krotnej dawce zaczynu (w stosunku do potrzebnej w warunkach zwykłych) i po 6 godzinach. Natomiast nie działa ujemnie formaldehyd płynny na zaczyn podpuszczkowy w roztworze soli kuchennej, gazowy zaś pozbawia siły podpuszczkę w proszku. *L. Bier.*

Kisskalt. **Wpływ wdychiwania kwasu siarkowego (SO_2) na powstawanie gruźlicy.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, T. 48). Rozległy użytek kwasu siarkawego w przemyśle do celów bielarskich, nieprzyjemne oddziaływanie na oddychanie już 0.003 prc. tego kwasu w powietrzu, brak danych statystycznych, na których oprzećby można wnioski co do wpływu tegoż związku na powstawanie chorób płucnych u robotników fabrycznych, zniewoliły autora do podjęcia odpowiednich doświadczeń na zwierzętach. Ilość odsetkowa gazu w powietrzu wynosiła 0.005—0,0076, była zatem nieco niższą od napotkanej w fabryce przez Lehmana. Króliki przebywały w mieszaninie tej godzin 9 na dobę; użyto królików częścią zdrowych,

częścią zakażonych gruźlicą ludzką, wolniej na te zwierzęta działającą. Wynik doświadczeń stwierdził obok dosyć rozmaitej wrażliwości zwierząt, wobec nieco większej ilości kw. siarkawego w powietrzu skłonność do drobnych wybroczyn w płucach, głównie zaś szybszy przebieg gruźlicy w płucach u tych zwierząt, aniżeli u kontrolnych. K. nie rozstrzyga pytania, czy przebieg gruźlicy przyśpieszył się wskutek usposobienia, wywołanego przez uszkodzenie nabłonka przez SO_2, a zatem anatomicznego, czy też wskutek zmniejszenia się zdolności obrony czynnikami fizyologiczno-chemicznymi: fagocytozą i fermentami. Jakkolwiek wywołano w doświadczeniach inny przebieg gruźlicy płucnej u królików, niż bywa u ludzi, można jednak, zdaniem K., wnioski z jego doświadczeń przenieść i na ludzi, tem bardziej, że zmiany na błonie śluzowej pod wpływem SO_2 są u ludzi wybitniejsze, aniżeli u królików. *L. Bier.*

Dönitz. **Źródła zakażenia durem brzusznym według spostrzeżeń w Berlinie.** (*Festschrift z. 60 Geburtstg. R. Kochs*, str. 297). Źródła, z których zakażenia durem brzusznym się rozchodzą, oprócz objawiającego się wybuchowo zakażenia przez wodę są zbyt mało znane, a wyszukiwanie ich, ważne pod względem zapobiegawczym, napotyka na wiele trudności. Autor, ordynator oddziału klinicznego zakładu dla badania chorób zakaźnych w Berlinie, starał się wspólnie z innymi współpracownikami tego zakładu oraz przy pomocy lekarzy policyjnych obwodowych miasta i okolicy Berlina zbadać źródła powstawania duru, posługując się jak najczęściej badaniem bakteryologicznem kału i moczu chorych i ich otoczenia, oraz tych czynników, które mogły uchodzić za źródła zakażenia. Na 83 chorych, którzy w Berlinie zapadli na dur, stwierdzono bezpośrednie zakażenie: w 18 przypadkach częścią przez chorych, w większości przez ozdrowieńców po durze lub przez osoby, które nieraz na wiele tygodni przedtem przebyły „febrę gastryczną", a w kale lub moczu zachowały bakterye durowe; w 6 przypadkach na statkach, stojących na Sprei; w 3 przypadkach u robotników, pracujących na polach irygacyjnych; w 10 przypadkach trzeba było przyjąć mleko za źródło zakażenia. Wreszcie w 46 przypadkach, dotyczących poczęści ludzi bez stałego miejsca pobytu i zajęcia, nie zdołano stwierdzić źródła zakażenia. O ile w przenoszeniu zarazków pośredniczą muchy i szczury, o ile przenosi je masło i inne produkta mleczarskie, tego dokładniej zbadać niepodobna, a dochodzenie przyczyny napotyka, zwłaszcza co do wyrobów mleczarskich, na znaczne trudności ze względu na długi okres wylęgania się duru. Trudności w rozstrzygnięciu tego zagadnienia leżą, zdaniem D., niemniej i w niedostatecznie jeszcze wyrobionych metodach badania bakteryologicznego. Mimo bowiem bardzo znacznego postępu na tem polu, metody te nie pozwalają jeszcze na stwierdzenie zarazka durowego w razie obfitej obecności innych bakteryi. Zakażenie durem na polach irygacyjnych nie przemawia przeciw wartości higienicznej pól, a niebezpieczeństwo uchylić tu łatwo drobnemi urządzeniami ochronnemi. *L. Bier.*

Gaffky. **Przypadek ograniczonej epidemii ostrego nieżytu żołądka i jelit, wywołanego najprawdopodobniej przez nieznane dotąd prątki otoczkowe** (*b. enteritidis mucosus*). (*Festschr. z. 60. Geburtstag Rob. Koch's*, str. 365). Z 13 osób, żywionych potrawami z jednej kuchni w lecznicy prywatnej, zachorowało 12, a z tych zmarła po 17 dniach choroby jedna, operowana poprzednio; — objawy choroby odpowiadały ostremu nieżytowi żołądkowojelitowemu z gorączką nietypową, zakończoną ostrym spadkiem, z kilkudniowemi wymiotami i biegunką, oraz z ogólnym zapadem. Przez szczepienia na zwierzęciu, jakoteż zapomocą hodowli otrzymał G. z kału chorych nieznaną dotychczas bakteryę, podobną wymiarami do zarazka moru. Zarazek ten miewa różny kształt; w preparatach narządów posiada otoczkę śluzową, barwi się zwykłymi barwikami, i to silniej na końcach, odbarwia się sposobem Grama, nie tworzy zarodników i nie ma własnych ruchów, nie rozpuszcza żelatyny, tworzy zaś na agarze nalot zbity, szklisty, przeświecający, ciągnący się w nitki. Najwięcej chorobotwórczym jest ten mikrob dla myszy przy zakażeniu podskórnem i z pokarmami. Hodowle sączone nie są jadowite; jad przeto albo dopiero tworzy się w ustroju, albo też wydziela się z komórek bakteryi. W przeciągu 2 lat jadowitość bakteryi zmalała, początkowo niewiele, później wybitnie. *L. Bier.*

Fraenkel. **Badania pola irygacyjnego.** (*Festschr. zum 60. Geburtstag Rob. Koch's*, str. 501). Aby ocenić działanie pól irygacyjnych zakładu dla obłąkanych w Niesleben, porównywał F. ilościowy skład bakteryologiczny i chemiczny, wody kanałowej surowej, oraz przesączonej przez grunt. Pole irygacyjne oddziału męskiego (570 chorych) obejmowało 1,4 ha, żeńskiego (470 chorych) 1,67 ha — na głowę zużywano dziennie około 300 l. wody. Woda przesączona zawierała na obu polach wprawdzie zmniejszoną, jednak zawsze znaczną ilość bakteryi. Niedostateczny wynik przesączania potwierdził wynik badania chemicznego i doświadczenia ze sztucznem zakażeniem pól hodowlami prątka krwawego (*b. prodigiosus*), które już w kilka godzin zjawiały się w przesączu. Zapobiedz takiemu nieprawidłowemu działaniu pól może zdaniem F. jedynie rozszerzenie pól, a nie proponowane przez techników wstępne oczyszczanie wód metodą mechaniczną. *L. Bier.*

Rullmann. **Odczyny oksydazy w mleku krowiem i kobiecem.** (*Zeitschr. f. Unters. d. Nahrg. u. Genussmittel*, 1904, T. 7). Odczyny oksydazy w mleku mają znaczenie nietylko teoretyczno-biochemiczne, ale i praktyczne, bo zapomocą nich można stwierdzić, do jakiej ciepłoty ogrzano mleko przy pasteryzacyi i czy do mleka, ogrzanego powyżej 70° C., nie dodano mleka surowego. 1) Odczyn z wyciągiem gwajakowym wykonuje się na 10 cm.³ mleka przy 12° C., zaprawiając je 10 kroplami 3 prc. wody utlenionej, a na powierzchnię dodając warstwę świeżego wyskokowego rozczynu gwajaku; występujący w miejscu zetknięcia się cieczy pasek niebieski dowodzi obecności oksydazy. Odczyn ten powstaje przy 12° C. po 2½ minutach, przy ciepłocie niższej później, — w mleku, ogrzanem przez 2—3 minut do 25° C., natychmiast. Godzinne ogrzanie mleka przy 68° nie wpływa na odczyn, zwalnia go nieco ogrzanie przy 69° C., wybitnie zaś przy 70° C. Odczyn zwalnia się również, jeżeli w mleku gotowanem znajduje się domieszka surowego i to tem więcej, im ta domieszka większa. 2) Odczyn Schardingera polega na użyciu formalinowego rozczynu błękitu metylenowego (5 cm.³ nasyconego rozczynu alkoholowego + 5 cm.³ formaliny + 190 cm.³ wody); dodany w ilości 1 cm.³ do 10 cm.³ mleka, ogrzanego do 45° C, odbarwia się ten barwik w ciągu 5 minut w razie obecności oksydazy. Godzinne ogrzanie mleka przy 68° sprawia, że barwik odbarwia się powoli dopiero po 20 minutach; odbarwienie nie nastaje wcale, nawet po dobie, w mleku, ogrzanem godzinę przy 71° C. i powyżej. 3) Próbę Storcha z parafenyldwuaminem zmienił R., dodając 1 cm.³ wodnego rozczynu chlorowodorku parafenyldwnaminu na powierzchnię 10 cm.³ mleka, zaprawionego 10 kroplami 3 prc. wody utlenionej bez zakłócenia płynów. Mleko surowe i ogrzane przez godzinę do 68—69° C. dawało natychmiast silną obrączkę niebieską; pół-godzinne ogrzanie mleka do 72° C. i powyżej zwalnia i opaźnia odczyn, nastający wtedy dopiero po 10 minutach. Według R. oksydaza nie dyalizuje, na odczyn jej nie wpływa bezwodnik węglowy. Wbrew zdaniu Mora dowodzi R. na podstawie prób parafenyldiaminowych, że również mleko kobiece zawiera oksydazę nawet w 48 dniu po porodzie, a ujemny wynik Mora tłómaczy małą czułością prób gwajakowej i metylenowej. *L. Bier.*

Calmette i Breton. **Niebezpieczeństwo spożywania prątków gruźliczych, zabitych działaniem wyższej ciepłoty.** (*Presse méd.*, Nr. 15, 1906). Autorowie stwierdzili, że podawanie wewnętrzne prątków gruźliczych, zabitych parą wodną, nie jest obojętne dla ustroju. Przedewszystkiem u zwierząt (świnek morskich), zakażonych już poprzednio gruźlicą, przyśpiesza to znacznie zejście śmiertelne, ale i dla zwierząt zdrowych nie jest obojętne; kilka zwierząt wkrótce zginęło, a sekcya wykryła takie zmiany, jakie wywołuje częste podawanie tuberkuliny zwierzętom zdrowym, niezakażonym gruźlicą. — Gdyby tak samo było u ludzi, to podawanie mleka z krów gruźliczych, chociażby to mleko było wyjałowione, może być niebezpieczne dla ludzi chorych na gruźlicę, a w każdym razie nieobojętne dla ludzi zresztą zdrowych.

Mostowski.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 28 lutego 1906.

Przewodniczy kol. doc. Rutkowski. Obecnych członków 30.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

II. Kol. Latkowski przedstawia chorego 42-letniego, u którego rozpoznano **nowotwór złośliwy śródpiersia**, prawdopodobnie wychodzący z płuca lewego. (Przypadek ten będzie osobno ogłoszony drukiem).

W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Ciechanowski.

III. Kol. prym. Borzęcki przedstawia: a) chorą ze zmianami barwikowemi skóry na szyi **(leucoderma syphil. colli).** U chorej, która leczoną była w oddziale chorób skórnych i wenerycznych przed kilku tygodniami z powodu wysypki guzkowej, rozsianej na całym tułowiu, spostrzega się na szyi ogniska, pozbawione barwika, mieszczące w swej części środkowej resztki niezupełnie wessanych guzków, które stanowią ciemno-bronzowo zabarwione plamki. Przypadek przedstawiony dowodzi, że *leuco-*

derma colli może być zejściem wysypki czyto plamistej, czy częściej guzkowej, na szyi rozmieszczonej. b) Chorego z **zapaleniem okostnej podniebienia w okresie kiły wczesnej.** Badanie podniebienia nie wykrywa zmian, wpadających w oko, jedynie przy ucisku palcem na pewnej przestrzeni chory doznaje silnego bólu. Z zębów żaden nie uległ próchnieniu. Na uwagę w tym przypadku zasługuje rzadka w okresie wczesnym kiły siedziba swoistych zmian okostnej podniebienia.

W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Reiss.

IV. Kol. Brzeski przedstawia preparaty i omawia: a) przypadek **ciąży poza błonami** (*graviditas extramembranosa*) i b) przypadek **ciąży zewnątrzmacicznej**, w którym płód rozwijał się przez trzy tygodnie w wolnej jamie brzusznej.

V. Kol. doc. Nowotny przedstawia dwóch chorych, którym usunięto włókniakomięsaki, wychodzące z podstawy czaszki i rozrastające się ku jamie nosowej.

W dyskusyi zabierają głos koll. Merz i prof. Ciechanowski.

VI. Kol. Stahr wygłasza rzecz: **O zmianach we krwi chorych, leczonych sposobem Biera** (Przeznaczono do druku).

W dyskusyi zabiera głos kol. Gertler: Prelegent doszedł do wyniku, że pod wpływem opaski Biera powstaje leukocytoza w kończynie uciśniętej. To jeszcze nie daje podstawy do wytłómaczenia działania leczniczego metody Biera. Wiadomo z ostatnich badań Neufelda, Rimpaua i Wrigtha, że drobnoustroje mogą istnieć obok leukocytów bez zmiany; jeśli do takiej mieszaniny dodamy trochę surowicy swoistej, następuje taka zmiana w drobnoustrojach, że rozpoczyna się tak zwana żerność komórkowa (fagocytoza). Istoty zawarte w surowicy swoistej, działające w ten sposób, nazwano zmieniaczami bakteryi, bakteryotropami lub opsominami. Otóż kol. Gertler przypuszcza, że należałoby głównie w tym kierunku zwrócić uwagę dla wytłómaczenia leczniczego działania metody Biera, tembardziej, że wziąwszy krew z kończyny uciśniętej opaską Biera, można otrzymać surowicę, któraby dodana do leukocytów, zmieszanych z drobnoustrojami w probówce, służyć mogła do badania, czy wogóle zachodzi jakieś wybitne działanie bakteryotropowe w porównaniu z surowicą, uzyskaną z innej części tego samego ustroju, gdzie nie działała opaska Bierowska. (*Streszczenie własne*).

Kol. prof. Ciechanowski podnosi znaczenie badań tego rodzaju, jak rozpoczęte przez prelegenta i porusza sposoby, zagadnienia i kierunki, któreby w dalszych badaniach należało uwzględnić. Sekretarz: *Wilczyński.*

Posiedzenie w dniu 7 marca 1906 r.

Obecnych członków 28; przewodniczący kol. Doc. Rutkowski.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Kol. Prof. Jordan opisuje i omawia w dłuższym wykładzie pierwszy przypadek **pubiotomii,** wykonanej w klinice krakowskiej. Chora rodziła raz, poród zakończono wymóżdżeniem. W dniu przyjęcia rodzącej do kliniki stwierdzono: miednicę płaską krzywicowatą, *conj. diag.* nieco mniej niż 10, *conj. vera*, mierzona sposobem Bylickiego 7·75; płód w położeniu czaszkowem I z główką dużą nad wchodem, małym odcinkiem do wchodu już się wciskającą; bole dobre, przedgłowie duże. Pozostawienie porodu siłom natury i dalsze wyczekiwania nie rokowało utrzymania życia płodu tem więcej, że tętno płodu stawało się z każdą chwilą coraz wolniejsze. Prof. Jordan przystąpił więc do pubiotomii, którą wykonał podskórnie sposobem Bumma, wychodząc z założenia, że mniej uszkadza się odnogę ciał jamistych (*crus cavernosum clitor.*), wbijając igłę z dołu ku górze i prowadząc ją tuż przy kości. Po przekłuciu, założeniu piłeczki Giglego i wyprowadzeniu igły kość w całości przepiłowano. Krwotok z miejsc wkłucia był bardzo mały; rozstęp między brzegami przepiłowanej kości zwiększył się podczas najbliższego bolu na szerokość dwóch palców i równocześnie główka zstąpiła do miednicy. Przy następnych dwóch bolach obniżyła się poprzecznie aż do wychodu, gdzie przy nieznacznym ucisku ręką od zewnątrz zwróciła się w mechanizm prawidłowy i tak wytoczyła się na zewnątrz. Popłód odszedł w 10 minut. Po upewnieniu się, iż nie powstało żadne obrażenie pochwy, ani też nie wytworzył się nigdzie krwiak, zaszyto górną i dolną ranę z nakłucia i założono opatrunek, nie wywierając wielkiego ucisku tak, iż pozostawiono brzegi kości w rozstępie na szerokość palca. Przebieg po operacyi dotychczas zupełnie prawidłowy i bezbolesny.

Dyskusya: Kol. Prof. Rosner wykonał w swoim oddziale szpitalnym po raz pierwszy pubiotomię przed dwoma tygodniami; wykonał ją jednakże nie podskórnie, lecz sposobem Döderleina (przy pomocy prostego przecięcia skóry i części miękkich aż do okostnej); chora po operacyi ma się zupełnie dobrze, niedługo będzie mogła chodzić, kostnina tworzy się prawidłowo. Co do sposobu operowania podskórnego i nie podskórnego, co do kierunku wbijania igły z dołu lub z góry, to zapatrywania różnych położników są rozmaite; kol. Rosner jest przeciwny operacyi podskórnej, a igłę woli wbijać od góry. Kol. Wojciechowski potwierdza, że krwotok podczas samej operacyi sposobem Bumma był bardzo nieznaczny, również i krwiaka nigdzie nie zauważono. Czy w przyszłości okaże się praktyczniejszym sposób operowania Döderleina, czy Bumma, wykaże jedynie doświadczenie, oparte na większym materyale statystycznym. Kol. Wachtel porusza myśl, czyby nie można w przyszłości próbować pubiotomii przy znieczuleniu lędźwiowem stowainą. Kol. Dobrowolski zaznacza, że znieczulenie lędźwiowe znosi działanie tłoczni brzusznej, dlatego nie nadaje się do operacyi położniczych.

III. Kol. Przybylski mówi: *a*) **O ścieśnieniach miednicy na tle zmięknienia kości** (osteomalacyi), przy których koniecznie należy pamiętać o rozciągliwości miednicy zmiękczałej. Rozciągliwość ta istnieje u różnych chorych w różnym stopniu. Jest ona przy miednicy zmiękczałej szczegółem ważniejszym, aniżeli sam stopień zwężenia, dozwalając częstokroć przy zwężeniach, na pozór bezwzględnych, na poród siłami natury, lub na rozwiązanie matki drogami naturalnemi. Dwa przypadki, objaśniające tę różnorodność miednicy zmiękczałej, spostrzegał kol. Przybylski w ubiegłym miesiącu w klinice położniczej. Jedną z rodzących przywieziono do kliniki z pęknięciem macicy i urodzeniem się płodu do jamy brzusznej. Mimo natychmiast wykonanej laparotomii chorej uratować nie zdołano. Drugi przypadek: rodzącą z daleko posuniętem zmięknieniem kości, z miednicą, na pierwsze wejrzenie bezwzględnie zwężoną, przywieziono do kliniki w okresie, wymagającym bezzwłocznego rozwiązania matki z powodu grożącego pęknięcia macicy. Mimo bardzo silnego zwężenia miednicy udało się ręką rozsunąć kości miednicy i sprowadzić nóżkę, poczem dzięki znacznej miękkości kości i podatności miednicy zdołano matkę rozwiązać przy pomocy wydobycia płodu. Następnie przedstawia kol. Przybylski *b*) ciężarną w końcowym miesiącu ciąży, którą przywieziono do kliniki z rozpoznaniem rzucawki (*status eclampticus*), trwającej bez przerwy od 2 tygodni. Badanie chorej dowiodło jednak, że chodzi tutaj o ciężki **stan padaczkowy** (*status epilepticus*), wobec czego podano brom w dużych dawkach, a wkrótce napady drgawek stały się rzadsze i ustąpiły w końcu zupełnie, pozostawiwszy na przeciąg kilku dni niemotę i porażenie kończyny górnej prawej, które to zmiany niebawem także ustąpiły. Przypadek ten potwierdza znane zresztą zdanie, że padaczka nie wpływa ujemnie na ciążę i nie stanowi nawet w postaci »stanu padaczkowego« wskazania do przerwania ciąży i rozwiązania matki.

W dyskusyi zabiera głos kol. Rydel, opisując dokładniej napad padaczkowy u chorej i demonstrując objawy utrzymującej się częściowej afazyi. Kol. Doc. Dobrowolski podnosi, że padaczka u ciężarnych przebiega zazwyczaj lekko, a kol. Hirsch z własnego doświadczenia opisuje przypadek, gdzie ciąża wcale nie wpłynęła na pogorszenie się padaczki.

IV. Kol. Cetnarowski omawia **statystykę raka** na podstawie materyału klinicznego **z ostatnich lat dziesięciu.** (Rzecz przeznaczona do druku).

V. Kol. Wierzbicki przedstawia dwa przypadki **raka macicy**, operowane w klinice Prof. Jordana. *a*) Przypadek raka, wychodzącego z części pochwowej u kobiety 40-letniej, w którym nowotwór w przeciągu paru tygodni zniszczył całą część pochwową, a nadto zajął ścianę pęcherza moczowego i tkankę przymaciczną po stronie lewej. Podczas operacyi (wyjęcie macicy drogą pochwy) stwierdzono obecność jaja płodowego w III. mies. ciąży. Przypadek z dwojakich względów ciekawy: 1) jako połączenie ciąży z nowotworem złośliwym, 2) ze względu na nadzwyczajnie szybki rozwój nowotworu podczas ciąży. Połączenie raka i ciąży jest stosunkowo dość rzadkie, mniej więcej na 2000 porodów wypada 1 przypadek raka. Trudności rozpoznawcze mogą być bardzo znaczne. Wielu autorów twierdzi, iż stanowcze rozpoznanie ciąży przy znaczniejszym rozwoju nowotworu jest wręcz niemożliwe przed końcem III. mies. ciąży. Co do rokowania, to jest ono przeważnie tak dla matki, jak i dla płodu złe. Jedynie w przypadkach, w których wcześnie rozpoznano raka, rokowanie dla matki jest lepsze, gdyż wtedy przez wczesne wyjęcie macicy można zapobiedz przejściu nowotworu

na tkankę, otaczającą macicę. Operować wówczas należy bez względu na to, czy dziecko zdolne jest do życia, czy nie. Rokowanie dla dziecka zaś wówczas jest dobre, gdy nowotwór rozwinął się już tak daleko, że o operacyi mowy być nie może. Wobec tego, iż życie matki już jest wtedy stracone, należy dbać ile możności o podtrzymanie jej sił aż do czasu, gdy zabiegiem operacyjnym możemy wydobyć na świat dziecko zdolne do życia.

b) Przypadek raka, zajmującego szyjkę maciczną u kobiety 42-letniej, gdzie badaniem ręcznem zupełnie obecności nowotworu złośliwego stwierdzić się nie udało. Wobec jednakże podejrzanych wywiadów wyskrobano szyję macicy, a badanie mikroskopowe wykryło typowe utkanie raka. Postanowiono wobec tego wyjąć macicę drogą pochwy. Podczas operacyi jednakże oderwała się cała część pochwowa wskutek zupełnego zniszczenia szyi macicy tak, że operacyę musiano zakończyć od strony brzucha. Przypadek ten jest pouczającym z tego względu, iż nowotwór rozwijał się tu tak skrycie, że badaniem ręcznem zupełnie stwierdzić go nie było można, mimo iż prawie cała szyja macicy była już zniszczona. Ani trzon, ani tkanka otaczająca macicę nie były zajęte naciekiem, dopiero podczas operacyi spostrzeżono nieznaczny naciek w zatoce Douglasa. *(Streszczenie własne)*.

Sekretarz: *Wilczyński.*

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Tow. dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie dnia 6/19 maja 1905 r.

Obecnych członków 10.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Prezes dr. Strawiński wygłasza odczyt pod tytułem: **„Wyłuszczenie włókniakomięśniaka macicy w okresie poporodowym“.** Do prelegenta zgłosiła się wieloródka w 3-ciej ciąży; po porodzie znalazł prelegent rozmiary macicy we wszystkich kierunkach zwiększone w porównaniu do prawidłowych; takiż wynik dało i badanie w 3 tygodnie po porodzie. Gdy chora zaszła wkrótce w czwartą ciążę, objętość macicy nie odpowiadała miesiącom ciąży; ciąża skończyła się porodem w 7 miesiącu; po odejściu łożyska dno macicy znajdowało się o 5 palców wyżej pępka. Badanie wykryło tylko zgrubienie wszystkich ścian macicy; 8. dnia po porodzie ciepłota podniosła się do 38—39°, ponad ujściem wewnętrznem macicy można było wyczuć guz, występujący ponad ścianę macicy. 9-go i następnych dni nastąpiły bole o cechach porodowych, ujście maciczne zaczęło rozszerzać się pod naciskiem guza, gorączka zwiększała się. Wobec tego na 18. dzień po porodzie zdecydował się prelegent usunąć guz, co dokonał z łatwością, oddzieliwszy ręką guz na całej przestrzeni od ściany macicy. Chora obecnie jest na drodze ku wyzdrowieniu. Badanie guza stwierdziło utkanie włókniakomięśniaka. Prelegent przedstawia wydobyty guz długości 20, szerokości 18 i grubości 8 ctm.

III. Odczyt dra Rudzkiego: »Ze spostrzeżeń klinicznych nad wczesnemi zmianami kilakowemi gruczołów chłonnych z zejściem w ropienie«, odłożono na posiedzenie następne.

Na posiedzeniu administracyjnem: I. prezes dr Strawiński w imieniu zgromadzenia składa życzenia drowi Cyrskiemu z powodu 50-letniego jubileuszu jego lekarskiej działalności.

IV. Dr Wolański na zasadzie pisma administracyi »Przeglądu lekarskiego« porusza sprawę prenumerowania tego pisma, ogłaszającego protokoły posiedzeń Koła, przez wszystkich członków Koła.

Sekretarz doc. dr. W. Orłowski wyłuszcza przyczyny, dla których uważa za pożądane i konieczne drukowanie protokołów Koła, a zarazem powody, dla których, nie będąc skrępowany uchwałą Koła, umieszcza je w »Przeglądzie lekarskim«. Prof. dr St. Zaleski przy całem uznaniu dla »Przeglądu lekarskiego« zasadniczo uważa za niemożliwe narzucać wszystkim członkom przymusową prenumeratę jakiegokolwiekbądź czasopisma lekarskiego, tembardziej, że nie wszyscy członkowie Koła są lekarzami; drukowanie protokołów uważa za bardzo pożądane, przypuszcza jednak, że stosunki ogólno-społeczne wkrótce na tyle się zmienią, że Koło będzie mogło drukować protokoły w języku polskim w Petersburgu, co będzie kosztować znacznie mniej, niż prenumerata czasopisma; dziś zaś wkładka członków wynosi 5 rubli, a prenumerata »Przeglądu lekarskiego« 7 rubli. Dr Wolański, dr Bernatowicz, dr Hattowski i dr Zakrzewski popierają wnioski sekretarza, dotyczące drukowania protokołów i prenumeraty »Przeglądu lekarskiego«. Wreszcie po przeszło 2 godzinnych obradach uchwalono wobec nielicznego zgromadzenia:

1) Podnieść dopiero na następnem ogólnem posiedzeniu Koła ponownie sprawę drukowania protokołów w »Przeglądzie lekarskim« i uznania tego czasopisma za organ Towarzystwa, dokładnie oznaczywszy to na rozsyłanych członkom zawiadomieniach (wniosek doc. dra W. Orłowskiego).

2) Wobec tego, że do Koła należy wielu młodych kolegów, dla których większy wydatek mógłby być nieco uciążliwym, upoważnić sekretarza Koła do podjęcia starań o obniżenie dla członków Koła prenumeraty »Przeglądu lekarskiego«; wyniki ma sekretarz zakomunikować na następnem ogólnem posiedzeniu (wniosek prof. dra St. Zaleskiego).

3) Uznając »Przegląd Lekarski« za jedno z lepszych czasopism polskich w obecnym czasie, propagować go w Kole, nie oczekując ostatecznego rozwiązania sprawy (wniosek dra Strawińskiego).

Na tem posiedzenie administracyjne zamknięto.

Posiedzenie dnia 7/20 października 1905 r.

Obecnych członków 11.

Obowiązki sekretarza pełni dr Uliński.

Prezes dr Strawiński zawiadamia zebranie o zgonie członka Koła dra Józefa Rudzkiego i wzywa do uczczenia jego pamięci przez powstanie, co też obecni spełniają.

I. Prof dr St. Zaleski mówi: **„O rejestrowaniu chorych w uzdrowiskach“.** Prelegent przedstawia kartkę balneologiczną, opracowaną za inicyatywą prelegenta przez komisyę, złożoną z lekarzy w Sławiańsku. Kartka ma na widoku cele naukowe: uwzględnia rodzaj zajęcia, miejsce stałego pobytu, wiek, płeć, stan, narodowość, wyznanie, zasadnicze choroby i powikłania, czas trwania leczenia, wagę, badanie moczu, plwociny, krwi i inne, wreszcie metody lecznicze.

Dyskusya: Zdaniem prof. Ziemackiego przedstawiona kartka nie może mieć wartości pod względem naukowym dla wielu przyczyn, przedewszystkiem zaś dlatego, że w uzdrowiskach chory zwykle podlega jednocześnie kilku metodom leczniczym. Dr Zakrzewski uważa kartkę za zbyt krótką, zwłaszcza w części, dotyczącej badania moczu. Zdaniem lekarza weterynaryi p. Sobolewskiego i dra Strawińskiego rejestrowanie chorych może być korzystnem, jakkolwiek trudno je przeprowadzić.

II. Prof. dr Zieniacki wygłasza rzecz pod tytułem: **„Metody otrzymania moczu z każdej nerki osobno“.** Czynność nerek nawet w zwykłych warunkach nie jest jednostajna. Wobec tego ważną jest rzeczą zbadać w odpowiednich przypadkach mocz z każdej nerki. Cewnikowanie moczowodów rozstrzyga to zadanie w zupełności, lecz ma ono strony ujemne, mianowicie wymaga wielkiej wprawy, podrażnia moczowód, może przyczynić się do zakażenia zdrowego moczowodu, wreszcie w niektórych przypadkach wprowadzenie cewnika do moczowodu jest niemożliwe. W ostatnim czasie w tymże celu Cathelin i zosobna Luys polecają przyrządy, zapomocą których można rozdzielić pęcherz moczowy na 2 części i w ten sposób otrzymać mocz z każdego moczowodu. Odczyt był objaśniony okazaniem tych przyrządów.

W dyskusyi prof. dr St. Zaleski zaznacza, że niejednostajność moczu z nerek może zależeć od podrażnienia cewnikiem.

Sekretarz: *W. Orłowski.*

W sprawie budowy zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi.

Napisał

Prof. Dr. Jan Piltz [1]).

Podług »Oesterreichische Statistik« (tom 55, roku 1900), przypada w Galicyi 1 umysłowo-chory na 700 mieszkańców. A ponieważ Galicya liczy 7,245.074 mieszkańców, można obliczyć liczbę umysłowo-chorych na **10.350** (razem z głuptakami i matołkami).

---

[1]) Według referatu, przedstawionego na ankiecie Wydziału krajowego w styczniu 1906.

Doświadczenie innych krajów poucza, że $^1/_3$ wszystkich umysłowo chorych wymaga specyalnego leczenia, opieki lub dozoru w zakładach. I tylko w tych krajach stan opieki nad umysłowo-chorymi jest zadowalniający, w których taki właśnie panuje stosunek pomiędzy liczbą miejsc w zakładach, a ogólną liczbą umysłowo-chorych danego kraju. Do takich krajów należą przedewszystkiem Szwajcarya i Szwecya. Skoro w Galicyi jest 10.350 umysłowo chorych, zatem powinno być w Galicyi 3450 miejsc w zakładach. A tymczasem obecnie mamy w Galicyi tylko 1238[2]) miejsc.

Brakuje więc teraz w Galicyi w zakładach dla umysłowo-chorych 2212 miejsc. Nic więc dziwnego, że galicyjskie zakłady i szpitale są przepełnione, że warunki leczenia w nich są opłakane i że przy takiem położeniu rzeczy zdarzają się i będą się często zdarzać w tych zakładach różne nieszczęśliwe przypadki, które zwykle taką trwogą przejmują całe społeczeństwo i podkopują zaufanie do tych zakładów.

Po wybudowaniu zakładu w zachodniej Galicyi na 500 łóżek jeszcze będzie brakować w Galicyi 1712 miejsc. I dopóki nie zostaną wybudowane w różnych miejscach kraju jeszcze 4 nowe zakłady, każdy na 500 łóżek, dla tych 1712 umysłowo-chorych i dla tego przyrostu, który przybędzie wskutek zwiększenia się ogólnej liczby ludności, dopóty stan opieki nad umysłowo-chorymi w Galicyi będzie niezadowalniający i o racyonalnem leczeniu tych chorych w galicyjskich zakładach nie będzie można marzyć.

W Szwajcaryi, liczącej 3,400.000 ludności, istnieją aż 24 kantonalne (to znaczy krajowe) zakłady i 3 większe zakłady prywatne dla umysłowo-chorych. Prócz tego istnieje jeszcze cały szereg mniejszych zakładów prywatnych. Dnia 1 stycznia 1903 roku znajdowało się w kantonalnych zakładach szwajcarskich 7893[3]) umysłowo chorych. W Szwajcaryi przypada 1 umysłowo-chory już na 150[4]) mieszkańców, a wogóle jest w Szwajcaryi 22.600 umysłowo chorych. Pomimo jednak tak dużej liczby umysłowo chorych w Szwajcaryi, liczba łóżek w kantonalnych zakładach — wcale nie licząc prywatnych — wynosi więcej, niż $^1/_3$ część ogólnej liczby umysłowo-chorych w Szwajcaryi. Dla tego też stan opieki nad umysłowo-chorymi w Szwajcaryi jest zadowalniający.

Przy tworzeniu zakładów dla umysłowo chorych należy kierować się następującemi ogólnemi zasadami: 1) Każdy zakład powinien być przeznaczony tylko dla stosunkowo niewielkiej części kraju czyli powinien obsługiwać stosunkowo tylko nieduży obszar dlatego, żeby chorych do zakładu można przywozić jaknajłatwiej i jaknajtaniej.

2) Lepiej stworzyć kilka mniejszych zakładów, niż jeden wielki, ponieważ takim sposobem łatwiej będzie w przyszłości jaknajbardziej wyzyskać ludność danego kraju dla celów domowej, rodzinnej opieki nad umysłowo-chorymi pod nadzorem zakładów (*familiäre Verpflegung*).

3) Obszar, dla którego zakład jest przeznaczony, nie powinien być za duży, gdyż w takim razie zakład nie zdołałby utrzymywać stosunków z chorymi, chwilowo z zakładu wypuszczonymi, lub z chorymi, uwolnionymi z zakładu »na próbę«, t. j. nie mógłby umieszczać umysłowo-chorych w ich własnych rodzinach jedynie pod nadzorem zakładu.

4) W miastach uniwersyteckich powinny istnieć kliniki psychiatryczne. Każda klinika psychiatryczna powinna tworzyć ognisko dla rozwoju psychiatryi i powinna pod względem urządzenia swego być wzorem, według którego kształtować się powinny inne zakłady dla umysłowo chorych, z drugiej strony powinna być szkołą dla przyszłych lekarzy szpitalnych i dla służby.

5) W większych miastach nieuniwersyteckich powinny istnieć mniejsze szpitale dla umysłowo chorych, t. zw. »Durchgangsstationen«, wyposażone jednak w środki lecznicze i urządzone tak, aby były przygotowane do przyjmowania przypadków ostrych, a więc stosunkowo dość często zmieniającego się materyału.

6) Na prowincyi powinny istnieć większe szpitale dla umysłowo chorych, połączone z gospodarstwem rolnem, budowane systemem pawilonowym i przeznaczone z jednej strony na leczenie przypadków ostrych, a z drugiej na leczenie i pielęgnowanie przewlekle chorych, przybywających albo wprost do szpitala, albo z wyżej wymienionych szpitali miejskich lub z klinik psychiatrycznych, — a wymagających dłuższej opieki lub stałego pobytu.

7) W tych prowincyonalnych szpitalach powinno się stosować, oprócz wszelkich innych środków leczniczych przynajmniej co do niektórych pawilonów lub oddziałów[5]) system drzwi otwartych (*Offen-Thür-System*), a co do niektórych chorych — system kolonizowania umysłowo chorych i system t. zw. rodzinnego pielęgnowania (*familiäre Verpflegung*), polegającego na umieszczeniu spokojnych i nie niebezpiecznych umysłowo chorych u rodzin w sąsiedztwie zakładu, a więc poza zakładem i jedynie tylko pod nadzorem zakładu.

Jak widzimy, nowoczesne lecznictwo chorób umysłowych nie ogranicza się jedynie do niesienia pomocy lekarskiej chorym podczas ich pobytu w zakładzie, ale rozpościera wpływy swoje daleko poza obręb murów szpitalnych i wkracza w dziedzinę t. zw. *»psychiatriae extra muros«*.

Obowiązek opiekowania się umysłowo chorymi należy do społeczeństwa, do kraju, a więc ciąży na władzach krajowych.

Do wypełnienia tych wszystkich, wyżej wymienionych postulatów, do ich urzeczywistnienia, potrzeba jednak dużo środków. Stosownie też do środków i do kultury różne kraje w różny sposób wywiązują się z tego swego zadania.

Wobec niezliczonych i najróżnorodniejszych potrzeb, jakie zaspokajać muszą władze krajowe, jednorazowe wydatki na budowę zakładów dla umysłowo-chorych, a głównie stałe wydatki roczne na utrzymanie tych zakładów wydają się im zwykle bardzo duże. To też dążeniem naszem powinno być takie sfinansowanie tych zakładów, ażeby przynajmniej roczne wydatki na utrzymanie tych zakładów o ile możności obniżyć. To da się osiągnąć, jeżeli przyjmiemy zasadę, że społeczeństwo ma nie tylko obowiązek opiekowania się ubogimi umysłowo chorymi, ale także i prawo — i to wyłącznie jemu tylko przysługujące prawo — opiekowania się zamożnymi umysłowo chorymi. Sprawa pozbawienia kogoś wolności lub możności rozporządzania własną osobą i mieniem musi z natury rzeczy podlegać jaknajściślejszemu dozorowi społeczeństwa, szczególniej jeżeli chodzi o osobę zamożną. Dlatego też prawo pozbawiania kogoś tych praw powinno przysługiwać jedynie odpowiednim władzom. Podług mnie sprawa pozbawienia kogoś wolności powinna opierać się zawsze jedynie tylko o szpitale krajowe, rządowe lub publiczne.

Wychodząc z tej zasady, należy dążyć do tego, aby w krajowych, rządowych lub innych publicznych zakładach dla obłąkanych istniały oddziały pensyonarskie dla zamożnych chorych. Prywatne zakłady dla zamożnych umysłowo chorych nie powinny istnieć wcale. Dochody z oddziałów pensyonarskich powinny być obracane na pokrycie olbrzymich wydatków, jakie społeczeństwo ponosić musi na utrzymanie ubogich umysłowo chorych.

W Lozannie np. istnieje w kantonalnym (krajowym) zakładzie dla umysłowo chorych (na 500 łóżek) oddział pensyonarski I i II klasy, przynoszący 40.000 franków czystego dochodu, które idą na pokrycie ogólnych kosztów utrzymania tego zakładu. W tym samym zakładzie duży wpływ na obniżenie ogólnych wydatków rocznych wywiera gospodarstwo rolne, istniejące przy zakładzie: ferma ta przynosi rządowi rocznie 20.000 franków czystego dochodu. Wreszcie na obniżenie wydatków ogólnych wpływa i to, że w kantonalnym zakładzie w Lozannie praca wśród chorych jest bardzo rozpowszechniona. Podług sprawozdania tego zakładu, w roku 1903 było 56.000 dni roboczych. Jeżeli przyjmiemy, że praca rolnicza umysłowo chorych przedstawia tylko $^1/_3$ wartości pracy ludzi zdrowych, to i tak otrzymamy pokaźną sumę 93.000 franków[6]), które również wywierają wielki wpływ na obniżenie ogólnych wydatków zakładu.

Prawie we wszystkich krajowych zakładach dla obłąkanych w Szwajcaryi istnieją oddziały pensyonarskie[7]), wszystkie prawie zakłady połączone są z gospodarstwami rolnemi i we wszystkich praca chorych jest bardzo rozpowszechniona. Nic więc dziwnego, że w takich warunkach mogła Szwajcarya zdobyć się na tak wielką liczbę zakładów dla umysłowo chorych — 24. Ale taki stan rzeczy zawdzięcza ona przedewszystkiem racyonalnemu postawieniu całej sprawy i odpowiedniej organizacyi tych zakładów.

---

[2]) 1100 miejsc będzie w Kulparkowie po otworzeniu nowowybudowanych pawilonów, 115 miejsc jest w oddziale dla umysłowo chorych szpitala św. Łazarza w Krakowie; prywatny zakład dr. Świątkowskiego (dawniej Dobińskiego) we Lwowie jest urządzony na 15, a prywatny zakład prof. Żuławskiego w Krakowie na 8 chorych.

[3]) 3808 mężczyzn i 4085 kobiet.

[4]) Kantony Zürich, St. Gallen i Appenzell mają 1% umysłowo chorych, reszta kantonów ma mniej niż 1 na 150.

[5]) W jednym pawilonie może być kilka oddziałów klinicznych.

[6]) Wartość dnia roboczego wynosi w Szwajcaryi 5 fr.

[7]) Nie potrzebuję tu chyba dodawać, że lekarzom szpitalnym w Szwajcaryi nie wolno przyjmować żadnych honoraryów i że cały dochód z pensyonatu oddziału idzie na pokrycie ogólnych wydatków zakładu.

Ażeby pensyonarskie oddziały nie stały pustkami, musi cały zakład być dobrze urządzony, dobrze prowadzony i musi cieszyć się zupełnem zaufaniem społeczeństwa. W tym celu szpital powinien być przedewszystkiem urządzony podług wymagań nowoczesnej psychiatryi, t. j. powinien mieć możność stosowania nowoczesnych metod leczenia i postępowania z umysłowo chorymi. Najważniejsze z tych metod są: 1. psychoterapia, 2. metoda leżenia czyli trzymania chorych w łóżku (*Bettbehandlung, traitement au lit*), 3. stosowanie kąpieli letnich stałych, a raczej przedłużonych (*Dauerbäder, bains permanents*), 4. zajmowanie chorych pracą (*Beschäftigungstherapie*).

Dla przeprowadzenia należytej indywidualizacyi w leczeniu chorych i w postępowaniu z nimi, zakład powinien składać się przynajmniej z 8 odrębnych klinicznych oddziałów (z 8 dla mężczyzn i 8 dla kobiet), a mianowicie z oddziałów: 1. obserwacyjnego, 2. dla niespokojnych, 3. pół spokojnych, 4. spokojnych, 5. epileptyków i gwałtownych chorych, 6. obłożnie chorych (tak zw. infirmerya), 7. spokojnych chorych pracujących i 8. pensyonarzy[8]). Pawilonów może być mniej, gdyż niektóre pawilony mogą mieścić po dwa oddziały.

Ażeby zakład był prowadzony podług wymagań nowoczesnej psychiatryi i cieszył się zaufaniem społeczeństwa, należy na dyrektora zakładu powołać człowieka ze wszech miar odpowiedniego. Przyszły dyrektor powinien być wybrany drogą publicznego i jak najszerszego konkursu i mianowany przez władze krajowe dopiero po zasięgnięciu zdania krajowych i zagranicznych psychiatrów. Przyszły dyrektor powinien przed przystąpieniem do budowy zakładu zwiedzić wspólnie z architektem, który będzie zakład budował, najlepsze zakłady dla obłąkanych, istniejące w Austryi, Niemczech i Szwajcaryi. Byłoby bardzo pożądane, ażeby przyszły dyrektor zakładu zachodnio-galicyjskiego — o ile czas i okoliczności na to pozwolą — przebył rok albo pół roku na stanowisku prymaryusza jednego ze szwajcarskich zakładów kantonalnych. Jest to o tyle możliwe, że szwajcarscy psychiatrzy[9]) gotowi są przyjąć na jakiś czas przyszłego dyrektora zakładu galicyjskiego na posadę rządową (z całkowitem utrzymaniem). Po powrocie ze Szwajcaryi przyszły dyrektor zakładu wspólnie z architektem pracowałby przy budowie zakładu, a następnie już sam zorganizowałby cały zakład.

Wreszcie pozwolę sobie przytoczyć niektóre ustępy z listu Dra Kollera, dyrektora zakładu dla umysłowo chorych w kantonie Appenzell, ilustrujące dobitnie i jasno, w jaki sposób w Szwajcaryi postępują przy budowie nowego zakładu dla umysłowo chorych:

»...Już w roku 1893 powstało w kantonie Appenzell (liczącym 560.000 mieszkańców) towarzystwo opieki nad umysłowo chorymi, które między innemi zebrało szczegółową statystykę wszystkich umysłowo chorych, w kantonie Appenzell[10]) i rozpoczęło zbierać składki na przyszły zakład. Jeden z obywateli zapisał na ten cel dość znaczny majątek... W roku 1901 rząd kantonalny utworzył komisyę budowlaną, która razem z Dr. Schillerem, dyrektorem zakładu kantonalnego w St. Gallen, i z architektem naszkicowała odnośne plany. Plany zostały zatwierdzone i już w r. 1904 miała się rozpocząć budowa. Odpowiedni grunt wielkości 18½ hektarów w blizkiem sąsiedztwie stolicy kantonu, miasteczka Herisau, obrano i nabyto już przedtem na podstawie orzeczenia 2 psychiatrów. W ostatniej chwili, przed samem rozpoczęciem budowy, jeszcze raz zajęła się tą sprawą komisya budżetowa. Komisya ta zasięgnęła jeszcze zdania prof. Bleulera z Zurychu, Dra Jörgera, dyrektora kantonalnego zakładu w Graubünden i zurychskiego architekta Fritza. Ta nowa komisya ostro skrytykowała plany Schillera, które zresztą już przedtem zaszczytnie znany w sprawach budowy zakładów psychiatrycznych dyrektor, Dr Frank, również skrytykował. Na podstawie zdania tej komisyi rząd kantonalny w Herisau postanowił naprzód wybrać odpowiedniego dyrektora i poruczyć jemu ostateczną rewizyę tych planów«.

Na podstawie zdania prof. Bleulera z Zurychu i prof. Speyra z Berna rząd kantonalny wybrał w roku 1904 na przyszłego dyrektora — Dra Kollera, który wtedy zajmował stanowisko zastępcy dyrektora w kantonalnym zakładzie w Lozannie. Zwiedziwszy na koszt kantonu Appenzell wspólnie z architektem kilka najlepszych zakładów tego rodzaju, Dr Koller przeniósł się na stałe do Herisau i tu razem z architektem wypracował zupełnie szczegółowe plany, podług których obecnie buduje się zakład na 250 chorych kosztem 1,600.000 franków.

[8]) Taka liczba oddziałów klinicznych została przyjęta na wspólnej naradzie lekarzy, biorących udział w ankiecie.

[9]) Dr. Koller, dyr. zakładu w Herisau, prof. Bleuler w Zurychu, prof. Mahaim w Lozannie, zakłady w Burghölzli i w Rheinau.

[10]) Pokazało się, że w kantonie Appenzell przypada 1 umysłowo chory na 100 mieszkańców.

Higiena a nasze społeczeństwo.

Napisał

Dr. Adam Langie.

Chociaż już za czasów Mojżesza, Hippokratesa i Galena znajdujemy ślady wyraźnych wskazówek ochraniania zdrowia ludzkiego, to właściwa higiena, oparta na ścisłych zasadach i w całość jako nauka ujęta, rozwinęła się dopiero wtedy, gdy wielkie zdobycze chemii, fizyki i fizyologii, a zwłaszcza bakteryologii dostarczyły jej silnych, pewnych podstaw.

A jednak mimo, że umiejętność ta świadczyć zdolna największe dobrodziejstwa ludzkości, bo zadaniem jej chronić najdroższy skarb jednostek i narodów, mimo, że krzewi się bujnie w ciągu ubiegłego wieku wszędzie tam, gdzie ziarna kultury kiełkują, napotyka przecież tyle przeciwności w postaci odwiecznych przesądów, braku wykształcenia, wreszcie ubóstwa i nędzy, że w obliczu najświetniejszych jej tryumfów traci zdrowie i życie setki tysięcy ludzi, — chociażby już teraz mogło być inaczej. Bezmyślni przeciwnicy higieny krzyczą, że pozbawia ona życie rozkoszy i przyjemności, wielcy kapitaliści bronią się przed jej zarządzeniami z powodu bezgranicznej chciwości grosza i sobkostwa, a ogromny szary tłum nie ma o niej najmniejszego pojęcia.

Więc też ani istnienie urzędowej higieny publicznej, ani zjazdy krajowe i międzynarodowe, ani całe olbrzymie piśmiennictwo naukowe, ani pełne zaparcia poświęcenie lekarzy nie na wiele się przydadzą, dopóki higiena pozostanie dostępną tylko dla »wyższych dziesięciu tysięcy«, a nie przeniknie do głębi całego społeczeństwa, — dopóki nie usunie się w inny sposób najgroźniejszych jej wrogów: ciemnoty i ubóstwa warstw najniższych. Wie o tem dobrze każdy lekarz, jeżeli tylko czas dłuższy pełni obowiązki swego zawodu, stykając się codziennie z tem wielkiem nieszczęściem ludzkiem, któremu na imię: choroba.

Dziś coraz więcej nabieramy przekonania, że w wielu razach pomoc lekarska z chwilą wybuchu choroby ograniczyć się musi do śledzenia jej przebiegu, do łagodzenia poszczególnych objawów, podtrzymywania czynności serca, zmniejszania gorączki, lecz ani na tok sprawy chorobowej, ani na usunięcie przeróżnych powikłań i następstw wpłynąć nie może. Kto z lekarzy ośmieli się twierdzić, że w y l e c z y ł płonicę, zapalenie płuc, gruźlicę, udar mózgowy, dur i t. p.? Ale za to możemy ochronić się przed ospą, przeszkodzić rozwleczeniu cholery lub moru, niedopuścić do zakażenia rany, zapobiedz nawet gruźlicy, j e ż e l i w k r o c z y m y w t e d y, g d y g r o z i w t a r g n i ę c i e j a d u d o u s t r o j u j e s z c z e z d r o w e g o i oto największy tryumf higieny dzisiejszej. Jest prawie pewnikiem, że w wielu bardzo przypadkach wczesne rozpoczęcie leczenia ochronnego tam, gdzie wszystkie okoliczności składają się na wybuch choroby, rzeczywiście pomódz może.

Lecz, niestety czy wielu ludziom jest to dostępne, choćby tylko ze względów materyalnych? Czyż i tak zwana »inteligencya« zna przyczyny i okoliczności, usposabiające do nabycia tylu chorób i kalectw? Czy nawet ci, co znają niebezpieczeństwo, zadają sobie trud, aby swe zdrowie ochraniać? A wśród warstw najuboższych przerażająco srożą się najcięższe choroby, znajdując jakby umyślnie dla siebie przygotowaną najpodatniejszą glebę. Cóż pomoże lekarz, zalecający cały szereg środków ochronnych, jeżeli spotka się z ciemnotą, przesądem, niedowierzaniem lub jeżeli środki te przekraczają możność biedaka, zmuszają go do porzucenia pracy, która wprawdzie nie żyć, lecz przynajmniej w e g e t o w a ć nędznie mu pozwala?

A nasze szkoły?... Tu cała uwaga kół kierujących skupia się na systemie pedagogicznym i dydaktycznym, niestety nie zawsze szczęśliwym, a o względach higienicznych pomyśli tylko tu i ówdzie jakiś lekarz rozumny, lecz głos jego odzywa się jak głos na puszczy w gronie radców szkolnych, którzy poza programem nauk i układaniem podręczników coraz zawilszych o niczem innem myśleć nie chcą, czy nie mogą.

Choroby zakaźne, grasujące w naszym kraju, wysuwają go na pierwsze miejsce w statystyce śmiertelności całego państwa. Wprawdzie wydaje się zarządzenia z urzędu, ale zarządzeń tych nie można wykonać tak, jakby należało, bo znów w poprzek teoryi staje praktyczna strona życia. Na papierze wszystko

wygląda pięknie, poprawnie, zgodnie z ostatnimi wynikami nauki, ale w praktyce.. To też strasznem jest to błędne koło, z jakiego wyrwać nie sposób ludności ubogiej, dopóki nie zmienią się na lepsze warunki jej bytu i pracy. A jednak jeszcze społeczeństwo nasze nie chce zrozumieć, że nawet największe ofiary, włożone w to, wrócą się z procentem, gdy w miejsce przedwcześnie ginących, lub kalek-żebraków, zapełniających przedsionki kościołów, przybędzie tyle zdrowych, tęgich sił do pracy.

Od kolebki aż do śmierci narażonym jest człowiek na tysiące wpływów szkodliwych, wynikających ze sposobu jego życia i pracy, którym przez nieświadomość lub niedostatek ułatwia tylko dzieło zniszczenia. Więc dziecko, którego ustrój rozwija się dopiero, skazane na szereg lat nauki w szkole niehigienicznej, jakby obliczonej na to, aby stwarzać fizycznych karłów,— młodzieniec, sam sobie kopiący grób hulaszczem, nieopatrznem życiem lub borykający się z niedostatkiem, mieszkający nędznie i odżywiający się jak najgorzej, — urzędnik, odrabiający akta w opłakanych warunkach zdrowotnych, nie odrywający się lata całe od swej pracy, o ile nie jest urzędnikiem wyższej rangi, — robotnik, rzemieślnik lub szwaczka, pracujący dwanaście godzin dziennie w zabójczem powietrzu fabryki czy warsztatu... słowem nie ma prawie zawodu, któryby nie zmuszał człowieka do pracy w najniekorzystniejszych dla zdrowia okolicznościach. A poza obowiązkową pracą istnieje cały szereg przyzwyczajeń i przyjemności, które przy braku uwagi lub z powodu nadmiernego używania ich, niszczą zdrowie powoli, albo też wprost wywołują chorobę.

Wielu znów ludzi ma pewne wady fizyczne wrodzone lub odziedziczone, których nie poprawiają przez nieświadomość albo lekkomyślność, owszem często zachowują się tak, że raczej pomagają, aby stopień ich, zrazu może nieznaczny, coraz bardziej się powiększał, aby wywołał przykre następstwa, niebezpieczne powikłania i ciężkie kalectwa. Przyczyny tego wszystkiego znów te same, o których wyżej była mowa.

Potężnym a groźnym sprzymierzeńcem szkodliwych dla zdrowia czynników, sprzymierzeńcem, wyrządzającym więcej szkody, niż nawet domyśla się ogół, jest partactwo lecznicze, uprawiane u nas na wielką skalę zarówno po miastach, jak i po wsiach. Nie będzie przesadą, jeżeli powiemy, że nie ma rodziny, od najuboższej do najbogatszej, od najciemniejszej do najinteligentniejszej, w którejby ktoś nie zasięgał porady u partacza, wszystko jedno, czy będzie nim partacz zawodowy, żyjący ze swego rzemiosła, czy aptekarz, zakonnica, fabrykant uniwersalnego środka, ksiądz proboszcz, nauczyciel wiejski, wreszcie przyjaciółka lub sąsiadka, doradzająca »niezawodnie skuteczne lekarstwo«. A wieleż to osób prowadzi całymi miesiącami taką kuracyę, wpędzając się w ciężką chorobę przez zaniedbanie racyonalnych środków lekarskich. Energiczna walka z partactwem zawodowem i z partactwem, uprawianem z zamiłowania, czy z fałszywie pojętego altruizmu, należy więc też do ważnych zadań higieny. Bo nauka ta wtedy dopiero roztoczy szeroko swe dobroczynne skrzydła, gdy w cieniu ich szukać będzie schronienia każdy bez wyjątku człowiek i to z silną wiarą w błogie jej skutki.

Dziś rzeczy tak stoją, że każdy lekarz, jeżeli chce być obywatelem pożytecznym dla swego narodu, winien nie ograniczać się tylko do zbadania, rozpoznania i leczenia choroby, lecz w dostępnym sobie zakresie szerzyć słowem i piórem zasady higieny, wskazywać karygodne ich przekroczenia, dopominać się uparcie u władz o to, czego nauka ta żąda, walczyć z przesądem i ciemnotą, a z drugiej strony przykładać rękę do każdej akcyi, mającej na celu podniesienie materyalne i moralne warstw najniższych i... nie wątpić, bo: »Wątpienie to zdrajca,
który zwycięstwo często z rąk wydziera,
kiedy nas trwogą odwodzi od próby«.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Jeszcze raz o wynagradzaniu lekarzy przez towarzystwa ubezpieczeń. Już raz mieliśmy sposobność podnieść, że niektóre Towarzystwa ubezpieczeń płacą za badania lekarzom wprost śmiesznie małe wynagrodzenia. Niektóre towarzystwa bowiem płacą nawet ledwo 6 koron; — wprawdzie te same instytucye płacą i 10 koron, ale tylko wtedy, jeżeli suma, na którą się badany ubezpiecza, jest wysoka. Zdawałoby się, że towarzystwo płaci więcej, jeżeli żąda od lekarza więcej, tymczasem tak nie jest. Są towarzystwa, które zawsze żądają rozbioru moczu przy każdem badaniu bez względu na sumę ubezpieczenia, są towarzystwa, które przy nizkich ubezpieczeniach badania moczu nie wymagają, ale 10 koron płacą dopiero od ubezpieczeń wyższych. Trudno zgadnąć, gdzie tu logiczny sens. A chyba tak samo badać należy osobę, która się ubezpiecza na małą, jak i tę, która się ubezpiecza na wysoką sumę. A nawet w tych przypadkach, w których badanie moczu nie jest wymagane, może naczelny lekarz tow. ubezpieczeń dodatkowo zażądać badania moczu, które lekarz wykonać musi wtedy za darmo. Zresztą jestem przekonany, że nawet bez wyraźnego w tym względzie przepisu lekarz sam zbada mocz w przypadku, w którym przypuszcza chorobę nerek, czy cukrzycę. Otóż dlatego, ponieważ i praca i odpowiedzialność lekarza bez względu na sumę ubezpieczenia jest w każdym przypadku ta sama, powinny już raz nasze Izby lekarskie zająć się tą sprawą, z którą lekarze praktycy codziennie się spotykają, i powinny ustalić wynagrodzenie w jednej, stałej wysokości i powiadomić o tem z jednej strony towarzystwa i z drugiej lekarzy, zabraniając im równocześnie badania poniżej taryfy. Przed ułożeniem taryfy należałoby się dokładnie dowiedzieć, ile płacą rocznie towarzystwa ubezpieczeń, w kraju naszym pracujące.

Inne Izby lekarskie austryackie już dawno wydały obowiązujący wszystkich lekarzy przepis, że niżej 10 koron nie wolno wydawać świadectw towarzystwom ubezpieczeń. I towarzystwa się natychmiast zgodziły, a niektóre, które płaciły ponad 10 koron, (głównie towarzystwa amerykańskie), nadal płacą w Austryi niższej i wyższej 12 i 20 koron. Towarzystwa ubezpieczeń poprostu przyjęły do wiadomości uchwały Izb austryackich i do nich się zastosowały.

Również Izba morawska zażądała głównie od krajowego morawskiego towarzystwa ubezpieczeń, by lekarzom płaciło co najmniej 10 koron za badanie. Już wszystkie inne towarzystwa ubezpieczeń do żądania Izby morawskiej się zastosowały, a morawskie towarzystwo nie chciało ustąpić mimo, że sama Izba jest akwizytorem tego towarzystwa. Wzywa ona bowiem raz do roku wszystkich sobie podległych lekarzy, by się w towarzystwie morawskiem ubezpieczali wyłącznie przez Izbę, gdyż Izba, tak samo, jak każdy ajent, dostaje za to prowizyę, z której utworzyła fundusz na zapomogi dla lekarzy ubezpieczonych, a nie mających na opłacenie premii. Ale wreszcie i morawskie towarzystwo zgodziło się od 1 stycznia 1906 płacić 10 koron bez względu na sumę ubezpieczenia.

Za Izbami austryackimi i morawską powinny pójść i nasze i jestem przekonany, że pójdą, a członkom swoim bez wielkich zachodów przysporzą dochodów. Już dziś na Śląsku płacą towarzystwa ubezpieczeń po 10 koron, — tylko w Galicyi idzie wszystko dawnym trybem. Nikt o tej sprawie dotąd nie pomyślał. Proszę zważyć, że lekarz w Białej dostaje za tę samą pracę 6 koron, za którą kolega jego w Bielsku dostaje 10 koron. To jest fakt.

Tych kilka słów pisałem pod adresem naszych Izb.

Stahr.

Subwencya dla wakacyjnych kursów lekarskich. Sejm morawski uchwalił na ostatniej sesyi sumę 3,000 koron na rok 1906, aby z niej rozdzielić stypendya aż do 400 koron między lekarzy gminnych i obwodowych w celu ułatwienia im udziału w wakacyjnych kursach. Niewątpliwie lekarze morawscy chętnie skorzystają z tego ułatwienia, by odświeżyć i rozszerzyć wiadomości swoje na materyale wielkich szpitali i klinik. I u nas nie brakłoby chętnych, i u nas dobrzeby na tem wyszła ludność — tylko..... sejm morawski, to nie sejm galicyjski. *E. S.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 21 b. m. w klinice lekarskiej posiedzenie, na którem: 1) Na wniosek Komisyi przemysłowo-lekarskiej uchwalono polecić do użytku chleb dla chorych na cukrzycę wyrobu p. Gurgula i szereg środków przeciwgnilnych wyrobu fabryki »Beskid« w Białej; 2) Prof. Jaworski mówił: »O krwotokach utajonych do przewodu pokarmowego«; podał wyniki prób podawania leków z ominięciem żołądka w pigułkach z *sebum ovile*, a następnie przedstawił przypadki: a) plamicy zwykłej, występującej jako miesiączkowanie zastępcze, b) pourazowej histeryi, c) pęcherzycy złośliwej, d) gruźlicy języka; 3) Dr. Korolewicz przedstawił odczyny, służące do wykrycia krwi utajonej w stolcach; 4) Dr.

Latkowski przedstawił odczyny na kwas acetooctowy i aceton, oraz przypadki a) akromegalii połączonej z cukrzycą (nowotwór przysadki), b) choroby Raynauda z twardziną skóry, c) tętniaka tętnicy głównej; 5) Dr. Łapiński przedstawił rzadki przypadek obecności gipsu krystalicznego w moczu. W dyskusyach przemawiali: Prof. Ciechanowski, Dr. Borzęcki, Prof. Korczyński, Prof. Jaworski, oraz Dr. Latkowski.

— Wydział Izby lek. zachodnio-galicyjskiej na posiedzeniu dnia 10 marca załatwił szereg drobniejszych spraw administracyjnych. — Uchwalono założyć ewidencyjną księgę uwolnionych od wkładek. — Ponieważ zdarza się, że lekarze, należący do Izby, pisują do Izby listy po niemiecku *(sic!)*, uchwalono listy takie zwracać z dopiskiem, że urzędowym językiem Izby zachodnio-galicyjskiej jest język polski. — Uchwalono ratyfikować projekt regulacyi płac lekarzy kolejowych, opracowany przez komisyę, wybraną w tym celu na IX wiecu Izb, ale zażądać umieszczenia w projekcie tym punktu, żądającego ograniczenia liczby członków Kas chorych, przypadającej na jednego lekarza według zasad, zawartych w elaboracie Izby zachodnio-galicyjskiej. — Przekazano Wydziałowi wykonawczemu Izb sprawę petycyi, wniesionej swego czasu do parlamentu o reorganizacyę służby lekarzy więziennych. — Uwolniono kilku członków od wkładek. — W końcu powzięto uchwały w trzech sprawach honorowych. *L.*

— Na uniwersytecie Jagiellońskim było w półroczu zimowem 1905/6 wśród 2,517 zapisanych 312 słuchaczy medycyny (z tego 41 kobiet, wśród nich 13 hospitantek).

— Bibliotekarz Towarzystwa lek. krak. zawiadamia, że nowo zawiązana Komisya biblioteczna ułożyła regulamin biblioteki, przyjęty przez Komitet Towarzystwa, który określa warunki, pod jakimi korzystać mogą z jej zbiorów członkowie Tow. lek. krak. i niecałonkowie.

Członkowie Komisyi bibliotecznej pełnią dyżury w bibliotece codziennie z wyjątkiem sobót, niedziel i świąt w godzinach 5½—7 wieczorem. Z wyjątkiem tych godzin biblioteka jest zamknięta.

Komisya uprasza Kolegów, którzy wypożyczyli z biblioteki książki, lub poszczególne zeszyty czasopism, by zechcieli je zwrócić jak najprędzej. — W przeciwnym razie będą podlegać przepisom regulaminu, t. zn. będą dwukrotnie upomnieni, a gdyby to nie odniosło skutku, nazwiska ich będą ogłoszone w »Przeglądzie lek.«, a gdy i to nie odniesie skutku, oddaną zostanie sprawa na drogę sądową. Za każde upomnienie będą musieli złożyć 30 hal., a za każdy dzień zwłoki po drugiem upomnieniu będą płacić karę 10 hal.

— Ze sprawozdania szpitala Bonifratrów w Krakowie za rok 1905 wynika, że nowy budynek szpitalny będzie oddany do użytku prawdopodobnie w połowie r. b., chwilowo jednak z powodu przeróbek starego szpitala zmniejszono ogólną liczbę łóżek z 60 na 40. Znaczniejsze zwiększenie liczby łóżek w nowym budynku może konwent podjąć dzięki kilkunastu ofiarodawcom, którzy złożyli fundusz wieczysty na utrzymanie »łóżek pamiątkowych« (dotąd razem 30).

Lwów. V posiedzenie Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się w piątek 16 marca: 1) Kol. Bocheński przedstawił dwie chore ze znacznem zwężeniem pochwy, powstałem po porodzie. Jedna zgłosiła się w 2, druga w 5 miesięcy po porodzie. U pierwszej stwierdzono bardzo znaczne zbliznowacenie pochwy, gdyż nie można było wprowadzić do niej nawet małego palca. Leczenie polegało na przecinaniu blizn nożem, bądź rozdzieraniu ich na tępo, a następnie na wprowadzaniu krążków (dziś nosi już Nr. 9) i kul Bozemana. Rozszerzenie pochwy jest dziś zupełne, pytanie tylko, czy nie powróci, gdy chora opuści klinikę. Przeszczepiania spos. Thierscha nie robiono z powodu trudności technicznych. U drugiej chorej, u której zwężenie było jeszcze większe, bo pochwa przedstawiała się tylko w postaci dwóch włosowatych przewodów, łączących się ze sobą u góry, poprzecinano nożem wszystkie blizny, a rozszerzenie pochwy znajduje się obecnie również na dobrej drodze. W dyskusyi zabiera głos doc. Bylicki, przypominając, że dr. Święcicki na jednym ze Zjazdów w Krakowie radził w podobnym przypadku po rozszerzeniu pochwy przeszczepiać na nią kiszkę kocią i umocowywać ją staniolem. Wynik miał być dobry. Nieco inaczej postępował Rościszewski, gdyż wszczepiał do pochwy rozciętą wargę małą. Doc. Bylicki przypuszcza, że w przypadkach Bocheńskiego pomimo bardzo dobrego wyniku rozszerzania nastąpi nawrót, jeśli się nie wykona jakiegoś przeszczepienia. 2) Dr. Gröbel przedstawia chorą, u której po porodzie kleszczowym, odbytym w klinice, rozwinęła się *parametritis anterior abscedens*. Po nacięciu od strony powłok brzusznych i zastosowaniu przyrządu ssącego Biera sprawa szybko ustąpiła. W dyskusyi zabiera głos dr. Obtułowicz, który sądzi, że podobne przypadki kończą się równie dobrze nacięciem i prostem drenowaniem bez użycia przyrządu Biera. 3) Dr. Czyżewicz (jun.) wygłasza odczyt »O przeobrażeniach narządu płciowego kobiety w czasie ciąży i porodu«. Oprócz zestawienia dotychczasowych wiadomości podał prelegent własne poglądy, wysnute z badań, wykonanych w szpitalu lwowskim w ostatniem trzechleciu. W dyskusyi wzięli udział: prof. Mars, doc. Bylicki, doc. Sołowij, dr. Wątorek, prof. Czyżewicz i prelegent.

— Wydział Izby wschodnio-galicyjskiej zajmował się na posiedzeniu z dnia 17 b. m. następującemi sprawami: Przyjęto do wiadomości rachunek z kosztów wiecu Izb w Innsbrucku, przedłożony przez Izbę niemiecko-tyrolską, jako wówczas zarządzającą; koszta ogólne wyniosły 3093 koron, z czego na Izbę wsch.-gal. wypada 222 koron. — Przesłano Izbie morawskiej życzenia z powodu ukonstytuowania się; Izba ta po raz pierwszy rozdzieliła się na dwie sekcye, niemiecką i czeską. — Przyjęto z uznaniem do wiadomości, iż krajowa Rada zdrowia w myśl referatu Prezydenta Izby, jako jej członka, uchwaliła jednomyślnie (po usunięciu się przedstawiciela Rządu), wypowiedzieć przekonanie, że protest Izb w sprawie mianowania następcą śp. Kusyego nie lekarza, lecz prawnika, jest rzeczowo uzasadniony. — Uchwalono poczynić odpowiednie kroki przeciw kilku partaczom lekarskim, o których nadeszły doniesienia, jako to przeciw Warszawskiemu w Podwołoczyskach, Freilichowi w Śniatynie i Jachałowej w Kołomyi. — Załatwiono kilka spraw drobniejszych i omówiono kilka spraw honorowych.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich otrzymali na uniwersytecie lwowskim pp. Władysław Czernecki, Bolesław Ignacy Długoszowski, Franciszka Fuchsówna, Bronisław Karol Łukasiewicz, Pinkas Wolf Kirschbaum.

— W czasie od 11 do 17 marca 1906 doniesiono w Galicyi o nowych chorych na ospę: w 6 gminach 14 chorych, a mianowicie: w powiecie Brody (Dytkowce 2. Stare Brody 1), Chrzanów (Chrzanów 5. Balin 2. Jaworzno 3. Kąty 1). Na dur plamisty w 29 gminach 94 chorych: w pow. Biała (Brzezinka 1.), Brzeżany (Glinna 8), Brzozów (Dynów 1. Przedmieście dyn. 2.), Buczacz (Dobropole 7.), Cieszanów (Opoka i Szczutków 4.), Horodenka (Żuków 2.), Jarosław (Lezachów 4. Dąbrowica 1.), Jaworów (Olszanica 7. Wulka zmij. 2. Wielkie Oczy 1.; zachorował i zmarł Dr Seweryn Schmidt lekarz okręgowy; zaraził się pełniąc obowiązki służbowe), Lwów pow. (Pikutowice 3.), Nadwórna (Łanczyn 1. Cucyłów 1.), Rawa (Rzeczyca 3. Prynada 1. Szczerzec 5.), Sambor (Bulczyce rustyk. 1. Dorożów 12.), Stary Sambor (Grodowice 1.), Stryj (Żulin 1. Pławie 6. Kalne 6.), Tarnopol (Konstantynówka 3.), Tłumacz (Bortniki 6. Przybyłów 2.), Żółkiew (Przystań 1.). Na nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych przybyło 37 chorych w 26 gminach.

— Sekcya wadowicka Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyła 18 marca b. r. doroczne posiedzenie w Wadowicach, na którem oprócz obrad nad szeregiem ważnych spraw zawodowych odbyły się demonstracye ciekawych przypadków chorobowych.

Warszawa. Lekarze szpitala Dzieciątka Jezus podjęli starania, by miejska Rada Dobroczynności publicznej zwiększyła kwotę, wyznaczoną w szpitalach warszawskich na utrzymanie jednego chorego przez dobę, z 20 przynajmniej na 25 kopiejek. Już w zwykłych warunkach kwota 20 kop. była niewystarczającą, tak że lekarze musieli, jak podaje »Gazeta lek.« (Nr. 10 r. b.), albo patrzeć przez palce na to, że chorym przynoszą odwiedzający żywność, nieraz nieodpowiednią, z miasta, albo też żywić chorych z oszczędności, uzyskanych na chorych, będących na dyecie ścisłej. Przy obecnej zaś drożyźnie narażeni są chorzy przy 20 kop. dotacyi — poprostu na głód.

— Wydział położniczy warsz. Towarzystwa lekarskiego polecił wydaną bezimiennie w Warszawie, doskonałą popularną broszurkę: »Jak kobieta ma postępować w stanie zwykłym i odmiennym, aby od cierpień się uchronić«. Broszurka kosztuje tylko 6 groszy.

— Na Dalekim Wschodzie pozostaje do dziś dnia jeszcze ogółem około pięciuset lekarzy rezerwy, którzy wypuszczani są tak powoli, że część uwolnioną będzie dopiero w maju r. b.

— Według wiadomości dziennikarskich rozesłała podobno petersburska Akademia wojskowo-lekarska pomiędzy słuchaczy zapytanie, czy teraz mogłyby być wznowione wykłady, na co większość podobno odpowiedziała przecząco.

— W Jałcie na południowym brzegu Krymu ma powstać ze składek uzdrowisko dla chorych, a niezamożnych lekarzy.

— Wszechrosyjski związek lekarzy zaprotestował przeciwko temu, że sąd wojenny w Oczakowie nie zgodził się na zbadanie stanu umysłowego słynnego porucznika Schmidta.

— Uniwersytet moskiewski ogłosił swe sprawozdanie za r. 1905, tem szczególne, że w roku tym uniwersytet prawie wcale nie wypełniał swych zadań dydaktycznych, a olbrzymi personal nauczycielski, złożony z 326 osób (102 profesorów i płatnych docentów, 224 docentów prywatnych) świętował niemal przez cały rok. Studentów »zapisanych« było 6832, o 1343 więcej, niż w roku poprzednim, z tego 1711 na medycynie. Ukończyło jednak studya tylko 31 osób (o 773 mniej niż w roku poprzednim).

Wilno. Wkrótce zostanie otwarty w Wilnie szpital dziecinny, wybudowany kosztem 65 tysięcy rb. przez zarząd miasta w »Zwierzyńcu«, zdrowej, lasem sosnowym porosłej miejscowości, na drugim brzegu Wilii. Szpital został wybudowany według wszelkich wymagań nauki. Posiada on osobne pawilony dla chorych zakaźnych, kamerę dezynfekcyjną i t. d.

— Podczas zaburzeń październikowych została zastrzelona przez wojska na ulicy w liczbie innych studentka medycyny uniwersytetu genewskiego, wilnianka Pomeranz.

— Po stłumieniu rewolucyi, w Wilnie, jak i w innych miastach, rozpoczęły się liczne aresztowania. Pomiędzy innymi uwięziono w Wilnie dr. Szabada, dr. Witejszisa, oraz z Wilejki ordynatora szpitala dla obłąkanych dr. Aptekmana, kilku felczerów i dozorczyń. Dr. Witejszys po 2-miesięcznem więzieniu został wypuszczony na wolność dla braku dowodów winy. Więzienie jest przepełnione, warunki sanitarne pozostawiają wiele do życzenia, obejście z więźniami surowe i niemal brutalne.

— Samowolę policyi odczuwa w sposób dotkliwy wileńskie pogotowie ratunkowe, które urzędnicy policyjni zmuszają do przewożenia chorych ze szpitali do więzienia, a gdy lekarze pogotowia nie zgodzili się oddawać policyi podobnych usług, policya samowolnie, nikogo o pozwolenie nie pytając, zabiera karety pogotowia i trzyma je po kilka godzin.

— Kilku lekarzy wileńskich próbowało założyć w Wilnie związek lekarzy, felczerów, dentystów, położnych i t. d. jako filię podobnego związku wszechrosyjskiego. Większość atoli lekarzy Polaków odmówiła udziału. Po kilku zebraniach, na których nie osiągnięto porozumienia, projektu zaniechano.

— Wileńskie Towarzystwo lekarskie nie mogło obchodzić swego stuletniego jubileuszu 24 grudnia 1905 z powodu zaburzeń w całem państwie rosyjskiem. Prawdopodobnie, jeśli tylko nie wybuchną ponowne niepokoje (co jest bardzo możliwe), obchód jubileuszowy odbędzie się w grudniu roku bieżącego.

— Lekarze, powołani z Wilna na teren wojny, jeden po drugim wracają i opowiadają o smutnych i wstrętnych rzeczach, jakie się w armii działy. Pomoc lekarska była zorganizowana bardzo źle, nadużyć ze strony wielu naczelnych lekarzy było wiele, chorzy po prostu marli z głodu. Nie wrócił tylko dr. Rutski, zmarły z duru w Mandżuryi, oraz dr. Wojewódzki, którego dotąd trzymają bez potrzeby w lichej mieścinie gub. Tomskiej.

— W grudniu została otwarta w Wilnie przez p. Hermanowicza szkoła fizycznego rozwoju, która dała początek Towarzystwu Sokołów. Towarzystwo to rozwija się pomyślnie i liczy już około 300 członków płci obojga. *Dr. W. Z.*

Chicago. Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago obrało na r. 1906 prezesem dr. Feliksa Kalacińskiego, wiceprezesem dr. K. Żurawskiego, skarbnikiem dr. J. Stupnickiego, sekretarzem dr. J. J. Gołembiowskiego.

Niemcy. W bawarskiem ministeryum spraw wewn. ma być utworzona posada generalnego inspektora mieszkań, który nada jednolity kierunek higienicznemu nadzorowi nad mieszkaniami (wykonywanemu obecnie w Bawaryi przez 39 inspektorów mieszkań).

— W parlamencie niemieckim domagał się poseł Rosenow utworzenia jaknajliczniejszych zwyczajnych katedr medycyny społecznej, na co przedstawiciel rządu odpowiedział, że już w Berlinie i w Bonn urządzono wykłady tego przedmiotu, a jeżeli to okaże się pożyteczne, to dział ten będzie dalej rozwijany, zwłaszcza w akademiach medycyny praktycznej. Tenże poseł żądał upaństwowienia uzupełniających kursów lekarskich, jednakże rząd oświadczył się odmownie.

— Na zakład badania raka w Heidelbergu złożono dotąd 680,000 marek.

— Rząd pruski obostrzył przepisy sprzedaży lyzolu z powodu mnożących się samobójstw tym środkiem.

— Uniwersytet w Jenie obchodzić będzie w sierpniu r. b. 350. rocznicę swego założenia.

— Chemicy niemieccy rozpoczęli starania o utworzenie w Berlinie wielkiego państwowego zakładu chemicznego.

— Pierwsza Izba sejmu saskiego odrzuciła prośbę Izb lekarskich saskich o powołanie lekarza do tego ciała.

— Proponowany przez stowarzyszenia lekarskie berlińskie wolny wybór lekarzy w opiece nad ubogimi odrzuciły władze miejskie berlińskie, pomimo, że okazał się on już w kilku miastach (Strassburg) możliwy i korzystny.

— W Berlinie powstało osobne Towarzystwo lekarskie wyłącznie celem przedstawiania ciekawych przypadków, preparatów, sposobów operacyi, przyrządów i t. d. z wyłączeniem właściwych wykładów.

— Pamięć Nothnagla ma być uczczoną pomnikiem w uniwersytecie wiedeńskim i utworzeniem fundacyi na honorowe nagrody za doroczne uroczyste wykłady im. Nothnagla, do których wygłoszenia będą zapraszani corocznie najwybitniejsi uczeni austryaccy i zagraniczni.

— Książę bawarski, Karol Teodor, zajmujący się, jak wiadomo, okulistyką, dokonał w połowie lutego w swojej klinice pięciotysięcznej operacyi zaćmy.

Francya. Katedra anatomii patologicznej w Nancy została zwiniętą na propozycyę grona profesorskiego(!), a to, aby w jej miejsce można dać katedrę zwyczajną jednemu z docentów (*agrégé*). wykładającemu pedyatryę. To postąpienie Wydziału lekarskiego w Nancy, który samochcąc pozbawia się jednej z najważniejszych katedr, piętnuje z oburzeniem francuska prasa lekarska.

— Według »Journal of the American. med. Assoc.« (4 listop. 1905) ogłasza się pewien lekarz amerykański w dziennikach w ten sposób: »Dr. J. M. S., lekarz i chirurg. Gabinet ordynacyjny zajmuje 4 narożniki. Otwarty dniem i nocą. Lekarstwa, owoce i cukierki. Napoje bezwyskokowe. Potrawy w konserwach. Śniadania i t. d.« Widocznie ludność miejscowa jest za mała, aby dostarczyć utrzymania osobnemu lekarzowi, a osobnemu aptekarzowi, cukiernikowi, kupcowi i restauratorowi. *Si non e vero*...

Mianowani: Dr. Simula nadzwycz. profesorem położnictwa w Sassari. Dr. Władysław Kruszyński sekundaryuszem oddziału chirurgicznego szpitala św. Zofii we Lwowie.

Zmarli: W Warszawie dr. Ludwik Grün w 76 r. ż. i dr. Jan Szlipps, lekarz wojskowy, rodem z Wilna, w 53 r. ż.

W Kopenhadze prof. patologii zewnętrznej Oskar Wanscher; w Neapolu docent farmakologii Luigi d'Amore.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 10. Pruszyński i Siemieński: Badania nad składem żółci ludzkiej. Węgłowski (dok. z Nr. 9).

— *Tygodnik lekarski* Nr. 11. Bikeles i Załuska: O pochodzeniu czuciowych włókien nerwowych ścięgna mięśnia czworogłowego i ścięgna Achillesa. Starzewski (c. d. z Nr. 10).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 3. Wrzosek: Znaczenie dróg oddechowych jako wrót zakażenia w warunkach prawidłowych. Zawadzki: Stowaina przy znieczulaniu lędźwiowem. Tomaszewski: Przyczynek do leczenia nieżytu oskrzelkowego u małych dzieci.

— *Kronika lekarska* Nr 5. Ciąg dalszy prac Sędziaka, Giedgowda i Gedroycia.

— *Krytyka lekarska* Nr. 2 i 3. Hoyer sen.: Teorya i praktyka. Biegański: Pojęcie przyczyny i związku przyczynowego w biologii. *M.*: W sprawie wszechnicy warszawskiej. M. Bornstein: Z powodu pracy dr. Męczkowskiego o szpitalnictwie. Kramsztyk: Objawy kliniczne.

— *Przegląd okulistyczny* Nr. 2. Wicherkiewicz: Dr. Ludwik Wecker (nekrolog). Reis W.: Nieżyt spojówki Parinauda i jego znaczenie dla histiogenezy komórek plazmatycznych.

— *Głos lekarzy* Nr 6. Mikołajski: Biuro pośrednictwa dla lekarzy. — Ciągi dalsze artykułów Mikołajskiego z Nr. 5. Fels: Ukąszenia przez psy we Lwowie.

— *Zdrowie* Z. 1 Wernic: Głód i epidemie. Biehler Matylda: Higiena nauczycieli i nauczycielek. Łazowski i Siwicki: Życie płciowe warszawskiej młodzieży akademickiej. — Z. 2. Wernic: Na

progu nowej ery w rozwoju higieny. Tchórznicki: Chronicy. Łazowski i Siwicki (c. d.). — Z. 3. Wernic: Ewolucye warunków rozwoju higieny ludowej. Łazowski i Siwicki, Tchórznicki (dok.).

— *Časopis lekařův českých* Nr. 11 Kuffner: Psychiatrie a reforma poenální legislatury. Berka: Případ cholesteatomu caudae equinae. Výmola i Kutvirt, Kimla (c. d. z Nr. 10).

— *Liječnički Vijesnik* Nr. 3. Biankini: 19 slučajeva „Railway Spine". Cačkovic: Slučaj trodokornoga refluksa iza gastrenterostomije kod otvorenog pylora.

— *Russkij Wracz* Nr. 7. Zielonkowski: W sprawie zastosowania promieni Becquerela do leczenia chorób ocznych. Leczenie jaglicy. Orłowski W.: (c. d. z Nr. 6). Słowcow: O osobliwem białku, zdarzającem się niekiedy w prawidłowym moczu Iwanow. O działaniu soli niklu, kobaltu i miedzi na wyosobnione serce. Milman: O drobnoustroju kiły.

— *Presse médicale* Nr. 20. Hallion: Osmoza i kryoskopia. Bonnier: Ustne nauczanie. Camuz i Pagniez: O barwnym odczynie kwasów tłuszczowych. — Nr. 21. Jeannin: Semiologia odchodów połogowych. Cousin i Costa: Odczyn moczu na błękit metylenowy w durze. Cavaillon: Trwałe osączkowanie żołądka w leczeniu ostrych zapaleń otrzewnej. Delaunay: Tigenol w ginekologii.

— *Semaine médicale* Nr. 11. Tuffier: Przewlekła żółtaczka i kolki wątrobne jako objaw bąblowca wątroby (zraza Spiegela). Landolfi: Wczesne rozpoznawanie gruźlicy płuc przez poszukiwanie przytłumień w szczytach.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 11. Tauber: W sprawie leczenia włóknikowego zapalenia płuc surowicą. Kraus i Prantschoff: O przecinkowcach cholery i innych mętwikach. Hirschl: Uwagi o leczeniu choroby Basedowa. Bloch: O przypadku trądu plamisto-guzowatego ze znieczuleniem. Krokiewicz i Engländer: Surowica Marmorka w gruźlicy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 11. Graeffner: Kilka uwag o odruchach, szczególnie u połowiczo porażonych. Ehrlich: Leczenie ropienia ostrego i przewlekłego kamforą fenolową. Schwalbe: O rozwojowych zboczeniach kończyn. Krokiewicz: Bardzo czuły odczyn barwików żółciowych. Glas: Wąglik krtani. Lichtenstein: W sprawie rozpoznawania ciąży zewnątrzmacicznej zapomocą promieni Roentgena. Zezschwitz: Przypadek wyleczonego przedziurawienia żołądka. Alexander: Krowiankowe zmiany oka. Sommer: W sprawie leczenia ropnia migdałka. Rühl; O przebiegu ciąży i porodu po dawniejszem cięciu cesarskiem pochwowem. Wild: Przyczynek do wyrafinowania w masturbacyi. Czaplewski: Ułatwienia odczynu Gruber-Widala. Mangold (dok. z Nr. 10).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 12. Schickele: Kilka uwag krytycznych o operacyi Alexandra-Adamsa, zwłaszcza o jej stosunku do przepuklin pachwinowych. Bernhardt. O jednostronnych palcach pałeczkowatych i ich etyologii. Uhlich: Pomiary ciepłoty w świetlnych kąpielach elektrycznych. Meier H.: O ulepszeniu sposobu Metta oznaczania siły trawiącej płynów. Schütze: Czwartorzędne zasady alkaloidowe w lecznictwie. Kirchner, Heryng (dok. z Nr. 11). Bosse: Zapobieganie ropnemu zapaleniu otrzewnej.

Redakcya otrzymała: Popielski: Über die physiologische Wirkung und chemische Natur des Sekretins. Gizelt: a) Über den Einfluss des Alkohols auf die sekretorische Tätigkeit der Pankreasdrüse; b) Über den Einfluss des Alkohols auf die Verdauungsfermente des Pankreassaftes. Odbitki z „Zentrlbl. f. Physiol." 1906. Godlewski E. jun.: Untersuchungen über die Bastardierung der Echiniden u. Crinoidenfamilie. Odb. z „Arch. f. Entwickelungsmechanik" 1906. Prof. Pieniążek: 1) Bemerkungen über Asthma bronchiale. Odb. z „Wiener klin. Woch." 1905. 2) Zwężenie tchawicy przez ropnie zaprzełykowe. Jessner: Krótki podręcznik chorób skóry, spolszczyli W. Dobrowolski i W. Łuniewski pod redakcyą J. Wojciechowskiego. Warszawa 1906. Str. IV+465. (Biblioteka lekarska R. III. T. XII). Comby: Podręcznik chorób dzieci. Tom I. Spolszczył Józef Zawadzki. Warszawa 1906. XVI+316. (Biblioteka lekarska R. III. Tom XI). Brudziński: Zapalenie opłucnej u dzieci i objaw trojaka. Mogilnicki: Błonicze zapalenie łącznicy oka. Trenkner: Przypadek cirrhosis hepatis cardio-tuberculosa. Odb. z „Czasop. lek." 1905.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 28 marca 1906 o godz. 6 wieczorem w *Domu Towarzystwa* (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Kol. T. Żeleński: „Z nowszych zagadnień hematologii klinicznej". 2) Kol. Surzycki: „Artrytyzm i jego leczenie". 3) Kol. J. Zanietowski junior: „O wyniku moich 22 prac w stosunku do najnowszych praw i zdobyczy praktycznej elektrobiologii".

*

Do nabycia we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

Rok XLV. Kraków 31 Marca 1906. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

O porażeniach czucia we wczesnych okresach porażenia postępującego.

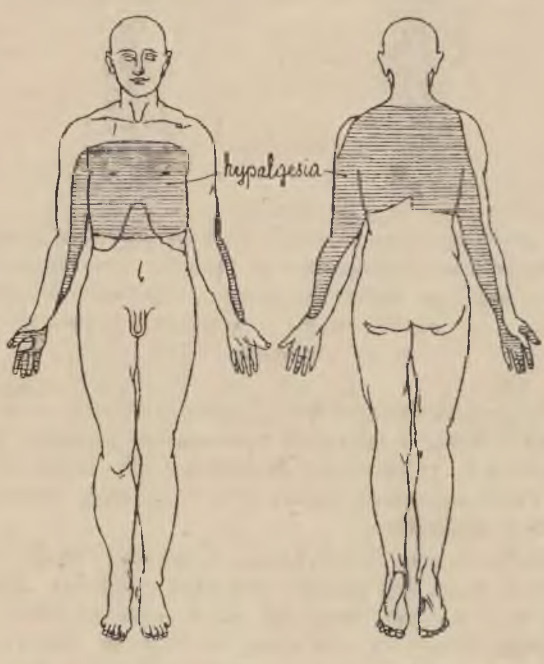
Podał

Jan Piltz

profesor psychiatryi i neuropatologii Uniw. Jagiell.

Ogólne osłabienie czucia bólowego *(hypalgesia)* w porażeniu postępującem jest objawem dobrze znanym i często spostrzeganym. Wobec tego jednak, że i w prawidłowych warunkach wrażliwość czucia na ból waha się w bardzo szerokich granicach, nie można ogólnego osłabienia czucia bólowego uważać za objaw. ściśle określony i z zupełną pewnością opierać się na nim w rozpoznawaniu neuropatologicznem.

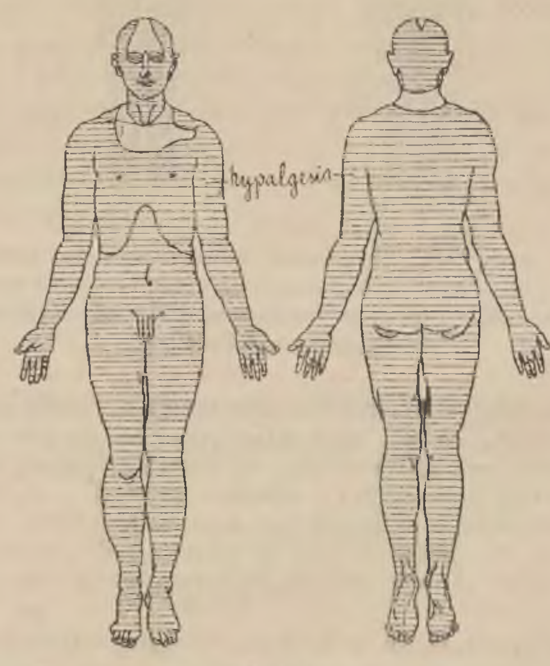
Zupełnie inną wartość mają zaburzenia czucia bólowego, wykazujące pewne różnice czucia w różnych miejscach ciała u jednego i tego samego osobnika, jak n. p. osłabienie czucia bólowego na klatce piersiowej i na wewnętrznej powierzchni górnych kończyn, przedstawione na rys. 1, a które jest tak znamiennym objawem wiądu rdzenia.



Rys. 1.
Typowy przypadek wiądu rdzenia ze znieczuleniem na ból na przedniej i tylnej powierzchni klatki piersiowej i na wewnętrznej powierzchni kończyn górnych.

W ostatnich czasach zdarzało mi się spostrzegać w przypadkach porażenia postępującego zaburzenia czucia bólowego, świadczące o tem, że i w tej chorobie oprócz ogólnego stępienia czucia bolu *(hypalgesia)* powstają często zaburzenia czucia bólowego, analogiczne do tych, jakie spotykamy w wiądzie rdzenia. Tylko topografia ich zdaje się być nieco odmienną. Liczba przypadków, w których te zaburzenia czucia spostrzegałem, jest dotychczas za mała, ażeby już teraz można było z zupełną pewnością wysnuwać z niej ogólniejsze wnioski — n. p. co do częstości tego objawu w porażeniu postępującem. Ponieważ jednak przy poszukiwaniach moich odniosłem to wrażenie, że objawy te zjawiają się już we wczesnych okresach porażenia postępującego i mogą mieć w pewnych warunkach znaczenie rozpoznawcze, — a ja sam na razie większym materyałem klinicznym, na którym mógłbym tą rzecz sprawdzić, nie rozporządzam, — postanowiłem spostrzeżenia swe ogłosić drukiem.

I. W., lat 46; w 26 r. życia — kiła; od pewnego już czasu ogólne zdenerwowanie, skargi na brak samodzielności i pewności siebie; trudność zebrania myśli; chory często płacze. Obecnie: twarz bez wyrazu, jak maska; lekki, ledwo dostrzegalny niedowład lewej połowy twarzy; drgania włókienkowe w mięśniach twarzy; drżenie języka i palców, nieznaczne zboczenie w mowie *(dysarthria)*, objaw Romberga, lekki bezład ruchów kończyn dolnych i górnych, nierówność



Rys. 2.
Porażenie postępujące. Czucie bólowe prawie zupełnie zniesione na całem ciele z wyjątkiem czoła i paska na szyi — w kształcie kołnierzyka, gdzie czucie bólowe jest zachowane lub może nawet nieco wzmożone.

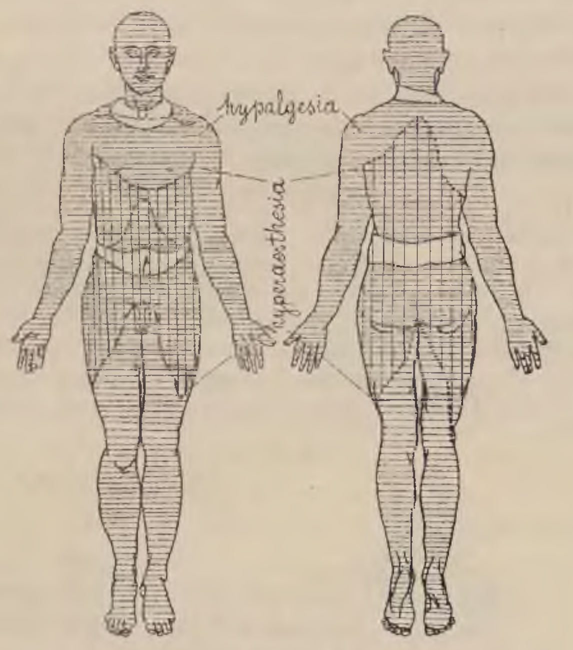
i zniekształtnienie źrenic, osłabienie oddziaływania źrenic na światło, brak odruchów kolanowych i stopowych.

Czucie dotykowe nie zmienione. Natomiast spotykamy następujące zmiany: czucie bólowe jest prawie zupełnie zniesione na całem ciele z wyjątkiem czoła i paska na szyi —

w kształcie kołnierzyka; w tych miejscach czucie bólowe jest prawidłowo zachowane lub może nawet nieco wzmożone — patrz rys. 2.

II. P., lat 37, przybył po raz pierwszy do ambulatoryum chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell. dnia 9/XII 1905 r. Chory od 3 lat: na początku miewał silne bole głowy, stany ogólnego rozdrażnienia i wewnętrznego niepokoju, popędy samobójcze. Po 2 latach nastąpiła tak znaczna poprawa, że powrócił do swych biurowych zajęć Od paru tygodni po przebytem zapaleniu płuc stan ogólny znów się pogorszył. Dziś skarży się na bole głowy, na szum i dzwonienie w głowie, na ogólne zdenerwowanie, bezsenność, niczem nieuzasadnioną skłonność do płaczu. Badanie stwierdza co następuje: podmiotowe poczucie zdrowia i lekkości *(euphoria)*, zaburzenia mowy, objaw Romberga tylko przy staniu na nodze lewej, bezład ruchów tułowia, zwężenie, zniekształtnienie i nierówność źrenic, objaw Argyll-Robertsona, nierówność odruchów kolanowych l > pr, wzmożenie i nierówność odruchów stopowych l > pr.

Zmiany czucia w tym przypadku są następujące: Na tułowiu i na kończynach zanik czucia bólowego z wyjątkiem



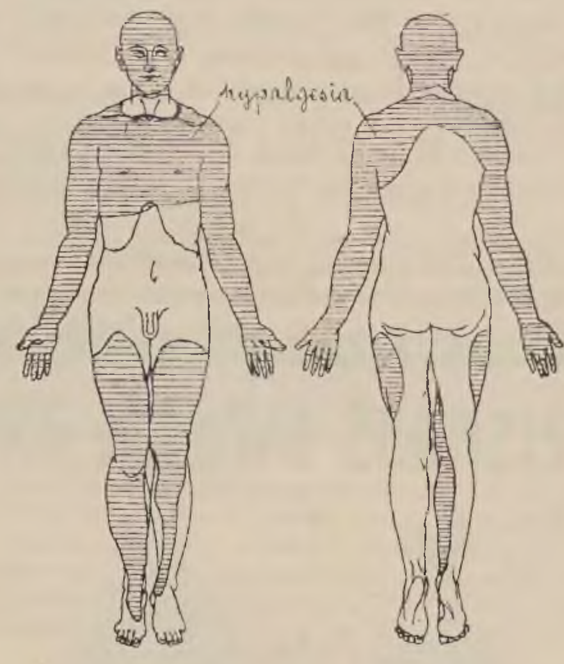
Rys. 3.

Porażenie postępujące. Zanik czucia bólowego na całem ciele z wyjątkiem paska na szyi — w kształcie kołnierzyka, i paska na wysokości pępka, gdzie czucie bólowe jest zachowane. Prócz tego wyraźna przeczulica dotykowa na tułowiu.

paska na szyi — w kształcie kołnierzyka i paska na wysokości pępka dookoła pasa, gdzie czucie bólowe jest zachowane (patrz rys. 3). Prócz tego na tułowiu i z przodu i z tyłu, jest wybitna przeczulica (w kształcie gorsetu), — każde bowiem dotknięcie szpilką lub palcem wywołuje żywe uczucie łechtania. W obrębie obręczy w pasie, o której była mowa wyżej, każde ukłucie szpilką wywołuje prócz tego jeszcze i uczucie bolu.

W przypadkach, podobnych do wyżej opisanego, przy braku wyraźnych objawów psychicznych, jesteśmy nieraz w kłopocie co do rozpoznania różniczkowego pomiędzy wiądem rdzenia a porażeniem postępującem, wobec tego, że zaburzenia mowy we wczesnych okresach porażenia postępującego bywają prawie nieuchwytne. Dlatego też każdy, nawet najmniejszy objaw nowy, mogący w tym okresie choroby przyczynić się do wyjaśnienia sprawy, jest bardzo cenny. W przypadku wyżej opisanym miałem właśnie pewne wątpliwości co do rozpoznania, gdyż żona chorego z początku zataiła przedemną objawy psychiczne z przed 3 lat. Znamienne zmiany czucia bólowego, wyżej opisane, wraz z istniejącemi, chociaż nieznacznemi zaburzeniami mowy, skłoniły mnie ostatecznie do rozpoznania w tym przypadku porażenia postępującego, co też późniejsze uzupełnienie wywiadów potwierdziło.

III. F., lat 42, listonosz z Krakowa. Ojciec pijak. Chory w 20 r. życia przechodził kiłę Przed rokiem stan szalowego podniecenia z podmiotowem uczuciem zdrowia i lekkości *(euphoria)*, urojeniami wielkości etc. Dziś pewne osłabienie władz umysłowych, zaburzenia mowy *(dysarthria)*, drgania włókienkowe w mięśniach twarzy, wzmożenie bezpośredniej mechanicznej pobudliwości mięśni, zniekształtnienie i nierówność źrenic pr > l, odruch m. dwugłowego lewy > prawego, odruchy kolanowe i stopowe zupełnie zniesione, odruchy brzuszne lewe żywsze, niż prawe. Zaburzenia czucia w tym przypadku są następujące: Czucie bólowe jest zniesione na głowie, w górnej części tułowia wraz z kończynami górnemi i na przedniej powierzchni kończyn dolnych; na szyi —



Rys. 4.

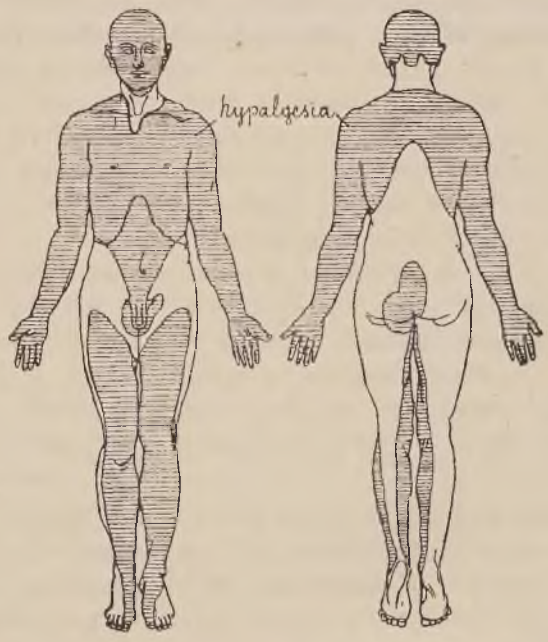
Porażenie postępujące. Znieczulenie na ból na głowie, w górnej części tułowia, na górnych kończynach i na przedniej powierzchni dolnych Czucie bólu jest więc zachowane na szyi — w kształcie kołnierzyka, na tułowiu — w kształcie gorsetu — i na tylnej powierzchni dolnych kończyn.

w kształcie kołnierzyka, w dolnej połowie tułowia — w kształcie gorsetu, wreszcie na tylnej powierzchni kończyn dolnych jest czucie bolu prawidłowo zachowane albo może nawet na tułowiu nieco wzmożone (patrz rys. 4). Zmian czucia dotykowego nie znalazłem.

IV. K., lat 54, konduktor z Krakowa. W 24 r. życia kiła Przed paru tygodniami wypadek na kolei. Żona podaje, że mąż jej jest chory od czasu tego wypadku. Badając chorego odnosi się wrażenie, że choroba istnieje już od dłuższego czasu. Dziś: bardzo wyraźne osłabienie władz umysłowych, silnie wzmożona drażliwość, zmienność usposobienia, skłonność do płaczu, bezsenność, bole i zawroty głowy. Badanie stwierdza zaburzenia mowy, drgania włókienkowe w mięśniach twarzy, lekki niedowład prawej połowy twarzy, objaw Romberga, bezład w kończynach dolnych, chód szeroki, niepewny. Prócz tego: źrenice nieokrągłe l > pr, zaburzenia odruchu na światło na oku prawem silniejsze, niż na lewem, odruch orbikularny źrenicy pr > l, wzmożenie brzusznych odruchów górnych, prawy dolny odruch brzu-

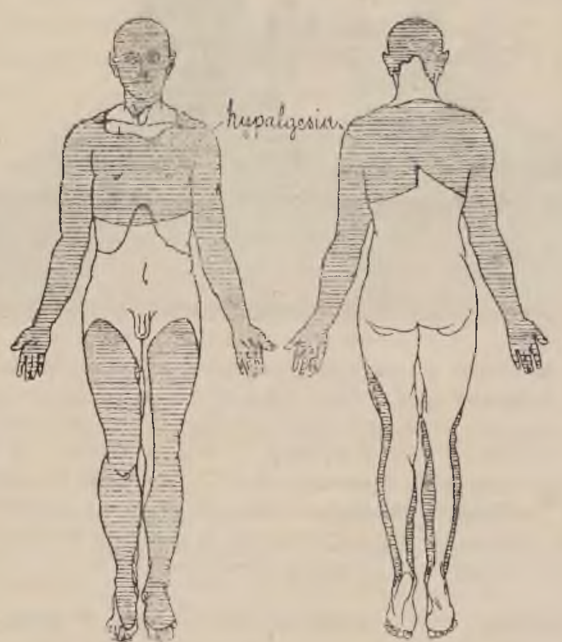
szny > lewego, odruch kolanowy i stopowy prawy > lewego.

Wynik badania czucia jest następujący: przy prawidłowo zachowanem czuciu dotykowem spostrzegamy wyraźne przytępienie czucia bólowego na całem ciele z wyjątkiem paska na szyi, dolnej części tułowia i tylnej powierzchni kończyn dolnych — jak to widać na rys. 5.



Rys. 5.
Porażenie postępujące. Czucie dotykowe prawidłowo zachowane. Przytępienie czucia bólu na całem ciele z wyjątkiem paska na szyi — w kształcie kołnierzyka, dolnej części tułowia i tylnej powierzchni kończyn dolnych.

Rys. 6 i 7 przedstawiają podobne zaburzenia czucia bólowego u dwóch chorych na porażenie postępujące, badanych w ostatnich czasach.

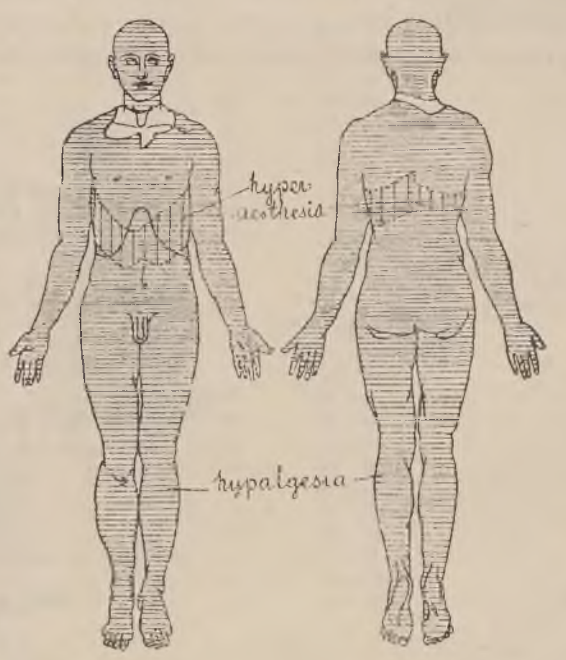


Rys. 6.
Porażenie postępujące. Osłabienie czucia bólowego na całem ciele z wyjątkiem kołnierzyka na szyi, dolnej połowy tułowia i tylnej powierzchni kończyn dolnych. Czucie dotykowe bez zmian.

Zbierając wyniki badań, dokonanych na kilkunastu chorych na porażenie postępujące, można powiedzieć, co następuje:

We wczesnych okresach porażenia postępującego (*paralysis progressiva incipiens*) występują następujące zaburzenia czucia:

1) upośledzenie czucia bólowego — osłabienie lub zanik (*hypalgesia*, *analgesia*) — na całem ciele z wyjątkiem paska na szyi — w kształcie



Rys. 7.
Porażenie postępujące. Osłabienie czucia bólowego na całem ciele z wyjątkiem paska na szyi — w kształcie kołnierzyka. Powyżej pępka pasek, w którym ukłucie szpilką wywołuje żywe uczucie łechtania.

kołnierzyka, mniej lub więcej szerokiego paska na tułowiu — w kształcie gorsetu — i z wyjątkiem tylnej powierzchni dolnych kończyn, gdzie czucie bólowe bywa prawidłowo zachowane, a nieraz nawet i wzmożone;

2) przeczulica dotykowa (*hyperaesthesia*) albo na plecach w okolicy kręgosłupa, albo na tułowiu na przestrzeni, mającej kształt gorsetu lub obręczy w pasie.

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Chlorek barowy jako środek sercowy.

(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

Docent Witold Orłowski.

(Ciąg dalszy).

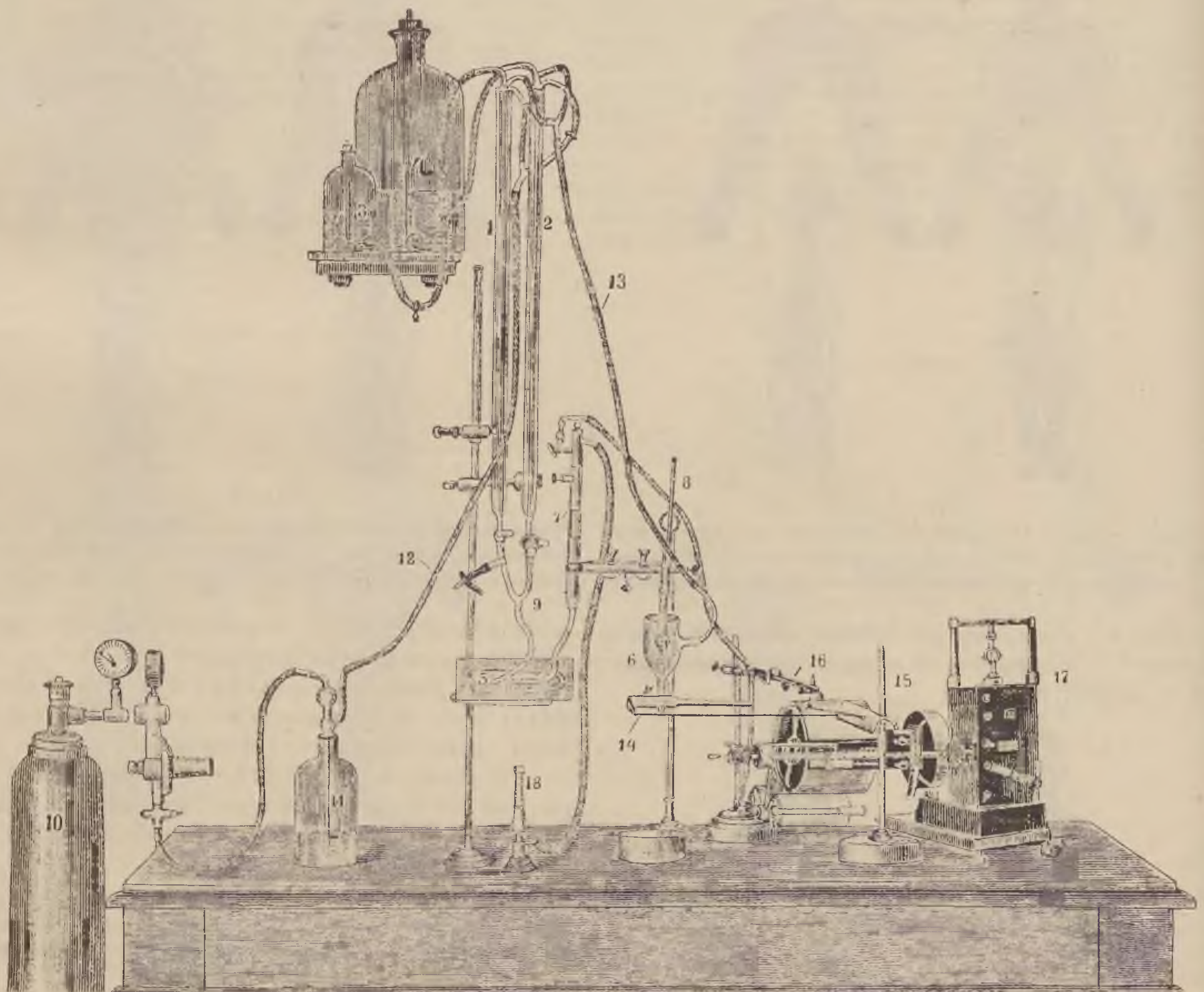
Hebdom (48), Gottlieb i Magnus (49), Porter (50), Rusch (51) i inni starali się udoskonalić metodę Langendorffa zapomocą pewnych zmian w jego przyrządzie i używając zamiast jego cieczy odżywczej innych płynów i t. d. Ogromny krok naprzód uczyniła jednak ta metoda stosunkowo niedawno, mianowicie, gdy w r. 1901 Locke zastosował swój płyn [1]), zawierający w roztworze tlen i skła-

---

[1]) Płyn Lockea jest nieco zmienionym płynem Ringera, który zawiera w 1000,0 wody NaCl 8,0, KCl 0 075, $CaCl^2$ 0,1 i $NaHCO^3$ 0,1.

dający się z nieorganicznych soli z domieszką cukru gronowego; mianowicie na litr wody zawiera ten płyn NaCl 9,0, KCl 0,2, $CaCl^2$ 0,2, $NaHCO^3$ 0,1—0,3 i cukru gronowego 1,0. Ten płyn pozwolił Lockeowi utrzymywać prawidłową pracę serca w ciągu wielu godzin.

W doświadczeniach moich używałem właśnie metody Langendorffa, stosując ciecz Ringer-Lockea i uwzględniwszy ulepszenia, podane przez Boczarowa (53). Dla doświadczeń używałem wyłącznie serc królików, ponieważ płyn Ringer-Lockea jest izotoniczny tylko względem surowicy krwi królików. Początkowo wypuszczałem krew z tętnicy szyjnej królika, wlewając jednocześnie do żyły szyjnej ogrzany do 39° C. płyn Ringer-Lockea. Przepłukiwanie tym płynem trwało dopóty, póki z tętnicy szyjnej nie zaczynała wylewać się ciecz, ledwo słabo zabarwiona krwią. Wkrótce powstawały objawy uduszenia w po-



1 i 2 biurety, zawierające ciecz Ringer-Lockea normalną i zatrutą chlorkiem barowym; w tychże biuretach ciecz nasyca się tlenem. — 3 i 4 butle (naczynia Mariottea) dla utrzymania poziomu płynu w biuretach; 4 zawiera ciecz Ringer-Lockea czystą, 3 zatrutą barem. — 5 bania z wodą; w bani wężykowato zgięta rurka szklana. — 6 szklane naczynie, w którem umieszcza się serce; z góry naczynie zakrywa się korkiem gutaperkowym. — 7 eterowortęciowy termoregulator, umieszczony w szklanej rurce. — 8 ciepłomierz. — 9 rurka w kształcie Y, łącząca biurety z wężownicą, umieszczoną w bani. — 10 walec, zawierający zgęszczony tlen. — 11 butelka do przepłukiwania tlenu. — 12 rurka kauczukowa, przez którą tlen idzie do biuretek. — 13 rurka kauczukowa dla odprowadzenia zbytecznego tlenu z biuretek do naczynia, zawierającego serce. — 14 bloczek. — 15 ciężarkowy myograf Marreya z piórkiem szklanem. — 16 elektromagnetyczny przyrząd do oznaczania czasu. — 17 kimograf. — 18 palnik Bunsenowski.

staci drgawek i serce zaczynało pracować nader słabo. Wtedy natychmiast wycinałem serce z dużemi naczyniami; do tętnicy głównej wsuwałem szklanną rurkę i umocowywałem ją tak, żeby dolny jej brzeg znajdował się nad zastawkami półksiężycowatemi. Potem nalewałem do rurki płyn Ringer-Lockea, bacząc, iżby w niej i w odcinku tętnicy głównej nie było pęcherzyków powietrza, wreszcie łączyłem rurkę z przyrządem, przeznaczonym dla odżywiania serca. Składa się on, jak widać z załączonej ryciny, z dwóch umocowanych na podstawie biuretek, długości 70 cm., z kurkiem w dolnej części każdej biuretki. Górne końce biuret są połączone z 2 butlami, zawierającemi jedna ciecz odżywcza czystą, druga też ciecz z domieszką chlorku barowego: dolne zaś ich końce łączą się zapomocą rurki szklanej, mającej kształt Y, z wężykowato zgiętą rurką szklaną a przez nią z rurką, umocowaną w tętnicy głównej. Wężykowato zgiętą szklaną rurkę umieszcza się w bani wodnej, ogrzewanej Bunsenowskim palnikiem do pewnej stałej cie-

płoty. Ciepłotę reguluje się zapomocą eterortęciowego termoregulatora, ustawionego na drodze, którą płyn odżywczy płynie do serca. Każda bireta jest na górnym końcu szczelnie zamknięta korkiem gutaperkowym, zawierającym 3 otwory, przez które przechodzą 3 szklane rurki. Jedna o małej średnicy dochodzi prawie do dna biurety i służy do nasycenia płynu odżywczego tlenem. Aby stosownie do potrzeby można przepuszczać tlen do dowolnej biurety, wstawia się na drodze przepływu tlenu rurkę w kształcie wideł. Przez drugi otwór w korku przechodzi zgięta pod kątem rurka, która kończy się tuż pod korkiem i służy razem z odpowiednią rurką drugiej biurety do tego, aby nadmiar tlenu, który nie został wchłonięty przez płyn, odprowadzić do przyrządu, zawierającego serce. Przez trzeci wreszcie otwór przechodzi szklana rurka, która kończy się niżej poziomu cieczy w biurecie i łączy zapomocą rurki kauczukowej jedną z biuretek z naczyniem o pojemności prawie 7 litrów, drugą z mniejszą butlą o pojemności 1 litra. Obydwie butle są naczyniami Mariottea. Dzięki temu, płyn w biuretach pozostaje zawsze na jednej wysokości.

Dla mierzenia ciepłoty cieczy, płynącej do serca, wstawia się do kaniulki sercowej termometr. Serce w celu uniknięcia podsychania jest umieszczone w szklanem naczyniu, którego górny otwór zamyka się korkiem, przepuszczającym sercową kaniulkę; przez boczną rurkę kauczukową dopływa do serca tlen, nie wchłonięty przez płyn w biurecie; wreszcie przez dolny otwór ścieka płyn z żył wieńcowych. Wilgotna, obficie tlen zawierająca atmosfera w przyrządzie sprzyja prawidłowej czynności serca.

W ten więc sposób odżywcza ciecz, ogrzana w moich doświadczeniach do 38° C, płynie z przyrządu do odcinka tętnicy głównej pod stałem ciśnieniem Ponieważ jedna z biuret zawiera czysty płyn odżywczy, druga zaś płyn z domieszką chlorku barowego, więc w każdej chwili można przepuścić przez naczynia wieńcowe już to zatruty, już to czysty płyn.

Krzywę skurczów serca zapisywałem zapomocą szklanego piórka atramentem na papierze bez końca, przesuwającym się poziomo na walcu kimografu Balzarra, wprowadzonego w ruch. Piórko umocowywałem na długiem ramieniu dźwigni ciężarkowego myografu Mareya Krótkie ramię myografu łączyłem zapomocą nitki, przerzuconej przez maleńki blok, z wetkniętym do koniuszka lewej komory haczykiem platynowym. Czas zapisywałem na krzywej zapomocą elektromagnetycznego przyrządu, ustawionego na 10″.

Ponieważ pracę mięśnia oznaczamy, mnożąc ciężarek podniesiony przez wysokość podniesienia, a w moich doświadczeniach używałem stałego ciężaru, więc o sile skurczów serca w tych doświadczeniach można sądzić ze zwiększenia lub zmniejszenia wysokości krzywej mięśnia.

Przytoczę dwa z tych doświadczeń.

Doświadczenie I. 14/XII 1905. Serce królika, ważącego 1420 grm. Przepuszczanie przez serce w ciągu pół godziny płynu Ringer-Lockea, zawierającego chlorek barowy w rozcieńczeniach 1:250,000, 1:100,000, 1:25,000, nie wywołało żadnej zmiany w czynności serca. Po odmyciu serca czystym płynem Ringer-Lockea zastosowałem chlorek barowy w rozcieńczeniu 1:10,000.

Czas	Liczba skurczów serca na 1 m.	Wysokość skurczu serca oznaczona w mm.	Uwagi
1 g. 42 m.—43 m.	75	28—29	Płyn Ringer-Lockea.
43 „ —44 „	76	28—29	
44m. 30 s. —45 „ 30 s.	76	28—29	
			$BaCl^2$ 1 : 10.000
45 „ 30 „ —46 „ 30 „		27—28	
47 „ 10 „ —48 „ 10 „	78	28—29	
48 „ 10 „ —49 „ 10 „	78	28—29	
49 „ 10 „ —50 „ 10 „	78	28—29	
50 „ 10 „ —51 „ 10 „	77	28—29	
51 „ 10 „ —52 „ 10 „	79	28—29	
52 „ 10 „ —53 „ 10 „	79	28—29	
53 „ 10 „ —54 „ 10 „	78	28—29	
55 „ 30 „ —56 „ 30 „	77	27—29	
57 „ 40 „ —58 „ 40 „	78	28—29	
59 „ 10 „ — 2 g. 10m.	79	28	Silnie wyrażone
2 g 1m. 20s.—2m 20 s.	77	24—27	tętno naprzemienne
2m. 20 s. —3 m. 20 s.	74	23—26; w drugiej połowie minuty 25—23	(pulsus alternans).
3 „ 20 „ — 4 „ 20 „	67	23—25	
4 „ 20 „ — 5 „ 20 „	66	20—23	
7 „ 20 „ — 8 „ 20 „	62	22—20	
8 „ 20 „ — 9 „ 20 „	61	22—20	
9 „ 20 „ — 10 „ 20 „	60	22—20,5	
10 „ 20 „ — 11 „ 20 „	60	22—20	
11 „ 20 „ — 12 „ 20 „	61	22—20	
12 „ 20 „ — 13 „ 20 „	60	22—20	
13 „ 20 „ — 14 „ 20 „	60	20—22	
14 „ 20 „ — 15 „ 20 „	60	21—20	Płyn Ringer-Lockea.
			Przerwa w zapisywaniu i obliczaniu.
3 g. 8 m.—9 m.	69	25—25,5	
9 g. — 10 m.	70	24—24,5	
10m. 10 s.—11 m. 10 s.	72	25	
11 „ 10 „ —12 „ 10 „	72	25	$BaCl^2$ 1 : 1.000.
12 „ 10 „ —13 „ 10 „	72	24—25	
13 „ 10 „ —14 „ 10 „	74	25—24	
14 „ 10 „ —15 „ 10 „	73	24—23.5	
16 m.—17 m.	71	24	
18 „ —19 „	71	23	
19 „ —20 „	70	23—22	
20 „ —21 „	71	23—23,5	
3g. 21m. 40s. 22m. 40s.	71	23	
22 m. 40 s —23 m. 40 s	71	23—23.5	
24 m.—25 „	71	23—22	
25 „ —26 „	70	23—21	Nader wyraźne
26 „ — 27 „	65	23—20—18	tętno naprzemienne.
27 „ —28 „	59	19, stopniowe obniż. do 14	Zmniejszenie amplitudy skurczu
28 „ —29 „	56	14—11, stopniowe obniż.	i rozkurczu.
29 „ —30 „	52	11—8	Zmniejszenie wysokości krzywej
30 „ —31 „	48	8—5	przeważnie wskutek
31 „ —32 „	45	5—3	niezupełnego zwiotczenia
32 „ —33 „	39	3—$1^1/_2$	podczas
33 „ —34 „	38	mniej, niż 1	rozkurczu; skurcz
34 „ —35 „	27	1, kilka skurczów 8—5	słaby.
35 „ —36 „	20	4	
36 „ —37 „	18	4	
3 g 37 m.—38 m.	18	4—1,5	
Pióro rysuje prawie prostą linię.			Przerwa w zapisywaniu. Płyn Ringer-Lockea.
5g. 37m. 50s.—38m. 50s.	59	11	
47 „ 30 „—48 „ 30 „	65	11	
			$BaCl^2$ 1 : 1.000.
49 „ 40 „—50 „ 40 „	67	11—10	
50 „ 40 „—51 „ 40 „	67	11—10	
51 „ 40 „—52 „ 40 „	68	11	
52 „ 40 „—53 „ 40 „	66	11—10	
53 „ 40 „—54 „ 40 „	64	11—10	
54 „ 40 „—55 „ 40 „	64	10—11	
55 „ 40 „—56 „ 40 „	64	10—11	
56 „ 40 „—57 „ 40 „	64	11—10	
58 „ 30 „—59 „ 30 „	61	10—9	
6g. 10 „ 0 „— 1 „ 10 „	52	8—9	Zmniejszenie ampli-
1 „ 50 „— 2 „ 50 „	45	7-6-5-4-9	tudy skurczu serca.
3 „ 10 „— 4 „ 10 „	30	8—7—9	Zmniejszenie roz-
4 „ 10 „— 5 „ 10 „	29	8—7	luźnienia serca

Czas	Liczba skurczów serca na 1 m.	Wysokość skurczu serca oznaczona w mm.	Uwagi
6 g. 5m. 10s.– 6m. 10s.	38	5-4 3-2-1 i niżej	w czasie rozkurczu; postępujące zmniejszenie amplitudy skurczu.
6 „ 10 „ – 7 „ 10 „	43	1 i mniej niż 1	
Serce przestało pracować.			Płyn Ringer-Lockea.
6 g. 8 m.—6 g. 40 m.	0	0	
6g. 40m. — 6g. 44m. 20s.	Ledwie dostrzegalne skurcze.		
44 „ 20s.—45 „ 20 „	29	niżej, niż 1	
45 „ 20 „—46 „ 20 „	33	„ „	
46 „ 20 „—47 „ 20 „	35	„ „	
49 „ 0 „—50 „ 0 „	50	1	
50 „ 0 „—51 „ 0 „	61	1—1,5	
52 „ 20 „—53 „ 20 „	64	1,5—1—2—3	
53 „ 20 „—54 „ 20 „	71	1—2—3	
54 „ 20 „—55 „ 20 „	68	1—0.5—3—2	
Doświadczenie przerwałem			

Doświadczenie II. 15/III 1905. Serce królika, ważącego 1400 grm. W ciągu 1 m. z żył wieńcowych wycieka $5^1/_2$ cm. płynu Ringer-Lockea.

Czas	Liczba skurczów serca na 1 m.	Wysokość skurczu serca oznaczona w mm.	Uwagi
2 g. 15 m.—16 m.	134	34—34	Płyn Ringer-Lockea.
16 „ —17 „	134	34—33	Z żył wieńcowych wycieka $5^1/_2$ cm w ciągu 1 m.
17 „ —18 „	134	34—33	$BaCl^2$ 1 : 1.000.
18 „ —21 „	134—133 na 1 m.	33	
21 „ —22 „	133	31	
22 „ —23 „	133	30	
24 „ —15 „	119	30—31	Zmniejszenie zwiotczenia rozkurczowego, po 20 s. również amplitudy skurczu
25 „ —26 „	112	29-18-21-18	Z żył wieńcowych w 1 min. 2cm płynu.
26 „ —27 „	101	16-12-11-8	
27 „ —28 „	80	8—9	
28 „ —29 „	69	8—7	
29 „ —30 „	62	8—7—6	
30 „ 31 „	59	7—6	
31 „ —32 „	59	6—4—5—3	
32 „ —33 „	53	3—2	
33 „ —34 „	52	2	
34 „ —35 „	51	$2—1^1/_2$	
35 „ —36 „	50	mniej niż 1	
36 „ —37 „	36	3—4; mniej niż 1	
37 „ —38 „	27	5—6—7	
38 „ —39 „	31	6-3-7-10-12	Nader znaczna niemiarowość.
39 „ —40 „	34	4—2—1—6—10—3—8—11	„
40 „ —41 „	nader drobne skurcze, 2 większych	mniej niż 1; 2 i 1	„
Serce przestało pracować.			Płyn Ringer-Lockea. Od g. 3 zaczęły się drobniutkie skurcze. Od g. 3 m 40 rozpocząłem znowu zapisywanie pracy serca.
3 g. 48 m.—49 m.	97	11—12	
49 „ —50 „	100	11—12	Z żył wieńcowych na 1 m. 4 c m płynu. $BaCl^2$ 1 : 5.000.

Czas	Liczba skurczów serca na 1 m.	Wysokość skurczu serca oznaczona w mm	Uwagi
Od g. 3 m. 51 do g. 4 na 1 m.	97—99	10—12	
4 g. 0 m.—4 g. 1 m.	94	10—11	
1 „ — 2m.	92	11—10	
2 „ — 3„	86	10—8	
3 „ — 4„	79	8—9	Zmniejszenie amplitudy skurczu serca.
4 „ — 5„	77	8—7	Z żył wieńcowych na 1 m. 3 ccm. płynu.
5 „ — 6„	77	8—7	Jeszcze większe osłabienie skurczu.
6 „ — 7„	71	7—6	
7 „ — 8„	71	7 6	
8 „ — 9„	71	7—6	
9 „ —10„	70	6—7	Z żył wieńcowych na 1 m. 2,3 c m.
10 „ —11„	68	6—7	
Od 4 g. 11 m. do 4 g. 25 m. na 1 m.	64—61	6—7	Z żył wieńcowych na 1 m. 2 ccm.
Od g. 4 m. 25 do g. 4 m 32 na 1 m	64—60	6—5	Z żył wieńcowych na 1 m. 1,9 ccm.;
4 g. 32 m.—33 m.	57	6	znaczne zmniejszenie zwiotczenia rozkurczowego.
40 „ —41 „	59	5—4—6	
41 „ —42 „	54	6—5	
42 „ —43 „	53	6—2—1—3	Ogromne zmniejszenie skurczu i rozkurczu.
Od g. 4 m. 43 do g. 5 m. 16 na 1 m.	51—49	3—2	Z żył wieńcowych na 1 m. wycieka 1,8 ccm. płynu.
Doświadczenie przerwałem.			

Z przytoczonych doświadczeń wynika, że chlorek barowy w rozcieńczeniu 1:250,000—1:25,000 nawet w ciągu 30′ działania nie wpływa na odosobnione serce królika. Działać on zaczyna dopiero w rozcieńczeniu 1:10,000. Działanie to objawiało się we wszystkich doświadczeniach znacznem zmniejszeniem wysokości skurczów serca i zwolnieniem pracy serca w okresie osłabionej jego czynności. W rozcieńczeniu 1:5000 chlorek barowy nie zdołał zatrzymać serca nawet przy przepłukiwaniu serca zatrutym płynem w ciągu 85 minut, jakkolwiek serce było już przedtem doprowadzone do bezczynności chlorkiem barowym w rozcieńczeniu 1:1000. Na krzywych widzimy przedewszystkiem zmniejszenie rozkurczowego zwiotczenia komory i osłabienie skurczu, niekiedy zaś pierwsza zmniejsza się energia skurczu; do tych objawów dołącza się wkrótce niemiarowość i serce wreszcie przestaje pracować, a rozmiary serca zmniejszają się. Przy rozcieńczeniu 1:1000 cały ten obraz aż do ustania czynności serca wymaga 17—22—26′ czasu. Godną uwagi jest również ta okoliczność, że ilość płynu, wyciekającego z żył wieńcowych, obniża się bardzo pod wpływem chlorku barowego. Istotnie bowiem w drugiem doświadczeniu przed przepłukiwaniem serca chlorkiem barowym w rozcieńczeniu 1:1000 ta ilość wynosiła na 1′ 5,5 cm., a po 9-minutowem przepłukiwaniu tym płynem zaledwie 2 cm; po przepłukiwaniu serca chlorkiem barowym w rozcieńczeniu 1:5000 w ciągu 19 minut wyciekało z żył wieńcowych 2,3 ccm. zamiast pierwotnych 4 ccm. Te dane przemawiają za tem, że chlorek barowy najprawdopodobniej działa zwężająco na naczynia wieńcowe serca.

Z tych doświadczeń wogóle wysnuć należy wniosek, że chlorek barowy działa na sam mięsień sercowy odrazu porażająco bez poprzedniego podniecenia; na obwodowe zakończenia nerwów błędnych nie wywiera również pod-

niecającego działania; praca serca zwalnia się dopiero w okresie działania porażającego. Chlorek barowy zwęża prawdopodobnie wieńcowe naczynia serca. Działanie chlorku barowego na serce występuje tylko przy stosunkowo małem rozcieńczeniu tego środka, zaczynając od 1 : 10,000, co wskazuje na to, że chlorek barowy jest stosunkowo słabą trucizną dla serca króliczego w porównaniu do innych trucizn sercowych, które wywierają działanie już w bardzo znacznych rozcieńczeniach; tak np. digitalina już w rozcieńczeniu 1 : 1.200,000 zwiększa wysokość skurczów serca i zwalnia uderzenia serca (Boczarow 53), a strofantyna wywiera podobne działanie nawet w rozcieńczeniu 1 :100,000,000 (Boczarow). (Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

Dr. S. Jessner (Królewiec): **Krótki podręcznik chorób skóry.** Spolszczyli z 2-go wydania niemieckiego W. Dobrowolski i W. Łuniewski pod red. dr. Wojciechowskiego. Warszawa 1906. (Biblioteka lekarska, T. XII).

W zakresie chorób skórnych i wenerycznych nie mamy prawie zupełnie podręczników w języku polskim, — dlatego tłómacze zasługują w pierwszym rzędzie na uznanie za podjęcie żmudnej, ale prawdziwie pożytecznej pracy. Przedewszystkiem wybór podręcznika z pomiędzy ogromnej liczby różnego rodzaju takich książek, pojawiających się corocznie w Niemczech, jest bardzo trafny. Książka Jessnera jest rzeczywiście krótkim podręcznikiem (*Compendium*), ale obejmującym w zwięzłej postaci dostateczne wiadomości dla uczącego się i lekarza-praktyka w zakresie tak chorób skórnych, jak kiły i kosmetyki. Autor niemiecki podaje w swej książce doskonały zarys kliniczny chorób, oparty na własnym podziale, uwzględniając przytem teoryę w krótkiej i przystępnej postaci, a dodając dużo cennych wskazówek leczniczych. To też podręcznik ten ma nietylko tę zaletę, że czyta się łatwo i przystępnie, ale że każdy szybko zoryentować się w nim może, co dla uczącego się, czy dla lekarza-praktyka, chcącego przypomnieć sobie ten lub ów szczegół, wielkie ma znaczenie.

W tłómaczeniu oddano gładki i jasny styl niemieckiego autora, a uwzględnienie i czystość słownictwa polskiego, użytego w tłómaczeniu, zasługuje na uznanie. Część zewnętrzna wydawnictwa: układ, druk i papier miłe robią na czytelniku wrażenie; to też książka ta powinna się znaleźć i na stole praktyka, który tym działem medycyny specyalnie się nie zajmuje, ale z chorobami temi tak często ma do czynienia, i w rękach słuchającego wykładów tej części nauk lekarskich.

W końcu mała uwaga: W przeszłym roku ukazało się 3-cie wydanie tego podręcznika, powiększone i uzupełnione szczególnie w dziale leczniczym; szkoda, że tłómaczenie nie zostało uzupełnione według tego ostatniego wydania, uwzględniającego najświeższe zdobycze nauki. Jestto zapewne skutkiem trudności technicznych, a da się łatwo powetować przy następnem wydaniu tłómaczenia; wobec wartości dziełka i zalet tłómaczenia powinnoby ono rozejść się szybko w pierwszem, a ukazać w drugiem wydaniu, czego wydawnictwu »Biblioteki« szczerze życzymy.

Doc. Krzyształowicz.

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. P. Deucher. **Rozpad białka i działanie przeciwgorączkowe.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. 57. Z. 5 i 6). Autor postanowił zbadać wpływ środków przeciwgorączkowych na rozpad białka w ustroju gorączkującym; doświadczenia wykonał na 12 chorych na dur brzuszny (aby módz dłuższy czas obserwować), u których wywoływał obniżenie ciepłoty środkami przeciwgorączkowymi (pyramidon, chinina, euchinina, laktofenina, fenacetyna, tallina) przy jednostajnej dyecie, przeważnie mlecznej. Oznaczał ilościowo azot podanego jedzenia, moczu i stolca przed podaniem środków przeciwgorączkowych, wśród ich podawania i w okresie późniejszym po ich usunięciu. Doświadczenia te wykazały zmniejszenie się ilości azotu pod wpływem tych środków, a więc i zmniejszony rozpad białka, lecz po tem zmniejszeniu następowało zwiększenie się wydzielania azotu po usunięciu przeciwgorączkowych środków i to zwiększenie dochodziło nawet wyższych liczb, niż przed podaniem tych środków. Najsilniej działały chinina i euchinina.

Maciąg.

E. Koziczkowski. **O wpływie dyety i kuracyi drożdżowej na pojawiające się w moczu produkty gnicia.** (*Zeitschrift f. klin. Med.* T. 57, Z. 5 i 6). Autor oznaczał ilościowo codzienne wydzielanie indykanu i kwasów etero-siarkowych pod wpływem rozmaitych dyet. Przy zastosowaniu dyety, obfitującej w białko, a w której barwik krwi mięsa zniszczono przez gotowanie, zauważył autor zwiększenie się wydzielanych kwasów eterosiarkowych, które jednak pewnych granic nie przekraczało; nadmierne zwiększenie się ilości indykanu i kwasów etero-siarkowych następowało, gdy podano w dyecie mięso surowe zamiast gotowanego lub też kiszkę z krwi przyrządzoną. Rozpadający się więc barwik krwi w jelitach wywołuje zwiększanie się indykanu i kwasów etero-siarkowych w moczu. Podawanie codziennie świeżych drożdży piwnych do jedzenia nie wywierało żadnego wpływu na wydzielanie się tych połączeń w moczu.

Maciąg.

E. Ekgren. **Wpływ kąpieli tlenowych na częstość tętna i ciśnienie krwi.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* 57. T. 5 i 6 z.). Autor wykonał doświadczenia na 9 chorych na różne choroby w wieku od 18—47 lat; ciśnienie krwi mierzył przyrządem Riva-Rocciego przed kąpielą i po kąpieli. Podmiotowo kąpiele wywoływały uczucie zimna, czasem dreszcz, po którem następowało uczucie ciepła; ciepłota kąpieli wynosiła 33° C., ciśnienie gazu 0·15 kg. na 1 cm.^{3}, trwanie kąpieli średnio kwadrans. Liczba tętna spadała (od 4—20 uderzeń na minutę), ciśnienie krwi podnosiło się (05—55 mm. Hg.); przy ciepłocie kąpieli 37° C. następowało przyspieszenie tętna i obniżenie ciśnienia krwi. Z tego powodu zaleca autor stosowanie tych kąpieli tylko przy ciepłocie 33° C. i wskazuje na możliwość dobrych wyników leczniczych tam, gdzie chodzi o zwolnienie tętna i wzmożenie siły serca; radzi jednak stosować się do indywidualności chorego z powodu ujemnych objawów, jak nieregularność tętna, duszność, drżenie, spostrzeganych niekiedy wśród lub po kąpieli.

Maciąg.

R. Kaufmann. **O niedowładzie żołądka i jego chemizmie.** (*Zeitschrift für klinische Med.* T. 57, z. 5 i 6). Pewne sprzeczności w podaniu granic kwaśności soku żołądkowego i zależności jej od innych objawów i zmian anatomicznych, skłoniły autora do dokładnych badań nad chemizmem wogóle, a zwłaszcza nad oznaczeniem fizyologicznych granic ilości HCl żołądka. Autor podawał próbne śniadanie (bułka i 250 gr. wody) i w 50—55 minut wydobywał treść: kwaśność treści ogólna wahała się między 5—90. kwas solny wolny między 0 a 0·2 prc. u ludzi, niedotkniętych żadną chorobą żołądkową. U ludzi, cierpiących na różne dolegliwości żołądkowe, jak bole żołądka, kwaśne odbijania i wymioty, zgaga, znajdował autor ilości kwasu solnego częściej wyższe, niż niższe, ale rzadko przekraczające górną prawidłową granicę; stąd wnosi, że dolegliwości z powodu nadmiernej kwaśności nie zależą jedynie od siły wydzielania i że w leczeniu można często usunąć je przez odpowiednią dyetę i leki, nie obniżając ilości kwasu solnego. Jako przyczynę, współdziałającą w obrazie chorobowym, wywołanym nadmierną kwaśnością, trzeba przyjąć oprócz zmian anatomicznych i trudnego wydzielania się soku także i niedowład żołądka i zwiększoną ogólną wrażliwość wraz z przeczulicą błony śluzowej żołądka.

Maciąg.

J. Bence. **Kliniczne badania lepkości krwi.** (*Zeitschr. f. kl. Med.* T. 58. Z. 3). Badania wykonał autor na szeregu chorych zapomocą aparatu Hirscha i Becka. Krew brał z żył. We krwi chorych dotkniętych sinicą, wzmagała się lepkość krwi o 25 do 52 prc., a więc przesycenie krwi tlenkiem węgla podnosi jej lepkość, a wzmagając tem samem opór, na jaki napotyka praca serca, łatwo wywołuje nużenie się mięśnia sercowego. Opór wzmaga się tem bardziej, że wadom serca wśród niedomogi (sinicy) towarzyszy policythemia, która jest znowu wynikiem kurczenia się naczyń obwodowych. Wdychiwania tlenu obniżają lepkość, ułatwiając ustrojowi pozbywanie się tlenku węgla i w ten sposób działają korzystnie na serce. Krew chorych na nerki okazuje mniejszą lepkość, prawdopodobnie i wśród moczniey, a to z powodu wodnistości krwi. Wpływu rodzaju pożywienia na lepkość krwi autor nie stwierdził. *Stahr*

M. Georgopulos. **Wpływ zasobności krwi w wodę na wymiary krwinek czerwonych.** (*Zeitschrift für kl. Med.* T. 58, Z. 4). W krwi prawidłowej wynosi średnica krwinek czerwonych średnio 7—7½μ; poniżej 6μ i powyżej 8·5μ mierzących krwinek czerwonych nie znajdował autor w świeżych preparatach nigdy. Badając równocześnie zasobność krwi całkowitej w wodę przekonał się, że nie zachodzi żaden związek między wymiarami

krwinek czerwonych, a zasobnością krwi w H_2O. Wśród chorób, w których stwierdzono ubytek wody we krwi (n. p. w cierpieniach serca w okresie niedomogi) nie można było stwierdzić pomniejszenia się wymiarów krwinek czerwonych. W toku zapaleń nerek można spotkać megalocyty zarówno w okresie, w którym zagęszczenie krwi jest wzmożone, jak i w czasach, kiedy krew jest wodnistą. Silne biegunki także nie zmniejszają wymiarów krwinek. Dwuwklęsłe mikrocyty znajdowały się w toku ostrych i przewlekłych niedokrwistości i wśród zdrowienia po ostrych zakaźnych chorobach; należy je odróżniać od mikrocytów kulistych, które powstają dopiero przy sporządzaniu preparatów. *Stahr.*

M. Scheier. **O zmianach krwi u dzieci z wyroślami w jamie nosowogardłowej.** (*Zeitschr. f. kl. Med.* T. 58. Z. 4). U dzieci z wyroślami w jamie nosowogardłowej (migdałek trzeci) zawiera krew mniej Hb, średnio o 13.8 prc., liczba krwinek czerwonych i ich stosunki postaciowe nie ulegają zmianom, natomiast liczba białych wogóle, a często głównie limfocytów, bywa większa. Po usunięciu wyrośli podnosi się odsetka Hb, liczba leukocytów spada, znika również przybytek limfocytów, a liczba wielojądrzastych znowu rośnie. Po zabiegu uważał autor również znikanie obrzęków gruczołów limfatycznych na szyi, którym również przypisuje zmiany krwi. *Stahr.*

Dörner. **Śniadanie czy obiad próbny?** (*Münch. med. Wochenschr.* 1906, Nr. 10). Autor zwraca uwagę na wydarzające się często odmienne wyniki badania żołądka przez różnych lekarzy, a to jedynie z tego powodu, że sposoby badania są różne. Jedni badają żołądek tylko po śniadaniu, inni po obiedzie, a niektórzy po obu próbach. Nie jest to rzeczą obojętną, bo żołądek zachowuje się często zupełnie inaczej przy tych próbach i tak mała stosunkowo ilość pokarmu przy śniadaniu w żołądku chorym może sprawiać, że wynik badania będzie prawie prawidłowy, a po podaniu obiadu próbnego dopiero objawiają się zmiany. Dlatego też konieczne są obie próby zawsze i to najpierw obiad próbny, a dopiero gdy ta próba wykryje zmiany, przejść można do śniadania, które dopiero pozwoli ocenić stopień zmian. *A. Klęsk.*

Prof. T. Rosenheim. **O praktycznem znaczeniu romanoskopii.** (*Berl. kl. Wochenschr.* 1905. Nr. 44*a*). Środkiem tym pomocniczym posługują się w ostatnich latach tak chirurdzy, jak i interniści tam, gdzie idzie o ścisłe rozpoznanie guza w jakiejś części okrężnicy esowatej. Ważne też usługi oddaje ten sposób lekarzowi w tych przypadkach, gdzie objawy są niejasne lub wieloznaczne. Nieraz i najstaranniejsze badanie kału, jakoteż i obmacanie daje wynik ujemny; wówczas endoskop, wprowadzony do kiszki aż do wysokości 35 cm., odrazu usuwa przypuszczenie złośliwego nowotworu tej części kiszki. Obok raka odgrywają jeszcze ważną rolę w klinice chorób okrężnicy esowatej sprawy zapalne i zapalnowrzodziejące. Ściślejsze odróżnienie tych spraw udaje się li tylko przy pomocy endoskopu. *Korm.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Schücking. **Działanie promieni radu na raki, nie nadające się do operacyi.** (*Zentr f. Gyn.* 1906, Nr 9). W przypadku zaniedbanego raka macicy u 56-letniej kobiety, połączonego z naciekiem w całej miednicy małej i rozpadem, stosował S. przez 5 tygodni 3 mg. radu, które w różnych miejscach pochwy zapomocą gazy wioformowej, zmienianej codziennie, umieszczał. Wynik polegał na zniszczeniu nacieku nowotworowego w niektórych miejscach aż do tkanki zdrowej i na zupełnem ustaniu cuchnących odchodów. Tam, gdzie dno rany stanowiła tkanka zdrowa, pojawiła się ziarnina, a po 6—9 dniach od chwili usunięcia radu nastąpiło zabliźnienie; także w innych miejscach widoczną była skłonność do zabliźnienia się. Badanie drobnowidowe tkanki, na którą działały promienie radu w doświadczeniach na królikach, dowiodło, że głównie powstają zmiany w naczyniach, świadczące, że działanie krótsze wywiera na komórki wpływ drażniący, a dłuższe je niszczy. *B. Wojciechowski.*

J. Goldenstein. **Z praktyki położniczej.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr. 9). 1) Zawezwany z powodu zatrzymania łożyska nie zauważył G. przy dotykaniu macicy nic nadzwyczajnego; gdy wygniecenie łożyska się nie udało, przystąpił do wydobycia ręcznego, przyczem stwierdził przegrodę grubości $1\frac{1}{2}$ ctm., dzielącą całą jamę macicy od dna do ujścia; lewa połowa macicy pusta, bez doczesnej; w rogu prawym przyczepione łożysko. Mimo prośby nie zgłosiła się chora później. 2) Przypadek znacznego wodogłowia (obwód główki 46 ctm.), przy którym po długiej pracy porodowej nastąpiło rozwiązanie siłami przyrody. Płód żywy, zmarł po 5 dniach wśród objawów ucisku mózgowego. 3) Przypadek śródmacicznego oszkieletowania płodu w V. miesiącu ciąży. *B. Wojciechowski.*

W. Zikmund. **Dalszy przyczynek do kazuistyki zranień pochwy podczas spółkowania.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr. 4). Zranienia części rodnych kobiecych przy spółkowaniu nie są tak nadzwyczaj rzadkie, jak dotychczas sądzono. Fr. Neugebauer z Warszawy zebrał z piśmiennictwa do roku 1899, 150 (w tem 8 własnych) takich spostrzeżeń. Z. uzupełnia tę statystykę 14 pracami, ogłoszonemi po roku 1899. Przypadki te ciekawe są z tego względu, że przyczyna i sposób powstania rozległych nieraz obrażeń pozostają najczęściej niewytłómaczone. Najczęstszą przyczyną jest zbyt gwałtowne i brutalne spółkowanie przy równoczesnym niestosunku części płciowych lub przy niedostatecznie rozwiniętych częściach rodnych kobiety, bardzo rzadko przyczyną jest wyłącznie nadzwyczaj duże i twarde prącie (Knochenpenis). Zresztą przyczyny leżą w narządach rodnych kobiecych. Do tych przyczyn należą wszelakie wady rozwojowe, lub nabyte zniekształtnienia części płciowych żeńskich, n. p. *vagina duplex cum hymene bifenestrato*, *septa vaginae*, *atresia vaginae*, *hymen crassus*, *carnosus*, *imperforatus*, następnie blizny pochwy i wejścia do pochwy, powstałe po oparzeniach, zniekształtnienia sromu, wrodzona krótkość pochwy, częstokroć także woreczkowate zagłębienia w tylnej części szpary sromowej i w końcu wrodzona cienkość i niepodatność ścian pochwy. Według niektórych autorów zranienia przy spółkowaniu zdarzać się mogą także przy silnie wypełnionej kiszce stolcowej, nadmiernem tyło- lub przodozgięciu macicy, jakoteż przy spółkowaniu wkrótce po porodzie lub po operacyach pochwy. Wskutek zranienia pochwy podczas spółkowania nastaje zazwyczaj silny krwotok, który może nawet wywołać śmierć. *Jaworowski.*

D. Grünbaum. **Rokowanie przy operacyach raka sromu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 7). Od czasu upowszechnienia się doszczętnej operacyi raka sromu z wyłuszczeniem gruczołów pachwinowych statystyka wyzdrowień bez nawrotów znacznie się polepszyła. I tak statystyka Goldschmidta wynosi 10 prc. zupełnego wyleczenia Massa 11 prc., a Lutzenburgera, który wyłuszcza nawet gruczoły niepowiększone i wycina tkankę tłuszczową okołogruczołową — 22·2 prc. Autor radzi operować tylko nożem i to w zdrowej tkance, a zaniechać przypalań żegadłem Paquelina. Gruczoły i tkankę okołogruczołową należy wyłuszczać po obu stronach. *Jaworowski.*

H. Füth. **O wysokiej śmiertelności z zapalenia okołokątniczego podczas ciąży.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 9). Jak niebezpiecznem powikłaniem ciąży jest zapalenie okołokątnicze, świadczy statystyka Boijea: na 42 przypadków zakończyło się śmiercią 22, więc 52·3 prc. Tak znaczną śmiertelność różni autorowie rozmaicie tłómaczą. I tak Fraenkel sądzi, że warunki powstawania zapalenia okołokątniczego są podczas ciąży takie same, jak i poza ciążą i ciąża wpływa tylko niekorzystnie na przebieg choroby, zwłaszcza wtedy, gdy wskutek wzrastania ciężarnej macicy przerwą się zrosty między nią, a otorbionym ropniem w okolicy wyrostka robaczkowego. Hlavacek przeciwnie sądzi, że ciąża wpływa niekorzystnie na zapalenie okołokątnicze już w samym początku choroby, nim jeszcze wytworzy się ropień, a to dlatego, że macica, spychając kątnicę i wyrostek robaczkowy, wywołuje często zagięcie się wyrostka. Wielką rolę ma tu odgrywać więzadło, łączące wyrostek robaczkowy z jajnikiem (*ligam. Cladoni*), pociągane przez rosnącą macicę. Autor twierdzi na podstawie własnych spostrzeżeń, że ciąża może się przyczynić do powstania zapalenia okołokątniczego, chociażby tylko wskutek przemieszczenia przez ciężarną macicę kątnicy wraz z wyrostkiem robaczkowym aż pod wątrobę, jak to między innymi Waldeyer także stwierdził; a rozlane zapalenie otrzewnej dlatego się tak często w tej chorobie zdarza, że począwszy już od czwartego miesiąca ciąży macica wypełnia szczelnie miednicę małą i zamyka ropie drogę ku dołowi do zatoki Douglasa, skądby można ją od strony pochwy wypuścić. Autor przypuszcza, że poronienie lub poród przedwczesny mogą mieć korzystny wpływ na przebieg choroby. *Jaworowski.*

L. M. Bossi. **Dwa przypadki szybkiego rozwiązania moją metodą.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 10). Dwa porody czasowe; oba razy ginęły dobrze rozwinięte płody podczas porodu bez wiadomej przyczyny mimo obecności lekarza. Na kilka tygodni przed końcem 3. ciąży postanowiono poród sztuczny metodą Bossiego. W uśpieniu wprowadził B. po 1 minucie narzędzie do zupełnie zamkniętej szyi, a wobec wielkiej niewrażliwości macicy rozszerzał przez godzinę do 10 ctm. Wobec ruchomości główki przebił B. pęcherz przed wyjęciem narzędzia, lecz i teraz główka się nie wstawiła. Zapomocą ciężkich kleszczy wydobył B. płód żywy, ważący 3350 gr. Krwotoku, ani naddarć nie było. — 2) U kobiety, która 6 razy rodziła, pojawiła się w VII. miesiącu następnej ciąży ciężka plamica krwotoczna. Szereg środków wewnętrznych okazał się bezskutecznym, a stan chorej pogarszał się szybko. Przy zupełnie zachowanej szyi założył B. rozszerzacz po 1 minucie, a po 17 minutach mógł już wydobyć płód ręką. Naddarć nie było.

W okresie III. zmusił silny krwotok do wytamponowania macicy. Po 12 godzinach krwawienia ustały, mocz jasny. Wyzdrowienie. — Cięcie cesarskie pochwowe uważałby B. w 1. przyp. za zabieg poważniejszy, niż tego wymagały wskazania, w 2. zaś za niebezpieczniejszy od swej metody, a to z powodu obawy silnego krwotoku z zadanej rany. *B. Wojciechowski.*

Esch. **W sprawie rzucawki bez napadów.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr. 10). U 25-letniej pierwiastki z końcem ciąży wystąpiły pod wieczór bole, a równocześnie mocz krwawy, płatki przed oczami, potęgujące się osłabienie wzroku, wymioty i bole głowy. Nazajutrz przed południem utrata wzroku, drganie w twarzy, — w południe utrata przytomności. Ciepłota do 39·7°, tęt. 84, nieregularne, coraz szybsze; źrenice zwężone nie oddziałują; ujście rozwarło się przy częstych bolach do 2 palców; mocz ciemno-brunatny, zawiera wałeczki, bez ciałek krwi i barwików żółciowych: około północy śmierć. Sekcya stwierdziła: rozszerzenie prawego moczowodu do grubości palca; wybroczyny na otrzewnej ściennej; śledziona duża, twarda; na wątrobie wybroczyny, miąższ gliniastożółty, zasiany wybroczynami, granice zrazików zatarte; w jamach opłucnych płyn krwawy; wybroczyny na osierdziu i opłucnej; mięsień sercowy wiotki, żółtawy; przekrwienie naczyń mózgowych, wybroczyna nad płatem mózgowym bocznym prawym, istota mózgowa żółtawa, w ciałku prążkowanem wylew krwi, w komorkach bocznych płyn krwawy. Za zapaleniem nerek przemawia spostrzeganie kliniczne. Zdaniem E. był to niechybnie przypadek rzucawki bez napadów. Lekkie drgania mięśniowe przypominają podobny przypadek Schmorla; możnaby je uważać za napady poronne.

B. Wojciechowski.

R. Lumpe. **Przypadek cięcia cesarskiego na umierającej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 10). 34-letnia kobieta, obecnie z końcem VII. ciąży, doznała przed jakimś czasem z niewiadomej przyczyny udaru mózgowego z następowem porażeniem kończyny dolnej prawej i języka. Stan chorej pogarszał się stale; dołączyło się porażenie kończyny górnej prawej i zaburzenia w mowie, rozszerzenie źrenicy lewej, wreszcie oddech Stokesa. Przekonawszy się wraz z asystentami kilkakrotnie o życiu płodu, wykonał L. wobec niechybnie bliskiej śmierci matki, przy ujściu rozwartem na palec, typowe cięcie cesarskie zachowawcze. Płód 3150 gr., krzyczał natychmiast. Po 6½ godzinach matka umarła. Przy sekcyi stwierdzono ponad zwojami centralnymi półkuli lewej zorganizowany krwiak wielkości kurzego jaja, pochodzący z pęknięcia naczynia opony miękkiej; krwiakowi odpowiadało zagłębienie w uciśniętej istocie mózgowej. (Rysunki). *B. Wojciechowski.*

PEDYATRYA. Mettenheimer. **Doświadczenia przy polipach odbytnicy u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, t. 63, luty, 1906). Autor zwraca uwagę na możliwość pomieniania objawów polipów odbytnicy z miesiączkowaniem przedwczesnem lub miesiączkowaniem starszych dziewcząt, u których krwotoki z polipów mogą powstawać zastępczo zamiast krwawienia z części rodnych. Możliwe jest także pomienianie z cierpieniami pęcherza moczowego (zapalenie, kamień) lub przeoczenie polipów wobec cierpień pęcherza, rozwijających się jako powikłanie. Operacya (podwiązanie lub odcięcie zapomocą żegadła Paquelina) powinna się odbywać w uśpieniu z zapewnieniem należytego dostępu zapomocą wzierników. *Lewkowicz.*

Weyl. **Kliniczny i anatomiczny obraz przy ostrem ropnem zapaleniu mózgu u dziecka.** (*Jahrb. f. Kinder.*, t. 63, luty, 1906). Opis przypadku u 5½-letniego dziecka. Choroba trwała 4 dni: z początku lekkie przypady oponowe, ostatniego dnia nieprzytomność, sztywność karku i grzbietu, tężcowy kurcz wszystkich mięśni, oddychanie Cheyne-Stokesa, śmierć. Zmian mózgu, widocznych gołem okiem, oprócz nastrzykania i rozpulchnienia nie było. Mikroskopowo stwierdzono rozsiane ogniska zapalne w oponie miękkiej i istocie mózgowej (tu głównie około naczyń), a zawierające przedewszystkiem limfocyty i komórki plazmatyczne.

Lewkowicz.

Grossmann. **Rzadka postać** *spina bifida cystica*. (*Jahrb. f. Kinderh.*, tom 63, luty, 1906). *Spina bifida cystica anterior* u dziecka 8-miesięcznego. Gdy w dotychczas opisanych przypadkach guz wrastał w miednicę małą, w niektórych przypadkach wywoływał objawy dopiero u dorosłych kobiet jako przeszkoda porodowa, w innych rozpoznany jako zwykły torbiel i operowany przez nacięcie stawał się źródłem ropnego zapalenia opon, to w przypadku autora uszypułkowany guz wydobył się szczeliną w kości krzyżowej i mięśniach pośladkowych w okolicę prawego pośladka. Otoczony był tłuszczakiem. Rozpoznanie podczas zabiegu operacyjnego. Podwiązanie szypułki, usunięcie guza. Wyleczenie. *Lewkowicz.*

Marya Kühne. **Dwa przypadki wrodzonej niedrożności ujścia żylnego prawego.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, T. 63, luty, 1906). Opis własnych przypadków i sześciu innych z piśmiennictwa. Objawy kliniczne polegają na objawach, wspólnych wrodzonym wadom serca (sinica wrodzona itd.), powiększeniu serca, szmerze skurczowym, najgłośniejszym nad mostkiem. Długość życia po urodzeniu wynosiła od 4 godzin do 27 lat. *Lewkowicz.*

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. Quosig. **Tężyczka pochodzenia jelitowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 10). U chorego, cierpiącego na tężyczkę, wykazało badanie kału metodą Smidt-Strasburgera zupełne prawie nietrawienie tłuszczów i białka, obok prawidłowego trawienia i chłonienia węglowodanów. Na zasadzie tych badań, oraz podobnego przypadku Ewalda i Fleinera, uważa autor samozatrucie organizmu za przyczynę tężyczki. Przypuszczenie Fleinera, że utrata wody, towarzysząca nadmiernym biegunkom, jest przyczyną tej sprawy, jest zdaniem autora nieprawdopodobne; często bowiem spotykamy silne biegunki bez tężyczki, z drugiej strony (przypadek Ewalda) występuje czasem tężyczka bez biegunki. *Dr. M. Godlewski.*

Kreuzfuchs. **O zwrotnej nieruchomości źrenic.** (Z powodu artykułu Dreyfusa w Nr. 8). (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 10). Autor przytacza dowody, przemawiające za istnieniem dwóch ośrodków; ośrodka zwężającego źrenicę, położonego w jądrze nerwu okoruchowego i ośrodka rozszerzającego źrenicę z siedzibą w rdzeniu szyjnym. Łuk odruchowy, pośredniczący w zwężeniu źrenicy (Bernheimer), stanowią następujące ogniwa: włókna źreniczne, jądro nerwu okoruchowego, nerw okoruchowy, zwieracz źrenicy. Wrażenia, których skutkiem jest rozszerzenie źrenicy (odruch zaciemnienia źrenicy, Kreuzfuchs), przebiegają po nerwie trójdzielnym do ośrodka rozszerzającego źrenicę, położonego w części szyjnej rdzenia, a przez korzonki przednie nerwu współczulnego do mięśnia rozszerzającego źrenicę. Zaburzenia, dotyczące dośrodkowej części tego łuku (przecięcie nerwu trójdzielnego, wycięcie zwoju Gassera), nie niszczą jeszcze stałego napięcia mięśnia rozszerzającego źrenicę, w stan czynny jednak, — co następuje przy zaciemnieniu źrenicy — mięsień ten już przejść nie może. Stąd też w stanie spoczynku źrenice są równe, przy zaciemnianiu zaś rozszerza się tylko źrenica po stronie zdrowej. Gdy część odśrodkowa drogi jest chorobowo zmieniona, (zmiana w ośrodku rozszerzającym lub w nerwie współczulnym), znika prawidłowe napięcie mięśnia rozszerzającego źrenicę, która popada wtedy w stan trwałego zwężenia.

Dr. M. Godlewski.

Graeffner. **Zachowanie się odruchów, w szczególności u chorych połowiczo porażonych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 11). Autor znajdował odruch kolanowy prawie stale (90 prc.) wzmożony po stronie chorej; osłabienie odruchu wskazuje na powikłanie przyrody ogólnej (wiąd rdzenia, cukrzyca, stany charłacze) lub miejscowej (przykurczenia na tle gośćcowem). W przypadku silnego obustronnego wzmożenia odruchów znaleziono po śmierci obustronne zmiany anatomiczne w mózgu. Wzmożenie odruchu Achillesa po stronie chorej jest o wiele rzadsze (32·7 prc.), niż odruchu kolanowego; przyczyna tego zjawiska, jakoteż i przyczyna względnej rzadkości drżenia stopowego leży w przykurczeniu ścięgna Achillesa; przykurczenie to zaś ma swe źródło w znamiennem dla kończyny porażonej ustawieniu stopy. — Objaw Babińskiego występował w kończynie porażonej zwykle bardzo wyraźnie i dość często (62·9 prc.), objaw Kurta Mendla w 26·7 prc., badanie objawu Oppenheima często musi być zaniechane z powodu obrzęków, blizn lub wrzodów. Odruch jądrowy znika nawet fizyologicznie w podeszłym wieku, nie może więc być stale branym w rachubę. U wieloródek z wiotkiemi powłokami brak często już w stanie prawidłowym odruchu brzusznego. Odruch piszczelowy Strümpella spostrzegał autor w 44 prc. Dodatni odruch kontralateralny mięśni przywodzących udo, jest wedle autora wyrazem silnego zaburzenia w odżywieniu tkanek (miażdżyca, stany charłacze).

Dr. M. Godlewski.

Steinert. **Przyczynki do nauki o zaniku mięśniowym przy nadjądrowych** (*supranucleares*) **porażeniach, zwłaszcza przy porażeniu mózgowem połowiczem.** (*Deut. Archiv f. klinische Medizin*, T. 85, Z. 5 i 6). Podobnie jak po porażeniach obwodowych, tak samo i w porażeniach nadjądrowych, których typem jest porażenie połowicze mózgowe (*hemiplegia*), rozwija się zanik mięśni; można go stwierdzić już stosunkowo wcześnie, bo po 8—14 dniach, odtąd postępuje on szybko aż do szczytu, po upływie zaś dwóch miesięcy przestaje się zazwyczaj powiększać. Bywa on znaczniejszy na kończynie górnej, (zwłaszcza w obrębie mięśni łopatki i małych mięśni dłoni), aniżeli na dolnej. Zazwyczaj towarzyszy mu lekkie upośledzenie pobudliwości elektrycznej, przytem często, — bo w 14 na 17 badanych pod tym względem przypadków — pojawia się odczyn myasteniczny; podnieść należy, że

odczyn ten pojawia się we wszystkich okresach porażenia, przy porażeniu wiotkiem i kurczowem, zarówno w świeżych, jak i zastarzałych przypadkach; podobnie jednak, jak przy właściwej niedomodze mięśniowej (myastenii), nie jest on zjawiskiem stałem: raz pojawia się w całej pełni, później znów znika, jednego dnia w tym, następnego zaś w innym mięśniu wyraźniej się zaznaczając. Pod względem patologiczno-anatomicznym przedstawiają włókna mięsne bardzo wcześnie, bo w pierwszym miesiącu po porażeniu, obraz wyraźnego zwyrodnienia tłuszczowego, czasem także i woskowego; (po upływie miesiąca stan mięśni poprawia się znacznie, a w obrazie histologicznym więcej, niż zwyrodnienie, zwraca teraz uwagę zwężenie średnicy włókien mięsnych, jakoteż znaczne powiększenie ilości jąder mięsnych; w rdzeniu róg przedni po stronie chorej ulega również widocznemu zanikowi. *Wilczyński.*

Doc. Pineles. **Patogeneza tężyczki.** (*D. Arch. f. klin. Med.* T. 85, Z. 5 i 6). Jak badania ostatnich lat dowiodły, przyczyną tężyczki po wycięciu gruczołu tarczowego (*tetania strumipriva*) jest zupełny brak lub też niedostateczna wydzielina t. zw. ciałek nabłonkowych („Epithelkörperchen"). Wydzielina ta bowiem w prawidłowych warunkach zobojętnia tworzące się w ustroju trucizny, które w przeciwnym razie wywołują typowy obraz kliniczny tężyczki. Tłómaczenie to przyjęto dziś powszechnie co do tężyczki po wycięciu gruczołu tarczowego; zadaniem badań przyszłych będzie stwierdzenie, czy także i inne rodzaje tężyczki (u robotników, przy chorobach zakaźnych u kobiet ciężarnych, u dzieci w chorobach żołądka i jelit) pochodzą z tej samej przyczyny, co już dzisiaj jest o tyle prawdopodobne, że obraz kliniczny we wszystkich postaciach tężyczki jest podobny. *Wilczyński.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Pyrenol poleca L. Maramaldi, docent farmakologii w Neapolu (*Giornale delle scienze mediche* 1905. Nr. 22) przy męczącym suchym kaszlu, po którym, jak to bywa u suchotników, tylko skąpa wydzielina wyrzucona zostaje, dalej w krztuścu przy kaszlu z powodu podrażnienia opłucnej, jakoteż kaszlu krtaniowym. Używając pyrenolu od długiego już czasu, przekonał się M. o znakomitem bądź co bądź jego działaniu w powyższych przypadkach, polegającem na dziwnie niekiedy szybkiem uspokojeniu nużącego kaszlu. Wartość lecznicza pyrenolu polega na tem, że działa on 1) uspokajająco i łagodząco, że 2) rozcieńcza wydzielinę i 3) zmniejsza wydzielinę. Niekiedy ustępuje kaszel już po pierwszych dawkach, w innych przypadkach zmniejsza się tylko na razie jego nasilenie i liczba napadów. Doświadczenie wskazuje na dobre wyniki przy kaszlu, połączonym ze stanem gorączkowym, wskutek działania czynnika przeciwgorączkowego. Szczególnie dobre działanie pyrenolu stwierdzono w zapaleniu płuc po grypie, w zapaleniu nieżytowem u dzieci i dorosłych, w zapaleniu przy odrze i durze i w zapaleniu oskrzeli. Przy długiem nawet używaniu pyrenolu nie stwierdzono złego wpływu na serce, nerki lub przewód pokarmowy.

Sposób zapisywania: Rp. *Pyrenol 4/100, Syr. rub. id. 30. S. 2—6* razy dziennie łyżka stołowa; dzieciom łyżeczka kawowa, malutkim dzieciom pół łyżeczki. Dla dorosłych także kołaczyki po 0·5 pyrenolu, po 20 sztuk w oryginalnych rurkach. *Hr.*

Jod-Fersan poleca przy kile prof. Benninghoven (*Monatschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.* Z. 4 1905). Pastylka zawiera 0·5 g. jodfersanu, względnie tyle jodu, ile odpowiada 0·05 jodku potasu. W kile trzecio- i drugorzędnej stosował B. jodfersan w licznych przypadkach przez przeciąg 6 miesięcy. Przetwór ten znoszą chorzy dobrze, przyjmują chętnie; stan ogólny poprawia się wśród zwiększania się ilości krwinek czerwonych. Objawy kiłowe w większej liczbie przypadków niezwykle szybko ustępowały, a nigdy nie stwierdzono objawów zatrucia jodem. Stosownie do wskazania podawał B 3—5 razy dziennie po 3 pastylki przed jedzeniem. *Ms.*

Thiocol nazywa Serafidi z Constanzy (Rumunia) (*Revue de thér. med.* 15. Paźdz. 1905) najlepszym środkiem leczniczym przy gruźlicy płuc, dającym lepsze jeszcze wyniki, niż kreozot i gwajakol, z których tiokol powstał. Można go bez obawy podawać we wszystkich okresach gruźlicy. Jako bezpośrednie następstwo stwierdził S. zmniejszenie się wydzieliny, poprawę apetytu i stanu ogólnego, ustanie wymiotów. Podawał zwykle rozczyn wodny z syrupem pomarańczowym w dawce średniej 2 gr. dziennie. Leczenie trwać musi długo, jeżeli się chce liczyć na dobry wynik. S. opiera swe wnioski na 20 przypadkach, leczonych przez 2 lata. *Hf.*

* * *

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

III. posiedzenie naukowe, dnia 2 marca 1906.

Przewodniczący kol. Stachiewicz. Obecnych członków 60.

I. Przewodniczący wzywa do uczczenia przez powstanie pamięci zmarłego kol. Józefa Wernickiego i do wyrażenia współczucia kolegom: prof. G. Ziembickiemu i dr W. Ziembickiemu z powodu straty, jaką ich rodzina poniosła przez śmierć p. Gwalberta Ziembickiego.

II. Przewodniczący odczytuje nazwiska 8. nowych członków Tow., jakimi są koll.: doc. Biernacki, Buraczyński Tytus, Danielski Zygmunt, Fromowicz Władysław, Gittelmacher-Wilenko, Jedlicka Michał, Notz Juliusz, Sołomowicz Julian.

III. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

IV. Kol. prof. Gluziński przedstawia przypadek **bradykardyi,** z 30—40 uderzeniami na minutę, godny uwagi dlatego, że liczba tętna tętniczego ma się do ilości tętna żylnego, jak 1:3, czyli, że przedsionek kurczy się trzykroć częściej, niż komora. Prelegent tłómaczy ten rzadki objaw teoryą mięśniową serca, według której bodźce pomiędzy przedsionkiem a komorą przebiegają przez tak zw. wiązkę mięśniową Hisa, a działają nieprawidłowo w razie jej zmian chorobowych, i powołuje się na doświadczenia, stwierdzające, że tak przecięcie owej wiązki mięśniowej, jak wpływ na nią pewnych trucizn, n. p. naparstnicy (Hering) powoduje »dysocyacyę« między komorą a przedsionkiem. (Prelegent okazuje krzywe tętna jednego i drugiego).

Dyskusya. Kol. Stachiewicz pamięta przypadek bradykardyi, gdzie przy ciepłocie 38,5° utrzymywało się tętno 26—30 uderzeń na minutę. U chorej zwracała uwagę znaczna wązkość naczyń tętniczych.

Kol. Obtułowicz przekonał się o korzystnym wpływie strychniny w pewnym przypadku bradykardyi u chorej z miażdżycą i zmianami w mięśniu sercowym, gdzie tętno, zwyczajnie około 80, przez długi czas wynosiło 36 uderzeń na minutę. Pod wpływem wstrzykiwań strychniny powróciło do liczby prawidłowej.

Kol. prof. Beck przypomina, jak długą walkę musieli stoczyć zwolennicy teoryi mięśniowej (myogen.) z twórcami teoryi nerwowej (neurogen). Ostatecznie wielka część fizyologów doszła do przekonania, że teorya mięśniowa łatwiej tłómaczy zjawiska sercowe, niż teorya nerwowa, jakkolwiek i dziś jeszcze pewne fakty zdają się przeciw niej przemawiać. Zdawałoby się n. p., że gdyby stan czynny przenosił się z przedsionka na komory po włóknach mięsnych, to szybkość, z jakąby się on przenosił, byłaby daleko większą, niż to jest w rzeczywistości. Zwolennicy teoryi mięśniowej odpowiadają na ten zarzut, że po pierwsze włókien mięśniowych, o których mowa, istnieje tylko mało; powtóre, że są one do pewnego tylko stopnia wykształcone (zarodkowy stan rozwoju), — co jednak, przez wzgląd na ważność i doskonałość narządu, nie wydaje się prawdopodobne. Fakta, przemawiające za teoryą mięśniową, jak brak komórek nerwowych w koniuszku serca, analogie z sercami zwierząt bezkręgowych i zarodków zwierząt wyższych, zyskały obecnie dzięki badaniom Bethego i Carloa inne oświetlenie, tak że siła tych argumentów znacznie osłabła.

V. Kol. prof. Gluziński mówi następnie: **O przetokach żołądkowo-jelitowych po zabiegach operacyjnych** z powodu wrzodu żołądka (gastroenterostomia). Na podstawie doświadczenia, na jakie złożyły się badania, przez szereg lat prowadzone w klinice lekarskiej lwowskiej, jest prelegent zapatrywania, że tam, gdzie badanie treści żołądkowej przemawia za wrzodem, wskazaną jest gastroenterostomia, tam zaś, gdzie należy przypuszczać przejście wrzodu w nowotwór, wskazane jest raczej wycięcie odźwiernika. Śledzenie dalszego losu chorych operowanych popiera to stanowisko dostatecznie. Szereg takich spostrzeżeń ogłosił z kliniki lekarskiej kol. Rencki. — Obecnie pragnie prelegent zwrócić uwagę na pewien szczegół, spostrzeżony właśnie w czasie dalszej obserwacyi chorych operowanych, szczegół, — który, być może, będzie miał w przyszłości pewien wpływ na technikę operacyjną. U chorych, o których mowa, poprawa czynności mechanicznej była zrazu wybitną, jednakże objawy nieżytu kwaśnego pozostały, co stwierdzono zresztą i w innych przypadkach w klinice tutejszej, wbrew rozpowszechnionemu dotychczas twierdzeniu, jakoby po operacyi (gastroenterostomii) ustawać nawet miało wydzielanie kwasu solnego. (W klinice lwowskiej przekonano się, że w przypadkach, w których w istocie następował taki brak kwasu solnego (*achloria*), istniał

już nie wrzód, ale rak. Przy wrzodzie dopiero po długim przeciągu czasu po operacyi może nieżyt kwaśny przejść w śluzowy). Objawy utrzymującego się więc nieżytu kwaśnego i połączone z tem dolegliwości skłoniły jednego z chorych do poddania się powtórnej operacyi (u ś. p. prof. Trzebickyego w Krakowie). Wykonano wtedy ponowną gastroenterostomię wraz z jejunostomią. (Widocznie tak czynność żołądka jak i wydalanie kału musiało podlegać zaburzeniom). Po tym zabiegu operacyjnym chory nie czuł jednak żadnej poprawy, a powróciwszy do kliniki lwowskiej przedstawiał obraz ogólnego upadku sił, rozwijającej się gruźlicy płuc, wymiotował treścią kałem cuchnącą, miał uporczywą biegunkę. W treści żołądkowej wykazano wielką ilość drobnoustrojów i siarkowodór. (Kał chorego dawał tylko fermentacyę gnilną. Węglowodanowej nie było, na dowód, że widocznie węglowodany ulegały przemianie trawiennej). Wśród rosnącego braku sił i obrzęków chory zmarł. Sekcya stwierdziła obok 2 otworów w żołądku po obu zabiegach operacyjnych i połączenia między 2 pętlami jelita czczego, jeszcze otwór, łączący żołądek z poprzecznicą. Wrzód był wygojony. Dokonaną tu była *gastroenterostomia antecolica.* W drugim, podobnym przypadku, gdzie utrzymywały się również wymioty kałowe, obrzęki i rozwinęła się gruźlica płuc, sekcya stwierdziła znowu obok połączenia operacyjnego żołądka z jelitem czczem, połączenie żołądka z poprzecznicą. W tym przypadku dokonaną była *gastroenterostomia retrocolica.* W klinice lekarskiej pojawił się wreszcie trzeci przypadek, objawami podobny do poprzednich. Chory dotąd żyje. — Prelegent sądzi, że musi istnieć jakaś dotąd dokładniej nie znana przyczyna występowania powyższego obrazu klinicznego i anatomicznego i przypuszcza, że pewne światło na nią mogłoby rzucić dalsze badanie unaczynienia krezki. Nie jest bowiem wyłączonem, że zranienia tętniczek odgrywają tu rolę. Prelegent przypomina doświadczenia Kadera, dowodzące zapomocą podwiązywań, że tętniczki wspomniane mają właściwość tętnic końcowych. Nie byłoby tedy rzeczą obojętną, w jaki sposób przebijamy krezkę. Wobec obrazu powyżej opisanego, a wywołanego przez połączenie pomiędzy żołądkiem a jelitem grubem, chirurg nie jest bezsilnym. Ogłoszono przypadki, w których z powodu przetoki żołądkowo-okrężniczej (na tle wrzodu) dokonano zabiegu operacyjnego. Jedni łączą wówczas część okrężnicy wstępującą z zstępującą, drudzy wykonują resekcyę poprzecznicy, której kikuty pozostawia się przy żołądku. Zapomocą rentgenowania i podawania bizmutu przekonano się, że takie ślepe worki doskonale się opróżniają. W obu razach przetoka staje się dla ustroju obojętną. Prelegent podnosi więc z naciskiem ważność rozpoznania w podobnych razach, na które zatem składają się: wymioty kałowe, ślizienica (lienterya), możliwa obecność kwasu solnego w kale, objawy nieżytu jelitowego z powodu dostawania się kału do jelit cienkich, podupadanie odżywienia, w końcu obrzęki, gromadzenie się płynu w jamie brzusznej, w klatce piersiowej itd.

Dyskusya. Kol. prof. Ziembicki podnosi, że o ile powstawanie przetoki żołądkowo-okrężniczej dałoby się wytłómaczyć jako następstwo zabiegu operacyjnego przy dokonywaniu operacyi sposobem Wölflera (*gastroenterostomia anterior*), o tyle niezrozumiałem i wymagającem w istocie dalszych badań jest tworzenie się takiej przetoki po wykonaniu zabiegu sposobem drugim (*gastr. posterior*). Być może, że badania histologiczne sprawę tę rozjaśnią. Sądzi, że jednak mogłyby takie przetoki powstawać, gdyby się krezkę przebijało zbyt blizko jej przyczepu do kiszki (a więc blizko naczyń), lub też, gdyby krezka była chorobowo zwyrodniałą, lub zbyt krótką. Kol. Z. zważa też zawsze na to, by krezkę rozdzielać jedynie na tępo, a powstałego otworu nie obszywa.

Kol. doc. Rencki stwierdza, że gastroenterostomia leczy tylko pewną część przypadków wrzodu okrągłego żołądka, co podnosił już w swej pracy, dokonanej w klinice lekarskiej lwowskiej w r. 1901. U niektórych chorych bowiem pomimo zabiegu operacyjnego utrzymują się nadal dawne objawy chorobowe, a nawet nowe wrzody mogą się wytwarzać. Spostrzeżenia podobne opisują Albu, Tiegel, Körte i inni. Siedzibą tych nowych owrzodzeń, w których przebiegu przydarzały się przebicia ścian żołądka, bywa często okolica sztucznego otworu. Rzadsze są przypadki przebicia wrzodu do jelita grubego (*fistula gastrocolica*); opisuje je Tiegel i Kaufmann. W przypadku Kaufmanna w 4 lata po gastroenterostomii wystąpiły objawy przetoki żołądkowo-jelitowej. Podczas ponownej operacyi stwierdzono nadto drugą przetokę, powstałą w następstwie wrzodu (*ulcus pepticum*), łączącą jelito grube z cienkiem (*fistula colojejunalis*) i zupełne zarośnięcie otworu w żołądku, pochodzącego z pierwszej operacyi, z oddzieleniem przyszytej pętli jelita cienkiego. Wobec takich spostrzeżeń nie można uważać gastroenterostomii za idealny zabieg w leczeniu wrzodu okrągłego. A i drugi zabieg, wycięcie odźwiernika, — zalecony i wykonany po raz pierwszy przez Rydygiera, a później Riedera, Jedličkę i in., nie przedstawia się o wiele korzystniej. Wypowiedzenie stanowcze ostatecznego zdania o wartości tej metody operacyjnej byłoby dziś przedwczesne, gdyż za mało mamy dotąd dłuższych i ścisłych spostrzeżeń. Z przypadku, który kol. R. przez szereg lat obserwował, podnieść należy, że objawy nadmiernego wydzielania kwasu solnego oraz niedomogi ruchowej stale się utrzymywały, a chory zmarł wśród objawów przebicia wrzodu nowo powstałego w żołądku, lub w jelicie. Nawroty wrzodu po wycięciu odźwiernika opisują Brenner, Körte i in. Opierając się na dotychczasowych, własnych i obcych spostrzeżeniach, kol. R. godziłby się na wycięcie odźwiernika tylko w tych przypadkach, w których istnieje jeden wrzód o twardych, zbitych brzegach (*ulcus callosum*), gdy warunki operacyjne są korzystne, gdy ściana żołądka nie przedstawia znaczniejszych zmian anatomicznych, t. j. gdy rozmiary rozszerzenia żołądka nie będą zbyt wielkre, wreszcie, gdy istnieje choćby najmniejsze przypuszczenie, że rozpoczyna się nowotwór złośliwy. W przeważnej części przypadków przemawia kol. R. za gastroenterostomią, jako zabiegiem mniej niebezpiecznym dla chorego. Zasadniczo uważa R. obie operacye za zabieg pomocniczy, gdy niemniej ważnem jest, zdaniem jego, leczenie pooperacyjne, przez szereg miesięcy, a nawet dłużej. Nieodpowiednie żywienie się tych chorych i zaprzestanie następowego leczenia jest jednym z głównych powodów dalszego trwania choroby i jej nawrotów, wraz z ciężkiemi zaburzeniami jelitowemi nawet po wycięciu pierwotnego owrzodzenia.

VI. Kol. M. Selzer przedstawia chorą 24-letnią, u której w chwili zgłoszenia się do szpitala powszechnego we Lwowie stwierdzono **ciężkie schorzenie krwi.** Badanie krwi stwierdziło mianowicie: ilość ciałek czerwonych: 1,400.000; ciałek białych (o stosunku wzajemnym prawidłowym) 15.000. Hemoglobiny 35 prc. W preparacie świeżym znaleziono liczne poikilocyty, jako też mikrocyty i makrocyty; w barwionym: liczne megaloblasty, nieliczne normoblasty. Błony śluzowe odznaczały się wielką bladością. Śledziona była znacznie powiększona, twarda. W sercu nie było szmerów anemicznych. Dno oka bez zmian. W moczu nie było składników nieprawidłowych. Stolec prawidłowy. W wywiadach brak szczegółu, któryby mógł przyczynić się do wyjaśnienia tego stanu krwi. W ostatnich czasach cierpiała chora na silne bole głowy, miewała obok tego nudności i wymioty, czuła brak sił, co przeszkadzało jej w ciężkiej pracy codziennej. Po 6-tygodniowym pobycie w szpitalu stan chorej bez żadnego leczenia znakomicie się poprawił. Badanie krwi w ostatnich dniach stwierdziło: ciałek czerw.: 3,200.000; ciałek białych 4.000, hemoglobiny 85 prc. Chorej powróciły dawne siły. Prelegent wyłącza w tym przypadku: 1) zimnicę (brak plazmodyów, śledziona samoistnie się zmniejszała); 2) blednicę (obraz krwi). Zdaniem jego była to **niedokrwistość złośliwa**, której nie wyłącza szybka poprawa, co należy podnieść, jako rzecz rzadką, ale znaną. Sądzi, że prawdopodobnie ciężka praca była przyczyną cierpienia.

Dyskusya: Kol. Franke jest zdania, że leukocytoza, widoczna w tym przypadku, przemawia wprost przeciw rozpoznaniu niedokrwistości złośliwej. Podobny stosunek ciałek czerwonych do białych spotykamy przedewszystkiem w niedokrwistości urazowej (pokrwotocznej), n. p. przy ukrytym wrzodzie żołądka. Szybka poprawa przemawiałaby również za taką, a nie inną postacią niedokrwistości.

Kol. doc. Biernacki sądzi, że przypadek ten jest ciężką blednicą. Ścisła granica między pojęciem »niedokrwistości«, a pojęciem »blednica«, zdaniem kol. B., nie istnieje. Ani mała ilość ciałek czerwonych, ani obecność ciałek czerwonych jądrzastych, przeciw blednicy nie przemawia, a wcale nie jest właściwą dla niedokrwistości ciężkiej. Im większe rozwodnienie krwi, tem łatwiej spotkamy ciałka jądrzaste. Cechą blednicy byłaby uleczalność, a cechą niedokrwistości nieuleczalność. Kol. B. nie zna ciężkiej, złośliwej niedokrwistości wyleczonej.

Kol. Eljasz-Radzikowski twierdzi, że o złośliwej niedokrwistości nie może być w tym przypadku mowy i skłania się również do zapatrywania, że jestto blednica. Za tem przemawiałby także prawidłowy stosunek wzajemny ciałek białych. Dlatego też chodziłoby tu o bardzo dokładne obliczenie tego stosunku, czego prelegent nie uczynił.

W dyskusyi zabierali wreszcie głos koll.: Stauber, Stachiewicz i prelegent. Sekretarz: *W. Ziembicki.*

IV. Posiedzenie naukowe nadzwyczajne dnia 9 marca, w klinice położniczo-ginekologicznej.

Przewodniczący kol. Stachiewicz. Obecnych członków 52 i 2 gości.

I. Kol. Daun przedstawił **położnicę, która po wycięciu nerki dwukrotnie rodziła.** Wycięcia nerki dokonano mianowicie z powodu wodonercza prawostronnego w 5. miesiącu ciąży. Dalszy przebieg ciąży i poród zupełnie prawidłowe. Po upływie 4 lat chora zgłosiła się do kliniki w 7. miesiącu ciąży, poród również odbył się prawidłowo. Przypadków podobnych, w których ustrój kobiety ciężarnej zniósł obojętnie brak jednej nerki, znamy z piśmiennictwa 21.

II. Kol. Bocheński przedstawił: *a)* Dziecko z bardzo znacznem **wgnieceniem kości bocznej,** powstałem od wzgórka kości krzyżowej przy porodzie dobrowolnym. W przypadku tym miednica matki ma cechy miednicy krzywiczej płaskiej o wymiarach 25, 26, 29, 18$^1/_4$.

b) Płód dobrze rozwinięty i donoszony, przedstawiający wadę rozwojową **„epignatus"** w postaci guza, zrośniętego zapomocą szypuły z podniebieniem twardem. (Przypadek opisany będzie w »Tygodniku lekarskim«).

c) Chorą **z włókniakiem** (*fibroma molle*) wielkości cytryny, wychodzącym z przedniej ściany **pochwy.** Włókniak ten w chwili, gdy chora podnosiła ciężki podmiot wypadł przed srom, pociągając za sobą przednią ścianę pochwy. Lekarz domowy starał się zapomocą krążka utrzymać guz w pochwie i przeszkodzić jego wypadaniu, co jednak nie udawało się. Przy przyjęciu chorej do kliniki znaleziono **w pochwie trzy krążki** Brauna, a guz wypadnięty przed sromem. Guz wyłuszczono, łożysko jego zaszyto, przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Prelegent okazuje preparaty makroskopowe i mikroskopowe. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabiera głos kol. Skałkowski, wskazując na niezwykły fakt znalezienia w pochwie trzech krążków.

III. Kol. prof. Mars przedstawił dwie położnice po dokonanej **hebotomii.** We wstępnem przemówieniu zaznaczył historyę powstania operacyi i jej stosunek do symfizeotomii. W krótkiem streszczeniu podał dzisiejsze zapatrywania autorów, dotyczące nowej operacyi. Zapatrywania nie są jeszcze ustalone, a wśród licznych prac, które się pojawiły, istnieje pewne zamieszanie. Na podstawie dwu, jak dotąd pomyślnie przebiegających przypadków niechce prof. M. wypowiadać zapatrywań w poszczególnych kwestyach: w ogólności atoli nowy zabieg przedstawia zdaniem prelegenta wiele korzyści wobec symfizeotomii i mimo, że to zabieg poważny, mogący wywoływać cięższe powikłania, można mieć nadzieję, że skoro jeszcze będzie w szczegółach więcej opracowana i udoskonalona, operacya ta zajmie stałe miejsce w szeregu operacyi położniczych. Co do pytania, czy zabieg ten będzie mógł być wykonywany tylko w klinikach i szpitalach, czy także i w domach prywatnych, sądzi prof. M., że przy odpowiedniej pomocy będzie mógł być wykonywany i w praktyce prywatnej.

Pierwszą operacyę wykonał prof. Mars dnia 28 lutego b. r. w klinice na osobie trzeci raz rodzącej, druga wykonana została 5 marca na pierwiastce.

K. B., pierwszy raz rodziła przed 4 laty w klinice, wysokie kleszcze; drugi poród przed 2 laty w domu, położenie miednicowe, pomoc ręczna. Oba płody nieżywe. Obecnie zgłosiła się do kliniki jako rodząca w 24 godziny po pęknięciu pęcherza. Cz. II. Pierścień skurczowy na palec niżej pępka, ujście zewnętrzne prawie zupełnie rozwarte, przedgłowie. Miednica ogólnie ścieśniona. D. sp. 23, D. cr. 25, D. tr. 27, C. extr. 17, C. diag. 9, C. v. (Bylicki) 7·5. Chora pragnie mieć dziecko żywe. Próba wtłaczania główki w ułożeniu Walchera daje wynik ujemny. Wobec grożącego pęknięcia macicy przystąpiono do hebotomii po stronie prawej metodą i igłą Bumma. Obfite krwawienie z obu otworów ustaje pod uciskiem. Kleszcze Tarniera. Wśród zabiegu rozstęp przepiłowanej kości wynosił około 4 cm. Córka żywa, 2950 grm. ważąca. Tamponada macicy i pochwy gazą jodoformową, miednicę ściągnięto przylepcem. Obecnie 10. dzień połogu. Prócz obrzmienia sromu w pierwszych dniach nic osobliwego nie zaszło. Najwyższa ciepłota 37·4°.

A. S., pierwiastka, w dwa dni po rozpoczęciu czynności porodowej przywieziona do kliniki z Brodów. Pęcherz pękł w chwili przybycia do kliniki. W 6 godzin po pęknięciu pęcherza; cz. II. Pierścień skurczowy na 3 palce niżej pępka. Dolny odcinek macicy po lewej znacznie rozciągnięty, bolesny. Główka duża, przyparta do wchodu. Ujście zewnętrzne zupełnie rozwarte. Miednica krzywicza płaska. D. sp. 25. D. cr. 26. D. tr. 28·5. C. ext. 17. C. diag. 9. C. v. (Bylicki) 7·5. Chora pragnie mieć dziecko żywe. Próba wtłoczenia główki w ułożeniu Walchera bezskuteczna. Kleszcze Tarniera nie sprowadzają główki. Hebotomia po stronie lewej również metodą i igłą Bumma. Krwawienie z otworów nieznaczne, ustaje pod uciskiem. Kleszcze Tarniera sprowadzają główkę z trudnością. W czasie zabiegu rozstęp przepiłowanej kości około 8 cm. Syn żywy, ważący **4500 gr.** Naddarcie ujścia zewnętrznego macicy i pochwy; ściągnięto przylepcem miednicę. Obecnie 4 dzień połogu. Drugiego dnia ciepłota 39·4°. Wstrzyknięto surowicę Marmorka, podano olej rącznikowy. Trzeciego dnia ciepłota 38·0°, obecnie 37·2°. Obrzęk sromu po stronie operowanej.

Kol. Mars sądzi, że szczególniej przypadek drugi ma poważne znaczenie ze względu na stosunek rozmiarów główki dziecka do wymiarów miednicy — wobec granic wskazania do nowego zabiegu w przypadkach niestosunku porodowego. Przypadki te będą dokładniej opisane i ogłoszone. (*Streszcz. wł.*)

Dyskusya. Kol. Czyżewicz (jun.) podaje opis 2 przypadków **pubiotomii,** wykonanych w zakładzie położniczo-ginekologicznym w dn. 2 i 3 marca b. r. Przypadek pierwszy przebiega dobrze (dla matki i dziecka), drugi z powodu bardzo wielkiej główki płodu skończył się jego obumarciem. U chorej wystąpiły nadto groźne objawy zadrażnienia otrzewnej, prawdopodobnie wskutek zbyt silnego ucisku, jaki wywierał plaster, i istniejącego równocześnie przepełnienia jelit kałem. Opierając się na obserwacyi powyższych przypadków, sądzi kol. Cz., że: 1) przed zabiegiem należy ocenić (o ile to możliwe) wielkość główki płodu; 2) po zabiegu kończyć poród kleszczami, nie obrotem; 3) nie ściągać plastra zbyt silnie. Zabieg operacyjny wykonywa kol. Cz. igłą Bumma, odpowiednio zmodyfikowaną, przyczem wkłuwa igłę ponad guzkiem łonowym, a wykłuwa ją na zewnątrz wargi większej.

IV. Kol. prof. Mars przedstawił osobę, okazującą **rozszczep miednicy w spojeniu kości łonowych.** Osoba ta rodziła 5 razy siłami natury. W czasie szóstej ciąży chodzenie stało się bardzo utrudnionem, a poród był zakończony obrotem i wydobyciem ręcznem płodu. Połóg prawidłowy. W ciąży siódmej stan ogólny się pogorszył, chora więcej leżała, niż chodziła. Na początku porodu wystąpił krwiak sromu, a poród zakończono sztucznie obrotem i wydobyciem ręcznem płodu. W połogu krwiak przeszedł w ropienie, co spowodowało 5-miesięczne leżenie w łóżku. Skoro chora chodzić poczęła, nagle powstała w miejscu spojenia kości łonowych przepuklina jelitowa. Na początku ósmej ciąży przywieziono do kliniki chorą, która niemogła chodzić. Stwierdzono zmięknienie kości (*osteomalacia*) u osoby z niezwykłą postacią kości miednicy i ich stosunkiem do siebie, okazującą rozstęp spojenia kości łonowych na przeszło 6 ctm., z którego występowała przepuklina jelitowa. Końce kości łonowych w górze i w dole połączone grubemi więzadłami. Zastosowano leczenie przeciw zmięknieniu kości z dodatnim wynikiem. Chora chodzi bez trudności. Podczas porodu wypadnięcie pępowiny, obrót, wydobycie ręczne płodu, połóg prawidłowy. Kol. M. postanowił rozstrzygnąć pytanie: jakie jest pochodzenie tego rozszczepu miednicy? Mimo dłuższej obserwacyi stanowcze orzeczenie okazało się trudnem i aczkolwiek z wywiadów wiele przemawiaćby mogło, że to sprawa nabyta, to przecież obecność obu więzadeł, łączących kości łonowe, postać kości, ustawienie wzgórka kości krzyżowej, przemawiają więcej za tem, że to sprawa wrodzona. Wychodząc z tego przypuszczenia kol. M. tłomaczy historyę tego przypadku. Kol. Jedliczka okazał rentgenogram, wykazujący postać kości łonowych i siedzeniowych tego przypadku. Uwagi kol. Marsa zawierały wiele szczegółów, nie nadających się do krótkiego streszczenia. Przypadek będzie ogłoszony drukiem. (*Sprawozdanie własne*).

Dyskusya. Kol. doc. Bylicki podnosi wielką ważność przypadku, przedstawionego przez prof. Marsa, zwracając uwagę na trudności, jakie się nasuwają w ocenieniu i klasyfikacyi tego zboczenia. Nic bowiem prostszego, jak przypuszczać, że postać ta jest nabytą, gdyby nie ten objaw, stanowczo temu przeczący, jaki znajdujemy w utrzymanych obu więzadłach. Gdybyśmy zaś szukali znamion, cechujących miednicę szczelinową, to z tych w danym przypadku znaleźlibyśmy bardzo mało, co jednak bardzo łatwo da się wytłómaczyć tą okolicznością, że tak mały stopień miednicy szczelinowej w połączeniu z utrzymaniem obu więzadeł wcale nie dawał powodów do wytworzenia się zmian, cechujących wielki stopień miednic szczelinowych. Że nie innemi myślami kierował się prof. Mars w zamiarze umiejętnego zużytkowania tej nadzwyczaj rzadkiej postaci miednicy, dowodzą jego usiłowania pozostawienia chorej jak najdłużej w klinice. Że do tej zmiany nie można odnosić utrudnienia porodów, które dopiero od szóstego się rozpoczęło, nie ulega wątpliwości, a je-

dynie zmięknieniu kości (*osteomalacia*) przypisać musimy ścieśnienie przestworów, które również nie przybrało cechy, właściwej zmięknieniu kości jedynie z powodu, że łuk wchodu miednicy nie był z przodu zamknięty. (*Streszczenie własne*).

W dalszym ciągu posiedzenia mieli koll. Bocheński, Gröbel i Machnicki przedstawić przypadki kliniczne, a kol. Czyżewicz (jun.) wygłosić odczyt: »O przeobrażeniach narządu płciowego kobiety w czasie ciąży i porodu« — z powodu spóźnionej pory wszakże tę część porządku dziennego odłożono do następnego posiedzenia. Sekretarz: *W. Ziembicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

XV. Międzynarodowy kongres lekarski w Lizbonie. Koledzy, którzy zgłosili na ręce naszego komitetu zamiar uczestniczenia i przesłali należną kwotę, otrzymają niebawem, albo już otrzymali wprost z Lizbony karty uczestnictwa i rozmaite druki.

W sprawie udogodnień podróży Komitet wykonawczy w Lizbonie ogłosił w Nr. 7. biuletynu oficyalnego, który na żądanie prześlemy interesowanym, odpowiednie informacye. Tamże podano w języku francuskim dokładne wskazówki co do podróży, warunków zniżek kolejowych i na statkach.

Tenże Komitet oddał nam do rozporządzenia kilka kart bezpłatnych dla przedstawicieli prasy lekarskiej i politycznej. Karty te uprawniać jednak będą tylko do wstępu na salę zebrań i do udziału w uroczystościach, urządzanych na cześć kongresistów. Chcący korzystać z takich kart zechcą się zgłosić do podpisanego.

Zwracamy na to uwagę, że mimo naszej prośby dotychczas Komitet narodowy nie otrzymał żadnego zawiadomienia od instytucyi i korporacyi naukowych polskich, kto będzie ich przedstawicielem na kongresie. Przedewszystkiem winny o tem pamiętać wydziały lekarskie uniwersytetów. Zaznaczamy, że Niemcy będą miały przedstawicieli 24 instytucyi i towarzystw naukowych, Austro-Węgry 12, Rosya 7. Z naszych towarzystw wymienia biuletyn jedynie Tow. higieniczne warszawskie bez delegata i Tow. lek. warszawskie z delegatem Dr Duninem.

W końcu dodajemy, iż w Lizbonie w dziale, przeznaczonym dla sekcyi okulistycznej, sala 21 na parterze gmachu Szkoły lekarskiej będzie punktem zbornym dla polskich członków, a stosowne ogłoszenie oznaczy swego czasu godzinę, w której interesowani będą mogli spotykać znajomych i otrzymywać informacye. Komitet gospodarczy przyrzekł nam na żądanie udzielić sali w razie jakiego większego zgromadzenia polskich członków kongresu.

Zapewnić trzeba sobie wczas pomieszkanie, zgłaszając się pod adresem: Mr. Manoel José da Silva, Palacio Foz, Praca dos Restauradores, Lisbonne. Zgłaszający się otrzymają tymczasowy bilet kwaterunkowy (bon de logement provisoire), a przybywszy do Lizbony powinni w biurze kwaterunkowem na dworcu (la gare du Rocio, pierwsze piętro) zamienić go na bilet ostateczny, który otrzymają po zapłaceniu kwoty, należącej się za cały pobyt w czasie kongresu.

Przesyłając to ostatnie słowo od Komitetu polskiego, łączymy życzenie, aby polski udział, jeżeli nie liczebnie, to jakościowo zaznaczył się w pracy naukowej międzynarodowej.

Do widzenia w Lizbonie.

Kraków, dnia 26/3, 1906.

Prof. Dr B. Wicherkiewicz,
prezes polskiego Komitetu narodowego dla XV kongresu międzynar. lek. w Lizbonie.

W ostatniej chwili dowiaduję się, że Komitet narodowy niemiecki poruszył sprawę utworzenia stałego biura międzynarodowego dla międzynarodowych lekarskich kongresów. — Komitet gospodarczy z formą proponowaną nie sympatyzuje. Komitet polski będzie się tą sprawą zajmował na ostatniem posiedzeniu, które się odbędzie 1 kwietnia b. r.

Lekarze gminni Austryi dolnej zamierzają obecnie uczynić krok ostateczny i posady swoje gromadnie wypowiedzieć, podpisują też wszyscy oświadczenie, w którem się obowiązują wypowiedzieć posady swe, skoro ich do tego wezwie kierownictwo obu dolnoaustryackich organizacyi, nadto obowiązują się, że po ułożeniu się stosunków i zaniechaniu biernego oporu nie przyjmą innej posady, tylko tę, którą mieli przed rozpoczęciem walki. Namiestnictwo dolno-austr. zamierza tymi dniami zwołać ankietę, aby ustalić projekt nowej instrukcyi dla lekarzy gminnych d.-a., i naradzić się w sprawach, tyczących się akcyi lekarzy. W tym celu zwrócił się namiestnik do przewodniczącego organizacyi lekarzy praktykujących w Austryi dolnej, dr. Fryderyka Janeczka z pismem, w którem prosi organizacyę o wysłanie delegata do ankiety. Podobne pisma otrzymali prezydent Izby lek. dol.-austr., dr. Józef List w Retz i przewodniczący organizacyi lekarzy gminnych, dr. Leopold Nekowicz w Stammersdorf; Izba lekarska Austryi dolnej z wyłączeniem Wiednia uchwaliła na posiedzeniu w d. 17 b. m. po szczegółowej naradzie wstąpić na drogę układów; na delegatów do ankiety wybrano dr. Lista z Retzu i dr. Rissa z Stockerau. Także i inne lekarskie korporacye postanowiły wziąć udział w naradach przez swoich delegatów, poleciły im jednak natychmiast ustąpić, gdyby zauważyli, że drogą ankiety ma władza zamiar sprawę raczej przewlec, niż załatwić. W ciągu pierwszych trzech dni podpisało 1800 lekarzy wiedeńskich deklaracyę, mocą której pod słowem honoru obowiązują się nie przyjąć posady lekarza gminnego w Austryi dolnej. Lekarze wiedeńscy zebrali na strajk dotąd już 10,000 K., nadto starają się o utworzenie funduszu gwarancyjnego, z któregoby można wypłacać w danym razie odszkodowanie walczącym lekarzom. Klub niemieckich lekarzy-praktyków m. Pragi 16 b. m. jednomyślnie uchwalił, że utrudnianie kolegom dolno-austr. walki w jakikolwiek sposób jest rzeczą niehonorową i przeciwną godności stanu lekarskiego. Szereg gmin dolno-austryackich wniósł pismo do wydziału krajowego, w którem po skreśleniu smutnego położenia materyalnego lekarzy gminnych i po uznaniu słuszności ich żądań — wywodzi: »Jedno należy uznać, że lekarze ci nawet w walce trzymają wysoko sztandar ludzkości, że broń swoją zwracają nie przeciw chorym, a nawet i nie przeciw gminom, ale tylko takie czynności objęli zakresem swego oporu, których wstrzymanie wprawdzie władzy państwowej i krajowej sprawia niezmierne trudności, nigdy jednak cierpiącej ludzkości nie dotyka. Jesteśmy zniewoleni lekarzom dolno-austryackim, walczącym o słuszną sprawę, wyrazić naszą szczerą sympatyę i zwrócić się do wysokiego wydziału krajowego Austryi niższej z następującą prośbą: Wydział krajowy raczy przychylić się do powyższych wywodów i nieznośne położenie lekarzy gminnych dostatecznie poprawić przez jaknajrychlejsze wniesienie nowej krajowej ustawy sanitarnej w duchu znanych, od tak dawna przez lekarzy podnoszonych i wyrażanych życzeń, oraz położyć koniec biernemu oporowi przez natychmiastowe zawiadomienie kierownictwa organizacyi lekarskiej o zamierzonej zmianie ustawy sanitarnej, zanim cały kraj stanie przed zupełnym brakiem lekarzy gminnych«. *E. S.*

Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy warszawskich liczyła w r. 1905 członków 146 (przy założeniu w roku 1905 — 115); suma złożonych oszczędności wynosiła 33,446 rb. (z końcem r. 1900 — 6,484 rb.); średnia oszczędność jednego członka wzrosła w ciągu sześciolecia z 56 rb. na 229 rb., suma pożyczek z 2,144 rb. na 6,661 rb., czysty zysk kasy doszedł w r. 1905 — 1,044 rubli, dywidenda do 2¼% (z 1½%), bilans ogólny zamknięto w r. b. sumą 40,000 rb. (w r. 1900 — 9,000 rb.).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dnia 28 marca b. r. odbyło się posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem: 1) Dr. Spira przedstawił przypadek zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego, dwukrotnie operowany; po drugiej operacyi powstały zawroty głowy, przelotne dwuwidzenie, wymioty, zniedołężnienie połowicze, jak się okazało, histeryczne; 2) Dr. T. Żeleński w odczycie p. t. »Z nowszych zagadnień hematologii klinicznej« przedstawił wyniki swych badań krwi u przeszło 200 zdrowych i chorych, podjętych dla sprawdzenia poglądów Arnetha. W dyskusyi przemawiał prof. Klecki. Wykład dr. Surzyckiego z powodu późnej pory odłożony.

— Komisya biblioteczna Towarzystwa lekarskiego krak. uchwaliła regulamin, który w całości pomieszczamy w dziale inseratowym dzisiejszego numeru.

— Wydział Izby lek. zachodnio-galicyjskiej na posiedzeniu 25 marca zajmował się następującemi sprawami: Uchwalono zbierać informacye, potrzebne dla utworzenia biura wywiadowczego dla lekarzy. — Postanowiono poprzeć w Namiestnictwie sprawę jednego z lekarzy, mającego zatarg z radą gminną. — Rozpatrywano zatarg jednego z lekarzy z pacyentem o honoraryum lekarskie w kwocie 34 tysięcy koron; uchwałę odroczono do następnego posiedzenia. — Przyjęto z uznaniem do wiadomości sprawozdanie delegata do Krajowej Rady zdrowia, donoszące

o zapadłej tam jednomyślnie uchwale w sprawie obsadzenia posady po dr. Kusym. — Uchwalono udzielić opinii co do charakteru jednego z lekarzy, którego Towarzystwo ubezpieczeń chce zamianować lekarzem zaufania. — Rozpatrywano sprawę jednego z lekarzy, którego sąd stale pomija przy wezwaniach rzeczoznawców. — Przyjęto do wiadomości pismo Sekcyi jarosławskiej Tow. lek. galicyjskich w sprawie pomyślnie zakończonej akcyi wobec kasy zapomogowej i uchwalono wyrazić Sekcyi uznanie za podjęte w tej sprawie zabiegi. — Załatwiono szereg drobnych spraw administracyjnych. — Uchwalono w dwóch sprawach honorowych rozpisać rozprawy na dzień 3 kwietnia b. r. *L.*

— Na Śląsku cieszyńskim w pierwszej połowie marca stwierdzono urzędownie 33 przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych; przedewszystkiem grasuje ono w powiecie frysztackim (16), cieszyńskim (10) i bialskim.

Lwów. Komisya, wysłana przez Wydział krajowy dla zwiedzenia zagranicznych zakładów dla obłąkanych, powróciła do Lwowa 7 marca b. r. Jak podaje »Tygodnik lekarski« (Nr. 12) uznała komisya za najlepsze: zakład w Maueröhling, w Eglfing, budujący się zakład w Hietzing pod Wiedniem i klinikę Kraepelina w Monachium, z którymi szwajcarski zakład w Münsterlingen nie wytrzymuje zdaniem komisyi porównania. Komisya wspólnie z inżynierami Wydziału krajowego ma obecnie wypracować szkice, które będą przedłożone tej samej ankiecie, jaka obradowała w styczniu r. b.

— Krajowa Rada zdrowia na posiedzeniu w d. 6 marca b. r. obradowała szczegółowo nad sprawą zwalczania wścieklizny w kraju, na którą wprawdzie ginie w Galicyi niewielu ludzi i to stopniowo coraz mniej (w roku 1873—1882 średnio 47 rocznie, a w ostatniem trzechleciu już tylko 7), ale choruje zwierząt więcej, niż gdziekolwiek w Austryi. Omawiano możliwość powszechnego przymusu kagańcowego i podatku od psów. Uchwalono wypowiedzieć przekonanie, że protest Izb lekarskich przeciw zamianowaniu prawnika następcą dr. Kusyego — jest rzeczowo uzasadniony.

— Porządek dzienny VI posiedzenia Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, 30 marca b. r., obejmował: 1) Dr. M. Selzer: Status hemiepilepticus idiopathicus. 2) Dr. W. Ziembicki: O postępach w klinicznem badaniu moczu. 3) Doc. dr. Biernacki: Jak się żywi nasza inteligencya? 4) Doc. dr. Moraczewski: Sprawozdanie z prac Emila Fischera nad syntezą białka.

— W tygodniu od 18 do 24 marca 1906 doniesiono w Galicyi o nowych przypadkach: ospy w 2 gminach 5 chorych, a mianowicie pow. Chrzanów (Balin 4, Górka 1); duru plamistego w 24 gminach 60 chorych, a mianowicie m. Lwów 1 (zachorował czeladnik stolarski przybyły z Rozdołu pow. Żydaczów), Brzeżany (m. Brzeżany 1, Glinna 2), Cieszanów (Szczutków 1), Horodenka (Żuków 5), Jarosław (Leżachów 1, Dąbrowica 1), Jaworów (Bonów 1, Żmijowiska 2, Berdychów 3, Ożomla 1, Siedliska 7), Myślenice (Pcim 4), Rawa (Rzeczyca 1, Kamionka wol. 2), Sambor (Dorożów 1), Stary Sambor (Grodowice 1), Stryj (Wołosianka 3, Pławie 6, Kalne 2, Klimiec 2), Tarnopol (Chodaczków 7), Żółkiew (Przystań 1), Złoczów (Jasionowce 4); nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych w 32 gminach 53 chorych.

Warszawa. W Mińsku mazowieckim ma stanąć szpital na 40 łóżek, kosztem 64,000 rubli, na pięciomorgowym obszarze. Fundusze na budowę szpitala powstały z przeznaczonych przez gubernialną główną Radę opiekuńczą jeszcze w r. 1859 i 1866 kwot 2,400 i 6,575 rb., które procentując się urosły od tego czasu do ogólnej sumy 75,955 rb. Budowa według planu budowniczego gubernialnego, W. Piotrowskiego, ma się rozpocząć w r. b. (»Czasopismo lek.« Nr. 2).

— Aresztowania i kary, nakładane na lekarzy w Królestwie, nie ustają. »Czasopismo lek.« (Nr. 2) wymienia jako aresztowanych: dr. Troczewskiego z Kutna, Grzywińskiego z Biłgoraja, Płużańskiego z Radomia. Dr. Rode z Tomaszowa Rawskiego skazany na 400 rb. kary. Świeżo uwięziono dr. Ignacego Dauma, lekarza fabrycznego ze Starachowic w radomskiem.

— Lekarz wojskowy, dr. Dunkel w Wilnie, który odmówił obecności przy straceniu Korotki, otrzymał w ciągu doby dymisyę.

Petersburg. Porządek dzienny posiedzenia Wydziału lekarskiego rz.-kat. Towarzystwa dobroczynności w Petersburgu w dniu 14/27 marca b. r. obejmował oprócz spraw administracyjnych wykład dr. Wilamowskiego »O lazaretach Czerwonego Krzyża w Irkucku« i dr. Sowińskiego »O kilku przypadkach rozległych zmian kiłakowych (*stadium gummosum*) na prąciu«.

— Lekarzom w Batum nakazano donosić o wszystkich chorych, zgłaszających się z ranami kłutemi lub postrzałowemi, a to pod karą 3,000 rubli lub 3 miesięcy więzienia. »Konstytucya« rosyjska zawiera o tajemnicy lekarskiej szczególne paragrafy!

— W wojnie rosyjsko-japońskiej straciło życie 70 lekarzy japońskich; z nich poległo 29, a 41 zmarło z różnych chorób.

Z różnych stron. Ku pamięci wynalazcy cystoskopii, Nitzego, odbędzie się w Berlinie 1—30 kwietnia wystawa, przedstawiająca rozwój i znaczenie cystoskopii, rozpoczęta uroczystością pamiątkową.

— Pierwsza habilitacya kobiety na wydziale lekarskim w Kopenhadze odbyła się 9 marca b. r. Panna dr. Elli Möller habilitowała się tam z zakresu położnictwa.

— Następny międzynarodowy zjazd lekarski ma się odbyć w r. 1909 w Budapeszcie. Jak dzienniki donoszą, udzieli rząd węgierski na cele zjazdu 100,000 koron, a drugie tyle ma udzielić rada miejska peszteńska.

Powołani: Prof. Kolle z Berlina do Berna na nowoutworzoną katedrę higieny. Prof. Aschoff z Marburga na katedrę anatomii patologicznej do Fryburga (po Zieglerze).

Mianowani: Pedyatra doc. Finkelstein w Berlinie — profesorem; L. Cobbelt profesorem anatomii patol. w Sheffield.

Dr. Edmund Ciszka, dotychczasowy dyrektor szpitala w Śniatynie, dyrektorem szpitala w Sokalu, a dr. Franciszek Ślęk, asystent lwowskiej kliniki chirurgicznej, dyrektorem szpitala w Śniatynie.

Zmarli: Prof. medycyny sądowej Stolper w Getyndze w 40 r. ż. (nagle podczas wykładu); prof. anat. patol. Liubimow w Kazaniu.

Dr. Antoni Estreicher, jeden z najstarszych lekarzy warszawskich, znany z filantropii, zm. 22 b. m. Urodził się w r. 1826 d. 10 maja, liczył więc lat blisko 80. Ukończył nauki w Uniwersytecie Jagiellońskim w 1849 roku. Doktoryzowany w r. 1853, krótki tylko czas pracował za granicą, gdyż już w końcu 1853 roku rozpoczął praktykę w Warszawie. Jako lekarz szerokiej wiedzy, jako człowiek wielkiej dobroci serca i wielkich zalet charakteru, zyskał sobie szacunek wśród uboższej ludności, którą bezinteresownie leczył i wśród kolegów, z którymi stosunek wysoce etyczny i pełen taktu zachować zawsze umiał. Pracował prawie do ostatnich chwil życia. W pogrzebie 25 b. m. uczestniczyli liczni lekarzy i tłumy wdzięcznych pacyentów. Śp. dr. Antoni Estreicher był bratem uczonego i zasłużonego literata i bibliografa Karola Estreichera.

Dr. Nestor Bucewicz zmarł w 60 r. ż. w Warszawie, pozostawiając wspomnienie nieposzlakowanego charakteru, wielkiej prawości i skromności i ofiarności na cele publiczne. Oprócz różnych fundacyi dobroczynnych w swym majątku rodzinnym Judranach i hojnych wsparć dla Macierzy szkolnej w Cieszynie uczynił zmarły zapis całej swej gotowizny na rzecz Akademii Umiejętności w Krakowie.

Dr. Zygmunt Mundsztuk z Warszawy zmarł w Charbinie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 11. Jaworski: Przyczynek do statystyki raka wogóle, a raka macicy w szczególności.

— *Medycyna* Nr. 11. Gałecki: Tętno i ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę płuc. Flatau i Koelichen (dok. z Nr. 10).

— *Tygodnik lekarski* Nr. 12. Szulisławski: Kiła oka. Stanrzewski (dok. z Nr. 11).

— *Kronika lekarska* Nr. 6. Motz i Majewski: Przyczynek do anatomii patologicznej gruczołu krokowego. Sędziak, Giedgowd Giedroyć (c. d. z Nr. 5).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 2. Biegański: Organizacya ziemskiej pomocy lekarskiej. Jasiński: Przypadek zakażenia septycznego z zajęciem kilku stawów u tygodniowego dziecka oraz kilka uwag w sprawie zakażeń septycznych u noworodków. Krusche, Wasserman Pełczyński i Fidler (c. d. z Nr. 1). Mazurkiewicz, Sochacki Łuniewski i Borowiecki. Trzeci rok zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kochanówce. Beatus: 2 przypadki zupełnego przyrośnięcia łożyska do macicy.

— *Časopis lékařův českých* Nr. 12. Jesensky: O t. zv. bezsklovinných rudimentních zubech. Kuffner, Kimla (c. d. z Nr. 11). Zikmund: Případ předčasného krváceni ledvinného.

— *Russkij Wracz* Nr. 8. Rybakow: Zboczenia umysłowe w związku z ostatniemi wypadkami politycznymi. Sklar: O wpływie obecnych wypadków politycznych na zboczenia umysłowe. Zielonkowski, Orłowski W., Moskalew (c. d. z Nr. 7).

— *Presse médicale* Nr. 22. Sergent: Oesophagotomia interna. Ezofagoskopia w leczeniu bliznowatych zwężeń przełyku. Dulourt: Wskazania, którym powinna odpowiadać dyeta w kamicy żółciowej. — Nr. 23 Boulay: Parestezye gardła. Jayle: Sposób odprowadzania macicy zgiętej i pochylonej ku tyłowi w położeniu na czworakach. Gandy: Odczyn moczu na błękit metylenowy w durze.

— *Semaine médicale* Nr. 12. nie zawiera prac oryginalnych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 12. Obermayer i Pick: O chemicznych podstawach gatunkowych właściwości ciał białkowych. Baumgarten A. i Popper: O wydzielaniu ciał acetonowych w chorobach żeńskiego narządu płciowego. Gluziński i Reichenstein: Myeloma i leucaemia lymphatica plasmocellularis. Brandweiner: Obecny stan sprawy krętków. Winkler: Obecny stan sprawy „cytorrhyctes".

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 12. Posselt: Stanowisko bąblowca pęcherzowego. Trommsdorf: Próba leukocytowa mleka. Schütz: O krętku bladym Schaudinna i „cytorrhyctes" Siegla. Hecker: O rozpowszechnieniu i skutkach używania wyskoku wśród uczniów szkół ludowych i średnich. Thienger: Nowsze doświadczenie co do teofiliny. Welsch: W sprawie zapobiegania i leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego. Federschmidt: Przyczynek do kazuistyki i leczenia pęknięć jelita wskutek urazów tępych. Vörner: O świerzbiączce krwotocznej. Stein: Przypadek bąblowca wątroby z przebiciem do płuc, wyleczony przez resekcyę żeber. Ehrlich: Samobójstwo zapomocą weronalu. Hutzler. Nowe łóżko szpitalne dla dzieci. Wittek: Woda jako przeszkoda w zdjęciach röntgenowskich.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 11. Baginsky: W sprawie wczesnego rozpoznawania i leczenia raka krtani. Kolle i Strong: O ochronnem szczepieniu ludzi żywemi, osłabionemi hodowlami moru. Ostermann: Meningokokowe zapalenie gardła jako tło nagminnego zapalenia opon mózgowych. Dührssen: Odpowiedź na artykuł Hofmeiera: „Cięcie cesarskie pochwowe i okres chirurgiczny w położnictwie". Riebold: O przedmiesiączkowych wzniesieniach ciepłoty. Puppe: O zatruciu lyzolem. Wunsch: O zastosowaniu lawatyw olejnych w przewlekłem zaparciu stolca u osesków. Gross: O wstawce wentylowej, zamieniającej każdą większą strzykawkę w pompę, nadającą się do wywoływania zastoju i do nakłuć. — Nr. 12 Wassermann i Bruck: Badania doświadczalne nad działaniem przetworów prątków gruźliczych na ustrój, dotknięty gruźlicą. Posner: O urazowej chorobie Brightа. Baginsky, Riebold (dok. z Nr. 11). Peschel: Galwanokaustyczny zgłębnik do kanału łzowego. Lesser: Rzadka zmiana kolana. Neuhaus: Nowa próba moczu co do santoniny.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 13. Krönig: O zachowaniu się dośrodkowego odcinka tylnej górnej granicy stłumienia przy płynach opłucnych. Kempner: O zaburzeniach w zakresie ocznym n. trójdzielnego, zwłaszcza odruchu rogówkowego i ich znaczeniu rozpoznawczem. Buschke i Fischer: Dalsze spostrzeżenia co do krętka bladego. Hirschfeld: O stwardnieniu tętnic i zapaleniu nerek. Roeder: Gruźlica płuc w wieku szkolnym. Hildebrandt: Rokowanie i leczenie uszkodzeń czaszki przez nowoczesną broń palną. Fränkel: Kto pierwszy wynalazł laryngoskopię?

Redakcya otrzymała: Klocman: Assainisation nach Schweder in einigen Lodzer Häusern (z pracowni dr. St. Serkowskiego) Odbitka z „Petersb. med. Woch." 1906. Wretowski: Seroterapia gruźlicy. Warszawa 1906. Brackett i Crandon: Observations on the comparative value of different methods of applying plaster jackets in spinal caries. Crandon i Scannell: The muscle splitting or Mc Burney incision in acute appendicitis, with or without abscess. The course and result in 75 consecutive cases. Odbitki z „Boston. med. and surg. Journ." 1905. Babiński: 1) Hyperexcitabilité électrique du nerf facial dans la paralysie faciale. 2) De l'influence de l'obscuration sur le réflexe des pupilles a la lumière et de la pseudo-abolition de ce réflexe. Odb. z „Revue neurolog." 1906. Zeleński: Zur Frage der Pasteurisation der Säuglingsmilch. Odb. z „Jahrb. f. Kinderhk." T. 63. Gluziński Antoni: Zarys historyi wydziałów lekarskich w Polsce. Lwów 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 4 kwietnia 1906 o godz. 6 wieczorem w *Domu Towarzystwa* (Radziwiłłowska 4) z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. dr. Surzycki: „Artrytyzm i jego leczenie". 2) Kol. dr. Szurek: „O najskuteczniejszych lekach przeciwpotnych na podstawie obserwacyi klinicznych". 3) Kol. dr. R. Nitsch: „O wściekliźnie".

Leukrol. Nowy, epokowy środek leczniczy, działa zdumiewająco szybko i bezwzględnie pewnie w bladnicy, niedokrwistości i wszystkich z tego wynikłych stanach. Szybkością i skutecznością działania przewyższa wszystkie dotąd znane i stosowane środki, jakkolwiek się nazywają i z czegokolwiek są złożone. Jedyny wewnętrzny lek swoisty, działający niezawodnie, a uderzająco w upławach białych nietryprowych. Dawka: Kołaczyków 5—6 na dzień. Wyciągu płynnego 4 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej.

Haemorrhoisid. Nowy lek wewnętrzny, działający szybko i bezwzględnie pewnie przeciw krwawnicom, których uciążliwe objawy w 2—4 tygodni zupełnie usuwa. Dawki: Kołaczyków 3 na dzień. Wyciągu płynnego 3 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej.

Thiovinal, zalecany przez lekarzy we wszystkich chorobach dróg oddechowych, nieżycie oskrzeli, gruźlicy płuc i t. d.

Extr. fluid. Orthos. Od wielu lat wypróbowany, znakomity lek przeciw kamieniom nerkowym, żółciowym, pęcherzowym, nieżytowi pęcherza, zatrzymaniu moczu i t. p., przewyższa wybornem działaniem znacznie najużywańsze wody mineralne. Dawka: 4 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej w filiżance ogrzanej wody.

Nirvenol. Działa uderzająco szybko w gośćcu, dnie, usuwa szybko bole po stłuczeniach, wykręceniach, naciągnięciach mięśni i t. p. Stosuje się jako wcieranie.

Piśmiennictwo rozsyła się pp. lekarzom. — Sprzedaż tylko aptekom. —

Skład główny: G. & R. FRITZ, Wiedeń I. Bräunerstrasse 5, Droguerya en gros. 31

CHEMISCHE FABRIK ERFURT, G. m. b. H., ERFURT-ILVERSGEHOFEN.

Pierwsza czeska fabryka przetworów higienicznych i leczniczych

M. U. Dr. Stan. Rejthárek, Králové Městec, Czechy.

Kreozotyna. Najprzyjemniejszy ze wszystkich nowoczesnych przetworów gwajakolowych i kreozotowych. Wskazania: zapalenie płuc i gruźlica.

Respiryna. Nowe sedativum. Wskazania: we wszystkich nieżytowych zapaleniach gardła, płuc i narządów głosowych. Wyśmienita w praktyce dziecięcej w **krztuścu**.

Lipanol zastępuje obecnie najlepiej tran.

MALTO, słodowy składnik kapieli dla dzieci wątłych i krzywiczych
MALTOFERRYNA, przetwór żelazisty w proszku i kołaczykach (trochoidach)
MALTOPEPSYNA, skuteczna w chorobach żołądka.

„TROCHOID“ (Nazwa prawnie zastrzeżona).
ANTIRHEUMATICAE. Kołaczyki z aspiryna i salicylanem sodowym.
ANTIPYRINI. Koł. z czystą antypir.
BROMATAE COMPOS. Kołaczyki z bromkiem amonu, sodu i potasu.
DENTAL, kołaczyki do szybkiego przygotowania przeciwgnilnej wody do ust.
„MODNA NOWOŚĆ“

Główny skład dla Galicyi:
Kraków: Konst. Wiszniewski, aptekarz, ul. Floryańska. 180
Lwów: Piotr Mikolasch i Sp., aptekarz, Pasaż Mikolascha.



PIERWSZY ZAKŁAD BANDAŻO-ORTOPAEDYCZNY H. BOGDANOWICZA Z PRAGI 80

UL. GRODZKA 35. W KRAKOWIE UL. FLORYAŃSKA 9.

Dostawca bandaży dla Miejskiej Kasy chorych.

Specyalista brzusznych pasów. — Dla Pań damska obsługa.

Poleca swoje własne wyroby w najlepszych gatunkach we własnych i zagranicznych konstrukcyach, pasy przepuklinowe, pachwinowe, pępkowe, pasy brzuszne i nerkowe, konstrukcyi najsłynniejszych WP. Profesorów. Sznurówki i szelki do prostego trzymania się. Sztuczne aparaty do równania różnych części ciała oraz poduszki i pończochy gumowe. Pasy hygieniczne miesięczne system Teufla. Irygatory, strzykawki, wata, przyrządy do inhalacyi, prześcieradła gumowe, suspensorya i t. p.

Zamówienia wykonuje się szybko i odwrotną pocztą.

Na żądanie Wiel. P. T. Klientów przychodzę lub przyjeżdżam na Prowincyę.

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum“. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163

Regulamin biblioteki Tow. lek. krak.

1. Biblioteka Tow. lek. dostępną jest członkom Tow. lek. od 15-go września do 1-go lipca pięć razy tygodniowo w godzinach urzędowych, oznaczonych przez Komisyę biblioteczną. W czasie od 1-go lipca do 15-go września oznacza dnie i godziny urzędowe Komisya biblioteczna.

2. Inni lekarze (niečzłonkowie Tow. lek.) mogą korzystać z biblioteki na miejscu w godzinach urzędowych, za opłatą 30 halerzy każdorazowo. Za wypożyczenie książek mają opłacać 40 hal. za każde dzieło i składać odpowiednią kaucyę, nie niższą jednak od 10 koron.

3. Książki wypożycza się do domu na przeciąg 10 dni za złożeniem rewersu, opatrzonego własnoręcznym podpisem, poddając się tem samem niniejszemu regulaminowi.

4. Dwóch dzieł naraz wypożyczać nie wolno.

5. Czasopisma z roku bieżącego i luźne zeszyty czasopism nieoprawnych, encyklopedye i słowniki, nie mogą być wydawane poza lokal biblioteczny.

6. Po upływie 10 dni mogą być dzieła wydane na dalszy tydzień za nowym rewersem.

7. Po upływie tego terminu Biblioteka upomina się o zwrot wypożyczonego dzieła. Gdyby dwukrotne upomnienie skutku nie odniosło, nazwisko wypożyczającego będzie ogłoszone w „Przeglądzie lekarskim", a gdy i to nie odniesie skutku, oddaną zostaje sprawa na drogę sądową, a dłużnik poddaje się orzeczeniu c. k. Sądu I-szej instancyi. Za każde upomnienie należy złożyć 30 hal. a za każdy dzień zwłoki po drugiem upomnieniu płaci dłużnik karę w kwocie 10 hal. za pokwitowaniem, wystawionem przez bibliotekarza.

8. Książki wypożyczać można albo na miejscu w bibliotece, albo za poprzedniem zgłoszeniem się za pomocą księgi zamówień. W drugim wypadku mogą być książki odebrane dnia następnego u służącego Tow. lek.

9. Biblioteka z wyjątkiem godzin urzędowych będzie zamknięta.

10. Za zgubione lub zniszczone dzieło należy się cała ich cena księgarska z doliczeniem wartości oprawy.

11. Wszelkie nieporozumienia między bibliotekarzem lub członkiem komisyi bibliotecznej a pożyczającym z tytułu wypożyczenia książek, rozstrzyga prezes Tow. lek. bez odwołania się.

Rok XLV. Kraków 7 Kwietnia 1906. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie
(prymaryusz dr. Bogdanik).

O przekrwieniu biernem według Biera ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej.

Podał
Dr. Artur Frommer
I sekundaryusz oddziału [1].

W obszernej monografii „Przekrwienie jako środek leczniczy“ [2]) stwierdza Bier następujące zjawiska:

1) Każdy narząd, który pracuje, ulega w czasie swej czynności przekrwieniu.

2) Wśród rozrostu i każdego odradzania się nastaje miejscowe przekrwienie i to tem znaczniejsze, im rozrost jest szybszy i energiczniejszy. Jako przykład podaje Bier wytwarzanie się rogów u jeleni, zapłodnienie, jakoteż i dalszy rozwój płodu.

3) Przekrwienie powstaje jako odczyn przy dostaniu się jakiegoś obcego ciała w najszerszem tego słowa znaczeniu, czy to będzie ciało obce znacznej wielkości, czy też ledwo dostrzegalne (drobnoustroje), czy najbardziej drażniące chemicznie ciało, czy też części samego ustroju obumarłe (jak naprzykład krew, która dostała się do tkanek wskutek wybroczenia).

W każdym takim przypadku powstaje przekrwienie znacznego stopnia. Na podstawie tych spostrzeżeń dochodzi autor do następującego wniosku: Niema żadnego ogniska chorobowego, któreby wywoływało w swej okolicy niedokrwienie. Naokoło każdego ogniska chorobowego natomiast powstaje jak najsilniejsze przekrwienie. Jeżeli zaś będziemy uważać stały ten odczyn za czynnik przyrody, pożyteczny dla sprawy gojenia się, to musimy przyznać, że przekrwienie jest najważniejszym samoistnym środkiem leczniczym każdego ustroju.

W celach leczniczych stosuje Bier przekrwienie czynne, oraz bierne. Przekrwienie czynne występuje w danej części ciała przy wzmożonym przypływie krwi tętniczej tak, że przez jego sieć naczyniową przepływa znacznie więcej krwi, bierne zaś powstaje wskutek utrudnienia odpływu żylnego i wypełnienia tej części ciała krwią żylną. Przekrwienie czynne tętnicze powstaje przy zastosowaniu rozmaitych środków, jak n. p. ciepła w najróżnorodniejszej postaci, oraz przy zastosowaniu środków drażniących skórę, jak jod, wyskok, olejek terpentynowy, azotan srebra i t. d. Za najważniejszy sposób wywołania przekrwienia czynnego uważa autor wynalezione przez siebie przyrządy do zastosowania gorącego powietrza na najrozmaitsze części ciała. Zapomocą dokładnych spostrzeżeń udowadnia Bier, że przy stosowaniu leczniczem tych przyrządów następuje jak najsilniejsze przekrwienie czynne [3]), mające ogromne znaczenie w leczeniu różnych przewlekłych chorób. Przekrwienie bierne stosuje Bier, zakładając lekko opaskę gumową na kończynę. Wskutek tego powstaje utrudnienie krążenia żylnego; żyły skórne obrzmiewają, przyczem występują znacznie wyraźniej. Kończyna przybiera odcień sinawy, cała część ciała poniżej opaski obrzęka mniej lub więcej zależnie od stopnia i trwania ucisku, przyczem tętno w uciśniętej kończynie powinno być wyraźnie macalne. Ciepłota części przekrwionej nie powinna się obniżyć. Objawy te w częściach chorobowo zmienionych (szczególniej przy stanach zapalnych) są znacznie silniejsze, niż na zdrowej kończynie, poddanej takiemu samemu uciskowi. Na podstawie różnych doświadczeń stwierdza autor dalej, że przekrwienie to sięga do najgłębszych warstw i obejmuje nawet jamę szpikową kości. Oba rodzaje przekrwienia, a więc tak czynne, jak i bierne, nie dadzą się ściśle oddzielić; oba po dłuższem stosowaniu opaski występują równocześnie, przechodząc jeden w drugi. Podając dokładnie piśmiennictwo, przytacza Bier badaczy, którzy w ten sam sposób wytwarzali przekrwienie bierne przy złamaniach kości, oraz przy stawach wrzekomych celem uzyskania lepszego odżywienia i, co za tem idzie, znaczniejszego wytwarzania się kostniny. Tutaj należą mniej lub więcej obszerne prace Ambrożego Paré, Dummreichera, Nicoladoniego, Thomasa i Helfericha. Wyłączną zasługą autora pozostanie celowe i systematyczne stosowanie przekrwienia biernego w całym szeregu chorób zapalnych, w których to cierpieniach zastosowanie tego środka było według dotychczasowych pojęć wprost wzbronione. Pierwsze próby w tym kierunku ogłosił autor w roku 1892. Potem ogłosił cały szereg prac, w których podaje wyniki tego leczenia, oraz ostrzega o rozmaitych przypadach, wikłających przebieg leczenia.

We wspomnianej na początku pracy określa Bier jak najdokładniej sposób i technikę zastosowania przekrwienia w rozmaitych sprawach chorobowych, oraz określa, jak długo trwać ma każdym razem przekrwienie (w gruźlicy

[1]) Według demonstracyi w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem dnia 16 kwietnia oraz 6 listopada 1905.

[2]) Hyperämie als Heilmittel. Wydanie I, 1903. wydanie II, 1905.

[3]) Wywołane w ten sposób przekrwienie uważa jednak Bier obecnie raczej za bierne, jak to własnoręcznie dopisał w tem miejscu przeglądając niemiecki rękopism tej pracy. (*Przyp. autora*).

stawów i kości 1 do 2 godzin dziennie, zamiast, jako to pierwotnie podał, 10 do 20 godzin na dobę). Równocześnie poleca zastosowanie przekrwienia biernego w zapaleniu stawów, tak ostrem, jak przewlekłem, w pierwszym rzędzie przy zajęciu stawów na tle wiewióra. Dalej opisuje szczegółowo kilka przypadków, jak przypadek zapalenia ropnego ścięgien, zapalenia ropnego tkanki podskórnej, zapalenia szpiku kostnego kości udowej z równoczesnem zajęciem stawu kolanowego, w ten sposób wyleczonych. Pomyślne wyniki leczenia tych przypadków przekrwieniem biernem przypisuje Bier tylko tej okoliczności, że były to przypadki świeże, w których nasilenie choroby oraz utrudnienie krążenia nie były daleko posunięte; wspomina o trudności takiego założenia opaski, aby wywołać właściwe przekrwienie bierne, zwane przez Biera gorącem przekrwieniem i przestrzega przed nieostrożnem stosowaniem tego środka.

Po całym szeregu doświadczeń (101 przypadków) z początkiem roku 1905 [4]), oraz na zjeździe chirurgów w Berlinie rozszerza Bier już stanowczo zakres leczenia przekrwieniem biernem także na zapalenie ropne wielkich stawów, zapalenie ropne tkanki podskórnej, ścięgien, zapalenie szpiku kostnego ostre i przewlekłe, jakoteż i zapalenie ucha środkowego z następowem zajęciem wyrostka sutkowego. Równocześnie na zjeździe chirurgów przedstawia przyrządy ssące, zbudowane na wzór baniek, służące do aspiracyi ropy, nawet przez mały otwór. Są to naczynia szklane najrozmaitszych kształtów, w których zapomocą pompki rozrzedzamy powietrze. Przyrządy te umożliwiają wywołanie przekrwienia biernego na różnych miejscach tułowia. Specyalne przyrządy służą do wywołania przekrwienia biernego przy zapaleniu ropnem tkanki podskórnej na palcu, oraz przy zapaleniu gruczołu sutkowego. Ostatnie doświadczenia w leczeniu gruźlicy stawów przekrwieniem biernem podał Klapp w zastępstwie Biera na międzynarodowym zjeździe chirurgów w Brukseli we wrześniu 1905.

Leczenia przekrwieniem biernem próbowaliśmy w ostatnich czasach w trzech grupach przypadków, które różniąc się zasadniczo od siebie, różnej też wymagają techniki leczniczej i przez Biera dotychczas każda w inny sposób leczone były. Są to:

A) Gruźlica stawów i kości.

B) Sprawy zapalne i ich następstwa; z tych stosowaliśmy przekrwienie bierne: 1) w zapaleniu ostrem szpiku kostnego, 2) w doleczaniu po sekwestrotomii, 3) w ropieniu ostrem wyrostka sutkowego po ostrem zapaleniu ucha środkowego, 4) w przewlekłem zapaleniu wyrostka sutkowego, 5) w ropnem zapaleniu stawów, tkanki podskórnej i ścięgien.

C) Zgorzel starcza i przedwczesna.

W niektórych przypadkach, w których Bier zaleca stosować przekrwienie bierne przez czas długi (kilkanaście godzin na dobę), próbowaliśmy zakładać opaskę na czas krótszy; ta zmiana techniki, o której jeszcze niżej powiemy, jeżeli okaże się w większej liczbie przypadków korzystną, mogłaby znacznie ułatwić leczenie sposobem Biera.

[4]) Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie. Münchener medizinische Wochenschrift. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Tom XXXIV. Berlin 1905. II. Strona 107. — Hyperaemie als Heilmittel. Wyd. II. 1905.

A) Gruźlica stawów i kości.

Przekrwienie bierne stosowano na naszym oddziale już od lat dziesięciu. Co do wyników, to przez ostatnie osiem lat podczas mojej służby na oddziale nie były one bardzo zadowalniające. Obecnie po wykształceniu naszej techniki muszę przyznać, że dawniej popełnialiśmy wogóle następujące błędy. Opaskę zakładaliśmy za mocno, wskutek czego chorzy skarżyli się na tak dotkliwe bole, że można było stosować ucisk opaską tylko przez kilka do kilkunastu minut. Jeżeli i pomimo tego stwierdzaliśmy pewną poprawę, oczywiście niezależnie od wyników, osiągniętych przez stosowanie innych środków leczniczych zachowawczych, to była ona prawdopodobnie skutkiem przekrwienia czynnego odruchowego. Wiadomo bowiem, że po zdjęciu silnego uciskowego opatrunku, podobnie jak po zdjęciu silnie zaciągniętego węża Esmarcha, następuje na kończynie przekrwienie czynne odczynowe (reactive Hyperämie). Przypadki te, jako nienadające się tutaj, pomijam. W miarę wykształcenia naszej techniki, wyniki nasze stawały się coraz lepsze tak, że od kwietnia 1905 w czterdziestu dwóch przypadkach gruźlicy stosowaliśmy już wyłącznie przekrwienie bierne.

Według przepisu Biera zakładamy opaskę na jedną lub dwie godziny dziennie i to najczęściej dwurazowo. Stosunkowo bardzo mały ucisk wystarcza, aby wywołać mierny obrzęk kończyny, poddanej działaniu przekrwienia. Z początku występują bardzo wyraźnie żyły podskórne większe i mniejsze i zaczerwienienie tylko miejsca chorego. Po upływie kilku minut występuje nieznaczny obrzęk, cała kończyna aż do miejsca uciśniętego przybiera barwę sinawą z wyjątkiem niektórych miejsc, zabarwionych różowo, w okolicy miejsca chorego. Ta barwa sinawa ustępuje po dłuższym ucisku palcem, zmieniając się na żywo czerwoną. Kończyna jest ciepła, a różnica ciepłoty najwyraźniejsza jest w miejscu chorem. Opaska sama nie powinna sprawiać żadnej dolegliwości, ruchy pozostają swobodne. Zmiany te występują najwyraźniej w początkach leczenia; przy pomyślnym przebiegu leczenia objawy przekrwienia, wywołanego przez ucisk opaski, są coraz mniejsze. Stan ten trzeba ciągle nadzorować, gdyż nawet w ciągu jednej godziny mogą powstać objawy znaczniejszego ucisku, dla celów leczniczych szkodliwego. Powodem takiej zmiany bywa najczęściej powstały po kilku minutach następowy obrzęk, który powiększa działanie opaski.

Znaczniejszy ucisk poznajemy po następujących objawach: skóra staje się jednostajnie siną, przy mocniejszym jeszcze ucisku występują plamy żywo czerwone, czasem i żółte, a chory zaczyna skarżyć się na bole. Zmian tych można uniknąć tylko przez jaknajostrożniejsze stopniowanie siły ucisku tak, że w początkach nieraz dopiero po kilkukrotnych próbach, mniej lub więcej udałych, można się przekonać, jaki stopień przekrwienia jest potrzebny i użyteczny w danym przypadku. Najwięcej w tym względzie, szczególnej przy małej wprawie lekarza, może pomódz sam chory. Wydarza się to przedewszystkiem w chorobach, pociągających za sobą wyraźną bolesność i ograniczenie ruchów tak biernych, jak i czynnych. W przypadkach tych chory już nieraz w kilka lub kilkanaście minut po umiejętnem zastosowaniu przekrwienia biernego czuje znaczną ulgę w bolach, oraz znaczną poprawę przy ruchach biernych, a także i przy czynnych, o ile są możliwe. Dlatego

też najlepszem polem do nauczenia się stosowania przekrwienia są te zmiany chorobowe, w których nastaje znaczna bolesność, oraz utrata ruchów, jak n. p. początkowe zapalenia ropne tkanki podskórnej lub ścięgien.

W gruźlicy stawów i kości po przezwyciężeniu początkowych błędów mieliśmy wyniki stosunkowo bardzo dobre. Leczyliśmy wogóle przypadków 42 (obacz tablica):

	Uleczonych	Z poprawą	Bez skutku	Razem
Tbc. manus	2	—	—	2
Olenitis tbc.	5	3	—	8
Gonitis tbc.	4	1	5	10
Tbc pedis	7	6	3	16
Tendovaginitis tbc.	—	2	—	2
Osteomyelitis tbc.	4	—	—	4
Razem	22	12	8	42

Nie zapominaliśmy oczywiście o leczeniu ogólnem

Co do ustalania kończyny, to przy zmianach kończyny górnej pozwalaliśmy za przykładem Biera na wykonywanie miernych ruchów, przy zmianach kończyny dolnej sporządzaliśmy opatrunki ustalające do zdejmowania, które chorzy nosili podczas chodzenia

Najlepsze wyniki uzyskaliśmy w przypadkach rozlanego nacieku gruźliczego w otoczeniu zajętego stawu, nawet jeśli były przetoki, jak to objaśniają następujące spostrzeżenia:

1) Z., przyjęta na oddział 24/VIII. 1905. Rozpoznanie: *Osteomyelitis tbc. tibiae dextrae. Olenitis tbc. sinistr.* Przed trzema laty operowana z powodu zmian kości piszczelowej prawej. Chora od kilku lat. Obecnie skarży się na znaczne pogorszenie od kilku tygodni.

Stan obecny 24/VIII. W narządach wewnętrznych zmian wykryć nie można. Staw łokciowy lewy obrzękły, kształtu wrzecionowatego. Obwód stawu chorego większy o 8 cm., aniżeli po stronie zdrowej. Po stronie tylnej przetoka, wydzielająca ciecz ropiastą. Ruchy bierne i czynne upośledzone. Goleń prawa obrzękła, obrzęk sięga także i na staw skokowy. Na przedniej powierzchni goleni wyraźna blizna długości 24 cm.; po stronie zewnętrznej równolegle do tej druga mniejsza. Kość piszczelowa znacznie rozdęta, przy silniejszym ucisku bolesna. W okolicy blizny przetoka, wydzielająca ciecz ropiastą. Stosowano przekrwienie bierne dwa razy dziennie po godzinie. Stan chorej coraz lepszy. Obecnie (grudzień 1905) ruchy bierne i czynne w stawie łokciowym swobodne. Na goleni pozostało tylko nieznaczne zgrubienie kości.

2) Jan G., wyrobnik, przyjęty 14/VI. 1905, wyszedł 7/VII. 1905. *Tbc. pedis dextri.* Chory od kilku miesięcy, od 5 tygodni znaczne pogorszenie.

Stan obecny: Stopa w całości obrzmiała, na grzbiecie stopy mała przetoka o wywiniętych brzegach, wydzielająca ciecz ropiastą, skóra na stopie nacieklą, koloru brudno-czerwonego. Obrzmienie po 3 tygodniach znacznie zmalało, wydzielina znacznie mniejsza, przetoka się zabliźnia, ruchy swobodniejsze. 7/VII. Ruchy zupełnie swobodne.

Natomiast w dwóch następnych przypadkach, w których wytworzył się przewlekły ropień gruźliczy, kilkotygodniowe stosowanie przekrwienia biernego nie odniosło skutku, wobec czego musieliśmy przejść do leczenia zapomocą wstrzykiwań mieszanki jodoformowo-glicerynowej i ustalenia chorego stawu, poczem dopiero wynik był zadowalniający.

1) P. Julia, lat 30, przyjęta 19/VII 1905. *Gonitis tbc.* Chora od kilku miesięcy.

Stan obecny: Staw kolanowy prawy obrzękły równomiernie, chełbotanie wyraźne, rzepka balotuje. Stosowano przekrwienie bierne bez skutku przez 5 tygodni. 25/VIII. Przez nakłucie wypuszczono obfitą treść ropiastą. Wstrzykiwanie mieszanki jodoformowej co 10 do 14 dni. Ustalenie stawu, obecnie (grudzień 1905) stan dobry.

2) P., lat 18, przyjęta 25/VI. 1905. *Tbc. pedis.* Chora od kilku miesięcy.

Stan obecny: Staw skokowy, oraz grzbiet stopy równomiernie obrzękłe, upośledzenie ruchów biernych i czynnych. Stosowano przekrwienie bierne bez skutku do dnia 25/IX. Wypuszczono ze stawu treść ropną. Wstrzykiwania mieszanki jodoformowej co 10 dni, opatrunek ustalający. Obecnie (grudzień 1905) stan stosunkowo dobry.

Przeciwnie w przypadkach, w których przez kilka, a nieraz kilkanaście miesięcy stosowanem leczeniem zachowawczem (czy to w postaci wstrzykiwań mieszanki, czy opatrunków ustalających) uzyskano wprawdzie polepszenie, jednak bez zupełnego uleczenia, — doleczanie przekrwieniem biernem w krótkim czasie dawało wynik zadowalniający, nawet w przypadkach bardzo ciężkich. Byli to chorzy, którzy po dłuższem poprzedniem leczeniu opuścili byli dawniej szpital z poprawą, ale po pewnym czasie czyto z powodu zaniechania leczenia miejscowego, czyto wskutek nieostrożnych ruchów chorą kończyną dostawali nawrotu i ponownie do szpitala zgłosić się musieli.

Objaśnią to następujące spostrzeżenia:

1) C., lat 27, wyrobnik, przyjęty 1/IV. wyszedł 17/VI. 1905. *Gonitis tbc.* Chory od trzech lat. Kilkakrotnie leczony w szpitalu na oddziele chirurgicznym wstrzykiwaniem mieszanki jodoformowej, oraz ustaleniem. Obecnie zgłasza się po raz czwarty z nawrotem cierpienia.

Stan obecny: Staw kolanowy lewy obrzękły dość znacznie, kształtu wrzecionowatego. Obrzmienie ciastowate, skóra w tem miejscu prawie nie zmieniona, blada; rzepka nie balotuje. Kolano przykurczone pod kątem 150°, nie daje się wyprostować. 10/IV. Założono opaskę na godzinę dziennie. 20/IV. Stan znacznie lepszy, ruchy w stawie możliwe. 10/V. Obrzęk mniejszy, ruchy znacznie swobodniejsze. 17/VI. Chory wyleczony. Ruchy w stawie swobodne.

2) S. Józef, lat 16, przyjęty 20/V. 1905, wyszedł 29/VII. *Gonitis tbc.* Już przed 4 laty stosowano wstrzykiwania i ustalanie w szpitalu św. Ludwika. Od 26 kwietnia do 18 maja b. r. był leczony w szpitalu w Rzeszowie.

Stan obecny: Chory bardzo licho odżywiony i zbudowany. Kolano lewe wrzecionowato obrzękłe, o 15 cm. grubsze, aniżeli prawe. Z licznych przetok wydziela się ropa płynna, gęsta. Założono opaskę Biera na godzinę dziennie. Powoli kolano klęsło, ruchy wracały, chory czuł się coraz lepiej. 29/VII. Wyleczony. Ruchy bierne i czynne swobodne.

Dalej pozwolę sobie przytoczyć przypadki, w których po częściowych resekcyach, wykonanych w innych zakładach lub na naszym oddziele, gojenie się ran pooperacyjnych postępowało bardzo powoli. Z ran, pokrytych wybujałą, bladą ziarniną, wydzielała się przez długi czas gęsta brudna ropa. W tych przypadkach użyliśmy przekrwienia biernego celem doleczania. Tutaj stosowane przekrwienie także przez jedną godzinę dziennie zmieniało zupełnie przebieg doleczania. Bez zakładania żadnych setonów, po wyjęciu sączków jamy wypełniały się szybko, wydzielina zmniejszała się, równocześnie ustawały bole, powracała ruchomość i przy zastosowaniu stosownego ogólnego i miejscowego leczenia kończyna odzyskiwała ruchy bierne i czynne, a chorzy mogli powrócić do pracy.

Następujące spostrzeżenia przytaczam jako objaśnienie powyższych słów:

1) K. Janina, przyjęta 9/VI. 1905, wyszła 20/VII. *Tbc. pedis sinistri.* Chora przesłana z kliniki chirurgicznej w kilka tygodni po wykonaniu kilkakrotnych resekcyi atypowych. Chora podaje, że opatrunki z powodu znacznej bolesności zmieniano na klinice w uśpieniu.

10/VI. Stan obecny: Po zdjęciu opatrunku gipsowego, stopa lewa znacznie obrzękła, na powierzchni skóry dwie rany ziarnkujące, drążące w głąb kości, wypchane setonami z gazy jodoformowej. Rany po wyjęciu setonów krwawią. Ruchy bierne i czynne niemożliwe. Na oddziele leczono chorą sposobem Biera, zakładając opaskę powyżej kolana na godzinę dziennie. 20/VII. Chora opuszcza szpital na własne żądanie prawie wyleczona. Przetoki zagojone, blizny po resekcyi nie zupełnie jeszcze zagojone, ale wydzielina z ran bardzo skąpa. Odżywienie lepsze. Zalecono kąpiele i opaskę Biera.

2) D. Jakób, przyjęty 30/VII, przysłany z kliniki chirurgicznej po wykonaniu atypowych resekcyi. *Tbc. pedis dextri.*

Stan obecny: Cała stopa lewa obrzmiała i zniekształtniona aż po staw skokowy, z licznemi przetokami, z których wydobywa się ciecz ropiasta. Leczono opaską Biera (godzina dziennie). 7/VIII. Opuścił szpital ze znaczną poprawą. Dalsze leczenie ambulatoryjne. Obecny stan znacznie lepszy.

3) P. Józef, lat 19. *Tbc. multiplex, fistulae tbc. manus, caries tbc. metatarsi dext.* Od roku cierpienie nogi prawej, a od $1^1/_2$ roku cierpienie ręki lewej. Przyjęty na oddział 6/VI.

Stan obecny: Znaczne obrzmienie stopy prawej i zasinienie skóry przy zewnętrznym brzegu stopy. Ręka lewa obrzmiała, przetoka po stronie grzbietnej ręki na śródręczu, blizko nasady palca dużego. Przetoka ma brzegi wywinięte i wydziela ciecz ropiastą. Otoczenie przetoki sino zabarwione. 26/V. *Excochleatio.* Wyskrobano łyżeczką części spróchniałe na stopie i ręce i opatrzono. Operacyę wykonano w uśpieniu eterowem. Po kilku dniach poczęto stosować celem doleczania opaskę Biera na godzinę dziennie. 30/VII. Chory opuszcza szpital ze znaczną poprawą. (C. d. n.)

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Chlorek barowy jako środek sercowy.

(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

Docent Witold Orłowski.

(Dokończenie.)

Przechodzę wreszcie do doświadczeń, które miały na celu zbadać wpływ chlorku barowego na ciśnienie krwi u psów. Przytoczę 2 z tych doświadczeń.

Dośw. I. 19.XII 1905. Pies, ważący 7920 grm. Do prawej żyły udowej wstawiono rurkę. Lewą tętnicę udową połączono zapomocą szklanej rurki i rurki kauczukowej z manometrem rtęciowym i przyrządem zapisującym. Prawy nerw błędny odosobniono i wzięto na nitkę. Tracheotomia; rurkę tracheotomijną połączono z przyrządem do sztucznego oddychania. Psa unieruchomiono przez wstrzyknięcie do żyły udowej 3 ccm. 1 prc. kurary. Liczba skurczów serca (obliczona z krzywej ciśnienia) w ciągu 5″ 11, w ciągu 1′ 132; ciśnienie krwi 164—152.

Czas	Ciśnienie krwi w mm.	Liczba skurczów serca w ciągu 5 s.	Uwagi
Do wprowadzenia chlorku barowego			
15—10 s.	164—152	11	
10— 5 „	164—152	11	
5— 0 „	164—152	11	
Po wprowadzeniu			Do żyły udowej wprowadziłem 2 ccm. $1^0/_0$ $BaCl^2$, więc 0,02 grm.

Czas	Ciśnienie krwi w mm.	Liczba skurczów serca w ciągu 5 s.	Uwagi
0— 5 s.	164—152	11	
5—10 „	170—154	11	Zwiększenie fali tętniczej.
10—15 „	170—154	10	
15—20 „	170—150	9	
20—25 „	190—150	9	
25—30 „	202—180	9	
30—35 „	224—194	10	
35—40 „	252—190	8	
40—45 „	280—200	7	
45—50 „	284—204	7	
50—55 „	290—200	6	
55—60 „	292—210	6	
1 m. 0 s.— 1 m. 5 s.	290—204	6	
1 „ 5 „— 1 „ 10 „	292—202	5	
1 „ 10 „— 1 „ 15 „	280—200	6	
1 „ 15 „— 1 „ 20 „	280—190	6	
1 „ 20 „— 1 „ 25 „	252—180	6	
2 „ — „— 2 „ 5 „	250—180	6	
3 „ — „— 3 „ 5 „	240—170	6	Ciśnienie krwi w dalszym ciągu obniża się stopniowo mniej więcej o 10 mlm co 1; fale tętnicze stopniowo zbliżają się do pierwotnych. Wobec tego niżej podaję tylko niektóre momenty, kierując się przeważnie zmianą liczby tętna.
4 „ — „— 4 „ 5 „	240—170	6	
5 „ — „— 5 „ 5 „	234—162	6	
6 „ — „— 6 „ 5 „	230—160	6	
7 „ — „— 7 „ 5 „	220—150	7	
8 „ — „— 8 „ 5 „	212—142	7	
9 „ — „— 9 „ 5 „	210—140	7	
10 „ — „—10 „ 5 „	200—140	8	
11 „ — „—11 „ 5 „	200—140	9	
12 „ — „—12 „ 5 „	196—136	9	
13 „ — „—13 „ 5 „	190—140	10	
14 „ — „—14 „ 5 „	182—154	11	
14 „ 45 „—14 „ 50 „	170—160	12	
14 „ 50 „—14 „ 55 „	172—152	12	
14 „ 55 „—15 „ 0 „	170 196	13	
			Do żyły udowej wprowadziłem jeszcze 3 ccm., więc 0,03 grm. $BaCl^2$.
15 „ 0 „—15 „ 5 „	170—156	13	
15 „ 5 „—15 „ 10 „	170—156	13	
15 „ 10 „—15 „ 15 „	180—160	11	
15 „ 15 „—15 „ 20 „	184—162	11	
15 „ 20 „—15 „ 25 „	210—174	11	Znaczne zwiększenie fali tętniczej.
15 „ 25 „—15 „ 30 „	230—190	11	
15 „ 30 „—15 „ 35 „	234—192	9	
15 „ 35 „—15 „ 40 „	244—200	9	
15 „ 40 „—15 „ 45 „	244—194	9	
15 „ 45 „—15 „ 50 „	240—190	9	
15 „ 50 „—15 „ 55 „	230—210	8	
15 „ 55 „—16 „ 0 „	250—210	9	
16 „ 0 „—16 „ 5 „	260—230	13	Czynność serca niemiarowa.
16 „ 5 „—16 „ 10 „	260—230	13	„
16 „ 10 „—16 „ 15 „	254—230	13	„
16 „ 15 „—16 „ 20 „	260—224	12	„
16 „ 20 „—16 „ 25 „	260—222	13	„
16 „ 25 „—16 „ 30 „	240—220	14	„
16 „ 30 „—16 „ 35 „	244—220	14	„
16 „ 35 „—16 „ 40 „	242—230	13	Podrażnienie n. błędnego prądem elektrycznym zostaje bez skutku.
16 „ 40 „—16 „ 45 „	240—230	14	Czynność serca niemiarowa.
16 „ 45 „—16 „ 50 „	224—204	13	„
16 „ 50 „—16 „ 55 „	228—210	14	„
16 „ 55 „—17 „ 0 „	230—210	14	„
17 „ 0 „—17 „ 5 „	220—202	13	Podrażnienie n. błędnego prądem elektrycznym zostaje bez skutku.
17 „ 5 „—17 „ 10 „	220—194	13	Czynność serca niemiarowa.
17 „ 10 „—17 „ 15 „	230—202	13	

Wobec wystąpienia drgawek doświadczenie przerwałem.

Doświadczenie II. 22/XII 1905. Pies ważący 8100 grm. Metodyka takasama, jak poprzednio. Ilość skurczów serca (obliczona z krzywej ciśnienia) w ciągu 5 sek. 10, w ciągu 1 min. 120, ciśnienie krwi 162—154 mm.

Czas	Ciśnienie krwi w mm.	Liczba skurczów serca w ciągu 5 s.	Uwagi
Do wprowadzenia chlorku barowego			
10— 5 s.	162—154	10	
5— 0 „	162—154	10	
Po wprowadzeniu			Do żyły udowej wprowadziłem 3 ccm. 1% $BaCl^2$, więc 0,03 grm.
0— 5 s.	162—154	10	
5—10 „	162—154	10	
10—15 „	170—142	9	Zwiększenie fali tętniczej.
15—20 „	200—140	8	
20—25 „	230—170	8	
25—30 „	250—194	7	
30—35 „	272—200	6	
35—40 „	280—202	5	
40—45 „	306—200	5	
45—50 „	300—210	4	
50—55 „	294—210	4	
55—60 „	300—212	4	
1— 1 m. 5 s.	290—202	4	Niżej podaję tylko niektóre mometny dla tychże przyczyn, co i w I doświadczeniu.
2 — 2 „ 5 „	294—200	4	
3— 3 „ 5 „	260—180	4	
4— 4 „ 5 „	254—182	5	
5— 5 „ 5 „	240—182	6	
6— 6 „ 5 „	244—180	6	
7— 7 „ 5 „	230—186	6	
8— 8 „ 5 „	220—182	7	
9— 9 „ 5 „	222—170	7	
10—10 „ 5 „	220—174	7	
11—11 „ 5 „	216—172	8	
12—12 „ 5 „	204—160	8	
13—13 „ 5 „	200—162	8	
14—14 „ 5 „	190—158	9	
15—15 „ 5 „	202—160	9	
16—16 „ 5 „	190—156	10	
17—17 „ 5 „	174—154	10	Czynność serca niemiarowa.
18—18 „ 5 „	174—154	11	Podrażnienie n. błędnego zostaje bez skutku.
19—19 „ 5 „	172—144	12	

Wobec drgawek doświadczenie przerwałem.

Z przytoczonych doświadczeń widzimy, że wraz z wprowadzeniem do krwi chlorku barowego ciśnienie krwi u psów szybko, już po 10—30″ podnosi się i dochodzi po 55—60″ szczytu, który znacznie przewyższa pierwotne ciśnienie. Ten okres aż do powrotu ciśnienia krwi do stanu pierwotnego trwa przy dawkach 0,0025—0,004 na kilogr. 15—16′. Fala krwi, wyrzucona podczas skurczu serca, odrazu zwiększa się. Czynność serca ulega zwolnieniu i tak, w pierwszem z przytoczonych doświadczeń ilość skurczów serca wynosiła w ciągu 15″, poprzedzających wprowadzenie 0,02 grm chlorku barowego, 33, w pierwsze 15″ po wprowadzeniu tej dawki 32, w następne 15″ 27, potem idą ilości 25, 19. 17 i t. d. Zwolnienie pracy serca wskutek dawek 0.0025—0,004 grm na kilogram trwa minut 13 i stopniowo ustępuje miejsca pierwotnej częstości lub bardzo słabo wyrażonemu przyspieszeniu pracy serca. W tym ostatnim okresie amplituda skurczów serca, wzmożona w okresie zwolnionej pracy, również wraca do pierwotnej. Przy większych dawkach zwolniona czynność serca zaczyna ustępować miejsca pierwotnej lub nieco przyspieszonej jeszcze w okresie wysokiego ciśnienia lub przy ciśnieniu, tylko nieznacznie podniesionem. Przyspieszenie czynności serca jest jednak nieznaczne, ilość skurczów serca podnosi się o 25—30 uderzeń na 1′, w przeciwieństwie do digitaliny, która po okresie zwolnionej czynności serca wywołuje tak znaczne przyśpieszenie, że tętno nieraz staje się przeszło 2 razy częstsze. Od działania naparstnicy okres ten różni się i tem, że przy zatruciu chlorkiem barowym czynność serca w tym okresie jest nieprawidłowa, niemiarowa. Podrażnienie nerwu błędnego w tym okresie nie wywiera żadnego wpływu na charakter pracy sercowej.

Zestawiając teraz wszystkie moje doświadczenia, dochodzę do wniosku, że mechanizm działania chlorku barowego na krążenie krwi jest następujący: Punkt ciężkości działania baru leży we wpływie jego na naczynia, mianowicie chlorek barowy zwęża wszystkie naczynia ustroju, nie wyłączając prawdopodobnie tętnic wieńcowych serca. Tem on różni się od digitaliny, pod wpływem której niektóre naczynia zwężają się, niektóre zaś (wyrównawczo?) rozszerzają. W następstwie silnego zwężenia naczyń ciśnienie krwi szybko podnosi się do wysokich liczb. Wzmożone ciśnienie krwi wywołuje nasilenie pracy serca, a pośrednio przez podniecenie ośrodków nerwów błędnych w rdzeniu przedłużonym zwolnienie czynności serca. Działanie to jednak trwa krótko, wkrótce bowiem powraca pierwotna praca serca i pierwotne ciśnienie krwi lub następuje słabe przyśpieszenie czynności serca, przebiegające z nieprawidłową jego pracą. Podrażnienie nerwu błędnego w tym okresie nie wywiera żadnego skutku. W jaki sposób tłómaczyć sobie ten okres, czy przez porażenie nerwów błędnych, czy przez podniecenie nerwów przyspieszających czynność serca, jaką rolę odgrywa tu zaburzenie w odżywianiu serca wskutek zwężenia jego naczyń i szkodliwe działanie chlorku barowego na mięsień sercowy, wreszcie różnorodne kojarzenie się wszystkich tych czynników, tego zagadnienia nie rozwiązywałem, ponieważ ten okres działania chlorku barowego, jako wysoce toksyczny, dla mnie, jako klinicysty, nie miał już znaczenia. Na podstawie moich doświadczeń mogę jednak poniekąd odrzucić porażające działanie chlorku barowego na n. błędny, ponieważ wprowadzenie do ustroju w okresie przyspieszenia czynności serca nowej dawki chlorku barowego nie wywołuje ponownego zwolnienia tętna. Na sam mięsień sercowy chlorek barowy wywiera, wbrew zdaniu Bary, Schedela i innych, działanie nie podniecające, lecz wprost porażające.

Jeśli porównać teraz działanie chlorku barowego na krążenie z działaniem naparstnicy, to łatwo przekonać się, że pierwszy okres zwolnionej i wzmożonej pracy serca i podniesionego ciśnienia krwi wielce przypomina działanie naparstnicy lub digitaliny. Lecz przy działaniu tych środków okres ten ma zupełnie inne pochodzenie. Działanie naparstnicy ześrodkowuje się przedewszystkiem i przeważnie bezpośrednio na mięśniu sercowym: praca mięśnia zwiększa się znacznie; równocześnie przeważnie wskutek wzrostu ciśnienia krwi ośrodki nerwów błędnych w rdzeniu przedłużonym przechodzą w stan podrażnienia, co wywołuje zwolnienie czynności serca; obwodowe pierwiastki hamujące nerwów błędnych ulegają również podrażnieniu, czego dowodzą doświadczenia na odosobnionem sercu. Wskutek zwiększenia siły skurczowej serca i większego, niż zwykle, rozkurczowego zwiotczenia serca, poczęści zaś wskutek zwężenia naczyń ciśnienie krwi podnosi się. Okres ten trwa długo. Po nim następuje okres wysokiego ciśnienia krwi i silnego przyspieszenia czynności serca w zależności od porażenia hamujących pierwiastków

nerwów błędnych w sercu; siła skurczów odosobnionego serca w tym okresie nie zmienia się lub nawet jeszcze zwiększa się w porównaniu do okresu zwolnionej czynności serca (Boczarow). Dopiero w następnym okresie zjawia się niemiarowa praca serca, do której dołącza się obniżenie ciśnienia krwi, osłabienie tętna i ustanie czynności serca Tego przejściowego okresu nader przyspieszonej czynności serca z zachowaniem jej prawidłowości i z jednoczesnem wysokiem ciśnieniem krwi chlorek barowy nie wywołuje. Dodatnie działanie digitaliny trwa długo i występuje stopniowo, natomiast chlorek barowy działa szybko i przemijająco. Jedną z przyczyn tej różnicy stanowi różny wpływ chlorku barowego i digitaliny na naczynia krwionośne: przy działaniu digitaliny następuje zwężenie naczyń, przeważnie narządów brzusznych i jednocześnie (wyrównawczo ?) rozszerzenie naczyń obwodowych (skóry, mięśni i t. d.); chlorek barowy przeciwnie zwęża wszystkie naczynia ustroju i wskutek tego szybko podnosi ciśnienie krwi. Jednem słowem, digitalina zwiększając pracę serca przez zwężenie niektórych naczyń, zwiększa jednocześnie bezpośrednio energię skurczów mięśnia sercowego. z drugiej zaś strony, rozszerzając (wyrównawczo ?) naczynia obwodowe, zmniejsza przeszkody dla jego pracy. Chlorek barowy przeciwnie, zwężając wszystkie naczynia, nawet prawdopodobnie tętnice wieńcowe serca, nie tylko nakłada na serce ogromną pracę, lecz jednocześnie obniża odżywianie mięśnia sercowego i działa nań porażająco. Oczywistą jest rzeczą, że takiego środka nie można zaliczać do środków sercowych we właściwem znaczeniu tego słowa, ani stawiać na równi z naparstnicą.

Zestawiając teraz wyniki moich doświadczeń z danemi, zebranemi u łoża chorych, dochodzę do wniosku, że one nie tylko nie przeczą sobie, lecz dopełniają się wzajemnie. Istotnie bowiem, już spostrzeżenia kliniczne pouczyły mnie, że punkt ciężkości działania chlorku barowego leży nie w działaniu jego na serce, lecz w jego wpływie na naczynia krwionośne. Ten wniosek potwierdziły zupełnie również i przytoczone doświadczenia. Doświadczenia jednak wykryły, że chlorek barowy nie tylko nie podnieca bezpośrednio mięśnia sercowego, lecz przeciwnie działa na niego porażająco. Wobec tego łatwo teraz zrozumieć ujemne wyniki stosowania chlorku barowego we wszystkich przypadkach ze znacznem osłabieniem mięśnia sercowego, zwłaszcza w przypadkach jego zapalenia. Spostrzegane u niektórych chorych częstsze napady dusznicy sercowej w czasie zażywania chlorku barowego zależą też prawdopodobnie od porażającego działania chlorku barowego na mięsień sercowy i od zwężającego wpływu na tętnice wieńcowe serca.

Po tem wszystkiem, co powiedziałem, sprawa wskazań dla chlorku barowego, jako środka sercowego, rozstrzyga się sama przez się przecząco. Jeśli u niektórych z moich chorych, u których mięsień sercowy nie uległ jeszcze wybitniejszym zmianom, chlorek barowy wywoływał poprawę, to nie była ona skutkiem bezpośredniego wzmacniającego działania leku na serce, lecz wynikiem działania ubocznego przez zwężenie naczyń. Nic więc dziwnego, że poprawa trwała krótko i wkrótce ustępowała miejsca pogorszeniu. Chlorek barowy przeto, nie będąc lekiem sercowym we właściwem znaczeniu tego słowa, posiada jednocześnie takie własności, które zmuszają stanowczo orzec, że **leku tego nie powinno się używać u chorych sercowych.**

Kończąc swą pracę, muszę jeszcze zaznaczyć, że w ostatnim czasie Brat poleca podwójną sól teobrominbaru i salicylanu sodu, t. zw. barutynę. Środek ten zawiera 9,5% baru, 25,5% teobrominy, 50% salicylanu sodu i prawie 10% soli kuchennej i wody. Barutyna jest prawie 9 razy mniej trującą od chlorku barowego. Zawarta w niej teobromina ma, zdaniem Brata, na celu zmniejszyć szkodliwe działanie baru na naczynia nerkowe i tętnice wieńcowe serca. O ile można sądzić z doświadczeń Bibergeila (54) na królikach, moczopędne działanie barutyny o wiele przewyższa działanie chlorku barowego. Oprócz tych dwóch prac, żadnych innych o barutynie nie ogłoszono. Ponieważ osobiście nad tym środkiem nie pracowałem, więc nie mogę przesądzać jego wartości leczniczej.

Piśmiennictwo. I. Beaudelocque, Etudes sur les causes et le traitement de la maladie scrophuleuse. Paris 1834. Przytaczam podług Schmidt's Jahrbücher. 1835, t. 7, str. 112. — 2. Kölreutter. Bericht über die Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte zu Stuttgart am 24/IX 1834. Przytaczam podług Schmidt's Jahrbücher 1835, t. V. str. 144. — 3. Walsh. Beobachtungen über den Gebrauch des Murias barytae gegen scrophulose Affectionen. Dublin. Press. 1846. Nr. 372. Przytaczam podług Schmidt's Jahrbücher 1846, str. 294—296. t. LII. 4. Przytaczam podług Podwysockiego. Lekcyi farmakologii. Kijew. 1885, str. 458. — 5 Listfranc. Gazette med. de Paris 1836, Nr. 14. — 6. Lagarde. Union méd. 1872, Nr. 119 str 537. — 7. Brodie. Philosoph. Transact. 1812, t CII, str. 205. Przytaczam podług Böhma, Bary. i Schedela. — 8 Campell. De venenis mineralibus. Edinbourg. Rozprawa, 1813. Przytaczam podług Bary, str. 8. — Orfila. Eléments de Toxicologie. Paris 1818. Przytaczam podług Bary, str. 8. — 10. Gmelin. Allgemeine Geschichte der thierischen und mineralischen Gifte 1806. str. 297 i Versuche über die Wirkungen des Baryts, Strontians, Molybdäns etc auf den thierischen Organismus. Tübingen 1824. Przytaczam podług Böhma. — 11. Blake. Edinb. med. Journ. 1841, str. 114. Przytaczam podług Böhma, Bary i Schedela. — 12. Onsum. Ueber die toxischen Wirkungen der Baryt- und Oxalsäureverbindungen. Virchows Archiv. 1863, Bd. XXXVIII, str. 233—237. — 13. Cyon. Ueber die toxischen Wirkungen der Baryt- und Oxalsäureverbingen Archiv für Anatomie, Physiologie und wissenschaftliche Medicin 1866. str. 196—203. — 14. Mialhe. Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique. 1856, str. 282. — 15. Ogier et Socquet. Empoisonnement par le chlorure de Baryum. Annales d'hygiéne publique 1891, t. XXV. str. 447. — 16. Stern. Vergiftung mit Chlorbaryum. Zeitschrift für Medicinalbeamte 1896, Heft 13. — 17. Neumann Ueber den Verbleib der in den thierischen Organismus eingeführten Baryumsalze. Pflüger's Archiv. 1885, Bd. XXXVI. str. 576. — 18. Mickwitz. Vergleichende Untersuchungen über die physiologische Wirkung der Salze der Alcalien und alcalischen Erden. Inaug. Dissertation Dorpat 1874, str. 50—76. — 19. Böhm. Ueber die Wirkungen der Barytsalze auf den Thierkörper nebst Bemerkungen über die Wirkung des Wasserschierlings (Cicuta virosa) auf Frösche. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie 1875. Bd III, str. 216—251. — 21. Bary. Beiträge zur Baryumwirkung. Inaug.-Dissertation Dorpat 1888. — 20. Ringer und Sainsbury. Investigations into the physiological action of barium chloride. Brit. med. Journal 11/VIII 1883, str 265 Przytaczam podług Virchow-Hirsch Jahresbericht 1883, Bd. XVIII. — 22. Schedel. Beiträge zur Kenntniss der Wirkung des Chlorbaryums besonders als Herzmittel. Stuttgart. 1903 — 23. Brat. Zur Wirkung des Chlorbaryums und Barutins. Berliner klinische Wochenschrift 1905, Nr. 38, str. 1220—1225. — 24. Kakowskij. O wlijanii razlicznych wjeszcz stw na wyrezanoje sjerdce chołodnokrownych i tjepłokrownych żywotnych Dorpat. Rozprawa na stopień doktora medycyny 1904 r. — 25. Kobert. Archiv für experimentelle Pathologie 1887 Bd. XXII, str. 77. — 26 Thompson. Ueber die Beeinflussung der peripheren Gefässe durch pharmakologische Agentien. Inaug.-Dissertation. Dorpat 1886. — 27. Treu. Ueber die Beeinflussung der peripheren Gefässe durch Hautreizmittel und den electrischen Strom. Inaug.-Dissertation. Dorpat 1887. — 28. Paldrock. Ueber die Beeinflussung der Gefässe überlebender Organe warmblütiger Thiere durch pharmakologische Agentien. Arbeiten des pharmakol. Institut zu Dorpat 1896, Bd XIII. — 29. Pick. Ueber Beeinflussung der ausströmenden Blutmenge

durch die Gefässweite ändernde Mittel. Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie 1899. — 30. Zakusow. Kwoprosu o diejstwii jadow na sosudy izolirowanych poczek. Petersburg. Rozprawa na stopień doktora medycyny 1904. — 31. Brodie and Dixon. Contribution to the Physiology of the lungs. Part. II. Journal of Physiology. 1904, t. XXX, str. 476—502. Przytaczam podług Centralblatt für Physiologie 1905. Bd. XVIII, Nr. 11, str. 327. — 32 Flint. On the probable value of chloride of baryum in internal aneurism. Practitioner 1879, luty. Przytaczam podług Virchow-Hirsch Jahresber. 1879, Bd. I, str. 409 — 33. Hare. The use of Barium Chloride in heart discase. Med. News 16/II 1899 Przyt. podł. Virchow-Hirch. Jahres. 1890. s. 170. — 34. Jaksch. Nothnagels. Pathologie und Therapie Bd. I. Die Vergiftungen. Wien 1897, str. 78 i następne. — 35. v. Tabora. Ueber die therapeutische Verwendung des Chlorbaryums. Deutsche medicinische Wochenschrift 1903, Nr. 39. — 36. Mięsowicz. Chlorek barowy jako środek nasercowy. Przegląd lekarski. 1905, Nr. 12—13. — 47. Mac Callum. The influence of calium and barium on the chlor of urine. Universitety of California publications Physiology. 1904, I. Nr. 10, str. 81. Przytaczam podług Centralblatt für Physiologie. Bd. XVIII, Nr. 8, str. 263. — 38. Stolnikow. Archiv für Anatomie und Physiologie 1886. — 39. Pawłow. Ibidem 1887. — 40. Newell-Martin. Studies from the Biological Laborators of the Johns Hopkins University. 1881 i 1882, t. II. Przytaczam podług Hedbom. Scandinav. Archiv 1898, Bd. VIII. — 41. Martin. Philosophical Transactions. 1883. t. CLXXIV. — 42. Martin and Applegarth. Studies from the Biological etc. 1890, t. IV Podług Hedboma. 43. Czystowicz. Eine neue Methode zur Erforschung der Wirkung verschiedener Agentien auf das isolierte Herz der warmblütigen Thiere. Centralblatt f. Physiologie 1887, Bd. I, str. 133. — 44. Bohr und Henriquez. Scandinav. Archiv für Physiologie 1895, Bd. V. — 45. Hering. Methode zur Isolierung des Herz-Lungen-Coronarkreislaaufes bei unblutiger Ausschaltung des ganzen Centralnervensystems. Arch. f. d. gesam. Physiol. 1898, Bd. LXXII, str. 163. — 46. Bock. Untersuchungen über die Wirkung verschiedener Gifte auf das isolierte Säugethierherz Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie 1898, Bd. XLI. — 47. Langendorff. Untersuchungen am überlebenden Säugethierherzen. Archiv für die gesammte Physiologie 1895, Bd. LXI. — 48. Hebdom. Scandin. Archiv. für Physiologie 1898, Bd. VIII. — 49. Gottlieb und Magnus. Archiv für experiment Pathol. und Pharmakologie 1903, Bd. LI. — 50. Porter. American. Journal of physiology. 1898. t. I. — 51. Rusch. Pflüger's Archiv 1898, Bd. LXXIII. 52 Locke. Centralblatt für Physiologie 1901, Bd. XIV. — 53. Boczarow. O diejstwii razlicznych jadow na izolirowannoje serdce tepłokrownych żywotnych. Russkij Wracz. 1904, Nr. 36—39. — 54 Bibergeil. Experimentelle Untersuchungen über das Barutin, ein neues Diureticum. Deutsche medicinische Wochenschrift 1905, Nr. 15, str. 584—586.

Sprostowania do artykułu doc. dr. W. Orłowskiego.

Nr. 7, str. 107, szp. 2, w. 18 z góry: Payau, czytaj *Payan;* Fonssagrives cz. *Foussagrives;* w. 28 z góry: Guecci, cz *Gnecci.*

Nr. 9, str. 155, szp. 2, w. 25 z dołu: warg, niewielka, cz. *warg; niewielki.* **Str. 156, szp. I,** w. 23 z góry 74000, cz. *74300*; w. 29 z góry: 24 *—27;* **szp. 2,** w 32 z dołu: 5130 — *51300;* w. 24 z dołu 1,011 — *1,015.* **Str. 157, szp. I,** w. 14 z góry: 6000 — *60000;* w. 17 z dołu: 76 — *86;* **szp. 2,** w. 45 z dołu: 0,5 — *0,05;* w. 21 z dołu: 0,84 — *0,084;* w. 17 z dołu: 0,8 — *0,08;* w. 12 z dołu: 15/XI. — *19/XI.;* w. 7 z dołu: 0,3 — *0,03.* **Str. 158, szp. I,** w. 14 z góry: 85 — *84;* w. 2 i 16 z góry: 0,3 — *0,03;* w. 21 z góry: 54 — *94;* w. 30 z góry: 63 — *66;* w. 38 z dołu: ciężar. właść. 1,006 — *cięż. właść. 1,005. 12/XII. Waga 76200. Tętno 102, skurczów serca 129, ciśn. krwi 145; oddechów 29; moczu 1600, cięż. właść. 1,006.;* w. 13 z dołu: 180 — *1800.* **Str. 159 szp. I,** w. 49 z dołu. 28 — *25;* w. 37 z dołu: Waga 70600 Tętno 86, skurczów serca 87 — *Waga 71.600. Tętno 86, skurczów serca 89, ciśn. krwi 180; oddechów 27; moczu 2300, cięż. właść. 1,008, ślady białka. 22/XII. Waga 70100. Tętno 86, skurczów serca 87;* w. 6 z dołu: 50 — *20;* **szp. 2,** w. 44 z dołu po słowie „zbita“ czytaj *Śledziona wyczuwalna na palec poniżej żeber, zbita;* w. 42 z dołu po „9/IV“ czytaj: *Waga 51000. Tętno 88, ciśn. krwi 125; oddechów 26; moczu 400, cięż. właśc. 1,020. 10/IV.;* w. 35 z dołu: 82 — *88;* w. 30 z dołu: 29500 — *49500*; w. 18 z dołu po „20/IV Waga“, czytaj *49700. Tętno 84; ciśn. krwi 125; oddechów 24; moczu 950, cięż. wł. 1,018. 21/IV Waga;* w. 9 z dołu: 47000 — *47600.* **Str. 160, szp. I,** w. 40 z dołu po: „18/IV Waga 54000“, czytaj: *Tętno 86, ciśn. krwi 160, oddech 20; moczu 970. cięż. właść. 1,020. 19/IV. Waga 54000;* **szp. 2,** w. 6 z góry: czwartem — *szóstem;* w. 19 z góry po „ciśn. krwi 140“ czytaj: *oddechów 28; moczu 1100, cięż. wł. 1,014. 11/IX. Waga 69300. Tętno 68, niemiarowe, ciśn. krwi 140, oddechów 23;* w. 49 z góry po: „21/IX. Waga 69600“ czytaj: *Tętno 72, niemiarowe; ciśn. krwi 120; oddechów 24; moczu 1800, cięż. wł. 1,014. 22/IX Waga 69600;* w. 56 z góry: 34/IX — *24/IX.*

Viskogen i Formasol.

Podał

Doc. Dr. Ignacy Lemberger.

W Nr. 47 »Przeglądu lekarskiego« z roku 1905 podałem wiadomość o środkach przeciwgnilnych, posiadających wysoką siłę odkażającą, wyrabianych w fabryce przetworów chemicznych »Beskid« w Białej, a mianowicie o środkach: kreseptol, septosol i litantrol zwanych. Dziś zapoznać chcę kolegów lekarzy z dwoma nowymi środkami, wyrabianymi w tejże samej fabryce, a są nimi viskogen i formasol.

Przetwory te poddałem rozbiorowi chemicznemu, nadto viskogen badaniu co do zachowania się wobec pewnych leków, a formasol badaniu co do siły odkażającej Wyniki tych badań były następujące:

Viskogen jest cieczą oleistą, barwy żółtej, przeźroczystą, która tworzy z wodą trwałą zawiesinę barwy mleczno-białej. W eterze, chloroformie, w eterze naftowym viskogen rozpuszcza się.

W stu częściach viskogenu znaleziono:

Wody	13·62 prc.
Waseliny płynnej	57·58 prc.
Mydła olejoamoniakalnego	28·79 prc.

Viskogen rozpuszcza różne związki chemiczne, znajdujące zastosowanie jako leki, n. p. jod, naftol, mentol, kamforę, fenol, związki salicylowe i t. p. Z wodnymi rozczynami soli miesza się, tworząc trwałą zawiesinę. Skóry nie drażni i łatwo zostaje przez skórę wchłonięty. Trzymany przez czas dłuższy, nie ulega rozkładowi i nie jełczeje. Viskogen nadaje się jako doskonała zaróbka (*vehiculum*) leków, które ma się stosować na skórę, do wcierań; leki te możemy przy pomocy viskogenu stosować w postaci rozczynu we viskogenie bez uciekania się do środków pomocniczych o charakterze rozczynników, jako to wyskoku, eteru i t. d., lub też w postaci trwałej zawiesiny, a więc w każdym razie w postaci, ulegającej łatwo wessaniu przez skórę. Pod względem tych swoich własności i zastosowania jako zaróbka leków zastępuje viskogen całkowicie zagraniczne przetwory waselinowe, znane w handlu jako vasogen, vasol i może być z korzyścią zamiast nich użyty.

Formasol. Przetwór ten jest cieczą barwy żółtawej, woni przyjemnej; miesza się łatwo z wodą w każdym stosunku, ogrzany wywiązuje silną woń formaldehydu.

W stu częściach formasolu znaleziono:

Wody	80·974 prc.
Mydła potasowego	17·114 prc.
Formaldehydu gazowego	1·912 prc.

Środek ten jest zatem przetworem formalinowym w połączeniu z mydłem, do którego dodano dla zapachu olejku bergamotowego. Znajdzie on zastosowanie jako środek przeciwgnilny w rozczynie 3—5 prc., jako odkażający w rozczynie 5—8 prc., a jako środek odwaniający w rozczynie 10 prc.; z powodu swej przyjemnej woni, zakrywającej nieprzyjemną woń formaliny, nadaje się do mycia i odkażania rąk. Ze względu na skład chemiczny i działanie odkażające zastąpi on w użyciu inne podobne, sporządzane za granicą środki, jako to: lysoform, sapoform i płynne mydło formalinowe i inne, którym dorównuje w działaniu odkażającem i odwaniającem.

Z przedstawionych badań wynika, że oba te środki, viskogen jako zaróbka leków, formasol jako środek przeciwgnilny, odkażający i odwaniający, zasługują na polecenie i wprowadzenie ich w użycie tam, gdzie to będzie wskazane, tem bardziej, że mogą one zastąpić z dobrym skutkiem podobne środki zagraniczne, na co już wyżej zwróciłem uwagę. Viskogen i formasol, zarówno jak kreseptol, septosol i litantrol, zostały polecone przez Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Z oddziału chorób wewnętrznych prof. dr. Stanisława Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

„Sajodin“, nowy przetwór jodowy.

Podał

Dr. Kazimierz Habicht.

Ciągłe starania, mające umożliwić zażywanie jodu, tego w leczeniu rozmaitych cierpień tak niezbędnego środka, a którego stosowanie niestety tak często ze strony cierpiących napotyka na przeszkody, nieraz nieprzezwyciężone, doprowadziły do celu przez wytworzenie nowego połączenia jodu, które obecnie pod nazwą »Sajodin« puszczono w obieg celem wypróbowania.

»Sajodin« jest solą kwasu jodobehenowego, wytworzoną przez Fischera i Mehringa. Jest to biały proszek, zupełnie bez smaku i woni; w handlu znajduje się w postaci proszku lub kołaczyków półgramowych. Nie rozpuszcza się ani we wodzie, ani w wyskoku, przyczem dodanie tak zasad, jak i słabych kwasów, jak również i ogrzewanie na rozpuszczalność jego nie wpływa; zawiera zaś 25 prc. czystego jodu.

Chorzy, których w liczbie ośmiu poddano w naszym oddziale leczeniu sajodinem, chętnie go biorą, gdyż środek ten, nie mając żadnego smaku, nie wywołuje wstrętu, jak to się często zdarza przy używaniu soli jodowych, jak jodku potasu lub sodu, lub też tłuszczów jodowych, jak jodypiny.

Po zażyciu już jednego grama sajodinu można wykazać jod w moczu po upływie mniej więcej czterech godzin, w ślinie zaś nieco później; przy próbach z kwasem azotowym dymiącym i chloroformem powstaje przytem dość wybitne zabarwienie czerwone, jako dowód znacznej ilości jodu, zawartego w badanym płynie. Po przestaniu podawania leku ustaje wydzielanie się jodu w przeciągu 24 godzin.

Nawet przez dłuższy czas zażywany po 3 gramy dziennie nie sprowadza sajodin niesmaku w ustach, ślinienia, nieżytu nosa, krtani, drapania w gardle, ani też żadnych objawów żołądkowych i innych znanych objawów przewlekłego zatrucia jodem (jodzicy). Wskazania i wyniki lecznicze odpowiadają zupełnie innym przetworom jodowym.

Opierając się na tych doświadczeniach, można lek ten uważać za mający w lecznictwie bardzo wielką przyszłość przy zastosowaniu zamiast dotąd używanych soli jodowych w leczeniu wszelkich cierpień, wymagających używania jodu.

Oceny i sprawozdania.

„Polyglobulia cum splenomegalia et cyanosi“.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

Dr. E. Stahr.

Trzy powyższe rzeczowniki cechują znaną dopiero od lat kilkunastu jednostkę chorobową. Cechami jej są właśnie obrzęk śledziony, »sinica« i wzmożenie się ilości krwinek czerwonych czyli t. zw. polyglobulia. Ściśle rzecz biorąc, powinno się odróżniać »polyglobulię« od »hyperglobulii«, a zwracam na to uwagę dlatego, że się pojęcia te właśnie często ze sobą zamienia. Nazwą »polyglobulia« powinno się określać tylko te stany chorobowe, w których wzmaga się bezwzględna ilość krwinek czerwonych bez względu na wielkość samychże poszczególnych krwinek, natomiast »hyperglobulią« powinno się nazywać te stany, w których obok wzrostu liczby ogólnej stwierdza się i wzrost objętości krwinek czerwonych. Otóż ponieważ w omawianem cierpieniu powstaje tylko ilościowy przybytek krwinek czerwonych bez zmiany ich objętości, powinno się tę chorobę zawsze nazywać »polyglobulia«, a nigdy »hyperglobulia«. Różni autorowie opisują zresztą chorobę tę pod przeróżnemi nazwami, jak n. p.: *hyperglobulia cum tumore lienis, erythrocytosis cum splenomegalia, polycythaemia cum tumore lienis et cyanosi, polyglobulia, hyperglobulia, cyanose avec splenomegalie et polyglobulie, chronic cyanosis with polycythaemia and enlarged spleen* i t. d.

Zwiększoną liczbę krwinek czerwonych spotykamy nie tylko w opisywanem cierpieniu, ale i w wielu innych. Najdawniej znany był ten objaw w cholerze azyatyckiej, w której, chociaż nie stale, następują podniesienia do 6 i 7 milionów w 1 mm³; niemal stałym jest ten objaw w toku wad serca w okresach niedomogi mięśnia sercowego (obrzęków i sinicy [1]); stwierdzano ten objaw i w zatruciu gazem świetlnym, tlenkiem węgla [2]), fosforem [3]), w ostrym żółtym zaniku wątroby, cierpieniu, pokrewnem zatruciu fosforowemu, i dość często u ludzi chorych na cukrzycę [4]). Przed kilku laty opisywał ten objaw Luxemburg [5]) w bardzo wielu przypadkach nerwic czynnościowych — histeryi i neurastenii, — widywano go także w zadumie i padaczce. Ilość krwinek czerwonych wzrasta też nieraz i gwałtownie u ludzi zdrowych wśród pobytu w wysokich górach [6]). Przy wrodzonych wadach sercowych stwierdził wzrost liczby krwinek czerwonych pierwszy Krehl [7]), a po nim Vaquez [8]). W pracach swoich podnosi Vaquez, że wśród sinicy, towarzyszącej wadom serca wrodzonym, liczba krwinek czerwonych nie wzrasta, jak długo chory ma się dobrze; kiedy zaś liczba krwinek czerwonych poczyna wzrastać (szczególnie jeśli sięga od 8 do 9 milionów), można wnosić, że zbliża się złe rozwiązanie sprawy *(dénouement fatal)*. Dalej zaznacza Vaquez, że w sinicy przewlekłej przy wrodzonych wadach serca powstaje obok polyglobulii i hyperglobulia, t. zn. obok wzrostu liczby wzrasta objętość krwinek czerwonych (do 8·5 μ); natomiast wśród *cyanosis avec splénomegalie* jest tylko polyglobulia, a objętość krwinek czerwonych jest prawidłowa.

Nie tu miejsce na tłómaczenie mechanizmu tego zjawiska; ciekawych odsyłam do Ehrlicha »Anaemie« (str. 7 i nast.) w podręczniku Nothnagla lub do Biernackiego »Zarysu patologii krwi« (str. 47 i nast.); — faktem jest, że liczba krwinek czerwonych wzrasta w toku najrozmaitszych chorób, a objaw ten towarzyszy także, jako najznamienniejsza cecha, cierpieniu, w niniejszej pracy omawianemu.

Pierwsze przypadki tej choroby, przedstawiającej wspomniany na początku zbiór objawów, opisali Francuzi, a mianowicie: Rendu i Widal [9]), Vaquez [10]), Moutard-Martin i Lefas [11]). Później zjawiły się prace Cominottiego [12]), potem Cabota [13]), który ogłosił 2 przypadki w czasie od roku 1899—1900, dalej Mc Keena [14]), Türka [15]) (pierwszy przypadek), Saundbya i Russla [16]), wreszcie Oslera [17]), Collin-

[1]) Naunyn. Corresp. Blatt f. Schweizer Aerzte 1872. p. 300. — Toenissen. Inaug. Dissert Erlangen. 1881. — Bamberger. Wien. kl. Woch 1888. Nr. 1. — Lichtheim. VII Kongres med. wewn. 1889.—Reinert. Münch. med. Wochs. 1895. Nr. 15.

[2]) G. Reinhold. Uber schwere Anaemie und Hyperglobulie als Folgezustand chronischer Kohlenoxydvergiftung. München. med. Wochs. 1905. Nr. 17. (znalazł raz 11·2 miliona krwinek czerwonych).

[3]) Badt. Inaug. Dissert. Berlin 1891.—Taussig. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak. T. XXX. Z. 3 i 4.

[4]) Biernacki Zarys patologii krwi. 1905. str. 40.

[5]) Luxemburg. Przyczynki do hematologii nerwic czynnościowych. Pam. Tow. lek. warsz. Z. II. 1898 i Ctrbl. f. innere Med. 1899.

[6]) Paul Bert. Acad. des sciences. 1882. Viault. Comptes rendus de Acad. des scienc. 1890. p. 917. — Egger. XII Kongr. f. innere Med. Wiesbaden 1893. p. 262. — Wolff. Über den Einfluss des Gebirgsklimas auf den Gesunden u. Kranken. Wiesbaden 1895.—Köppe. Münch. med. Wochs. 1893. p. 904.- Jaruntowski i Schröder. Münch. med. Wochs 1894. Nr. 48.

[7]) Krehl. Deut. Arch f. klin. Med. 1889.

[8]) H. Vaquez. Modifications du sang dans la cyanose chronique. Soc Biol. 2. III. 1895 De la polyglobulie progressive comme signe prognostic dans les cyanoses congenitales Ibid. 12. VII. 1902. cyt. wedle dopisku Pappenheima Folia haem. I. 4-5.

[9]) Rendu et Widal. »Splénomégalie tuberculeuse sans leucemie avec hyperglobulie et cyanose«. Bulletin et mém. de la société méd. des hôpitaux 1899. III. Serie. 528.

[10]) Vaquez. A propos du procés — verbal: hyperglobulie et splenomegalie. Ibid. 1889. str. 579.

[11]) Moutard-Martin et Lefas. Tuberculose primitive et massive de la rate. Ibid. 1899 p. 547. (ostatnie trzy przytoczenia podane za Oslerem i Türkem [15]).

[12]) V. Cominotti. Hyperglobulie u. Splenomegalie. Wien. kl. Wochs. 1900. Nr. 39.

[13]) Richard Cabot. A case of chronic cyanosis without discoverable cause, ending in cerebral hemorrhage. Boston med. et surg. Journal. 1899. 141. T. 29. (cyt. za Türkem [21]).

[14]) Syl. Mc Keen. A case of marked cyanosis, difficult to explain. Tamże. 1901. str. 610. (cyt. wedle Türka [21]).

[15]) W. Türk Splenomegalie, Hyperglobulie und Zyanose. Mittheil. d. Wiener Gesellsch. f. innere Med. 1902. Nr. 6 i 7. Wiener klin. Wochs. 1902. 14 i 6.

[16]) Saundby i Russel. Au unexplained condition of chronic cyanosis, with the report of the case. Lancet 1902. str. 515. wedle Turka [21]).

[17]) W. Osler. Chronic cyanosis with polycythaemia and enlarged spleen; a new chinical entity. Amer Jour. med. Sc. 1903. Aug. p. 187 — wedle sprawozd. w Folia haematol. I. 423.

sa[18]), Webera i Watsona[19]), Rosengarta[20]), znowu Türka[21]), Preissa[22]), Zandyego[23]), Kikuchiego[24]) i innych.

Z dostępnego mi piśmiennictwa zdolałem zebrać 25 przypadków omawianego cierpienia. Wszystkie przypadki tyczą się ludzi dorosłych, od 24 do 60 lat życia liczących, zarówno mężczyzn, jak kobiet. Türk podnosi, że na 7 jego przypadków było 5 chorych żydów. Chorzy, zgłaszający się do lekarza, narzekają zwykle na mało znamienne dolegliwości i dlatego prawdopodobnie często się przeocza w praktyce to cierpienie. W wywiadach zwykle żadnych przebytych chorób zakaźnych stwierdzić nie można; — w żadnym przypadku nie wykryto żadnego związku ani z zimnicą, ani z kiłą, ani z nadużywaniem napojów wyskokowych. Dziedziczności również stwierdzić nie zdołano. Chorzy zwykle narzekają, że już od kilku lat niedomagają, czasem skarżą się na dokuczające im od dawna przypadłości żołądkowe, które w ostatnich czasach — to już należy do reguły — spotęgowały się do napadowych, wyraźnych i przykrych nudności z wymiotami, często narzekają na zaparcie stolca, ból, często o cechach nerwobolu, w górnej lewej części brzucha w okolicy śledziony, który to ból rozpromienia się ku tyłowi i do pachy. Nawracającym napadom nudności i wymiotów towarzyszą czasem mierne osłabienie i duszność. Wszyscy chorzy narzekali nadto na bole głowy z zawrotami, czasem z uczuciem omdlewania. Niektórzy chorzy zauważali, że w podżebrzu lewem wytwarza się jakiś guz, który od miesięcy zwolna się powiększa. Przedmiotowo stwierdzić można wybitne powiększenie się liczby krwinek czerwonych, średnio od $8\frac{1}{2}$ do 10 milionów na 1 mm^3, — liczba 12 milionów nie należy też do nadzwyczajnych wyjątków — z równoczesnem podniesieniem się odsetki hemoglobiny do 120 prc., a nawet prawie do 200 prc. Ciężar właściwy krwi wzrasta nieraz do 1·081 (w warunkach prawidłowych wynosi 1·058—1·062). Często, (niektórzy badacze stale), stwierdzano leukocytozę. Liczba krwinek białych, dochodząca, a nawet przekraczająca 30,000, nie należy do rzadkości. Leukocytoza ta ma charakter wybitnie neutrofilny, czasem zwiększona jest liczba wielojądrzastych eozynofilnych, a prawie zawsze krwinek białych zasadochłonnych. Krwinki czerwone wyglądają prawidłowo, barwią się zwykle dobrze, czasem tylko nieco bledziej. Zawsze spotkać można w preparacie tu i owdzie mikro-, makro- i poikilo-cyty, czasem (niektórzy podają, że zawsze) normoblasty w skąpej liczbie i zawsze pojedyncze neutrofilne myelocyty. Wyjątkowo można znaleźć eozynofilnego myelocyta. Z opisanych tu zmian wolno wnosić, że w cierpieniu tem mamy do czynienia z powiększeniem się ilości krwi całkowitej, czyli innemi słowy z krwistością prawdziwą *(plethora vera)*, która bardzo często sprawia rozszerzenie i przepełnienie najdrobniejszych naczyń skóry i błon śluzowych i w ten sposób wywoływa sino-czerwone zabarwienie, nazywane zwykle w klinice sinicą. Zabarwienie to ma nieraz odcień ciemny, sino-czerwony, w innych przypadkach wiśniowo-czerwony, ulega częstym zmianom i utrzymuje się zawsze bez żadnych równoczesnych objawów niedomogi serca. Sinica ta najwyraźniej zwykle występuje na twarzy, uszach i obwodowych częściach kończyn; zajmuje nietylko skórę: także i błony śluzowe, badaniu dostępne, bywają zajęte. Spojówki bywają silnie nastrzykane, naczynia na dnie oka silnie krwią napełnione, wargi, błona śluzowa ust i gardła bywa sinawo-czerwona. Jedynie w przypadku Moutard-Martina i Lefasa nie było wcale sinicy, a Cominotti w swoim przypadku widział sinicę tylko w okolicy kości jarzmowej na licach chorej, natomiast błona śluzowa ust i gardła była bladawo-brudna.

Oprócz sinicy opisują niektórzy autorowie brunatne albo brązowe plamy barwikowe na skórze, które czasem sprawiają takie wrażenie, jakby pozostały po wybroczynach. Krwawień do skóry samej, wybroczyn, nikt nie spostrzegał. Natomiast często opisują zwiotczenie i krwawienie z dziąseł, inni znowu znajdowali domieszkę krwi w plwocinie, w wymiocinach i wypróżnieniach. Raz spostrzegano silny krwotok po wyjęciu zęba, innym razem nawracające krwawienia z dróg moczowych. W jednym przypadku (Cabota[13]) krwotok z tętnicy oponowej *(meningea media)* wywołał śmierć.

Badanie narządów klatki piersiowej nie wykrywa zwykle żadnych poważniejszych zmian, w szczególności w sercu nigdy zmian poważniejszych nie znaleziono; niektórzy badacze słyszeli cichy szmer skurczowy nad końcem serca, czasem drugi ton nad tętnicą główną albo nad płucną lekko zaostrzony. Prawie zawsze bywa śledziona wyraźnie mniej lub więcej powiększona i macalna, twarda i gładka, raz tylko była na niej głęboka poprzeczna brózda. Widywano czasem obrzęki śledziony, sięgające do spojenia łonowego. W kilku przypadkach spostrzegano powiększenie wątroby. Nieraz obrzęk wątroby górował nad całym obrazem chorobowym. W moczu znajdowano stale małe ilości białka, wałeczki raz szkliste, raz ziarniste i często urobilinę. Ani w wymiocinach, ani w treści żołądkowej po obiedzie próbnym nie wykryto wolnego kwasu solnego. W przebiegu tej choroby zauważył raz Rosengart chromanie, zjawiające się z przerwami, obok bolu w palcach nogi z równoczesnem zasinieniem, podobnie, jak to bywa w erytromelalgii. Türk[15]) raz przedstawiał w Towarzystwie dla medycyny wewnętrznej w Wiedniu podobny przypadek erytromelalgii, w którym był wyraźny zbiór objawów towarzyszących polyglobulii.

Choroba ta przebiega bez gorączki, trwa latami i wreszcie wywołuje niechybną śmierć. Czasem zjawia się duszność i kołatanie serca, które się wciąż wzmagają, zwiększa się ilość białka w moczu, serce ulega miernemu rozszerzeniu i zjawiają się obrzęki. Preiss[22]) w swoim przypadku usunął te objawy niedomogi serca przy pomocy naparstnicy. Inni autorowie opisują, że chory bez żadnej wyraźnej, dostrzegalnej przyczyny lub widocznych powikłań nagle ulega zapadowi. Zapad taki nieraz poprzedza kilka godzin trwająca śpiączka, pogłębiająca się chwilami w półprzytomność. Niektórzy (Kikuchi[16]) spostrzegali od pierwszej chwili utratę przytomności, która się po kilku godzinach kończyła śmiercią. Niektórzy chorzy ginęli w głębokiej śpiączce, wśród krwotoków z jelit, ust i nosa.

Badanie anatomiczne przypadków sekcyonowanych dostarczyło mniej zadowalniających danych, niż badanie kliniczne, które przecież dość znamienne objawy tego cierpienia wykryło. Pierwsze trzy przypadki autorów francuskich, powyżej wspomnianych, były badane na stole sekcyjnym. W przypadkach Rendu i Widala oraz Moutarda-Martina i Lefasa stwierdzono pierwotną włóknisto-serowatą gruźlicę śledziony. Vaquez znalazł jako jedyną zmianę znaczny »przerost« *(hypertrophie)* śledziony i wątroby. Cominotti podaje, że widział w śledzionie gęste, włókniste przegrody, mikroskopowo jednak swego przypadku nie badał. W wątrobie widział »kilka małych ognisk, które sprawiały wrażenie wybujałego miąższu wątrobnego« *(hyperplastisches Leberparenchym)*. W jednym z przypadków Cabota oprócz krwotoku z tętnicy oponowej średniej zapisano tylko »bierne przekrwienie narządów wewnętrznych«, w przypadku Saundbyego i Russela znaczne powiększenie śledziony (1440 gr.) przy prawidłowej jej zbitości; gruźlicy w tym przypadku nie stwierdzono. Jeden z 4 przypadków Oslera zakończył się śmiercią, — ale nic nie znaleziono, coby tłómaczyło chorobę, dwa z 7 przypadków Türka, anatomicznie badane, także sprawy nie wyświetlają; — gruźlicy w nich nie znaleziono.

Jak wspomniałem, znajdowali francuscy autorowie, którzy pierwsi to cierpienie opisywali, w swoich przypadkach pierwotną przewlekłą włóknisto-serowatą gruźlicę śledziony i do niej odnosili zbiór objawów; także i w przypadku Cominottiego nie można »włóknistej gruźlicy« wyłączyć wobec braku badania drobnowidowego tem bardziej, że sekcya stwierdziła próchnienie gruźlicze kręgosłupa. Zapatrywanie, jakoby pierwotna gruźlica śledziony była przyczyną tej choroby, poparł i Rosengart, podając w pracy swej dwa przypadki, wprawdzie nie badane hematologicznie, ale w których badanie anatomiczne gruźlicę w śledzionie wykryło i które barwą skóry przypominały omawianą chorobę. Jestto jeden przypadek Scharolda (ostra prosówkowa gruźlica śledziony z barwą skóry, wahającą się od czerwonawej do niebieskawej, jakby między przekrwieniem czynnem, a sinicą) i drugi przypadek Colleta i Gallavardina, przypadek pierwotnej gruźlicy śledziony z »wybitnie czerwonem zabarwieniem twarzy mimo ogólnej chudości i z krwią ciemnoczerwoną«. Z drugiej jednak strony bardzo często spostrzegano gruźlicę śledziony bez opisywanych zmian krwi, a nadto na pe-

[18]) J. Collins. Chronic cyanosis of the extremities with polycythaemia and splenomegaly. Med. Record. 21. XI 1903. p. 807 (wedle sprawozd. tamże p. 424).

[19]) I. P. Weber and J. H. Watson Chronic polycythaemia with enlarged spleen, probable a disease of the bone-marrow. Brit. med. Jour. March. 26. 1904. spraw. tamże.

[20]) J. Rosengart. Milztumor u. Hyperglobulie. Mitteil. aus d. Grenzgeb. T XI. Z. 4 1903.

[21]) W. Türk. Beiträge zur Kenntnis des Symptomenbildes: Polycythaemia mit Milztumor und „Cyanose". Wien kl Wochs. 1904. Nr. 6 i 7.

[22]) Preiss. Hyperglobulie u. Milztumor. Mitteil. aus d. Grenzgeb. T. XIII. Z. 3. i Deut. med. Wochs. 1905. Nr. 6. (Vereins-Beilage).

[23]) Zandy. Erythrocytose (Hyperglobulie) u. Splenomegalie. Münch. med. Wochs Nr. 27. 1904.

[24]) Y. Kikuchi. Ein Fall von Polycythaemia. Prag. med. Wochs. 1904. Nr. 38.

wno znane są przypadki »polyglobulii«, gdzie znowu gruźlicy ani w śledzionie, ani w innych narządach nie było.

Tak więc podłoże anatomo-patologiczne tego obrazu chorobowego jest, jak dotąd, nie wyjaśnione.

Że zmiany w krwi nie są wynikiem zastoiny, na to godzą się wszyscy badacze. Widal przypuszcza, że czynności śledziony, zniszczonej przez gruźlicę, obejmuje zastępczo szpik kostny i dlatego uważa za przyczynę choroby wzmożoną czynność szpiku. Nie godzi się na zapatrywanie, jakoby przyczyną polyglobulii mogło być upośledzenie rozpadu krwinek czerwonych. Również i Vaquez mniema, że narządy krwiotwórcze pierwotnie lub następowo do powstawania polyglobulii się przyczyniają. »Sinicę« uważają za objaw przypadkowy, którego może i brakować. Zaudy[23]) tłómaczy swój przypadek w ten sposób: Chora jego przebyła przed ośmiu laty »gorączkę gastryczną« (dur brzuszny?); — obrzęk śledziony, który w czasie tej choroby powstał, już potem nie ustąpił. Obrzęk śledziony i zmiany torebki śledzionowej *(perisplenitis)* wywołały ucisk na żyłę śledzionową i następowo miejscową zastoinę w śledzionie. A że z powodu zastoiny prawidłowe rozpadanie się krwinek czerwonych w śledzionie zostało wstrzymane, wzrosła w krwi ich liczba niepomiernie. Co do stosunku, jaki zachodzi w tej chorobie między obrzękiem śledziony, a czasem napotykanym obrzękiem wątroby, to może jest on takiej samej przyrody, jak w chorobie Bantiego (porównaj moje sprawozdanie w »Przeglądzie lekarskim« z r. 1905, str. 534).

A teraz, korzystając ze wskazówek, zawartych w różnych pracach przytoczonych autorów, szczególnie zaś Türka, spróbuję rozpatrzeć dokładniej poszczególne objawy tej choroby i jej patogenezę.

Najbardziej uderzającym objawem jest »sinica«, przynajmniej tak ją wszyscy autorowie nazywają. Ale czy naprawdę jest to sinica? Zdaje się, że nie; wszak ona w tej chorobie nie polega na przesyceniu krwi nieutlenioną hemoglobiną, jak to zawsze bywa w sinicy zwykłej, ale przeciwnie na przepełnieniu naczyń, dostępnych wzrokowi, krwią, zasobną w nadmierną ilość utlenionej czyli oksyhemoglobiny. Otóż krew, wprost przesycona barwikiem, obok nadmiernie szerokich naczyń składają się na owo zabarwienie skóry. I istotnie w tych przypadkach tego cierpienia, w których to zabarwienie skóry było wyraźne, można było widzieć na skórze i błonach śluzowych siatkę rozszerzonych drobnych żyłek. Tylko wtedy, kiedy oba czynniki (krew przesycona oksyhemoglobiną i dostateczne, trwałe, czy chwilowe rozszerzenie naczyń) się schodzą, widzimy w tej chorobie owo sino-czerwone zabarwienie; jeśli jednego czynnika z tych dwóch braknie, to zabarwienie może być niewybitne, albo nawet może go zupełnie brakować mimo dostatecznej zasobności krwi w barwik. I dlatego »sinica«, jak słusznie zaznaczają Widal i Vaquez, ma znaczenie dla tej choroby nie zasadnicze, ale wyłącznie przypadkowe. Możemy rozpoznawać zatem tę chorobę i tam, gdzie niema »sinicy«.

W niektórych przypadkach tej choroby, które badano pośmiertnie, stwierdzano takie przepełnienie naczyń nietylko powierzchownych, ale i głębokich, tak silne nastrzykanie naczyń krwią, że się odnosi wrażenie, jakoby tej chorobie towarzyszyła nietylko polyglobulia, ale prawdziwa krwistość *(plethora)*, prawdziwe powiększenie się całej ilości krwi. Ta krwistość, zdaje się, jest przyczyną tego, wyżej wspomnianego rozszerzenia naczyń krwionośnych. I dlatego to zabarwienie sine jest prawie stałym objawem, a nie było go tylko w stosunkowo niewielkiej liczbie przypadków, widocznie u ludzi, którzy mieli wązkie naczynia w skórze i widzialnych błonach śluzowych.

To przepełnienie naczyń tłómaczy nam skłonność tych chorych do małych, a wyjątkowo i większych krwotoków, szczególnie z błon śluzowych: dziąseł, nosa, ust, gardła, żołądka, kiszek i dróg moczowych. Tem przepełnieniem możemy sobie wytłómaczyć i cały szereg dalszych podmiotowych, a nawet i przedmiotowych objawów, jak n. p. bole, zawroty głowy i nawały do głowy, wymioty, nieznaczne objawy ze strony serca, jakie czasem stwierdzano, podniesienie się parcia ościennego, ślad białka w moczu i t. d.

Patogeneza tego cierpienia nie jest dotąd wyświetlona. Kardynalna cecha tej choroby, *conditio sine qua non*, t. j. zmiana krwi niewątpliwie wskazuje na to, że przyczyny zaburzeń szukać należy w szpiku kostnym, a mianowicie w jego części, wytwarzającej krwinki czerwone, czyli krótko mówiąc, w jego części erytroblastycznej. Polyglobulia, stały objaw tej choroby, pozwala wnosić o wzmożonej czynności (a może przeroście) szpiku kostnego. Fakt, że znajdowano zawsze w barwionych preparatach krwi mikro-, makro- i poikilo-cyty, fakt, że niektórzy autorowie stwierdzali polichromatofilię, i fakt, z naciskiem podnoszony przez Türka, że zawsze znajdował, chociaż w małej liczbie, ciałka czerwone jądrzaste, świadczą niewątpliwie, że w chorobie tej tkanka erytroblastyczna znajduje się w stanie chorobowego, przewlekłego podrażnienia.

Stwierdziwszy niewątpliwie, że część szpiku erytroblastyczna ulega w tej sprawie zmianom, trudno sobie wyobrazić, żeby część leukoblastyczna szpiku (część szpiku, wytwarzająca krwinki białe), z tamtą przecież jak najściślej związana, nie doznała żadnych zaburzeń.

I w istocie we wszystkich przypadkach, w których autorowie podali dokładne rozbiory krwi, można zaburzenia te stwierdzić. Zawsze stwierdzali badacze leukocytozę z wyraźnym charakterem neutrofilnym, czyli innemi słowy wśród krwinek białych zawsze przeważały znacznie te, które pochodzą z leukoblastycznej części szpiku. Liczba odsetkowa limfocytów była zawsze od prawidłowej niższą, liczba odsetkowa neutrofilów zawsze wyższą od prawidłowej, często przekraczała 90 prc. i zawsze wśród nich, choć w małej liczbie, znajdowano myelocyty. Otóż to wszystko dowodzi napewno, że część leukoblastyczna szpiku kostnego zajętą bywa w tem cierpieniu.

Szkoda, że w żadnym prawie przypadku tej choroby, który się zakończył śmiercią i który anatomicznie badano, nie zwracano uwagi na szpik kostny, bo prawdopodobnie znalezionoby tam zmiany; przynajmniej w żadnym protokole sekcyjnym nie ma wzmianki o szpiku. W jednym tylko swoim przypadku rozpoznawał Türk »hiperplazyę« narządu erytroblastycznego i antopsya przypuszczenie to potwierdziła: szpik kości długich był cały czerwony.

Niektórzy przypuszczają, że punktem wyjścia tego cierpienia jest pierwotna gruźlica śledziony, którą często, chociaż nie zawsze, przy sekcyi stwierdzano i że ona wywołuje wzmożoną czynność w szpiku kostnym. Spostrzegano jednak również cały szereg przypadków, w których napewno ani w śledzionie, ani też w żadnym innym narządzie nie znaleziono ani śladu gruźlicy. A więc nie zawsze istnieje w tej chorobie gruźlica śledziony, nie może zatem ona stanowić jedynej i wyłącznej przyczyny tej sprawy. Należałoby zatem przypuszczać, że różne sprawy chorobowe, toczące się w śledzionie, między innemi i gruźlica, czy też choroby wątroby i śledziony mogą wywołać opisywane zmiany we krwi. Zdaje się jednak, że tak w istocie nie jest, przynajmniej nie zawsze, boć były przypadki takie, w których śledziona wcale nie była obrzękła, albo bardzo nieznacznie.

Najprawdopodobniej zbiór objawów, dla omawianego cierpienia znamiennych, może być wynikiem różnych spraw chorobowych, może się wydarzać w toku chorób samej śledziony, jakoteż chorób śledziony i wątroby; z drugiej strony może on być wynikiem pierwotnego zachorzenia erytroblastycznej części szpiku kostnego, zachorzenia, połączonego z przerostem i wzmożoną czynnością chorej części szpiku. Choroba ta zatem jest biegunowem przeciwieństwem białaczki szpikowej, którą wywołuje schorzenie leukoblastycznej części szpiku kostnego. Możnaby ją zatem w przeciwieństwie do białaczki nazwać *»erythraemia«*. Czy zapatrywanie to jest słuszne, rozstrzygnąć mogą w przyszłości dokładne, histologiczne badania śledziony, wątroby i szpiku kostnego w dostatecznej liczbie odpowiednich przypadków, bo dotąd brak tego oparcia w wyświetleniu sprawy tak zawiłej.

W końcu kilka słów o leczeniu.

Rosengart na podstawie spostrzeżenia klinicznego, że po samorodnych krwotokach chorzy doznają natychmiast ulgi w dolegliwościach podmiotowych, stosował małe a częste upusty krwi i istotnie osiągał przemijające dobre wyniki. Ale w krótkim czasie sprawa powracała i ze względu na to, że takie małe krwotoki, jak uczy doświadczenie w błednicy, mogą stanowić bodziec, podniecający szpik kostny do czynności, co w omawianej chorobie byłoby właśnie przeciwwskazane, zaniechał Rosengart dalszych prób.

Potem zalecał Rosengart, idąc za radą Ehrlicha, leczenie dyetetyczne: zabraniał chorym wszelkich potraw, które (wedle tablic Bungego) zawierały ponad 6 mg. żelaza na 100 gr. suchej substancyi, aby w ten sposób wywołać ubytek żelaza w ustroju i upośledzić tworzenie się hemoglobiny. I Rosengart chwali ten sposób. Liczba krwinek czerwonych spadała z 10 na 9 milionów, odsetek Hb z 190—200 na 150. Natomiast śledziona rosła. Türk wychodził z innego założenia. Wobec tego, że wielkie dawki arsenu na pewno upośledzają czynność narządów krwiotwórczych, podawał swoim chorym arsen w coraz większych dawkach, miesiącami, aż do 30 kropel roz-

czynu Fowlera dziennie. I także chwali wyniki leczenia. Liczba krwinek spadła w jednym przypadku o $1\frac{1}{2}$ miliona poniżej najniższej liczby, spostrzeganej przed leczeniem. Ilość Hb spadła o 4 g. na 100 cm.^{3} krwi, zabarwienie sine ustąpiło lekko różowemu i śledziona się pomniejszyła.

Leczenie to ma tę wadę, że przetwory arszeniku należy podawać nadzwyczaj ostrożnie, że często ich chorzy nie znoszą i że bardzo często nie można ich podawać przez długi czas. Jednak, jak dotąd, nie mamy innych sposobów.

Preiss radzi splenektomię.

Z leczenia promieniami Roentgena nie możemy się spodziewać nawet tych wyników, jakie zdołano osiągnąć w białaczce.

Pamiętnik polskiego Towarzystwa balneologicznego. Rok 1905. Wydawnictw Towarzystwa tom I. Nakładem polskiego Tow. balneol. Kraków 1906. Stron XIV + 150.

Pokaźny zeszyt dobrym jest zadatkiem wydawnictw, których szereg młode Towarzystwo nim rozpoczyna. Zeszyt podzielono na 4 działy; w pierwszym znajduje się sprawozdanie z działalności wydziału Towarzystwa w r. 1905, z której oprócz urządzenia I. Zjazdu balneologów polskich i wydawania »Przewodnika kąpielowego«, propagującego sprawy naszych zdrojowisk w najszerszych kołach, podnieść należy akcyę, podjętą wśród lekarzy dla popierania zdrojowisk krajowych przez rozsyłanie odezw i t. d., oraz uproszenie u sejmu galicyjskiego ankiety w sprawie noweli do ustawy zdrojowej. W dziale drugim zawarto szczegółowe sprawozdanie z obrad I. Zjazdu balneologicznego polskiego w Krakowie, wszystkim świeżo tkwiącego w pamięci. Dwa pozostałe działy wypełniają referaty i prace naukowe, przedstawione na tym Zjeździe, a mianowicie: prof. L. Korczyńskiego »Ogólny zarys działania na polu zdrojownictwa polskiego«, i »O organizacyi i administracyi polskich zdrojowisk i uzdrowisk«, Dra Dobrzyckiego: »O zjednoczeniu uzdrowisk polskich i konieczności prawodawstwa je obowiązującego«, R. dw. protomedyka Dra Merunowicza: »Przepisy budownicze, obowiązujące w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach« i Dra Wąsowicza: »Najistotniejsze potrzeby i braki zdrojowisk i uzdrowisk krajowych ze stanowiska lekarskiego« — w dziale organizacyjnym; — a w dziale prac naukowych: Dra Dłuskiego: »II. sprawozdanie z działalności sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem«, Doc. Dra Lembergera: »Rozbiór chemiczny wody mineralnej ze zdroju Kingi w Głębokiem«, i »Czy można zastąpić naturalne wody mineralne sztucznemi?«, Dra Zanietowskiego: »O nowych metodach elektroleczniczych w stosunku do balneologii« i w końcu Prof. Jaworskiego i Dra Flisa: »Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych i ich znaczenie w naukach lekarskich«.

Sprawa organizacyi i ulepszeń w zdrojowiskach należy do zakresu działania czynników, ściślej ze zdrojowiskami związanych i dlatego ograniczyć się tu można do przytoczenia tytułów prac, zawartych w tym dziale »Pamiętnika«. Z prac naukowych zapoznali się już czytelnicy »Przeglądu lek.« w r. z. z ważnemi badaniami Prof. Jaworskiego i Dra Flisa, oraz ze sprawozdaniem z sanatoryum Dra Dłuskiego. Z pozostałych prac zasługuje na uwagę rozbiór zdroju Kingi w Głębokiem, która okazała się szczawą silniejszą i czystszą od rozpowszechnionych zagranicznych, jak Giesshübelska i t. d. — Co do wód mineralnych naturalnych i sztucznych, dochodzi Doc. Lemberger do wniosku, że i jedne i drugie mają swój odrębny zakres i że wskutek tego nie stoją sobie wzajemnie na przeszkodzie; wyrób wód sztucznych ma przyszłość w zakresie wytwarzania wód o nowym typie, jakich w przyrodzie niema, o wiadomym składzie i ustalonem działaniu farmakodynamicznem (wody prof. Jaworskiego), oraz w zakresie naśladowania tych wód naturalnych, które przez przewóz się psują. Wody sztuczne będą zresztą zawsze bardzo pożyteczne dla chorych mniej zamożnych, nie mogących wyjechać do zdrojowisk.

Podjęcie wydawnictwa »Pamiętnika«, pozostawiającego trwały ślad działalności polskiego Towarzystwa balneologicznego, świadczy wymownie o ruchliwości zarządu tego Towarzystwa, którego powstanie powitano jako zaspokojenie dawno odczuwanej potrzeby, a którego dotychczasowe zabiegi pozwalają wróżyć i w przyszłości pracę wytrwałą i w skutki płodną. *Ciechanowski.*

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Thienger. **Nowsze doświadczenia nad działaniem teofiliny** (*theocin. natr. acet.*). (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 12). Ubocznym objawom działania teocyny (ból głowy, przeczulica, drgawki) najlepiej, zdaniem autora, zapobiega się, stosując zamiast teocyny czystej — *theocin. natr. acet.* zawsze w płynie w połączeniu z miłkiem wiosennym (*Inf. adon. vernal. 8: 150, theocin. natr. acet. 1—1·5,* co 3—4 godzin 15 ctm^3). Autor prawie stale spostrzegał wzmożenie się ilości moczu, nigdy jednak z rozmysłu nie dążył do zbyt wielkiego skutku moczopędnego, poprzestając na osiągnięciu prawidłowej ilości. Często nawet po odstawieniu leku chorzy oddawali dużo moczu. Wskazaniem są przedewszystkiem obrzęki pochodzenia sercowego; należałoby jednak stosować teofilinę i w obrzękach, towarzyszących zapaleniu nerek zwłaszcza, że według badań Meinertza środek ten pobudza wydzielanie chlorku sodu drogą moczu. Ponieważ wedle rozpowszechniającego się obecnie przekonania zatrzymywanie chlorku sodu w tkankach ma dawać powód do tworzenia się obrzęków nerkowych, przeto usuwanie soli z ustroju działałoby przyczynowo. Loewy na zasadzie swych doświadczeń dochodzi do wniosku, że moczopędne działanie kofeiny nie polega na podwyższaniu ciśnienia, ale na swoistym jej wpływie na naczynia nerkowe, które ulegając rozszerzeniu, przeprowadzają więcej krwi przez nerkę, skąd obfitsza ilość moczu. — Należałoby rozstrzygnąć, czy i teofilina, chemicznie pokrewna kofeinie, nie działa w sposób podobny.

Dr. M. Godlewski.

Welsch. **W sprawie zapobiegania i leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 12). Sprawa leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego nie jest ustalona. Większość chirurgów przechyla się do leczenia operacyjnego, jeśli sprawa nie jest powikłana zapaleniem otrzewnej (w pierwszych 24—36 godzinach); gdy sprawa rozpoznaną jest później, a niema stanowczego wskazania (ograniczony ropień, przebicie) radzą dopiero operować po przeminięciu ostrego napadu („na zimno"). Albu i Eichhorst przechylają się na stronę leczenia zachowawczego, dopuszczając leczenie chirurgiczne ze specyalnych wskazań. Ochsner operuje tylko przypadki świeże (do 36 godzin), z rokowaniem przypuszczalnie dobrem, wszystkie inne przypadki leczy metodą głodzenia. Zważywszy, że leczenie operacyjne, zwłaszcza w praktyce prowincyonalnej, naraża chorego na większe niebezpieczeństwo, niż leczenie zachowawcze, oświadcza się autor, szczególnie w przypadkach przebiegających łagodnie i przewlekających się, za leczeniem zachowawczem, zwłaszcza, że w samych początkach, gdzie niebezpieczeństwo operacyi jest stosunkowo niewielkie, pewne rozpoznanie jest bardzo często niemożliwe. — Ze względów zapobiegawczych należy, zdaniem autora, położyć wielki nacisk na leczenie przewlekłych nieżytów, zwłaszcza jelita grubego. Należy też zwrócić baczną uwagę na dyetę, gdyż według Championnièrea dyeta czysto mięsna (przez wzmożenie sprawy gnicia i częste zaparcie stolca, przez co jadowitość bakteryi się wzmaga) sprzyja powstawaniu zapalenia wyrostka. — Opierając się na zdaniu Noordena oraz doświadczeniu własnem, poleca autor gorąco leczenie wodami Kissingen i kąpielami, zwłaszcza błotnemi; wyniki w przypadkach przewlekłych mają być znakomite. *Dr. M. Godlewski.*

Hagen. **Działanie atropiny i eumidryny w chorobach żołądka i jelit.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 86, Z. 4 i 5). Aż do ostatnich czasów utrzymywało się przekonanie, że atropina wywiera na przewód pokarmowy działanie tylko porażające; tymczasem z doświadczeń Magnusa, ogłoszonych przed dwoma laty w *Archiv f. d. ges. Physiol.*, wynika, że małe dawki działają pobudzająco na sploty Auerbacha, regulując przytem i przyspieszając prawidłowy ruch robaczkowy jelit; z drugiej strony bardzo małe dawki atropiny usuwają kurcze toniczne jelit, wywołane podaniem trucizn, jak: pilokarpina, muskaryna, fizostygmina. Na zasadzie tych doświadczeń zaczął Hagen podawać atropinę lub też eumidrynę w takich przypadkach, w których chodziło o zamianę i uregulowanie przeciwrobaczkowego ruchu jelit na prawidłowy robaczkowy, o uspokojenie nadmiernie pobudzonego lub też pobudzenie porażonego. Stosował więc Hagen te środki z bardzo dobrym skutkiem przeciw uporczywym wymiotom, towarzyszącym rozszerzeniu i wrzodom żołądka, ciąży; również dobre zdaje się atropina oddawać usługi w wszelkich nerwicach czuciowych, wydzielniczych, czy ruchowych żołądka lub jelit. Korzystne działanie atropiny w kolce żółciowej i moczowej tłómaczy się nietylko działaniem atropiny, uśmierzającem bole i kurcze, ale także regulującem ruch robaczkowy. — Hagen występuje ostro przeciwko dotychczasowemu ogólnie przyjętemu postępowaniu przy zapaleniu wyrostka robaczkowego; zdaniem jego

stosowanie szablonowe we wszystkich okresach zapalenia wyrostka tylko morfiny i okładów z lodu sprzeciwia się zarówno pojęciom naukowym, jak i codziennemu doświadczeniu lekarskiemu; to też nie można się dziwić, iż w podobnych warunkach zwykłem zakończeniem sprawy bywa zabieg operacyjny. Wskazanie przyczynowe wymaga bowiem przy zapaleniu wyrostka 1) gruntownego oczyszczenia kątnicy i wyrostka z wszelkiej zawartości celem powstrzymania dalszego rozwoju drobnoustrojów chorobotwórczych, 2) dokładnego odkażenia, 3) szybkiego ograniczenia sprawy chorobowej i przeszkodzenia jej szerzeniu się na otoczenie, 4) ochrony przed dalszym dowozem materyału zakaźnego. Wskazaniom tym ani morfina, ani okłady lodowe zadość nie czynią; morfina hamuje bowiem ruch robaczkowy, okłady zaś — których działanie, jak wiemy z doświadczeń Krehla, sięga głęboko i wywołuje oziębienie jelit aż do 28° C. — pozbawiają tem samem jelita ich fizyologicznych czynności i możności zwalczenia sprawy chorobowej własnemi silami. Nic dziwnego, że przy takiem postępowaniu ostatecznie zabieg operacyjny staje się niezbędnym. — Całkiem inaczej ma się rzecz przy stosowaniu wilgotnego ciepła w postaci jakichbądź okładów równocześnie z wewnętrznem podawaniem eumidryny; działanie ich uzupełnia się tutaj wzajemnie i odpowiada pod każdym względem wskazaniom przyczynowym. Kataplazmowanie zajętej okolicy kątniczej wywołuje czynne przekrwienie w głębi, przez co, jak to utrzymuje Bier, zwiększa się dowóz bakteryobójczych substancyi i fagocytoza; równocześnie podana atropina, czy eumidryna, pobudza ruch robaczkowy, usuwając nagromadzone masy kałowe, uśmierza bole i sprowadza całą sprawę zapalną na prawidłowe fizyologiczne tory.

Wilczyński.

Otten. **Przyczynek do chorobotwórczości paciorkowca śluzowego** (*streptococcus mucosus*). (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 86, Z. 4 i 5). Od czasu (1903), kiedy Schottmüller wyróżnił nowy rodzaj paciorkowca, t. zw. paciorkowca śluzowego, niewiele pojawiło się o tym mikrobie wzmianek w piśmiennictwie. Między innymi sam Schottmüller opisuje 6 przypadków włóknikowego zapalenia płuc, wywołanych przez paciorkowca śluzowego; również w spostrzeganych przez Lenhartza, jakoteż Bonoma i Panieńskiego przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych pojawiał się wyłącznie lub razem z ziarenkowcem (*meningococcus*) Weichselbanma i paciorkowiec śluzowy. Do spostrzeżeń tych dodaje obecnie autor 7 własnych przypadków (2 zapalenia płuc odoskrzelowe, 2 zapalenia opon ropne, jedno zapalenie ropne oskrzeli, jedno zapalenie płuc włóknikowe i jedno otrzewnej miednicznej). We wszystkich początek choroby był nagły, zakończenie śmiertelne, we wszystkich można było już za życia wykryć we krwi paciorkowca śluzowego.

Wilczyński.

Bahrdt. **Badania doświadczalne nad odczynem tuberkulinowym.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 86, Z. 4 i 5). U morskich świnek, zakażonych poprzednio gruźlicą, wrażliwość na wstrzykiwania tuberkuliny (stara tuberkulina Kocha, wyrabiana w fabryce w Höchst), wzrasta stopniowo wraz z rozwojem gruźlicy.

Wilczyński.

Brodzki Jan. **Badania doświadczalne wpływu odżywiania na ciśnienie krwi przy zapaleniu nerek.** (*Wykład na 27-ym zjeździe balneologów w Dreznie*). Autor, kierownik zakładu w Cudowie, badał w pracowni Senatora w Berlinie ciśnienie krwi zapomocą manometru rtęciowego, ponieważ sposób ten jest o wiele dokładniejszy od tonometrycznego mierzenia ciśnienia. — Autor wykonał doświadczenia na 25 dużych królikach w ten sposób, że naprzód określał manometrycznie prawidłowe ciśnienie, następnie zaś wstrzykiwał zwierzętom płyny toksyczne w celu wywołania ostrego zapalenia nerek. — W 18 przypadkach wstrzykiwał autor $^1/_2$ strzykawki Pravatza 1 prc. roztworu uranu, w 6 zaś pół strzykawski rozczynu: *Cantharid. pur.* 0,05, *Ol. olivar.* 10, — ostatni płyn podług Browicza i Dunina (*Centralblatt für med. Wissensch.* 1879 i 1882) jedynie w celu wywołania ciężkiego kłębkowego zapalenia nerek, które podług Loeba i Krohla stanowi przyczynę, wywołującą wzmożenie ciśnienia. — Mocz zwierząt codziennie mierzono i badano co do białka. Zwierzętom podawano taki pokarm, jakiego wpływ właśnie chciano zbadać. — 5—6 dnia, kiedy objawy nerkowe zaczęły zagrażać życiu, określano ciśnienie krwi w drugiej tętnicy szyjnej. Autor umyślnie nie czekał aż do zupełnego bezmoczu, aby nie otrzymać wyników, któreby mogły być zależne od osłabienia serca, albo też charłactwa zwierzęcia. Ze zwierzęcia wypuszczano krew, którą następnie kryoskopowo badano, ażeby poznać, jaki wpływ wywarło zapalenie nerek na fizyczne własności krwi; w końcu wykonywano sekcyę, badając nerki mikroskopowo. Z doświadczeń autora wynika, że ani woda (zwyczajna, ani też mineralna: Wildungen Helenenquelle i Fachinger), ani też sól kuchenna, mleko, wyciąg mięsny nie wpływają wcale na zwiększenie ciśnienia tętniczego, choć mikroskop stwierdza ciężkie rozlane zmiany zapalne w nerkach (wysięk w kłębkach, rozpad komórek nabłonkowych, wałeczki, krwiomocz i t. d.). Autor stwierdził, że tylko rozczyn uranu wywołuje wzmożenie ciśnienia na 12 milim. rtęci, roztwór zaś kantarydyny tego nie wywołuje. Wyciąg mięsny wywołuje zmniejszonie ciśnienia na 6 milim., co zależy prawdopodobnie od soli potasowych (8,98 prc.) kreatyniny, ksantyny i kwasu mlecznego (6 prc.), które osłabiająco podziałały na mięsień sercowy. — Sól kuchenna nie ma wcale tak wyjątkowego wpływu na wzmożenie ciśnienia, jak to sądzą autorowie francuscy (Ambard, Beaujard, Laufer, Combe i t. d.). (*Streszczenie własne*).

Landouzy. **Pył i gruźlica.** (*Presse méd.* Nr. 19, 1906). Wśród stolarzy, pakierów i parkietników, zgłaszających się do szpitala Laënneca, a wystawionych na działanie pyłu drzewnego, bardzo często zawierającego prątki gruźlicze, tylko 32 prc. ogólnej liczby chorych cierpiało na gruźlicę, śmiertelność zaś z powodu gruźlicy wynosiła 7·78 prc. ogólnej śmiertelnożci w tych zawodach; natomiast wśród praczek i mężczyzn, temu zajęciu się oddających, połowa zgłaszających się chorych dotknięta była gruźlicą, śmiertelność zaś z powodu gruźlicy wynosiła 75 prc. ogólnej śmiertelności w tym zawodzie. Statystyka ta dowodzi, że najważniejszym czynnikiem w powstaniu gruźlicy jest łatwość zakażenia się (uspo obienie odgrywa mniejszą rolę). Niewątpliwie pył z brudnej bielizny częściej zawiera prątki gruźlicze, niż nawet pył, unoszący się z podłogi. Zakażenie według autora nie zawsze musi odbywać się drogą oddechową; łatwo może nastąpić zakażenie przez migdałki i przewód pokarmowy, gdyż ludzie, piorący bieliznę, zwykle w samej pracowni spożywają pokarm; pył łatwo osadza się na ustach lub wąsach, a przy spożywaniu pokarmów zostają z nim razem prątki gruźlicze połykane. Również często pokarmy, jak n. p. mleko, mogą uledz zakażeniu przez dostanie się do nich pyłu, zdaniem autora częściej, niż z powodu gruźlicy krów.

Dr. Mostowski.

Hartenberg. **Elektroterapeutyczne leczenie zaparcia stolca neurasteników.** (*Presse méd.* Nr. 19, 1906). Autor zaleca sposób prof. Doumera z Lille leczenia zaparcia stolca neurasteników prądem elektrycznym. W postaci niedowładnej zaparcia leczenie tak się przedstawia. Chory siada na dużej elektrodzie, na brzuchu kładzie się drugą elektrodę, jak największą. Zapomocą przerywacza, połączonego z permutatorem, przepuszcza się co 30 sekund prąd krótki, zmienny, o natężeniu 200 miliamperów, sile elektromotorycznej do 40 volt. Skóra wytrzymuje dobrze te silne prądy z powodu wielkości elektrod i krótkotrwałości prądu. Każde zamknięcie i przerwanie prądu wywołuje gwałtowny, ale niebolesny skurcz mięśni brzucha, któremu towarzyszy silne wzmożenie ruchów robaczkowych jelit. Dziennie poddaje się pacyenta 40 takim podwójnym wstrząśnieniom. Stolce występują codziennie. Po pewnym czasie zabieg powtarza się tylko co 2, 3 lub 4 dni, poczem u wszystkich chorych następuje zupełne uregulowanie stolca.

Dr. Mostowski.

Martinet. **Podawanie mleka kwaśnego w nowotworze żołądkowo-trzustkowym.** (*Presse méd.* Nr. 18, 1906). Autor podaje ciekawe spostrzeżenie kliniczne. U chorego z nowotworem na przedniej ścianie żołądka, przechodzącym na trzustkę, z towarzyszącą żółtaczką z powodu ucisku przewodu żółciowego wspólnego, któreto zmiany stwierdzono następnie przy operacyi, podanie mleka kwaśnego usuwało natychmiast napady gwałtownego bolu i wymioty; ilekroć nie podano mleka, ale inną, choćby jak najlżejszą dyetę, wymioty i bole natychmiast w najgwałtowniejszy sposób powracały, po podaniu zaś mleka natychmiast znikały. Wobec tego podawano tylko mleko kwaśne aż do śmierci chorego, która nastąpiła z powodu ogólnego wyniszczenia; przez cały czas mlecznej dyety aż do śmierci chory nie miał bolów, ani wymiotów. Autor sądzi, że gdyby podawanie mleka kwaśnego i u innych chorych ten sam wywierało skutek, pozwalałby ten prosty środek czynnie usunąć cierpienie w wielu przypadkach, w których lekarz obecnie jest zupełnie bezradny.

Dr. Mostowski.

Rubow. **O nadmiernej kwaśności soku żołądkowego i oznaczeniu jej zapomocą obiadu próbnego Sahliego.** (*Arch. f. Verdauungskr.* Z. 1, 1906, T. XII). Autor badał cały szereg prób, służących do oznaczenia kwaśności treści żołądka tak w stanie prawidłowym, jakoteż i chorobowym i porównywał je z wynikami próby Sahliego. Wszystkie prawie próby dowiodły, że kwaśność treści żołądkowej pozostaje w ścisłym związku z ruchową sprawnością żołądka. Nawet w stanie prawidłowym wydzielają gruczoły błony śluzowej mniejszą lub większą ilość śluzu, która mieszając się z treścią lub sokiem żołądkowym, wpływa w mniejszym lub większym stopniu na kwaśność treści. Próbie Sahliego odmawia Rubow większego znaczenia.

Schudmak.

Einhorn. **Nowa metoda oznaczenia czynności narządu trawienia.** (*Arch. f. Verdauungskr.* Z. 1, 1906, T. XII). Na pod-

stawie tego, że z pokarmów tylko część ulega trawieniu żołądkowemu, inne zaś ulegają strawieniu dopiero w jelitach, starał się autor trawienie żołądkowe, oraz jelitowe zbadać zapomocą perełek porcelanowych, napełnionych różnemi substancyami, wchodzącemi zazwyczaj w skład naszych pokarmów, a mianowicie badał zmiany, jakim ulegała treść perełek po przebyciu drogi żołądkowo-jelitowej, lub tylko żołądkowej. Przy badaniu trawienia tylko żołądkowego posługuje się autor także kapsułkami żelatynowemi, zawieszonemi na nitce jedwabnej, a wypełnionemi różnymi pokarmami. Badany połyka taką kapsułkę, a koniec nitki okręca się około ucha. Po 4—6 godzinach wyciąga się kapsułkę i bada się jej treść. Do badania trawienia jelitowego użyte perełki wyszukuje w kale z pomocą sitka Boasa. Dla ułatwienia badania są perełki różnie zabarwione; perełki tejsamej barwy wypełnia się tąsamą treścią. Zapomocą tej metody stwierdził autor, że w stanie fizyologicznym zostają zupełnie strawione w żołądku katgut, oraz ości ryb, natomiast mięśnie, skóra kur, oraz surowe lub nawet gotowane, jednak nie rozdrobnione ziemniaki zupełnie w żołądku nie znikają; — w mięśniach następuje tylko pęcznienie, oraz rozpadanie się włókien. — Surowe mięso, oraz skóra kur znikają zupełnie w jelitach, natomiast ścięgna (surowe) zupełnie się nie zmieniają, gotowane zostają strawione, a skórka ziemniaków pozostaje zawsze niezmieniona. Tłuszcze o wysokim punkcie topnienia, jak stearyna, wosk, parafina, nie zostają w jelitach wchłonięte; tłuszcz barani w żołądku zupełnie nie ulega zmianie, a trawi się dopiero w jelitach. Rozciągając swe doświadczenia i na przypadki chorobowe, stwierdził E. na razie, że przy nieżycie zanikowym żołądka (*achylia gastrica*) katgut i ości, a zatem substancye, wyłącznie trawieniu żołądkowemu podlegające, zupełnie nie uległy zmianie, zaś przy kwaśności nadmiernej (*hyperaciditas*), trawienie żołądkowe żadnym nie ulegało zboczeniom. Ciekawe jest również spostrzeżenie, że w jednym przypadku niewątpliwego raka żołądka trawienie żołądkowe zachowywało się przez cały czas trwania choroby prawidłowo, co autor tłómaczy odpowiedniem usadowieniem się raka, prawdopodobnie w okolicy dna żołądka. Z niewielkiej liczby zbadanych przypadków chorobowych nie wysnuwa jeszcze E. na razie żadnych ogólnych wniosków.

Schudmak.

Baibakoff. **O wpływie azotanu srebrowego na skład soku żołądkowego.** (*Arch. f. Verdauungskr.* Z. 1, T. XII, 1906). Azotan srebrowy podnosi według badań autora stanowczo kwaśność, a zwłaszcza wpływa pobudzająco na wydzielanie kwasu solnego. Dlatego jest przeciwwskazany w tych wszystkich chorobach żołądka, w których jest nadmiar kwasu solnego. Wprost szkodliwie działa azotan srebrowy przy nadmiernej kwaśności zwyczajnej, sokotoku Reichmanna, oraz wrzodzie okrągłym. Dobre może natomiast oddawać usługi w tych stanach chorobowych, w których sok żołądkowy zawiera dużo śluzu, a kwaśność jest obniżona, t. j. gdzie mało kwasu solnego. Co do sfery ruchowej, to azotan srebrowy zdaje się działać pobudzająco, gdyż ilość treści, wydobytej z żołądka po zadawaniu azotanu srebrowego, bywała stale mniejsza, aniżeli bez tego środka. Przy zwiotczeniu ścian żołądka jest zatem azotan srebrowy środkiem bardzo odpowiednim. Dawki, przy których autor już spostrzegał skuteczne działanie, oznacza na 0·002 gr. trzy razy dnia, co pozwala na dłuższe używanie tego środka. — W jaki sposób azotan srebrowy działa, t. j. czy na gruczoły wprost, czy na zakończenia nerwowe, czy też drogą krwi, autor nie rozstrzyga.

Schudmak.

Conradi. **Stwierdzenie prątków durowych we krwi.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 2, 1906). Oba używane dziś powszechnie w klinikach sposoby wykazania prątków durowych we krwi (Castellaniego i Schottmüllera) opierają się na tej wspólnej podstawie, że przez znaczne rozcieńczenie świeżej krwi tętniczej starają się przeszkodzić wystąpieniu substancyi bakteryobójczych. Chociaż oba te sposoby dają prawie we wszystkich przypadkach duru zupełnie zadowalniające i pewne wyniki, to jednak poza szpitalem i kliniką, w praktyce prywatnej, nie znalazły one dotąd szerszego zastosowania, gdyż przeszkadza temu z jednej strony obawa publiki przed upustem krwi, ze strony zaś lekarzy trudności techniczne wykonania próby przy łóżku chorego. Aby ich uniknąć i lekarzowi praktycznemu ułatwić wykonanie całej bakteryologicznej części badania w pracowni, a nie przy łóżku chorego, autor zmienia sposób Schottmüllera i Castellaniego, opierając się na następujących teoretycznych podstawach. Wiadomo, że u tego samego osobnika silne bakteryobójcze działanie jego krwi wypuszczonej i krzepnącej pozostaje w rażącym niestosunku do małej bakteryobójczości jego krwi krążącej. Gdy n. p. 1 cm³. surowicy krwi prawidłowego królika niszczy 30.000 prątków wąglikowych *in vitro*, to już 600 prątków wąglikowych śródżylnie wstrzykniętych zabija tego samego królika w ciągu 2 dni. Surowica z krwi wypuszczonej u chorego na dur zazwyczaj bardzo silnie swoiście działa na prątki durowe; natomiast równoczesne badanie krwi u tego samego chorego wykrywa czasem i kilkaset prątków durowych na 10 cm³ krwi krążącej. Widocznie więc bakteryobójcze swoiste substancye, jakie w s u r o w i c y chorych na dur można wykazać, we krwi k r ą ż ą c e j tychże chorych albo zupełnie się nie znajdują, albo tylko w stanie nieczynnym (*inactiv*), a działanie ich występuje na jaw dopiero zewnątrz ustroju podczas krzepnięcia krwi i wydzielania się surowicy. Owym czynnikiem, który utajone we krwi krążącej substancye bakteryobójcze przeprowadza w stan czynny, jest zdaniem autora sprawa krzepnięcia krwi. Aby zatem łatwiej wykryć prątki durowe we krwi, próbował autor krew chorych durowych utrzymać w stanie płynnym, aby w ten sposób, niedopuszczając do skrzepnięcia, przeszkodzić wytworzeniu się bakteryobójczych substancyi surowicy. Zadanie to spełnia doskonale żółć, która dodana do krwi, nietylko utrzymuje ją w stanie płynnym, ale nadto stanowi doskonałą pożywkę dla prątków durowych. Cały zaś sposób postępowania jest w krótkości następujący: świeżą żółć bydlęcą z dodatkiem 10 prc. peptonu i 10 prc. gliceryny — wyjaławia się w parze i rozlewa się po 3 cm³. do małych szklanych rurek z korkiem gumowym, dającym się wyjałowić. Po nakłuciu skóry wciąga się ostrożnie sączącą się z ranki krew do zwykle używanych rurek włoskowatych, zatkanych w górnym rozszerzonym końcu watą, w dolnym zaś zawierających nieco roztworu żółci tak, by krew przy wciąganiu mieszała się zaraz z żółcią. Powtarzając to kilkakrotnie można z małej ranki wyssać pół do dwóch cm³. krwi, którą odrazu zlewa się do większej rurki, zawierającej 3 cm³. roztworu żółci, poczem się ją wstawia do cieplarki na 10—16 godzin przy 37°, a następnie czerpie z niej materyał do przeszczepiania na płytki agarowe.

Wilczyński.

Askanazy. **Moczenie krwawe jako objaw początkowy pierwotnej gruźlicy nerek.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 86. Z. 1—3). W rzadkich stosunkowo przypadkach pierwszym objawem rozpoczynającej się gruźlicy nerek bywa mniej lub więcej obfity krwiomocz, pojawiający się zwykle nagle i niespodziewanie wśród zupełnego zdrowia. Czasem wyprzedza on na wiele lat właściwy obraz gruźlicy nerek. Czas trwania i nasilenie krwotoku bywają bardzo różne; w jednych przypadkach ustaje on bardzo szybko, w innych natomiast rozciąga się na dnie i miesiące. Ilość białka odpowiada zazwyczaj domieszce krwi; prątków gruźliczych w moczu zwykle wykryć nie można; w osadzie spotyka się wałeczki krwawe. Napadom krwiomoczu towarzyszą często bole w okolicy nerek, podobne do kolki przy kamicy nerkowej. Przy obmacaniu nerek nie stwierdza się w okresie początkowym krwiomoczu jeszcze żadnych zmian przedmiotowych; bolesność i powiększenie zjawiają się dopiero znacznie później. Silne i długotrwałe krwawienia nerkowe mogą być przyczyną wprost groźnej dla życia niedokrwistości, która może nawet stanowić wskazanie do natychmiastowego zabiegu operacyjnego.

Wilczyński.

Czaplewski. **Rurki zaopatrzone w tamponiki, ułatwiające wykonanie odczynu Gruber-Widala.** (*Münchener mediz. Wochenschrift* 1906, Nr. 11). Surowica ścieka w czasie centryfugowania z napajanego krwią tamponika z odtłuszczonej waty do rurki, jakiej używamy do odczynu Fickera. Tamponik nawinięty jest na grubą szpilkę, przebijającą korek, który zamyka szczelnie Fickerowską rurkę. Tamponik ten sterczy ku światłu rurki. Jeśli tylko korek jest szczelny, krew nie wysycha i centryfugowanie oraz badanie następuje dopiero w pracowni.

Dr. M. Godlewski.

Riegler. **Nowsze odczyny na kwas acetooctowy.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 10). Najprostszy i powszechnie używany odczyn Gerhardta (barwa burgundzkiego wina po dodaniu kilku kropel chlorku żelaza) ma tę ujemną stronę, że wypada dodatnio po zażyciu antypiryny, kwasu salicylowego i t. d. Zabarwienie jednak w takim razie nie znika po zagotowaniu moczu, znika zaś, jeśli był obecny kwas acetooctowy. Odczyn Rieglera (*Wiener med. Blätter* 1902 Nr. 14, 1903 Nr. 16) najlepiej wykonać w sposób następujący: do 2 ctm. moczu prawidłowego dodajemy tyleż 10 prc. kwasu jodowodorowego i 3 ctm. chloroformu. Po wymieszaniu chloroform zabarwia się fioletowo. Teraz dodajemy około 10 ctm. badanego moczu; jeżeli kwas acetooctowy w nim się znajduje, to chloroform się odbarwia. — Lindemann używa (*Münch. med. Wochs.* 1905. Nr. 29) zamiast kwasu jodowodorowego roztworu Lugola, mocz trzeba jednak w takim razie zakwasić. — Za bardzo dobrą, chociaż skomplikowaną, uważa autor ulepszoną przez siebie próbę Arnolda.

Dr M. Godlewski.

Krokiewicz. **Bardzo czuły odczynnik na barwiki żółciowe.** (*Tygodnik lek.* i *Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 11). Do wykonania próby potrzeba 3 odczynników: *a*) *acidum sulphanilicum* 1 prc. *b*) *natrium nitrosum* 1 prc. *c*) *acid. hydrochlor.*

concentr. pur. W probówce mieszamy małe (około 1 ctm.) ilości dwóch pierwszych odczynników, poczem odlewamy z niej tyle, aby nie pozostało więcej, niż kilka kropel (około $^1/_2$ ctm.); dodawszy następnie tyleż ($^1/_2$ ctm.) badanego płynu (moczu itp.) wstrząsamy przez kilkanaście sekund: — powstaje zabarwienie rubinowo-czerwone, przechodzące za dodaniem 1—2 kropel stężonego kwasu solnego po rozcieńczeniu wodą w ametystowe. Gdy barwików żółciowych dużo, trzeba mocz rozcieńczyć. Próba ta, jako bardzo czuła, pozwala wykryć najdrobniejsze ślady barwików żółciowych, n. p. w treści, wydobytej zgłębnikiem żołądkowym. *Dr. M. Godlewski.*

Schütz. Do artykułu p. t.: **„Nowe sito do badania kału“.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 10). Powolnemu stosunkowo przechodzeniu kału przez potrójne sito (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 15) można łatwo zaradzić przez szybkie i miarowe uderzanie szpatułką drewnianą w siatkę drucianą.

Dr. M. Godlewski.

NEUROLOGIA. Müller. **Typowe schorzenie rdzenia przedłużonego.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 86, Z. 4 i 5). Przypadek kazuistyczny. 46-letni mężczyzna z rozległą przedwczesną miażdżycą tętnic cierpiał od lat 10 na silne napadowe bole i zawroty głowy. Przy jednym z takich napadów chory upadł, nie straciwszy jednak przytomności i nie mógł już odtąd chodzić. Po kilku dniach nastąpiło wśród nowego bolu głowy porażenie połykania i chrypka; badanie przedmiotowe stwierdziło wyraźny bezład (*ataxia*) prawej górnej i dolnej kończyny, prawostronne porażenie strun głosowych i skrzyżowane zmiany w czuciu, a mianowicie: zupełne zniesienie czucia bolu i ciepłoty po prawej stronie twarzy, a lewej tułowia i lewych kończyn; świadomość zupełnie zachowana; po kilkunastu dniach chory zmarł z aspiracyjnego zapalenia płuc. Sekcya wykazała bardzo daleko posuniętą — stosunkowo do wieku zmarłego — miażdżycę tętnic mózgowych, zakrzep w prawej tętnicy kręgowej i w następstwie ognisko rozmięknienia w prawej połowie rdzenia przedłużonego w całej jego długości od skrzyżowania piramid aż do mostu. *Wilczyński.*

Stembo. **O dwóch przypadkach czkawki przy wiądzie.** (*Neurol. Centralbl.* Nr. 11, 1905). Czkawka, zdarzająca się u chorych na wiąd z przyczyn zwykłych, jak uczucia silnego głodu, zaburzeń płucnych lub śródbrzusznych, nie jest niczem nadzwyczajnem. W przypadkach, spostrzeganych przez S., czkawka przybrała jednak postać prawdziwych napadów, znamiennych dla wiądu i dłuższy czas, bo nieraz tygodnie i dłużej trwających. I tak stwierdził S. u człowieka 41-letniego, dotkniętego wiądem, czkawkę, utrzymującą się prawie bez przerwy dniem i nocą, wskutek czego chory był bardzo wyczerpany, tembardziej, iż każdy pokarm, do żołądka wprowadzony, sprawiał mu nieznośne bole i to dopóty, dopóki wymioty nie przyniosły mu ulgi na krótką chwilę, poczem znowu czkawka powracała mimo stosowania prądu stałego, morfiny i wdychiwań chloroformu. Dopiero po upływie 10 dni zakończyły się napady, lecz po 5 miesiącach znów wróciły. Dalsze losy chorego nie są autorowi znane. Podobnie rzecz się miała u innego chorego, u którego napady trwały po kilkanaście dni; z początku chory radził sobie rozmyślnem wywoływaniem wymiotów; później gdy to i inne środki nie skutkowało, nic nie pozostało, jak tylko przepłukiwania żołądka, przynoszące przynajmniej chwilowo ulgę choremu; podupadł on tak dalece na siłach, iż musiano stosować lewatywy odżywcze. *Korm.*

CHIRURGIA. Sticker. **Udzielające się i rakowate nowotwory na zewnętrznych częściach rodnych psa.** (*Arch. f. klin. Chir.* 1906, Tom 78). U psów zdarzają się często na zewnętrznych częściach rodnych wyrośle, określane częścią jako narośle rakowate, częścią jako guzy pochodzenia zapalno-zakaźnego. Najczęściej jednak utkanie ich przypomina żywo mięsaka ludzkiego. Przeszczepić je na inne zwierzęta jest dość łatwo i opisano już bardzo wiele podobnych doświadczeń. Pierwszy przeszczepił je Nowinsky. Wehr ze Lwowa w roku 1888 i 1889 przeszczepiał te guzy u 26 psów, przyczem spostrzegał niekiedy także samorodne znikanie nowopowstałego guza. Podobne doświadczenia wykonali Duplay, Carni, Geissler, Smith, Washbourn, White, Sanfelice, Sticker i inni, Smith i Washbourn zauważyli przeszczepianie się guzów przez stosunek płciowy i to w miejscach, odpowiadających sobie, t. j. tam, gdzie członek przylega w czasie spółkowania do pochwy (z 12 suk, zapłodnionych przez chorego psa, 11 uległo zakażeniu). Uważają oni guzy te za mięsaki okrągłokomórkowe, odznaczające się wybitną złośliwością, tworzeniem przerzutów i wielką zaraźliwością. Wcieranie zawiesiny tych guzów wywołuje również zakażenie, natomiast przesącz (przez filtry lub bibułę) nigdy choroby nie wywołał. Guzy te mogą znikać samoistnie i wtedy zwierzę jest już odporne na ponowne zakażenie. Podskórnie zaszczepiono z dodatnim skutkiem guzy 60 razy. Guz wyrasta po szczepieniu już zwykle po 2 tygodniach; w skórze rozwija się po szczepieniu zazwyczaj jeden tylko guz. Natomiast z 60 szczepień do jamy otrzewnej najczęściej rozwijały się guzy mnogie, rozsiane, podobnież w klatce piersiowej. Wprowadzenie (przez nakłucie) części guza do żołądka i mózgu wywoływało również rozwój guzów. Badanie mikroskopowe sprawy przyjmowania się komórek nowotworowych stwierdza najpierw bardzo liczne mitozy. Z początku guzek powiększa się przez wrastanie komórek w szczeliny tkankowe, potem wprost przez rozsuwanie i ucisk tkanek, przyczem nigdy komórki zakażonego ustroju nie przemieniają się w komórki nowotworowe. Rozsiewanie się guzów w jamach surowiczych następuje przez odrywanie się grup komórek nowotworowych. Ogólne zakażenie następuje najczęściej przez przebicie się guza do naczynia krwionośnego. Rozsiewanie się drogą limfy jest rzadsze. W guzach nie powiodło się nigdy stwierdzić drobnoustrojów. Komórki nowotworowe są bardzo odporne: ogrzewanie dwugodzinne w 50°, przechowywanie przez dobę w termostacie lub w ciepłocie — 14° nie niszczy wcale ich żywotności. Koty, króliki, świnki morskie, szczury i myszy są odporne na zakażenie, natomiast u lisa zdołano wywołać guzy przez szczepienie. Guzy te cechuje: 1) łatwe przenoszenie się, nawet drogą stosunku płciowego, 2) podobieństwo w powstawania z tworzeniem się gruzełka, 3) pojawianie się u młodych, ale dojrzałych płciowo psów, natomiast niezdarzanie się u starych, 4) zdolność samorodnego znikania. Dawniej uważano te guzy za raki, a to głównie na tej zasadzie, że komórki ich bywają podobne do nabłonkowych; dokładniejsze jednak badania stwierdziły ich przyrodę mięsakową, choć u psów znane są typowe raki, zwłaszcza na napletku i w przedsionku pochwy. Doświadczenia autora, wykonane na 14 pokoleniach u 100 psów, potwierdziły wszystkie przytoczone spostrzeżenia. Przypadki przenoszenia się nowotworów spostrzegano także u ludzi, n. p. u małżonków na częściach rodnych, dalej nowotwory na wardze dolnej i górnej, na obu wargach sromowych i t. d. Również, choć rzadko, spostrzegano także u ludzi samorodne znikanie guzów, których mikroskopowe badanie stwierdziło utkanie mięsaka lub raka. Szczególnie wydarzyć się to może co do mięsaka. Autor kładąc nacisk na zaraźliwość guzów, spotykanych u psów, samorodne znikanie i czynną po niem odporność ustroju, sądzi, że dalsze badanie tych guzów może rozświetli ciemną jak dotąd patologię nowotworów.

A. Klęsk.

R. Kümmell. **W sprawie gruźliczych zmian przełyku.** (*Münch. medizin. Wochenschrift*, Nr. 10, 1906). Wprawdzie gruźlicze zmiany przełyku opisywane bywają teraz coraz częściej, niemniej jednak należą one do cierpień stosunkowo rzadkich. Przypadek autora, dokładnie spostrzegany, odnosi się do chorego, u którego przy sekcyi znaleziono wrzód gruźliczy, zajmujący większą połowę przełyku, a w innych częściach przełyku liczne małe wrzody i gruzełki. Chory umarł z powodu gruźlicy płuc i krtani. Przy sekcyi znaleziono także gruźlicę jelit i sterczu. Tak rozległą zmianę przełyku opisał tylko raz Weichselbaum; w jego przypadku powstała ona wskutek przebicia się zserowaciałych gruczołów do przełyku. W przypadku Kümmla zakażenie nastąpiło prawdopodobnie przez połykaną plwocinę. Zwykle gruźlica rozwija się w przełyku już poprzednio zmienionym (rak, pleśniawki, oparzenia). Objawów klinicznych w tym przypadku nie było zupełnie, przełykanie było swobodne i niebolesne; natomiast zazwyczaj objawia się gruźlica przełyku bolesnością i objawami zwężenia. Nie są to jednak objawy swoiste, stąd i rozpoznanie gruźlicy przełyku za życia jest najczęściej niemożliwe. *A. Klęsk.*

Lichtenstein. **Woda jako przeszkoda przy zdjęciach röntgenowskich.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 10, 1906). Radyografia w położnictwie znajduje coraz szersze zastosowanie, zwłaszcza z wprowadzeniem pubiotomii. Jednak zdjęcia położnicze są bardzo często bardzo niewyraźne. A jednak dobre zdjęcia byłyby dla położnika bardzo ważne, dozwalałyby bowiem oceniać symetryę miednicy, jej zmiany chorobowe, sprawę gojenia się kości łonowej po pubiotomii, dalej położenie płodu, ciążę bliźniaczą i t. d. Przypuszczano, że zamazanie obrazu pochodzi od grubej warstwy części miękkich (macicy ciężarnej, samego płodu i t. d.), która dla promieni röntgenowskich ma być nieprzepuszczalną. Płód, leżący zewnątrz macicy, o wiele lepiej wychodzi na kliszy, niż płód wśród macicy. Prócz grubej warstwy części miękkich obwiniano stosunkowo wielką odległość płodu od kliszy, ruchy matki i płodu, a w końcu miękkie jeszcze utkanie kośćca płodu. Albers-Schönberg zapomocą swojej uciskowej blendy uzyskał wcale dobre zdjęcie płodu w macicy, co odnosi do wstrzymania ruchów płodu przez blendę. Jednakże badania doświadczalne Alberta i obecnie autora dowodzą, że główną przeszkodą w zdjęciach röntgenowskich wogóle jest tylko woda. Dowodzą tego röntgenogramy sztaby żelaznej, pod którą na kliszy ustawia się naczynie (skośnie), wypełnione wodą. Najwyraźniej

szy obraz powstaje tam, gdzie warstwa wody jest najcieńszą. Na röntgenogramach kobiety ciężarnej najwyraźniej widać kości przedniego pierścienia miednicy, zaś kości, leżących pod warstwą wód płodowych, (jak talerze biodrowe, kość krzyżowa i t. d.) prawie zupełnie nie widać. Już warstwa 10 ctm. płynu wystarcza, by obraz kości był zamazany. U ciężarnej warstwa dosięga około 33 ctm., w okolicy spojenia 16 ctm. Gdy ilość wód płodowych jest skąpa, zdjęcia wypadają znacznie lepiej. W chirurgii woda przeszkadza również często przy zdjęciach. I tak o wiele lepiej wychodzą kamienie w przewodach żółciowych, niż w samym woreczku leżące, podobnie kamienie w moczowodach widać lepiej, niż w miedniczce nerkowej, w której mocz się zatrzymał. Oczywiście na wyrazistość wpływa tu także znacznie skład kamienia. *A. Klęsk.*

Reclus. **Leczenie zmiażdżeń palców.** (*Presse méd.* Nr. 19, 1906). Autor, jeden z głównych twórców zachowawczego leczenia zmiażdżeń członków, odstępuje od ogólnej zasady, o ile chodzi o palce ręki. Palce zupełnie zmiażdżone należy odjąć, zwłaszcza u ludzi z pracy rąk żyjących, niebezpieczeństwo zakażenia jest bowiem szczególnie u tych ludzi duże, leczenie trwa nadzwyczaj długo, wynik ostateczny, zesztywnienie, nietylko nie przynosi pożytku choremu, ale owszem uniemożliwia pracę i zmusza do następowego odjęcia zagojonego ale zesztywniałego palca. Wyjątek stanowi duży palec ręki. Tu należy jak najbardziej zachowawczo postępować, gdyż uratowanie choćby najdrobniejszej cząstki palca dużego stanowi o przyszłej czynności całej ręki. *Dr. Mostowski.*

Meissl. **W sprawie plastyki policzka.** (*Arch. f. klin. Chir.* 1906, T. 78). Po omówieniu sposobów, używanych dotąd do plastycznego pokrycia ubytków policzka, opisuje autor dwa przypadki, w których Eiselsberg wykonał plastykę z języka, a mianowicie rozciął język cięciem, równoległem do dna jamy ustnej od strony ubytku do połowy i rozchylone kawałki języka wszył w ubytek policzka, poczem płatem ze szyi pokrył ubytek skórą od zewnątrz. Cięcie nie sięgało do końca języka, przez co język zachował potem wcale dobrą ruchomość. W pierwszym przypadku wycięto przedtem kawałek szczęki dolnej, wszycie więc języka było przez to łatwe, w drugim usunięto dla tegoż celu zęby żuchwy. Język w obu przypadkach przygoił się bardzo dobrze, zamknięcie jamy ustnej było zupełne. Sposób ten jest niejako dalszym ciągiem prób Gersunyego i Eiselsberga pokrywania ubytków podniebienia uszypułowanymi płatami z języka. *A. Klęsk.*

Sommer. **Krytyczne i nowe uwagi w sprawie leczenia ropni migdałków.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 11, 1906). Leczenie ropni migdałków w pierwszych okresach ich rozwoju polega na stosowaniu środków przeciwzapalnych, jak lodu, okładów i płukań przeciwgnilnych. Jeżeli obrzęk się powiększa, stosuje się znowu środki, mające przyspieszyć tworzenie się ropnia, jak gorące okłady, wdychiwania, kataplazmy, lub też nacięcia i nakłucia zwalniające. Nacięcia te zarastają szybko, trzeba je potem zgłębnikiem rozdzierać na nowo i dlatego chorzy często nie pozwalają na dalsze takie zabiegi. Często, choć już ropień się wytworzył, cięcie nie natrafia na ropę, bo można ropień ominąć, a za głęboko boją się lekarze nacinać, aby nie zranić tętnicy szyjnej. Utrudnia też operacyę szczękościsk, częsty w tych przypadkach. Wobec tych różnych trudności radzi autor po rozpoznaniu ropnia migdałka zaraz usuwać migdałki z pomocą noża lub tonsillotomu. Otworzy się przez to ropień zawsze i usunie się odrazu przypadłości i to na stałe, w następstwie bowiem ropni powstają często przerosty, zmuszające nieraz później do usuwania migdałka. Autor znieczula migdałek pędzlowaniem 5 prc. kokainą i wstrzykiwaniem 1 grm. 3 prc. kokainy z kilku kroplami adrenaliny. *A. Klęsk.*

Ehrlich. **Leczenie ostrych i przewlekłych ropień kamforą fenolową.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 11, 1906). Autor poleca gorąco sposób leczenia ostrych i przewlekłych spraw zapalnych i ropnych kamforą fenolową, podany swego czasu przez Chlumskyego. Przy próbach okazał się najlepszym stosunek, podany przez Chlumskyego, t. j. *Acid. carbol. puriss.* 30,0. *camphor. trit.* 60,0., *alkohol* 10,0. Autor stosował to leczenie w 96 przypadkach różnych zapaleń i ropień w postaci smarowań, zakraplań i zakładania luźnych setonów, napojonych tym środkiem. Objawy zapalne znikały szybko, ropienie i obrzmienie rychło się ograniczały, bolesność ustępowała również prędko. Przy ropieniach w okolicy stawów ruchomość ich, upośledzona wskutek obrzęku, wracała już na drugi dzień. Przy stosowaniu okładów nie trzeba pokrywać ich ceratką, lecz dozwolić lekowi parować. W razie rozpoczynającego się ropienia robi się z początku okłady, a potem, gdy chełbotanie wystąpi, małe cięcie. Sposób ten zasługuje zdaniem autora o wiele więcej na polecenie n. p. w praktyce wojskowej, niż zastoinowe przekrwienie Biera, nie wymaga bowiem tylu ostrożności i wyuczonego personalu sanitarnego celem nadzorowania przekrwienia. *A. E. Klęsk.*

Stein. **Przypadek bąblowca wątroby, przebicie do płuca — wyleczenie po wycięciu żebra.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 12, 1906). U 40-letniej kobiety pojawiły się po raz pierwszy bóle w okolicy wątroby przed 8 laty. Z końcem roku 1904 wymioty i kolka wątrobna. Rozpoznano kamicę żółciową. Potem częste dreszcze, kaszel, powiększenie śledziony i gorączka. Leczenie wewnętrzne przeciw kamicy. Wątroba i śledziona powiększały się stale, wystąpił obrzęk rąk i nóg, mocz wydzielał się skąpo. Leczenie promieniami Röntgena. Wątroba i śledziona zmalały, mocz miał być raz wtedy całkiem „czarny“. Kaszel coraz silniejszy; w kwietniu 1905 w plwocinie znaleziono haczyki bąblowca. Na operacyę chora się nie zgadza. W maju przy kaszlu odchodzą masy szaro-czerwone, blizko litr dziennie; gorączka do 40°, silne wychudzenie. W czerwcu znaleziono zupełne stłumienie po prawej stronie klatki piersiowej i rozpoznano ropniak opłucny. Chora godzi się na zabieg. Wycięcie 7. żebra poniżej prawej brodawki sutkowej. Wydobyła się ropa w ilości 2 litrów, stan bardzo lichy, wskutek czego odstąpiono od dalszego zabiegu. Potem częste odkrztuszanie mas ropiastych w dużej ilości, aż w końcu października wyzdrowienie. Przez ranę klatki piersiowej odchodziły ciągle pęcherze bąblowca aż do lipca. Wobec żółtaczki, odpluwania przy kaszlu haczyków, obecności barwików żółciowych w plwocinie i zmniejszenia się nagłego wątroby trzeba przyjąć, że był to przypadek bąblowca wątroby, który przebił się do płuca. *A. Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. W. Nacke. **O cięciu cesarskiem na zmarłej z wadą serca.** (*Zentralblatt für Gynekologia,* 1906, Nr. 10). Z powodu wady serca (zwężenie ujścia żylnego lewego) powikłanej ciążą w 37. tygodniu, postanowił N. przerwać ciążę. Wkrótce po założeniu balona zastał N. chorą umierającą. Czuwając ciągle nad tętnem płodu, wykonał N. w 2 minuty po ostatnim oddechu chorej cięcie cesarskie i wydobył płód, zdolny do życia i żywy, który niestety zmarł w $1^1/_2$ godziny po operacyi jedynie wskutek zbyt energicznych wahań Schultzego; sekcya bowiem stwierdziła krwotok wewnętrzny w następstwie uszkodzenia wątroby. Wobec trudności w ocenianiu zapasowej siły serca uważa N., podobnie jak Bussalla, jak najdłuższe wyczekiwanie obok nadzorowania tętna płodu za jedynie właściwe postępowanie. Inaczej ma się rzecz z drgawkami porodowemi, przy których radzi N. za Henkelem, w razie niemożności rozwiązania przez pochwę, cięcie cesarskie zaraz po pierwszym gwałtownym napadzie, lub po szeregu słabszych. Uśpienie i zabieg, które mogą same przez się wywrzeć wpływ fatalny na chorą z wadą serca, nie grożą niebezpieczeństwem u chorej z drgawkami porodowemi; przeciwnie chloroform i upust krwi obok opróżnienia macicy mogą tu wywrzeć wpływ jak najlepszy. *B. Wojciechowski.*

Utmoller. **Cięcie cesarskie pochwowe przy drgawkach porodowych w domu prywatnym wykonane.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr. 10). U pierwiastki wystąpiły na 2 tygodnie przed końcem ciąży silne drgawki porodowe, które w ciągu $^5/_4$ godziny powtórzyły się 6 razy. Chora straciła po 2. napadzie przytomność. Tętno wysokie, obrzęki, 8‰ białka w moczu, brak czynności porodowej; płód żyje. W złych warunkach co do asysty i miejsca wykonał U. cięcie cesarskie pochwowe, z przecięciem przedniej i tylnej ściany szyi, a po obrocie wydobył płód żywy, ważący 3750 gr. i wyjął łożysko. Przy wydobyciu płodu stawiała opór pochwa i międzykrocze, które uległo przedarciu I. stopnia. Po porodzie napady ustały: po kilku godzinach powróciła świadomość. W 3. i 4. dniu pologu ciepł. do 38°, w 4. dniu znikło białko w moczu; tętno, z początku 120, wróciło 11. dnia do stanu prawidłowego. Przy leczeniu drgawek porodowych leży, zdaniem U., jądro sprawy w tem, by macicę opróżnić jaknajrychlej po wystąpieniu pierwszego napadu, bez względu na częstość napadów. Cięcie cesarskie pochwowe uważa U. za zabieg szybszy i mniej niebezpieczny, niż rozszerzenie sposobem Bossiego. *B. Wojciechowski.*

Bosteller. **Przypadek skrwawienia się z powodu białaczki u ciężarnej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 9). Pierwiastka w VII. miesiącu ciąży. Z powodu zapalenia migdałków wykonał lekarz domowy nacięcie, połączone z obfitszym, niż zwykle krwotokiem, lecz ropy nie znalazł. W chwili przyjęcia c. 37·3, t. 88. Cera blada, gruczoły szyjne obrzękłe, tkliwe, zapalenie migdałków. Płód żywy, ujście rozwarte na palec, nieznaczne krwawienie. Mocz krwawy, bez wałeczków. Ropień migdałka lewego przebił sam; po 2 dniach ciepłota prawidłowa. Około południa duszność, tęt. 96—150, ciepłota dosięga wieczorem 40·2; niepokój; mocz silnie krwawy; tarcie na wysokości 4. żebra tuż przy l. brzegu mostka; I. ton sercowy nieczysty; poród nie postępuje. Nacięcie obu migdałków nie wykryło ropy. Wieczorem nagle śmierć wśród objawów porażenia serca. Uwzględniając brak tętna płodu i wczesny okres ciąży, zaniechano cięcia cesarskiego na zmarłej. Za przyczynę śmierci uwa-

żano gwałtowne zakażenie, wychodzące z migdałków. Sekcya stwierdziła: płyn surowiczo-krwawy w jamie opłucnej, wybroczyny na osierdziu i wsierdziu; w sercu i dużych naczyniach tylko płynna krew, mięsień sercowy blady; migdałki bardzo duże, zawierają w środku ogniska tkanki obumarłej; w drogach oddechowych śluz krwawo zabarwiony; w płucach zmian zapalnych niema; śledziona duża, miękka, ciemno-czerwona, przy górnym brzegu 2 świeże zatory; w przewodzie pokarmowym płyn krwawy, wybroczyny na otrzewnej i błonie śluzowej jelit; nerki duże, blade; miedniczki rozszerzone, błona śluzowa przekrwiona, obrzękła; wątroba duża, miękka, blada; obrzęk gruczołów podszczękowych. Badanie drobnowidowe (Recklinghausen) wykazało liczne nacieki okrągłokomórkowe (przeważnie małych limfocytów) wewnątrz torebki Glissona; stan ten określił R. jako białaczkę wątroby. Podobnie stwierdził naciek białaczkowy w błonie śluzowej miedniczki nerkowej w połączeniu z wybroczynami. Przyjęcie choroby krwi ze skłonnością do krwotoków tłómaczy wszystkie objawy w danym przypadku. Gwałtowny przebieg nie zezwolił na dokładne badanie krwi, któreby było potrzebne do określenia rodzaju białaczki. Powikłanie z ciążą należy do wielkich rzadkości. Etyologia ciemna. Wczesne rozpoznanie niema praktycznej doniosłości, bo zarówno leczenie białaczki jako takiej, jakoteż powikłanej z ciążą, jest bezskuteczne. *B. Wojciechowski.*

R. de Seigneux. **Graficzna metoda w ginekologii i zastosowanie jej do zwalczenia raka macicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 9). S. sporządził tablicę kratkowaną, obejmującą jeden rok, przeznaczoną do tego, by chora sama zaznaczała w niej każde krwawienie, jego stopień, doznawane przytem bole, potem upławy i t. d. Tablica taka pozwala lekarzowi bardzo dobrze zoryentować się w najważniejszych objawach życia płciowego kobiety. S. sądzi, że gdyby wręczanie takiej tablicy każdej chorej i wypełnianie jej przez chorą stało się ogólnym zwyczajem, gdyby nadto każda kobieta do 30. lub 40. roku życia co 6 miesięcy, a później co 3 miesiące przedstawiała swą tablicę lekarzowi, to niemożliwem byłoby przeoczenie objawów raka macicy i nie byłoby przypadków zaniedbanych. Skoro ludzie inteligentni przedstawiają się od czasu do czasu dentyście, aby się przekonać, czy zęby się nie psują i wcześnie braki naprawiać, to tembardziej powinnyby kobiety z powodów o wiele poważniejszych poddać objawy swego życia płciowego nadzorowi lekarskiemu. *B. Wojciechowski.*

Sellheim. **Badania anatomiczne, doświadczalne i kliniczne nad operacyjnem rozszerzeniem miednicy.** (*Beitr. zur Geb. und Gyn.* T. X. Z. 3). W przypadkach miednic ścieśnionych, dających wskazanie względne do cięcia cesarskiego, rozporządzamy obecnie w razie braku zgody na cięcie następującymi sposobami rozwiązania matki i otrzymania płodu żywego: wysokie kleszcze, obrót zapobiegawczy, poród przedwczesny i rozszerzenie ścieśnionego kanału miednicy. Rozszerzenie kanału rodnego osiągamy zapomocą ułożenia Walchera, rozcięcia spojenia i pubiotomii. Sposoby te zmniejszają znacznie śmiertelność dzieci i ułatwiają wydalenie dziecka drogą naturalną. Od czasu podania pubiotomii podskórnie lub z jak najmniejszą raną zewnętrzną powstała tem większa potrzeba dokładnego poznania anatomicznych stosunków tej okolicy. Niewielkie cięcie skórne na łuku łonowym nie narusza zwykle żadnych znaczniejszych naczyń. Przy przesuwaniu igły po tylnej ścianie łuku oddzielamy od kości sieć dość silnych naczyń, które zasilają gałęzie łonowe tętnicy nabrzusznej i zasłonowej (*ramus pubicus art. epigastricae i ramus pubicus art. obturatoriae*). Jeżeli te naczynia są silnie rozwinięte, to istnieje tak wielką wzbudzająca obawę »*corona mortis*«. Przez ostrożne odsunięcie tkanki od kości można krwotoku uniknąć. Krwawienia naczyń zasłonowych unikamy na pewne, przepiłowując kość nie dalej, jak na 2 palce od środka spojenia, lub inaczej mówiąc trzymając się na wewnątrz od guzka k. łonowej (*tub. pubicum*). Piłka może łatwo skaleczyć splot żylny na przedniej stronie kości łonowej. Zranienia splotów naczyniowych na dolnej powierzchni i silnych splotów żylnych można uniknąć, trzymając się igłą Döderleina ściśle dolnego brzegu kości łonowej, jakkolwiek małych skaleczeń trudno uniknąć. Zranienie splotów żylnych bywa skutkiem następowego rozejścia się kości, o czem świadczy to, że krwotok często pojawia się dopiero później, nie podczas samego pilowania. Kość należy piłować ostrożnie, ale nie za ostrożnie; kiedy się odnosi wrażenie, że kość przepiłowana, trzeba najpierw przekonać się o rozstąpieniu się kości, a potem dopiero wyjąć piłkę, często bowiem znajdują się na przedniej stronie bardzo silnie rozwinięte więzadła, które również trzeba przedzielić. Autor przestrzega przed prowadzeniem igły bez nadzoru palcem, bardzo łatwo bowiem można wtedy drogę zmylić. Na podstawie licznych doświadczeń i dokładnych pomiarów na zwłokach doszedł autor do przekonania, że stopień rozszerzenia miednicy jest jednakowy, tak przy rozcięciu spojenia, jak też hebotomii, bo mimo przesunięcia cięcia ku jednej stronie miednicy, miednica rozszerza się dosyć jednostajnie. Natomiast do rozszerzenia przepiłowanej miednicy potrzeba przy pubiotomii siły średnio 3 razy większej, niż przy rozcięciu spojenia, a to wskutek utrzymania części miękkich. Szczegół ten przemawia na korzyść pubiotomii. Im kość krzyżowa szersza, tem znaczniej powiększa się sprzężna wchodu. Ułożenie Walchera po wykonanej pubiotomii jest zbyteczne, a przytem niebezpieczne, gdyż zagraża więzadłom miednicy. W klinice fryburskiej wykonano hebotomię 5 razy, zawsze podskórnie sposobem Döderlenia. Krwawienie podczas i po przecięciu kości było z jednym wyjątkiem zawsze silne, ustawało jednak stale pod uciskiem gazy. Ranę skórną zaszywano bez sączkowania. We wszystkich przypadkach wytworzyły się krwiaki wielkości jaja gęsiego. W dwóch pierwszych przypadkach rodzące same porodziły, a poród niczem nie różnił się od porodu prawidłowego. W przypadku trzecim założono kleszcze ze względu na tętno płodu; wydobycie było łatwe. 16-go dnia operowane wstały; kość była dobrze zrośnięta, chód prawidłowy; u jednej już po wstaniu powstał zakrzep żylny na lewem udzie. Sprzężna wchodu uległa stałemu wydłużeniu od $^1/_2$—$^3/_4$ cm (Bylicki). Autor sądzi, że po hebotomii należy w zasadzie czekać na poród siłami przyrody. Zachowanie części miękkich sprzyja powolnemu rozszerzaniu się miednicy, a i możliwość niezwłocznego zeszycia rany stawia hebotomię wyżej od rozcięcia spojenia. Autor nie widzi powodu, dlaczegoby nie można pubiotomii stosować także i u pierwiastek. Krwiaki mogą uledz wessaniu lub zropieniu, co tem więcej nakazuje zachować jak najściślejszą czystość przy operacyi. Często nie następuje prawidłowy zwrot główki wskutek zmniejszenia się krzywizny kanału miednicy. Co do wskazań, to autor robi hebotomię, widząc z przebiegu porodu, że siłom przyrody nie uda się pokonać niestosunku porodowego bez szkody dla dziecka lub matki. Dlatego też robi ją i przy mniejszych ścieśnieniach, jeżeli główka duża. Autor uważa rozcięcie spojenia i pubiotomię za równoznaczne pod względem rozszerzenia miednicy. *Dr. Przybylski.*

Blumreich. **W sprawie hebotomii.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 8). Autor zebrał z piśmiennictwa do 1 stycznia 1906 86 przypadków hebotomii. Siedem przypadków zakończyło się śmiercią matki: z tego raz wskutek chloroformu, raz w trzy tygodnie po operacyi na dur, z pozostałych pięciu cztery zmarły wkrótce po operacyi na zakażenie, w jednym stwierdziła sekcya zakrzepy w obu żyłach nasiennych aż do rozgałęzień żył nerkowych. W przypadkach tych, które zakończyły się śmiercią wskutek zakażenia, istniały rozległe, bo aż do rany w kości drążące pęknięcia pochwy, powstałe w czasie porodu kleszczowego. W żadnym z tych przypadków nie można było stanowczo udowodnić, że zakażenie istniało już przed zabiegiem. Z tego, że z 14 przypadków, w których była gorączka przed hebotomią, te tylko zakończyły się śmiercią, w których były głębokie zranienia pochwy, wysnuwa autor wniosek, że obrażenia części miękkich (zwłaszcza łączące się z raną kostną), pogarszają bardzo rokowanie. W interesie więc tej tak pożytecznej operacyi należy unikać wszelkich zranień części miękkich. Dlatego po hebotomii radzi autor (podobnie jak Zweifel, Menge i Döderlein) nie kończyć porodu sztucznie, lecz zostawić go siłom przyrody. Pęcherz moczowy zraniono w czterech przypadkach. Przyczyny zranień pęcherza są dwojakie: albo rani je igła lub piłka, łącząc wprost wnętrze pęcherza z raną operacyjną, albo zranienia powstają wskutek ucisku ścian pęcherza między główką a brzegiem rany w kości. Z tego względu jest zdaniem autora lepszym sposób Döderleina, jako dozwalający oddzielić pęcherz przez ranę od kości. — W ośmiu przypadkach powstały po operacyi zakrzepy w żyłach. Jest to liczba bardzo znaczna, gdy się zważy, że według obliczeń Winkla wypada na 635 połogów 1 przypadek zakrzepu żylnego. — W 10 przypadkach spostrzegano w miejscu przepiłowania kości krwiaki, które najczęściej bez złych następstw ulegały wessaniu. Jeżeli się po udoskonaleniu techniki operacyjnej zmniejszy śmiertelność po hebotomii, to operacya ta zastąpi wymóżdżenie na dziecku żywem, cięcie cesarskie ze wskazania względnego i sztuczny przedwczesny poród, a nawet zdaniem niektórych autorów wysokie kleszcze i obrót zapobiegawczy. Hebotomię wykonywać można wprawdzie także poza kliniką, lecz ponieważ operacya ta sprawia często wiele trudności, szczególnie w leczeniu pooperacyjnem, przeto zdaniem autora nie powinni jej wykonywać lekarze praktycy. *Jaworowski.*

P. Profanter. **Tymczasowe doniesienie o nowym sposobie oburęcznego badania ginekologicznego.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 6, 1906). By módz wykonać oburęcznie dokładne badanie ginekologiczne, musi lekarz uśpić chorą chloroformem. Zdarza się to przedewszystkiem u kobiet starszych, które nigdy nie rodziły, u których pochwa jest długa i wązka, podściółka tłuszczowa na brzuchu bardzo obfita, a mięśnie brzucha napięte, na-

stępnie u kobiet nerwowych i wrażliwych, jakoteż u kobiet, u których badanie wywołuje ból w częściach rodnych zewnętrznych (*vaginismus*). By uniknąć w takich przypadkach uśpienia chloroformowego, stosował autor badanie w ciepłej kąpieli. Skutek był zawsze bardzo dobry, wązka pochwa rozszerzała się pod wpływem wypełniającej ją wody, napięcie powłok brzusznych i ciśnienie brzuszne wybitnie się zmniejszało, a bole, jeżeli istniały, były przy tem badaniu daleko mniejsze, lub zupełnie ich nie było. Jedyną ujemną stroną tego badania jest niedogodna pozycya badającego i badanej. Autor ma jednak nadzieję usunąć wkrótce te przeszkody przy pomocy odpowiedniego przyrządu. *Jaworowski.*

J. Wallart. **W sprawie zmian jajników przy zaśniadzie groniastym i złośliwym nabłoniaku kosmówki.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. LVI, Z. 3). Autor występuje przeciw zapatrywaniu tych autorów, którzy twierdzą, iż przy zaśniadzie groniastym lub nabłoniaku kosmówki ulega zmianie budowa histologiczna jajników, a mianowicie, iż jajnik ulega zwyrodnieniu torbielowemu, ściany zaś torbieli stanowią warstwy komórek luteinowych. Pick twierdził, iż nadmierne wytwarzanie się komórek luteinowych pociąga za sobą wzmożony rozwój komórek nabłonka kosmkowego w macicy, lub też w trąbkach i tworzenie się zaśniadu groniastego. Tymczasem każda ciąża wywołuje taki silniejszy rozwój komórek luteinowych w mniejszym lub większym stopniu. Autor spostrzegał przypadek nabłoniaka kosmówki zakończony śmiercią, w którym cała choroba trwała tylko 3 miesiące. Badanie jajników stwierdziło również torbielowe zwyrodnienie. Ściany tych torbieli miały budowę mieszków z tą jednakowoż różnicą, iż osłonka wewnętrzna tworzy warstwę komórek nabłonkowatych, zupełnie podobnych do komórek luteinowych w ciałkach żółtych prawdziwych. Wnętrze torbieli zajmowała jednostajna brunatnawa treść płynna. Zmiany takie spotyka się i w zupełnie prawidłowych ciążach i nie można ich uważać za zjawisko, właściwe tylko przypadkom zaśniadu groniastego lub nabłoniaka kosmówki. W tym n. p. przypadku tak niewielkie stosunkowo zmiany w jajnikach miałyby według tego zapatrywania wywołać tak szybki postęp choroby, co przecież jest niemożliwe, skoro n. p. w innem spostrzeżeniu autora były w jajnikach jeszcze większe zmiany bez jakichkolwiek zmian chorobowych jaja. Autor sądzi, iż przy zaśniadzie i nabłoniaku kosmówki nie zachodzą w budowie jajników żadne swoiste zmiany, któreby mogły mieć jakieś rozpoznawcze znaczenie dla tych chorób. *Dr. G. Wierzbicki.*

Doc. Wł. Bylicki. **Niezwykłe źródło zakażenia połogowego. Przyczynek do powstawania najmniejszych przetok pochwowo-prostnicowych.** (*Tyg. lek.* 1906, Nr. 8, 9 i 10). Autor opisuje przebieg połogu, połączony z zakażeniem miejscowem, wywołanem przez prątek okrężnicy. Zakażenie to przebiega z gwałtowniejszymi objawami miejscowymi, niż zakażenie gronkowcem, o czem w danym przypadku świadczył wielki obrzęk warg sromowych małych i wielkich, brudno szara, matowa powłoka wrzodów i odchody o woni kału. Prątek okrężnicy dostał się w tym przypadku do części rodnych nie z zewnątrz, lecz przez przetokę pochwowo-prostnicową. Powstanie tej przetoki tłómaczy B. w ten sposób, iż przy przerzynaniu się główki musiało powstać pęknięcie błony śluzowej odbytnicy, następnie warstwy mięsnej pochwy i samej błony śluzowej pochwy. *Ozw.*

Józef Sachs. **I. Przypadek cięcia cesarskiego z powodu wskazania bezwzględnego. II. Przypadek oderwania sklepień pochwowych podczas porodu, po raz drugi się zdarzający u jednej i tej samej osoby.** (*Medycyna*, Nr. 10). I. Cięcie cesarskie wykonał S. u 24-letniej pierwiastki z miednicą ogólnie ścieśnioną krzywiczą o sprzężnej wchodu prawdziwej 5 ctm. II. W Nrze 38 *Gazety lek.* z roku 1902 opisał autor „przypadek oderwania sklepienia pochwy od macicy podczas porodu". U tej samej osoby podczas następnego porodu 10-go powstało pęknięcie pochwy w sklepieniu tylnem. S. rozwiązał rodzącą przy pomocy obrotu na nóżkę, poczem wytamponował pochwę gazą jodoformową. Chora w 4 tygodnie po zabiegu wyszła ze szpitala z wysiękiem przymacicznym. Zwężenie miednicy, większe wymiary główki przy jednoczesnej bliźnie w miejscu poprzedniego pęknięcia wywołały ponowne oderwanie się sklepień pochwowych. *Ozw.*

Louros. **Wpływ zimnicy na ciążę, poród i połóg.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 2, 1906). Zakażenie zimnicze wywołuje bądźto poronienie i poród przedwczesny, bądź też odklejenie się łożyska i krwotoki w czasie ciąży, porodu i połogu. Dotychczas tłómaczono zjawisko to częścią wysoką gorączką i niedokrwistością, częścią wpływem chininy, wywołującej kurcze macicy; autor opierając się na badaniach Pa qualiego, Bompianiego i swoich własnych twierdzi, że przyczyna leży w zmianach samej macicy, podobnie jak w wątrobie i śledzionie pojawiających pod wpływem zarazka zimniczego. Drobnowidowe bowiem badanie łożyska położnic, dotkniętych zimnicą, stwierdza w niem różnorakie patologiczne zmiany, jak: zawały, naloty włóknikowe, bujanie tkanki łącznej i zanik kosmków. *Wilczyński.*

OKULISTYKA. Renner. **Przekrwienie bierne w leczeniu okulistycznem.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 1). Autor próbował w klinice Eversbuscha w Monachium leczyć niektóre cierpienia oczne zapomocą przekrwienia biernego sposobem Biera. Przedtem przekonał się autor na sobie, jaki skutek wywiera na prawidłowych oczach miernie silne zaciśnięcie szyi elastyczną taśmą, 3 ctm. szeroką. Znosił on takie zaciśnięcie przez 3 do 8 godzin, doznając przytem uczucia pełności i ciepła w twarzy i głowie, napięcia w powiekach i w zewnętrznych mięśniach ocznych, zatkania nosa, oraz chrypki, wywołanej zapewne lekkiem obrzmieniem strun głosowych. Spojówka powiek ulegała silnemu przekrwieniu, spojówka gałki również, ale w mniejszym stopniu. Renner nie zauważył żadnej zmiany w bystrości wzroku, ani w ruchach gałek ocznych, ani w napięciu śródgałkowem. W ten sposób stosowane przekrwienie bierne dawało stosunkowo najlepsze wyniki w przypadkach miąższowego zapalenia rogówki, które ustępowało szybko bez żadnego innego leczenia. Korzystny, choć mniej uderzający wpływ wywierało ono także na przebieg pełzającego wrzodu rogówki. Przy zapaleniu pryszczykowem i zaćmieniach rogówki unaczynionych i nieunaczynionych nie dawało przekrwienie bierne żadnych korzyści, ale też nie sprawiało żadnej szkody. Spostrzeżeń jest dotąd za mało, aby módz na nich opierać sąd stanowczy o tym sposobie leczenia. Przekrwienie bierne stosowano oczywiście tylko u osób, nie dotkniętych żadnemi zboczeniami w narządzie krążenia, po większej części u dzieci, a także u osób dorosłych, które nie przekroczyły czterdziestki. *K. W. Majewski.*

Sokołow. **Działanie chlorku yohimbiny na oko.** (*Rozpr. doktorska Petersburg.* Wedł. *Ann. d'ocul.* 1906, Nr. 2). Chlorek yohimbiny rozpuszcza się w wodzie tylko za ogrzaniem i to zaledwie w stosunku 2: 100. Po upływie miesiąca roztwór przybiera barwę żółtawą i traci swe działanie lecznicze. Rozczyny 1 prc. i 2 prc. mają w małym stopniu własności bakteryobójcze. Po zapuszczeniu rozczynu yohimbiny do worka spojówkowego powstaje wśród uczucia pieczenia nastrzykanie spojówkowe i rzęskowe, trwające 4 do 6 godzin. Naczynia na dnie oka nie ulegają zmianie. Po upływie 20 do 30 minut zaczyna się rozszerzać źrenica. Rozszerzenie dochodzi do szczytu po upływie godziny i utrzymuje się mniej więcej przez przeciąg jednej doby. Na akomodacyę, ani na parcie śródoczne yohimbina nie wpływa. Rozczyny 1 prc. i 2 prc. wywołują w 30 do 60 sekund po zapuszczeniu zupełne znieczulenie rogówki i spojówki, utrzymujące się przez 9 do 15 minut, poczem czucie stopniowo powraca. Zagotowanie rozczynu nie zmienia wcale jego znieczulających własności. Ujemną stroną yohimbiny jest dość znaczne nastrzykanie, jakie powstaje po jej zakropleniu, a którego nie usuwa nawet dodana do rozczynu adrenalina. Z tego powodu zastosowanie tego środka musi doznawać pewnych ograniczeń. Z korzyścią można go używać jako środka znieczulającego przy niektórych drobnych zabiegach, jak n. p. usuwanie ciał obcych z rogówki, tatuacya plam rogówkowych, gdzie niema krwotoku; dalej przy wyciskaniu ziarn jagliczych, przy operacyi skrzydlika, przy tenotomii, tu bowiem rozszerzenie naczyń i zwiększony nieco krwotok niewiele przeszkadza. Natomiast przy wycięciu tęczówki i przy operacyi zaćmy, gdzie nieznaczny nawet wylew krwi utrudnia i sam zabieg operacyjny i następowe leczenie, yohimbina jest przeciwwskazana. Wstrzyknięta podskórnie znieczula ona tkanki tak samo, jak kokaina. *K. W. Majewski.*

Gullstrand. **Barwa środkowej plamki** (*macula centralis*) **siatkówki.** (*Arch. f. Ophth.* T. LXII, Z. 1, 1906). Autor unika z rozmysłu powszechnie przyjętej nazwy „plamka żółta" (*macula lutea*), ponieważ środkowa plamka w żywem oku nie zawiera wcale żółtego barwika. Badanie wziernikiem przy świetle dziennem, jak i przy świetle lampy łukowej istotnie nie stwierdza wcale żółtego zabarwienia plamki. G. przytacza prócz tego cały szereg innych argumentów dla poparcia już dawniej przez siebie wypowiedzianego twierdzenia, że nazwa plamki żółtej nie jest usprawiedliwiona ani jej wejrzeniem za życia, ani nawet jej barwą po śmierci, jeśli bowiem na świeżo wyłuszczonej gałce ocznej oddzieli się siatkówkę jak najdelikatniej i z użyciem jak najmniejszej siły, wtedy niema ani śladu żółtego zabarwienia. *K. W. Majewski.*

Wolfrum. **Pięć przypadków gruźlicy oka, leczonych tuberkuliną** *T. R.* (*Archiv f. Augenheilk.* T. LIV, Z. 1, 1906). Tuberkulina Kocha pierwotna nie była w okulistyce prawie wcale stosowaną. Natomiast nowa tuberkulina T. R. zaczyna sobie zjednywać zwolenników. Autor w lipskiej klinice okulistycznej prof.

Sattlera leczył zapomocą wstrzykiwań tej tuberkuliny trzy przypadki gruźliczego zapalenia tęczówki i dwa przypadki *episcleritis tuberculosa*. Z wyjątkiem jednego stwierdzono we wszystkich przypadkach zmiany gruźlicze w płucach. Autor rozpoczynał wstrzykiwania od 1/500 mg. suchej substancyi i dochodził do ½ ctm.³ płynu, co odpowiada 5 mg. suchej substancyi. We wszystkich przypadkach wyleczono sprawę oczną. Zwykle w 14 dni do czterech tygodni po rozpoczęciu wstrzykiwań występuje odczyn, bądźto w postaci zaostrzenia się sprawy zapalnej, bądź też odrazu objawy zaczynają ustępować. Możność sprawdzania okiem postępów leczenia pozwala o wiele łatwiej w cierpieniach ocznych ocenić wartość leczniczą tuberkuliny, aniżeli w zmianach narządów wewnętrznych. Mierzenie ciepłoty ciała i dokładne badanie narządów wewnętrznych upewniło autora, że wstrzykiwania tuberkuliny w żadnym z jego przypadków nie wywołały zaostrzenia się gruźlicy ogólnej. Zresztą jest rzeczą mało prawdopodobną, ażeby leczenie, które najwidoczniej korzystnie wpływa na sprawę gruźliczą w oku, mogło równocześnie działać szkodliwie na tęsamą sprawę w innych narządach. W piśmiennictwie okulistycznem znalazł autor przeszło 100 przypadków gruźlicy oka, leczonych tuberkuliną T. R. z pomyślnym wynikiem.

K. W. Majewski.

Seelfelder. **Przyczynek do anatomii patologicznej wrodzonych zaćmień rogówki.** (*Archiv f. Augenheilk.* T. LIV, Z. 1, 1906). U 7-miesięcznego dziecka zauważyła matka stopniowe powiększanie się lewego oka. Badanie wykazało znaczne rozdęcie pasa, otaczającego granicę rogówkowo-twardówkową, bliznowate zaćmienie środka rogówki, stożkowato wydętego, i zlewające się z niem zaćmienie dolnowewnętrznej części rogówki. Prócz tego objawy jaskry następowej (*glaucoma infantile*, *hydrophtalmus*). Dla usunięcia znacznego oszpecenia odcięto przedni odcinek gałki ocznej. Badanie mikroskopowe odciętej części stwierdziło, że rogówka tylko w górnej ⅓ części miała budowę, podobną do prawidłowej, zresztą zamieniona była na bliznę niejednostajnej grubości. Blizna ta, do której od tyłu przyrośnięta była całą powierzchnią również zmieniona tęczówka, była następstwem sprawy ropnej z płodowego okresu życia. Badaniem mikroskopowem nie mógł autor rozstrzygnąć, czy zakażenie ropne rogówki nastąpiło od zewnątrz, czy też z wnętrza oka. Autor zgadza się z Hoppem, że zakażenie ropne oka śródmaciczne powstaje raczej drogą krwi, a mniej prawdopodobnem jest zakażenie od strony wód płodowych, które, jak na to nowsze badania wskazują, zdają się posiadać własności bakteryobójcze.

K. W. Majewski.

Caspar. **Spostrzeżenia nad jednostronnem zniesieniem odruchu źrenicznego na światło.** (*Archiv für Augenheilk.* T. LIV, Z. 1, 1906). Na 26.000 chorych w ciągu lat 14, spotkał autor siedem razy jednostronne zniesienie odruchu źrenicznego na światło, u sześciu mężczyzn i jednej kobiety, w wieku między 30 a 40 rokiem życia W jednym przypadku stwierdzono wiąd rdzenia na tle najprawdopodobniej kiłowem. U dwóch innych chorych można było przypuszczać rozpoczynający się wiąd, lub też porażenie postępujące. W dwóch przypadkach należało zmianę odnieść do urazu, doznanego w głowę. U wszystkich chorych jednostronna zmiana odruchu źrenicznego była jedynym objawem w zakresie narządu wzroku. U żadnego nie było porażeń zewnętrznych mięśni ocznych, ani osłabienia akomodacyi. W jednym przypadku obie źrenice były w zwykłych warunkach jednakiej wielkości. Trzy razy nieprawidłowo oddziaływająca źrenica była węższa, a trzy razy szersza od źrenicy zdrowego oka. Autor podkreśla, że te ostatnie trzy przypadki odnoszą się do chorych na wiąd rdzenia. U wszystkich chorych źrenica, nie oddziaływająca na światło, oddziaływała prawidłowo, a nawet jakby nadmiernie na akomodacyę. Dla uniknięcia pomyłek w spostrzeganiu radzi autor badać zawsze odruch źreniczny zapomocą lupy w oświetleniu ogniskowem, gdyż w świetle dziennem, gdy badane oko nagle odsłonimy, możemy zauważyć lekkie zwężenie źrenicy, które może wcale nie zależeć od światła, ale być tylko odruchem na napinającą się w tej chwili akomodacyę.

K. W. Majewski.

Landman. **Przypadek symetrycznego wrodzonego braku naczyniówki i siatkówki na całej przestrzeni poza okolicą plamki żółtej.** (*Archiv f. Augenheilk.* T. LIV, Z. 1, 1906). 44-letni chory, od dziecka zawsze słabo widział. Zewnętrznie oczy bez zmian, chory ma tylko zwyczaj mrużyć powieki, podobnie jak to czynią bielcy. Bystrość wzroku obustronnie obniżona do ⅓, oraz bardzo znaczne współśrodkowe zwężenie pola widzenia. Przy badaniu wziernikiem uderzał biały odblask z dna oczu. Okazało się, że z wyjątkiem małej przestrzeni w okolicy plamki żółtej, obydwa oczy nie posiadały wcale naczyniówki i stąd to wszędzie widać było ścięgnisto-białą twardówkę. W okolicy plamki żółtej, oraz na prawem oku w trzech, a na lewem w dwóch miejscach, odpowiadających żyłom wirowym, widoczne były sploty naczyniowe, tworzące czerwone plamy, niewiele co większe od tarczy nerwu wzrokowego. Od plamki żółtej wychodziły w prawem oku dwa, w lewem trzy grubsze naczynia, w kierunku ku górze i zewnątrz. Zresztą tu i owdzie rozrzucone były nieliczne ogniska czarnego barwika. Tarcze nerwów wzrokowych blade, rozgałęzienia tętnicy i żyły środkowej cienkie i nikłe, gubiły się w niewielkiej odległości poza granicami tarczy. Nigdzie nie widać było tętnic rzęskowych tylnych, ani długich, ani krótkich. Autor przypuszcza, że tętnice te już w okresie zarodkowym zarosły tak, że tęczówka i ciało rzęskowe były zaopatrzone tylko przez tętnice rzęskowe przednie. Tylko okolica plamki żółtej była prawdopodobnie zaopatrzoną przez pozostałe gałązki tylnych tętnic rzęskowych, które przebijały wprost twardówkę i dlatego nie były zapomocą wziernika widoczne.

K. W. Majewski.

MEDYCYNA SĄDOWA. Dr. Moser. **Uraz i gruźlica stawów.** (*Aerztl. Sachverst. Ztg.* 1906, Nr. 4, 5). Autor zestawił 27 przypadków gruźlicy stawów, która miała po urazie wystąpić; na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzi autor do wniosku, że związek przyczynowy między urazem, a gruźlicą stawu nie da się nigdy stanowczo ustalić, a przyjąć go można jedynie z większem lub mniejszem prawdopodobieństwem i to tylko przy uwzględnieniu następujących okoliczności: 1) Szczegóły samego wypadku i przebieg cierpienia aż do pojawienia się zmian gruźliczych muszą być dokładnie znane. 2) Uraz musi działać ze znaczniejszą siłą. 3) Skutki uszkodzenia muszą być natychmiast widoczne i trwałe, 4) mogą one jednak pozornie zupełnie ustąpić, albo też trwać aż do wystąpienia zmian gruźliczych. 5) Czem krótszy jest czas pomiędzy urazem a wystąpieniem gruźlicy, tem mniej prawdopodobny jest związek przyczynowy. 6) Najkrótszy przeciąg czasu, w jakim gruźlica po urazie wystąpić może, określa Moser na 4 do 6 tygodni. 7) Uraz albo stwarza wogóle podstawę do rozwoju gruźlicy stawu, albo też (co się częściej zdarza) pobudza istniejące już w kości stare ognisko do nowego rozgorzenia. 8) Istniejąca już jawna gruźlica może przejść w stan ostry i szybko przebiegający. 9) Przy badaniach należy zawsze uwzględnić ogólny stan uszkodzonego. Z opisanych przez M. 27 przypadków da się związek przyczynowy ustalić z wielkiem prawdopodobieństwem tylko w 5 przypadkach, niepewnych jest 18, w ostatnich 4 związek przyczynowy da się stanowczo wyłączyć.

Dr. St. Jankowski.

HIGIENA. Christian. **W sprawie stwierdzenia zakażenia wody kałem.** (*Arch. f. Hygiene* T. 54, str. 386). Autor zaleca na podstawie licznych doświadczeń z wodami studziennemi i rzecznemi Berlina jako najlepszą dla wyhodowania prątka okrężnicy, a więc i stwierdzenia domieszki kału, metodę Eijkmanna, polegającą na zaprawieniu znaczniejszej (około 100 ctm.³) ilości wody peptonem, cukrem gronowym i solą kuchenną i pozostawieniu tej mieszaniny w 10 kolbkach fermentacyjnych przy 46° C. przez dobę.

L. Bier.

Wolpert. **O ilości gazowych związków chemicznych węgla w powietrzu.** (*Arch. f. Hygiene* T. 52, str. 151). Autor powtórzył zapomocą ścislejszych metod badania, wykonane przed 30 laty przez Erismanna nad zanieczyszczaniem powietrza pod wpływem sztucznego oświetlenia, rozszerzając je i na nowsze gatunki światła, powietrze z ziemi, wpływ oddychania, oraz powietrze, zanieczyszczone ciałami, wydzielającemi silny zapach (olej dustless, jodoform, formalinowe pastylki i chloroform). Z badań tych wynika, że powietrze z wolnej przestrzeni zawiera stale gazowe połączenia chemiczne węgla, niezupełnie utlenione. W powietrzu berlińskiem wynosi ilość tych związków około 0,15‰, t. j. około 4½ prc. ilości bezwodnika węglowego w powietrzu. Czyste powietrze mieszkań zawiera tęższamą ilość tych ciał, co powietrze w przestrzeni wolnej. Oświetlenie mieszkań materyałami, wywiązującymi bezwodnik węglowy, pobyt ludzi w mieszkaniu, wzmaga również ilość gazowych związków węgla, nie całkowicie utlenionych. Chloroform i pastylki formalinowe udzielają ich wiele powietrzu, niezwykle mało silnie woniejący jodoform, nie udziela ich zaś nic olej dustless.

L. Bier.

Wolpert. **Wpływ wolnej budowy (systemem will) domów na naturalną wentylacyę mieszkań.** (*Arch. f. Hygiene* T. 52, str. 46). W czasie upałów od 7 do 26 lipca 1904 r. wykonał W. bardzo liczne badania nad warunkami wentylacyi mieszkań, położonych w willach przedmieść berlińskich, oraz w domach berlińskich, gęsto przylegających do siebie. Metoda badania polegała na określeniu sztucznie wprowadzonego CO_2 przy zastosowaniu formuły Seidla ($E = 2{,}3. \log \frac{K_1 - k}{K_2 - k}$, w której k oznacza ilość CO_2 w powietrzu przestrzeni wolnej, K_1 zawartość CO_2 na początku, zaś K_2 na

końcu doświadczenia, a E stopień odnowy powietrza, obliczony na 1 godzinę); nadto określano sposób budowy domu, kierunek okien mieszkania, oraz rodzaj panującego wiatru. Z badań tych wynika, że budowa domów w systemie will wzmaga naturalną letnią wentylacyę mieszkań przeszło o połowę; — wentylacya mieszkań w domach takich istnieje już w lecie w tym stopniu, w jakim osiąga się ją w gęsto zabudowanych domach wielkomiejskich dopiero w zimie ich ogrzaniem. Wolną budową domów osiąga się wzrost zdolności wentylacyjnej mieszkań, przewyższający 10° różnicy w ciepłocie (między powietrzem naokoło domu, a mieszkania). *L. Bier.*

Wolpert. **Jak wielką jest siła wiatru około naszych mieszkań?** (*Arch. f. Hygiene* T. 52, str. 22). Ze względu na higienę indywidualną, oraz higienę mieszkań — warunki ich wentylacyi, — ma poznanie siły wiatru w otoczeniu mieszkań szczególniejsze znaczenie zdrowotne. Oznaczenia siły wiatru, podawane przez stacye metereologiczne, nie dają wyobrażenia o sile wiatru koło mieszkań, gdyż oznaczenia te robione są zapomocą przyrządów umieszczanych na dachu, wieży, lub w stałych balonach wysoko nad powierzchnią ziemi. Stosunek siły wiatru na szczycie dachu do siły wiatru w sąsiedztwie zewnętrznych murów domu, jego okien i drzwi, nie jest dotychczas znany. W. posługiwał się do swych badań małemi anemometrami Robinsona. Okazało się, że mimo rozmaitej siły w rozmaitych miejscowościach, gdzie W. wykonał badania, siła wiatru w najbliższem sąsiedctwie mieszkań, szczególnie przed oknami i na podwórzach, rzadko kiedy wynosi więcej, niż około 10 prc. wiatru na wolnej przestrzeni, najczęściej kilka, czasami tylko kilka tysięcznych prc. tej ilości. *L. Bier.*

Butjagin. **O chemicznych zmianach w mięsie pod wpływem pleśnienia.** (*Arch. f. Hygiene* T. 52, str. 1). Do doświadczeń swych używał B. mięsa, wyjałowionego zapomocą pary, zakażając je oddzielnie pleśniami *penicilium glaucum* i *aspergillus niger*. Wyniki tej pracy streścić się dadzą w następujących zdaniach: Rozwój powyższych pleśni na mięsie wywołuje w nim ilościową stratę suchej substancyi, zmniejsza ogólną ilość azotu, zwiększa natomiast wybitnie bezwzględną i odsetkową ilość związków azotu, rozpuszczalnych w wodzie. Odsetek wyciągu eterowego (w mięsie wysuszonem) zmniejsza się pod wpływem rozwoju tych pleśni, natomiast ogólna ilość istot wyciągowych wzrasta wybitnie. W miarę rozwoju pleśni tworzą się kwasy lotne i wzrasta powoli ich ilość, wzrasta również alkaliczność mięsa, szczególnie zaś pod wpływem *penicilium*; — pod wpływem tej pleśni wytwarza się również więcej amoniaku i amidowych związków azotu, niż pod działaniem *aspergillus*. Pleśnie te wytwarzają prawdopodobnie w mięsie enzymy, które dalej prowadzą rozkład mięsa, gdy pleśnie już obumarły. Wytworzony przez pleśnienie kwas węglowy pochodzi nietylko z rozkładu tłuszczu, ale również z innych związków — wodzianów węgla i białka; kwas ten wytwarza się obficie, szczególnie w pierwszym miesiącu, później dopiero wydziela mięso amoniak. Na wytwarzanie tych gazów wpływa wybitniej *penicilium*, aniżeli *aspergillus*, jak wogóle pleśń pierwsza szybciej rozkłada mięso, niż druga. Wyniki pracy Butjagina obok wartości teoretycznej mają i wartość praktyczną, stwierdzając dawne twierdzenie Naegelego, że w rozkładzie ciał ludzkich w ziemi obok bakteryi biorą żywy udział i pleśnie. *L. Bier.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Digalen poleca Ernesto Pesci, z oddz. wewnętrznego prof. Pescarole w Turynie (*Zentr. f. inn. Med.* 1905. Nr. 44) jako środek, przewyższający inne, w szczególności naparstnicę, dający się dawkować dokładnie, nadający się przedewszystkiem do wstrzykiwań śródżylnych, co w przypadkach ciężkich i przy nieznoszeniu naparstnicy przez żołądek jest ogromnie ważne. Działanie bywa szybkie i pewne. W razie trudności przy wstrzyknięciu śródżylnem można, lecz już z mniej dobrym skutkiem, zastosować wstrzyknięcie śródmięśniowe. Dla wzmocnienia serca wystarczają 2—3 cm³. digalenu *per os*; zmniejszając stopniowo dawkę należy 4 lub 5 dnia środek odstawić. Przy wadzie niewyrównanej konieczne są wstrzykiwania śródżylne po 3—5 cm³. naraz rano, którą to dawkę można w razie potrzeby w ciągu dnia powtórzyć, a potem zmniejszyć lub zupełnie środek odstawić, stosownie do przypadku i wyniku. *Hf.*

Ferriprotylin poleca F. Melli (*Gazzetta degli Osp.* 24 grud. 1905) przy niektórych chorobach dziecięcych. Do prób zachęciły go badania w klinikach Kochera, Leydena i in. Środek ten łączy w sobie własności fosforu i żelaza. M. opisuje 3 przypadki wysiękowego zapalenia opłucnej, w których przy podawaniu ferriprotyliny po 2 gr. dziennie uzyskał szybką poprawę stanu ogólnego i przybytek średni $5\frac{1}{4}$ kg. wagi po 5 miesiącach, a 3 kg. po 8 tygodniach. Podobnie w przypadku zołzów podniosła się waga ciała przy podawaniu 3 łyżeczek kawowych dziennie, w ciągu 12 dni o 540 gr. Z równie dobrym wynikiem leczył M. również przypadek gruźliczego zapalenia otrzewnej. *Hf.*

Thiocol uważa Rey z Akwisgranu (*22 posiedzenie stowarzyszenia dolnoreńsko-westfalskiego lekarzy chorób dziecięcych*, 6 sierp. 1905) za najlepszy środek przeciw krztuścowi. Doświadczenie swe pierwsze opiera na epidemii krztuśca w roku 1902, od którego to czasu dotąd stale tiokolu używa i kolegom gorąco poleca. Po 3—4 tygodniach zawsze następuje wyleczenie. Podaje 5 razy dziennie po 0·25—0·5 tiocolu w syrupie. Przykrego działania ubocznego nigdy nie spostrzegł. Drehor potwierdza w zupełności zapatrywania Reya na podstawie własnych spostrzeżeń. (*Monatschr für Kinderh.* 1905, Nr. 8 i *Centralbl. für Kinderh.* 1905 Nr. 11) *Hf.*

Natrium lygosinatum poleca J. Heufeld (*Oesterr. Aerzte-Zeit.* III. Nr. 2) w leczeniu trypra u kobiet. W tym samym celu polecali już środek ten Fabinyi, Parádi i Ferrua, zawsze z dobrym skutkiem. H. używa w przypadkach, ograniczonych do szyi macicy, 1—3 prc. roztworu do przestrzykiwań pochwy i następnie 3—5 prc. roztworu do przyżegania szyi. W ostrym tryprze macicy i przewlekłem scborzeniu całej jamy macicznej wstrzykiwał, po przestrzykaniu pochwy, 1 ctm.³ 5 prc. roztworu do jamy macicznej i wprowadzał zbity tampon. Leczenie takie powtarza co 1—3 dni. Całe leczenie zajmuje 15—20 posiedzeń. Ogółem leczył H. 36 przyp. Przetwór zasługuje na pierwszeństwo przed innymi z powodu własności bakteryobójczych, obok braku własności drażniących. *Zm.*

Validol poleca Perdigao (*A Medicina Contemporanea*, 15. I 1905) jako *sedativum*, przewyższające brom, — w szczególności jako środek przeciw chorobie morskiej. Tego samego zdania jest Wechsler (*Wiener klin. Runds.* 1906, Nr. 6). *Zm.*

Salochininę poleca Manasse (*Die Heilkunde* 1905, Z. 12) Zastępuje ona chininę, a nie posiada jej wad. Wskazania, jak przy chininie i salicylu. Na szczególną uwagę zasługuje działanie uśmierzające ból w nerwobolach, rwie kulszowej, gośćcu i grypie. Objawów ubocznych nie spostrzegano. Dawka 0·5 g. 3—4 razy dziennie. *Zm.*

Euchinina, jako środek przeciwgorączkowy, oddała Schweitzerowi (*Pest. med. chir. Presse* 1906, Nr. 3) znakomite usługi podczas epidemii duru we Fiume. W 63 przypadkach uzyskał doskonałe wyniki, podając średnio 3 g. dziennie. Środek ten nie sprowadza niemiłych, a innym podobnym środkom właściwych, objawów ubocznych. *Zm.*

Formicynę poleca K. Bartholdy (*Dent. med. Wochs.* 1905, Nr. 40), jako nowy **środek przeciwgnilny** i odkażający. Jest to formaldehyd-acetamid, wyrabiany przez firmę Kalle et Co. w Biebrich; przedstawia się jako płyn gęsty, żółtawy, o woni lekko kwaskowatej, rozpuszczalny w wodzie i wyskoku w stosunku dowolnym. Rozkłada się łatwo, uwalniając formaldehyd; szczególnie szybko wśród gotowania, powoli zaś przy ciepłocie krwi. Środek ten poleca autor w miejsce mieszanki jodoformowej przy cierpieniach stawów i części miękkich (83 przyp.). Jako roztwór 1—2 prc. nadaje się formicyna doskonale do odkażenia i odwonienia zakażonych jam i powierzchni, n. p. do przepłukiwań pęcherza i t. p. Roztwór 5 prc., zastępujący mieszankę jodoformową, ma tę nad nią wyższość, że grube igły są zbyteczne. Wstrzykiwania są bezbolesne. Narzędzia nie niszczą się. *Kl.*

Alypinę poleca, jako środek **znieczulający** oko, Ohm (*Zeitschr. für Ther. u. Hyg. des Auges* 1905, Nr. 6). W 3 prc. roztworze używano alypiny w 500 przyp. wydobycia ciała obcego z oka. Przy operacyach zeza wstrzykiwano $2\frac{1}{2}$ przedziałki Pravaza 20 prc. roztworu (=0·59 gr.) pod spojówkę. Do wycięcia tęczówki i wyjęcia soczewki posługiwano się kilkakrotnem wkropleniem 3 prc. roztworu lub wstrzyknięciem 20 prc. Podobnie uciekano się do tego środka przy operacyach na powiekach i i. Wynik zawsze zupełnie dobry, znieczulenie zupełne; brak objawów ogólnych nawet przy dawce, przewyższającej dwukrotnie najwyższą dawkę kokainy. Dobre wyniki przy operacyach ocznych miał również Lohnstein (*Allg. mediz. Centr.-Zeit.* 1905, Nr. 47). Lucke używał alypiny do **znieczulenia miejscowego pęcherza i cewki moczowej** (*Monatschr. für Harnkrank. und sex. Hyg.* 1905, Z. 10). Wstrzyknąwszy 1 ctm.³ wyciągu nadnercza na 100—150 gr. wody, wprowadza L. po 8 minutach 3 ctm.³ 10 prc. alypiny. Uzyskuje się przytem znieczulenie, dorównujące kokainie, bez obawy zatrucia lub wpływów ubocznych. M. Joseph i J. Kraus zachwalają również alypinę przy leczeniu ostrego wiewióra do przepłukiwań przedniej części cewki 10 ctm.³ 1—2 prc. roztworu przed wstrzykiwaniam Janeta. W 15 przyp. uzyskiwano stale doskonałe znieczulenie. Do

znieczulenia tylnej części cewki używano kilkakrotnie roztworu 4 prc., zwykle zaś wystarczał 2 prc. (20 przyp.). W 22 przyp. zwężeń cewki używano przy zgłębnikowaniu 2 prc. roztworu z dobrym skutkiem. Wreszcie oddała alypina dobre usługi przy małych zabiegach chirurgicznych na napletku i wargach sromnych (18 przyp.). *Lr.*

Aristochinę stosował Floquet (*Thèse, Lyon* 1905), w 11 przyp. zimnicy i 10 przyp. krztuśca i poleca gorąco ten środek, który działa szybko tam nawet, gdzie niekiedy chinina zawodzi. Zupełny brak smaku sprawia, że przetwór ten nadaje się szczególnie w praktyce dziecięcej. *Lr.*

Isopral stosował F. Tauszk (*Med. Blätter* 1905, Nr. 52) głównie w ciężkich i powikłanych przypadkach gruźlicy płuc. Po godzinie zwalnia się tętno o 10—20 uderzeń i staje się pełniejszem. Przeciw bolom głowy, bezsenności, bolom towarzyszącym wiądowi rdzenia, działał isopral lepiej od morfiny. Dawka 0,5—1 gr. Wobec złego smaku wskazane jest podawanie w czopkach. *Lr.*

Eumidrynę (atropinmethylnitrat) poleca prof. Königshöfer (*Deut. med. Wochs.*), jako środek zastępujący atropinę, a 50 razy mniej od niej trujący. Siła działania na oko jest około 5 razy słabsza, niż atropiny, dlatego używa się roztworów do 10 prc. *Lr.*

Jodvasogen polecił O. Heine w Dortmundzie pewnej chorej do wcierań z powodu zapalenia ścięgien. Silny wyprysk, który potem nastąpił, zniewolił go do ogłoszenia o drażniących własnościach tego przetworu. Okazało się jednak, jak to Heine sam potem podał, że przetwór nie był oryginalny, firmy Pearson et Co. w Hamburgu, lecz przez aptekarza sporządzony, że w nim jod się oddzielił, przez co powstała silnie zgęszczona warstwa dolna, która zadziałała drażniąco. Używanie przetworu oryginalnego wyklucza podobne zdarzenie. *Vp.*

Parę wiadomości historycznych o źródłach w Szkle w XVIII wieku [1]).

Napisał

Władysław Szumowski.

Słynne źródła siarczane w Szkle, które się szerokim w Rzeczypospolitej cieszyły rozgłosem i którym poświęcali nietylko uwagę lekarską, lecz i pióro autorskie znakomici lekarze polscy, jak Wojciech Oczko i Erazm Sykst, nie mogły nie zwrócić na siebie oczu pod nowym rządem po pierwszym rozbiorze Polski. Już w roku 1773 dnia 21 maja pisał naczelny lekarz Galicyi dr. Jędzej Krupiński do gubernatora Pergena, że źródła w Szkle badał i znalazł, iż mają tesame zalety *(eiusdem virtutis)*, co badeńskie pod Wiedniem. Tylko wszelkich urządzeń tam brak i same znajdują się one w najwyższem zaniedbaniu [2]).

Zainteresowanie źródłami w Szkle było tak wielkie, że zapragnął próbki widzieć nawet ówczesny wiedeński profesor fizyologii i materyi medycznej Crantz, sławny między innemi z tego, że sam źródła mineralne austryackie i węgierskie popierał, osobiście liczne badał i o źródłach leczniczych cenne prace pisał. W głównem dziele Crantza »Gesundbrunnen der österreichischen Monarchie«, wydanem w Wiedniu w roku 1777, znajdujemy także opis źródeł w Szkle [3]). Oto co pisze Crantz. »Szkło jest to nędzna wieś, położona na szerokiej płaszczyźnie, pięć mil od Lwowa, w której dla gości nie ma ani jednego przyzwoitego mieszkania. Woda z tych źródeł cieszy się wielką sławą i jest używana na 12 mil wzdłuż i wszerz do kąpieli. Źródła są dwa, z których jedno może służyć do kąpieli, drugie zaś do picia. Źródło do kąpieli znajduje się mniej więcej dwanaście kroków od drogi i uderza przejezdnych swoim silnym zapachem siarki. Woda wydobywa się z pod piaszczystego pagórka z szumem, jakby się gotowała, jest zimna, mętna, czarna, nabiera przeźroczystości dopiero, gdy sól opadnie«. Na podstawie badania chemicznego dochodzi autor do wniosku, że w wodzie tej znajduje się lotny duch siarkowy (dünstiger Schwefelgeist), ziemia żelazna (Eisenerde), ziemia wapienna (Kalkerde), spora ilość soli selenitowej (selenit, dzisiejszy gips), trochę mniej soli gorzkiej. Woda ta jest bardzo dobra w »paraliżach«, w chorobach »reumatycznych i podagrycznych«, w »puchlinach wodnych«, w złośliwych wrzodach, w świerzbie.

[1]) Urywek.

[2]) Sprawozd. Krupińskiego z 21. V. 1773 do gubernatora Pergena (Minist. Ośw. acta Collegii medici leopoliensis).

[3]) Pod Nr. 507 i 508.

»Drugie źródło, do picia, wydobywa się w oddaleniu 50 kroków od pierwszego w bagnistem miejscu, jest bardzo obfite i utworzyło maleńki strumyk, na brzegu którego można obficie zbierać siarkę, którą woda ze sobą niesie. Badanie tej wody wykryło te same składniki, co i pierwszej, pożytek jej jest ten sam, ponieważ jednak to źródło jest bardzo przeźroczyste, służy przeto głównie do picia«.

Żeby zrozumieć powyższe poglądy, musimy krótko przypomnieć stan balneologii w XVIII wieku. Na znaczenie źródeł leczniczych zwrócił baczniejszą uwagę na początku XVIII stulecia słynny lekarz i profesor w Hali Fryderyk Hoffmann (1660—1742), który upatrywał w wodach mineralnych połączenie w jednym leku licznych własności leczniczych, jakie mają oddzielnie różne lekarstwa. Oto co mówi halski profesor: »Powszechnem mniemaniem jest, że zaleta leków polega na poprawianiu ilości krwi, limfy i wszystkich innych humorów, w ich skład wchodzących, dalej na łagodzeniu humorów ostrych i słonych lub zapalonej żółci, na rozpuszczaniu zamuleń klejowatych i gęstych, na otwieraniu zatkanych gruczołów, oraz na usuwaniu wszystkiego, co zbyteczne i szkodliwe, różnemi drogami, jak przez stolce mocz, pot, plwocinę i t. p. Zapomocą leków też przywraca się należytą elastyczność nerwom, rozwalniając ich kurcze i uśmierzając bóle. A tym sposobem tworzy się przyzwoitą równowagę części stałych i płynnych, która dopiero pozwala na swobodne i doskonałe krążenie wszystkich soków w ciele. Wymienione zalety różnych leków, znajdujące się osobno w tym lub owym środku, są tutaj razem połączone w wodach mineralnych [4])«.

W patologii więc humoralnej i terapii Hoffmanna celem leczenia wodą mineralną było doprowadzenie do porządku soków i przywrócenie im swobodnego krążenia. Tesame poglądy na znaczenie wód mineralnych panowały i w starszej wiedeńskiej szkole klinicznej, której uczniem, a potem profesorem był Crantz. Dlatego też autor ten zaleca wodę szkielską [5]) w »paraliżach«, które uważano za skutek »zamuleń«, w chorobach »reumatycznych, podagrycznych«, w puchlinach i wrzodach, które objaśniano »zepsuciem soków«, oraz w świerzbie, którego właściwa etyologia była jeszcze zupełnie osłonięta mrokiem patologii humoralnej.

Rozbiory chemiczne wód mineralnych robiono; nawet chemik Robert Boyle, twórca analizy jakościowej wód mineralnych [6]), był jednym z tych, którzy Hoffmanna do balneologii zachęcili [7]), ale zarówno nizki stan ówczesnej chemii, która w badaniu wód ograniczała się do kilkunastu odczynników, i która daleką była jeszcze od ścisłego rozróżniania związków chemicznych, jak też panowanie wszechwładne patologii humoralnej, która działanie wszelkich wód mineralnych sprowadzała do działania na soki, sprawiały, że na rozbiór chemiczny wody nie było potrzeby zwracać baczniejszej uwagi. Rozprawiano wprawdzie o znaczeniu żelaza w wodzie, o »duchu mineralnym« (CO_2), ale to na istotę poglądu, na sposób stosowania wody niewiele wpływało. Nie czyniono też żadnej istotniejszej różnicy między kąpielą w wodzie, a piciem wody i zarówno kąpano się w wodach żelaznych, jak pito wody siarczane.

Opierając się na poglądach ówczesnej medycyny, która tak, jak Hoffmann, widziała w źródłach leczniczych środek niemal uniwersalny, rząd austryacki otaczał je u siebie troskliwą opieką. Po zajęciu Galicyi, rzecz oczywista, słynne zdawna wody szkielskie nie zostały pominięte. Można było i trzeba było otoczyć je opieką, która zdrowotność kraju podniesie, a skarbowi dochodu przysporzy. Tym sposobem źródła szkielskie przechodziły na własność skarbu i znalazły się w zarządzie jaworowskiego dominium skarbowego (Cameral-Herrschaft Jaworow). Kilka ciekawych wiadomości z dziejów Szkła zawiera szczupły fascykuł aktów sanitarnych, jaki się z pierwszych lat rządów austryackich w Galicyi w archiwum Namiestnictwa zachował [8]). Z aktów tych czerpiemy następujące szczegóły.

[4]) Hoffmann Frideric. Analyse parfaite des eaux de la Fontaine du Bas Selter Nancy 1758, str. 4—5 (Biblioteka Ossolińskich).

[5]) Szkło-Szkielski analogicznie do Nakło-Nakielski, Horodło-Horodelski.

[6]) Hoefer. Histoire de la physique et de la chimie 1872, str. 416.

[7]) Haeser. Historya medycyny. T. II, tłom. polsk. str 468.

[8]) Fasc. IV rok 1781—1782. Korzystałem z następujących aktów: 1) Sprawozdanie administracyi domen do gubernium z 10. II. 1781. Nr. 3199. 2) Spraw. gub. do izby skarbowej nadwornej z 25. V. 1781. Nr. 3198. 3) Najwyższa decyzya z 3 IX. 1781 Nr. 5246. 4) Spraw. gub. do izby skarbu nadw. z 25. I. 1782, Nr. 695. 5) Najwyż. dec z 15. V. 1782. Nr. 2152.

Ponieważ ze źródeł szkielskich wkrótce po zajęciu Galicyi poczęło korzystać wojsko, przeto została zawartą między gubernium, a główną komendą wojskową umowa, na mocy której za wodę i jej grzanie przypadała skarbowi dziennie od osoby należytość 1 centa. Prócz tego przychodziły do Szkła i cywilne osoby, od których dominium brało większą opłatę, co w roku 1780 przyniosło skarbowi na czysto 37 guldenów 55 centów dochodu. W tym samym roku zjawił się do dominium oberżysta, niejaki Józef Stromer, ofiarując się wodę szkielską wziąć w dzierżawę. Ponieważ dochody skarbu ze Szkła były tak małe, dyrekcya jaworowskiej ekonomii na to się godzi z tem wszakże zastrzeżeniem, że Stromer więcej za dzierżawę zapłaci, niż te dochody wynosiły, przyczem stawia mu następujące warunki: wojsko do Stromera nie należy, pozostając i nadal pod opieką dominium, natomiast wszystkich gości cywilnych do niego się będzie odsyłało; za wannę ciepłej wody, którą grzeje własnem drzewem, ma Stromer brać od chrześcian 5 centów, od żydów 7½ centa, od rękodzielników tylko 1½ centa; jeśliby zaś który z gości chciał swojem drzewem wodę grzać, to należy się dzierżawcy 2½ centa za beczkę wody; umowa dzierżawna trwa tylko tak długo, póki nie stanie w Szkle przyzwoity cywilny dom kąpielowy.

Po długich targach zgodził się Stromer na roczny czynsz dzierżawny 100 guldenów. W sprawie całej dzierżawy pisze dyrekcya jaworowskiej ekonomii w końcu roku 1780 i na początku 1781 sprawozdania do administracyi domen we Lwowie. Sądzi dyrekcya, że umowa dzierżawna jest dla skarbu bardzo korzystna, że możnaby Stromerowi jeszcze pozwolić na wystawienie własnym kosztem dwóch lub trzech pokoi i nawet dać mu do budowli po cenie kosztu produkcyi materyał rządowy, gdyż i tak w każdym razie po rozwiązaniu umowy w chwili, gdy dom cywilny stanie, budowla ta przejdzie na własność dominium; wreszcie możnaby bez wielkich wydatków ze strony dominium przy pomocy robocizny wybudować dzierżawcy piwnicę na 4 lub 5 beczek piwa. Ma dyrekcya tylko jedną wątpliwość, mianowicie nie wie, czy szkielski żyd karczmarz, który dzierżawi karczmę od dominium, nie będzie żądał jakiegoś wynagrodzenia, gdy Stromer zacznie dominialne piwo i wódkę gościom sprzedawać. Rządowa administracya domen dnia 10 lutego 1781 roku prosi gubernium o zatwierdzenie tej umowy, zaznaczając, że tym sposobem zyski skarbu się powiększą, czynsz bowiem dzierżawny jest wyższy od poprzednich dochodów skarbu, a prócz tego, »co ważniejsza, sprzedaż piwa (hauptsächlich des Bier-Verschleisses wegen) się zwiększy«. Cała sprawa, uzasadniana zawsze tak, jakeśmy ją przedstawili, przeszła przez wszystkie instancye administracyjne i doszła do ostatecznego zatwierdzenia do rąk cesarza Józefa II, który też to dnia 3 września 1781 roku uczynił.

Jednocześnie zaś i równolegle rozwijała się druga sprawa, mianowicie sprawa budowy w Szkle rządowego domu dla osób cywilnych. Wygotowano odpowiednie plany i kosztorysy, według których dom miał kosztować 8000 guldenów. Ale tak znacznej sumy nie chciał Józef II zatwierdzić i zapytuje gubernium, jakich dochodów w razie wystawienia domu spodziewać się można i w jaki sposób wogóle skarb za te koszta ma być odszkodowanym. Dnia 26 stycznia 1782 roku odpowiada na to gubernium: »Obecny dzierżawca i gospodarz kąpielowy Stromer, gdy mu plany przedstawiono, oświadczył, iż po wystawieniu tego domu kąpielowego i gospody (Bad- und Wirthshauses) gotów jest płacić 300 guldenów dzierżawy, ale administracya domen sądzi, że, gdy budynek się ukończy, dzierżawę jego można będzie wystawić na publiczną licytacyę, przez co stanie więcej współzawodników; przypuszcza też administracya, że nawet odrazu zjawi się ktoś, mający chęć na dzierżawę, i wyższą sumę, niż Stromer, ofiaruje«. Gubernium oświadcza się za przyjęciem sumy 8000 guldenów za wystawieniem domu. »Zważywszy, — mówi — że szkielska woda lecznicza według opinii wojska już różnym chorym ludziom przywróciła zdrowie, że woda ta podług badania lwowskiego kolegium lekarskiego posiada własności, które w niektórych chorobach niepospolitą siłę leczniczą zapowiadają; zważywszy, że ta woda cieszy się tutaj dobrą sławą, zważywszy dalej rzecz stwierdzoną, iż do tej pory tylko tacy goście tutaj się pokazywali, których do tego zmuszała ostatnia konieczność i którzy byli dość zamożni, żeby módz sobie niektóre najkonieczniejsze wygody zapewnić; zważywszy wreszcie, że z wszelką pewnością, skoro tylko odpowiednie wygody dla gości będą przygotowane, będą tu goście często przyjeżdżali, zważywszy to wszystko, sądzi gubernium, że projektowany kosztorys może być bez wszystkiego najwyżej zatwierdzony, i to tem więcej, że z jednej strony użytek z tych kosztów ma na celu dobro ogółu, mianowicie utrzymanie zdrowia, z drugiej zaś strony i dla skarbu spodziewać się można dostatecznych korzyści z dwóch źródeł, mianowicie, zapomocą licytacyi osiągnie się większy czynsz, który użytemu kapitałowi odpowie, a skarbowym poddanym, jak i samemu dominium otworzy się nowa droga zbytu dla ich wytwórczości«.

Jednakże cesarz Józef inaczej się zapatrywał na udział skarbu w przedsiębiorstwie kąpielowem. Dnia 15 kwietnia 1782 r. zapada najwyższa decyzya, że »do budowy cywilnego domu kąpielowego w Szkle ma się skarb nie mięszać i nią się nie zajmować, lecz już teraz może być rzecz załatwiona *licitando;* towarzystwo jakieś już się znajdzie, które wystawienie domu w Szkle na siebie weźmie dla spekulacyi«.

Dalej akta się urywają i wiadomości więcej o szkielskim domu kąpielowym nie mamy. W każdym razie dom ten, który wkrótce musiał stanąć, można uważać za praojca do dziś tam stojących zakładów.

Źródłom szkielskim przypisywał rząd tak wielkie znaczenie, że pragnął wydać nawet popularny ich opis i ten w kraju rozpowszechnić. Napisanie broszurki wziął na siebie sam przedstawiciel opieki rządowej, Dr. Jędrzej Krupiński, protomedyk, który na początku roku 1783 opis już przygotował. Jednakże losy inaczej tą sprawą miały pokierować. Rękopis poszedł do Wiednia do zatwierdzenia, gdy Krupiński tymczasem 27 kwietnia tego samego roku niespodziewanie umarł. Dnia 24 listopada 1783 roku nadeszła z Wiednia wiadomość, że opis szkielskich źródeł, dokonany przez zmarłego protomedyka, jest bardzo dobry zarówno w częściach praktycznych, jak i teoretycznych, i może przynieść duży pożytek, choć dla publiczności jest zbyt obszerny (zu weitläufig). Ponieważ autor zmarł, sądzi rząd centralny, że mógłby jego następca, protomedyk Mac-Hugh rzecz całą bardzo łatwo skrócić[9]). Istotnie Mac-Hugh do rzeczy się zabiera i 21 lutego 1785 roku zawiadamia gubernium, że opis źródeł szkielskich jest już skrócony i gotów do druku[10]). Na to gubernium wyznacza nawet protomedykowi człowieka, by rękopis na czysto przepisał[11]), ale na tem wszystko się kończy. Mac-Hugh wkrótce umiera i rząd gotowego opisu nie wydaje. Niema o nim dalszych wiadomości w protokóle gubernialnym, nie zna go też wcale bibliografia Estreichera. Po śmierci Krupińskiego powstał prąd, który zniszczył i inne pożyteczne wydawnictwa.

Na zakończenie niech mi wolno będzie p. Radcy Dworu Drowi Józefowi Merunowiczowi za łaskawe poparcie w poszukiwaniach archiwalnych, jak i za miejsce, które mi do nich w swojem biurze ofiarował, złożyć gorące podziękowanie.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 14 marca 1906 r.

Obecnych członków 41. Przewodniczy kol. doc. Rutkowski.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

II. Kol. prof. Ciechanowski omawia i przedstawia okazy anatomiczne i preparaty histologiczne z przypadku **raka płuca,** przedstawionego przez kol. Latkowskiego na posiedzeniu dnia 28 lutego, a kol. Latkowski okazuje röntgenogramy z tegoż przypadku.

III. Kol. prof. Rosner przedstawia: *a)* chorą, u której przed trzema tygodniami wykonał **pubiotomię** sposobem Döderleina, a która obecnie opuszcza uleczona szpital; *b)* chorą, u której wykonano w czasie porodu z powodu ścieśnienia miednicy kleszcze nizkie, poczem po porodzie pojawiły się objawy **rozluźnienia stawów miednicy** (znamienny chód kaczkowaty, bole i ruchomość w spojeniu łonowem i w stawie krzyżowobiodrowym).

IV. Kol. doc. Krzyształowicz wykłada: »Stosunek rozwoju krętka bladego do okresów kiły«. (Rzecz przeznaczona do druku).

---

9) Fasc. IV. 1783 Nr. 16.269.

10) Protokół gubernialny 1785, Nr. 5093.

11) Sanitäts-Elenchus Nr. 653 (1785, Nr. 5093).

W dyskusyi zabierają głos: kol. prof. Reiss, podnosząc doniosłość badań prelegenta, kol. prym. Borzęcki zapytując, jak się przedstawiają wyniki badań w kile bez wysypki (*syphilis sine exanthemate*), kol. Rydel, zapytując, czy i w jakich narządach dostrzedz można krętki w przypadkach t. zw. *meta-* i *parasyphilis*, wreszcie kol. Gertler, przeprowadzając analogię między rozwojem pasorzytów zimnicy, a krętka bladego.

Sekretarz: *Wilczyński*.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 16 stycznia 1906 r.

1) W. Wesołowski przedstawił **pierwotne stwardnienie kiłowe na wardze**, powstałe po *coitus praeternaturalis* u 20-letniego chorego, który bezpośrednio potem spółkując prawidłowo, na prąciu zmian nie dostał.

2) Gabszewicz przedstawił okaz **zwapnienia całej opłucnej** u 50-letniego mężczyzny, u którego stan ten stwierdzono poprzednio przy resekcyi żeber.

3) Karwacki mówił **o ujednostajnieniu hodowli prątków gruźliczych.** Ujednostajnienie to osiągnął K. zapomocą własnego pomysłu pożywek: 10 prc. odwaru ziemniaczanego i 25 prc. rozczynu surowicy (cielęcej lub ludzkiej), obu z dodatkiem 4 prc. gliceryny, na które przeszczepiwszy uszko hodowli agarowej, codziennie hodowlę mocno potrząsał. Hodowle ujednostajnione pozostają potem jednostajne i po przeszczepieniu na zwykły bulion glicerynowy.

Posiedzenie kliniczne dnia 4 lutego 1906 r.

Jaworski odczytał rzecz p. t. **„Statystyka raka macicy“.** Podawszy statystykę raka wogóle i raka różnych narządów w wielkich miastach europejskich i amerykańskich, przedstawił J. statystykę śmiertelności na raka w Warszawie, zestawioną przez siebie z danych wydziału statystycznego i archiwum m. Warszawy. Autor wysnuł następujące wnioski: 1) chorobowość i śmiertelność na raka stopniowo i stale się zwiększa; 2) śmiertelność na raka wzrasta znaczniej, niżby to odpowiadało przyrostowi ludności; 3) kobiety zapadają na raka częściej od mężczyzn; 4) podstawą tej przewagi kobiet jest niezmierna częstość raka narządów rodnych niewieścich, chociaż rak we wszystkich innych narządach częstszy jest u mężczyzn, niż u kobiet; 5) na raka choruje obecnie średnio więcej ludzi młodszych, niż dawniej; 6) rak macicy jest o wiele rzadszy w Warszawie u żydówek, niż u chrześcianek, a jeszcze rzadszy rak sutka. W ostatniem 20-leciu zmarło na raka w Warszawie 3422 m., 4859 k., w tem na raka macicy 1616. Przed r. 1901 umierało w Warszawie na raka 2·62 prc. wszystkich zmarłych, w roku 1902 — 3,97 prc., w 1903 — 3,33 prc., w 1904 — 3,01 prc. Gdy według statystyk zagranicznych nadaje się do doszczętnej operacyi raka macicy 28·7 prc., to według statystyki Jaworskiego z lat 10 — tylko 20 prc., a wyzdrowienie zupełne następuje w 11·8 prc. przypadków zgłaszających się o poradę. Przyczyną tak niepomyślnych wyników jest zbyt późne zgłaszanie się chorych, będące znów skutkiem braku odpowiednich wiadomości u lekarzy i akuszerek, jakoteż nieświadomości samych chorych i niechęci do operacyi. Dla zwalczania złego utworzył się z inicyatywy prelegenta komitet w łonie Towarzystwa higienicznego warszawskiego.

Posiedzenie kliniczne dnia 6 marca 1906 r.

1) Karwacki przedstawił preparat z wypociny otrzewnej w przypadku gruźliczego zapalenia otrzewnej u dziecka, zawierający limfocyty i prątki gruźlicze. Dla **wykrycia prątków gruźliczych w płynach surowiczych** Karwacki radzi kłócić płyny, świeżo wypuszczone, w naczyniu ze szklanemi perłami w ciągu 2—4 godzin. W ten sposób prątki nie są zabierane przez skrzep. Osad po centryfugowaniu wymywa K. fizyologicznym rozczynem soli, centryfuguje po raz drugi. Preparat utrwala przez 10 minut w mieszaninie sublimatu (17,5 prc.) i kwasu octowego (5 prc.) i barwi w sposób zwykły.

2) Neugebauer Fr. przedstawia 20-letnią chorą o rażącej **bezkrwistości**, powstałej **wskutek wynicowania macicy przy porodzie.** Wynicowanie powstało wskutek gwałtownego pociągania za pępowinę przy usiłowaniu wydobycia łożyska przez akuszerkę. Wynicowanie odprowadzono zapomocą metody hydrostatycznego ucisku. Neugebauer na bardzo bogaty swój materyał kliniczny (od 1884—1906), bo dochodzący do 52,000 chorych, dopiero piąty raz spostrzega wynicowanie pochodzenia porodowego.

3) Wretowski Tadeusz wygłosił rzecz pod tyt. **„Seroterapia gruźlicy“.** Po wyjaśnieniu różnicy, jaka zachodzi pomiędzy czynnem i biernem uodpornieniem ustrojów, prelegent nakreślił zarys rozwoju seroterapii gruźlicy. Początek tych badań odnieść należy do r. 1890, kiedy rozpoczęto stosować surowicę zwierząt, którym przypisywano wrodzoną odporność przeciwko gruźlicy. Próby te zawiodły całkowicie. Z kolei próbowano czystej surowicy, jak mniemano, antytoksycznej ze zwierząt, uprzednio prątkami gruźliczymi szczepionych, stosowano dalej tuberkulinę i nowotuberkulinę Kocha; wyniki prób były zawsze ujemne. Najnowszą zdobyczą w seroterapii gruźlicy są surowice Maragliano i Marmorka. Surowica Maragliano, jak wskazują pewne statystyki, daje mały odsetek wyleczeń i poprawy. Karwacki uważa tę surowicę za bakteryobójczą, a nie antytoksyczną. Według wszelkiego prawdopodobieństwa działanie surowicy Marmorka polega na tej samej bakteryobójczej sile. Dotychczasowe badania pozwalają przypuszczać, że w leczeniu gruźlicy przyszłość należy do szczepionek, a surowice mogą odegrać tutaj tylko rolę pośrednią w kierunku uodpornienia czynnego.

W dyskusyi wskutek różnych zarzutów, stawianych wszelkim przeciwgruźliczym surowicom, Karwacki dokładniej to zjawisko objaśnia. Ujemną stronę surowic przeciwgruźliczych stanowią ich cechy bakteryolityczne, co ścieśnia ich wskazanie, przyśpieszają bowiem one tym sposobem tempo zatrucia. Surowicy antytoksycznej przeciwgruźliczej dotąd niema, zarówno jak wielu innych surowic przeciwpasorzytnych. Jak dotąd bakteryologia nie rozwiązała zagadnienia leczenia swoistego zapomocą surowic bez szkody dla ustroju, — prócz błonicy i tężca.

Ign. L.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Tow. dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 25—X (7—XI) 1905 r.

Obecnych członków 27, gości 2.

I. Po zatwierdzeniu protokołów z 2 poprzednich posiedzeń dr Strawiński zawiadamia, że dr Zenon Orłowski odłożył swój zapowiedziany wykład.

II. Prezes dr Strawiński, przypomniawszy zebraniu zawiązanie się Koła »Opieki lekarskiej«, jego dążenia, cele i przyczyny jego związku z rzymsko-katolickiem Towarzystwem dobroczynności przy kościele św. Katarzyny, zaznacza, że w obecnym czasie Koło na mocy manifestu od 17/X ma prawo stworzyć samoistne Towarzystwo; zupełnemu odłączeniu się od Tow. Dobr. stoi jednak na przeszkodzie sprawa szpitala, pod którego budowę Tow. Dobr. ustąpiło »Opiece lekarskiej«, jako swej filii, plac wartości 60 tysięcy rs. Chcąc zachować ten datek, komitet Koła na ostatniem posiedzeniu uchwalił przedstawić ogólnemu zebraniu następujący wniosek: »Dawne i zasadnicze dążenia utworzenia naukowego Stowarzyszenia lekarzy polskich w Petersburgu wobec nowego stanu rzeczy stają się możliwe; wobec tego Komitet »Op. lek.« proponuje zebraniu utworzenie samodzielnego Towarzystwa lekarzy pod nazwą »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«; dla zachowania zaś łączności dla względów materyalnych z Tow. Dobr. Komitet proponuje w ustawie powstającego »Związku« obwarować istnienie filii Tow. Dobr. »Op. lek.« wprowadzeniem odpowiedniego paragrafu, iż Komitet »Związku« stanowi »Op. lek.«, jako filię Tow. Dobroczynności.

Dyskusya. Prof. dr Szawłowski wyraża obawę, że wobec równouprawnienia narodowości łącznik polskości między Tow. Dobr., a Kołem może z czasem zniknąć, gdy w Tow. Dobr. zapanują prądy wyłącznie katolickie. W razie nieporozumień i starć Tow. Dobr. może, zgodnie ze swoją ustawą, obrać z pośród swoich członków filię lekarską, nie licząc się z nowem Tow. lek. Należy więc, zdaniem mowcy, utworzyć zupełnie samoistne Tow. lek. bez żadnego stosunku do Tow. Dobroczynności.

Dr Wierciński przypomina zebraniu, że Tow. Dobr. przygarnęło i dało możność istnienia Kołu, gdy ono nie mogło powstać samodzielnie. Uchwałę komitetu pozostania w związku z Tow. Dobr. jedynie ze względu na sprawę szpitala uważa za niewłaściwą ze względów etycznych i przypuszcza, że Tow. Dobr. wobec pozornej tylko łączności z nowopowstałem Tow. lek. może odebrać plac, ofiarowany pod szpital.

Prof. dr St. Zaleski wyjaśnia, że komitet Koła, rozpatrując omawianą sprawę, brał pod uwagę i względy etyczne;

zgadzając się na utworzenie filii lek., Tow. Dobr. wychodziło oczywiście z tej zasady, że w zakres jego obowiązku wchodzi dostarczanie lekarskiej pomocy ubogiej ludności; urzeczywistnić to zadanie bez Koła lek. ono nie mogło; tembardziej Tow. Dobr. będzie się liczyć z nowem Tow., jako instytucyą poważniejszą.

Prof. dr Raczyński również sądzi, że stwarzając samoistne Tow., Koło nie postępuje nieetycznie względem Tow. D., ponieważ Tow. Dobr. ma do czynienia tylko z komitetem Koła, nie zaś z całem gronem lekarskiem; komitet zaś nowego Tow. według projektu nadal będzie stanowić filię lekarską Tow. Dobr.

Doc. dr W. Orłowski: Jeśli Koło zgodzi się z wnioskiem Komitetu, powinna zajść rdzenna zmiana w stosunkach finansowych, ponieważ wszystkie wpływy pieniężne będą wtedy stanowić własność nowego Tow.; dziś zaś, jakkolwiek Tow. Dobr. nie przeszkadza nam rozporządzać kasą filii, jednak fundusz filii należy właściwie do niego i z utworzeniem nowego Tow. lek. pozostaje w Tow. Dobroczynności.

Prof. dr St. Zaleski: Należy przypuszczać, że w tej sprawie Tow. Dobr. nie zechce ściśle trzymać się ustawy, rozumiejąc dobrze, że cały fundusz jest zebrany przez Koło, i zwróci go Kołu.

Prof. dr Szawłowski zapytuje, czy Koło ze względu na szpital zdołałoby zebrać odpowiednie sumy. Po wyjaśnieniu stanu rzeczy przez prezesa dra Strawińskiego, roztrząsało kilku mówców możność uzyskania większych ofiar od osób, znanych z filantropii. Prof. dr Ziemacki radzi niezwłocznie przystąpić do zbierania składek za pośrednictwem członków Koła. Prof. Raczyński uważa zbieranie małemi sumami za drażliwe i mało korzystne.

Lekarz weterynaryi Sobolewski uważa oddzielenie się »Koła« od Tow. Dobr. za zbyteczne, tembardziej, że zachodzi jeszcze pytanie, czy rząd zezwoli na Tow. polskie.

Dr Wolański jest stanowczo za samoistnem Tow. lek. Samodzielna egzystencya nada Kołu więcej powagi w świecie naukowym i pociągnie przyrodników i wielu lekarzy, których obecnie odstręcza dość zawiły sposób istnienia filii z oficyalną ustawą i nieoficyalnym regulaminem wewnętrznym. Dla samego Towarzystwa Dobr., mającego na względzie tylko cele dobroczynne, jest pożądane, żeby naukowe Tow., któremu ono dawało przytułek, oddzieliło się. Dla zachowania zaś łączności z Tow. Dobr. można przyjąć sposób, projektowany przez komitet lub ten, z którym mowca występował w komitecie, mianowicie, Tow. lek. wybiera zarząd z kilku członków i osobno komitet z 10 członków, ten komitet stanowi filię lek. Tow. Dobr. i łączy w ten sposób obydwa Towarzystwa.

Doc. dr Witold Orłowski, obstając stanowczo za utworzeniem samoistnego Tow., zwraca uwagę zebrania na ważną różnicę projektu komitetu od wniosku dra Wolańskiego. Mówca wystąpił w komitecie z projektem jednego wspólnego komitetu w nowem Tow. i w filii lek. Tow. Dobr., a to w tym celu, żeby zachować łączność z Tow. Dobr., której zniesienie może spowodować dla koła wielki uszczerbek materyalny, i uniknąć możliwych kolizyi między projektowanym przez dra Wolańskiego zarządem nowego Tow., a filią lek., co może pociągnąć następnie i starcie »Zw. lek.« z Tow. Dobroczynności.

Prof. dr Ziemacki i dr Zakrzewski przyłączają się do wniosku dra Wolańskiego. Dr Zakrzewski proponuje wejść z Tow. Dobr. w układy dla nadania nowemu Tow. lek. prawa obierania filii lek. Tow. Dobr. Prof. Szawłowski, dr Wolański i dr Strawiński są zdania, że żadne Tow. nie może zezwolić, żeby w jego sprawach brały udział inne Towarzystwa. Dr Hattowski proponuje, żeby nowe Tow. jako jednostka prawna weszło w skład Tow. Dobr., co zabezpieczyłoby mu wpływ w Towarzystwie Dobr. Prof. Szawłowski zwraca uwagę, że ze wszystkich Tow. prawo przedstawiania jednostki prawnej ma tylko jedno Tow. »Towarzystwo wzajemnej pomocy lekarskiej«, co potwierdza Prof. Zaleski. Dr Strawiński wyjaśnia, że każde Tow. może występować jako jednostka prawna w zakresie praw, oznaczonych w ustawie. Dr Piotrowicz radzi wejść wprost w układy z Tow. Dobr. w sprawie placu pod szpital. Dr Strawiński wyjaśnia, że Tow. Dobr. nie może według ustawy ani oddzielić części swego majątku na rzecz innego Tow., ani sprzedać go. Dr K. Kozłowski zaznacza, że skoro szpital będzie stać na cudzej ziemi, to ją mogą Kołu odebrać w każdej chwili. Dr Strawiński zapewnia, że to jest niemożliwem, jeśli koło zostaje w związku z Tow. Dobr., ponieważ szpitalem będzie rozporządzać filia lekarska. Prof. St. Zaleski sądzi, że w ustawie nowego Tow. można wprowadzić paragraf, że Tow. ma prawo urządzać lecznice, ambulatorya i inne zakłady lecznicze samoistnie, ale także wchodzić w ugodę z Tow. Dobr. Dr Strawiński oświadcza, że i w tych warunkach Tow. lek. nie będzie gospodarzem szpitala i innych urządzeń leczniczych, jak to będzie miało miejsce, jeśli pozostanie przez komitet w łączności z Tow. Dobr.

Prof. dr Ziemacki: Z rozpraw wyjaśnia się, że zebranie odróżnia dwie sprawy, mianowicie, czynności naukowe i czynność praktyczną niesienia pomocy ubogiej ludności. Odpowiednio do tego można w nowym »Związku« utworzyć oddzielnie od zarządu naukowego wydział praktyczny, który będzie łącznikiem »Związku« z Towarzystwem Dobr. Jeżeliby Tow. Dobr. nie zatwierdziło któregokolwiek z członków tego wydziału, Związek może go zastąpić innym członkiem. Zrywać zaś z Tow. Dobr. nie należy, ponieważ Tow. Dobr. jako instytucya już znana i rozwijająca się może być pomocą Związkowi nietylko w sprawie szpitala.

Dr Zakrzewski jest stanowczo przeciwko takiej zależności. Wszystkie zakłady lecznicze powinny zależeć tylko od »Związku«, inaczej nie można będzie uniknąć nieporozumień między »Związkiem« a Tow. Dobr., których przykład stanowią starcia szpitali miejskich z radą miasta. Należy zawrzeć z Tow. Dobr. taki n. p. układ: »Związek« jest niezależnym gospodarzem w szpitalu, a Tow. otrzymuje w zamian za plac bezpłatnie kilka łóżek dla swojej klienteli. Do tegoż zdania przyłącza się dr Podhorecki i dr Uliński. Dr Wolański: Notaryalnego dokumentu na plac Tow. Dobr. nigdy nikomu dać nie może, więc szpital do »Związku« należeć nie będzie; w razie sporów może Tow. Dobr. samodzielnie zamianować naczelnego lekarza, nie licząc się ze »Związkiem«. Dr Strawiński odpowiada, że w razie zachowania łączności z Tow. Dobr w sposób, projektowany przez komitet, to jest niemożliwe, ponieważ Tow. Dobr. nie wtrąca się w sprawy swych filii, pozostawiając im zupełną samodzielność.

Doc. dr W. Orłowski. Rozprawy wyjaśniły dostatecznie poglądy zebrania na poruszoną przez komitet sprawę. Nim zebranie poweźmie ostateczną uchwałę, należałoby jeszcze rozpatrzeć sprawę utworzenia samoistnego »Związku lekarzy i przyrodników«, nawet z narażeniem się na utratę placu w razie ujemnego wyniku układów z Tow. Dobroczynności.

Dr Święcicki sądzi, że utworzenie samoistnego polskiego Tow. lek. jest rzeczą niezbędną; jego powstanie nie może zależeć od rozwiązania takich spraw, jak ustąpienie lub nieustąpienie przez Tow. Dobr. placu pod szpital. Tegoż zdania są dr Karnicki i dr Zakrzewski.

Prof. dr. St. Zaleski: Rozprawy dowiodły, że jakkolwiek w obecnej chwili panuje zgoda pomiędzy filią lek. a Tow. Dobr., w przyszłości, zwłaszcza z powstaniem szpitala nie są wyłączone nieporozumienia, że dla ich usunięcia trzeba wejść w układy z Tow. Dobr., przyjmując za podstawę zupełną niezależność »Związku« w zarządzaniu szpitalem i innymi zakładami, które mogą powstać w przyszłości, do czego »Związek«, ma moralne prawo. Jeśli Tow. Dobr. odmówi temu żądaniu, może »Związek« zwrócić się do rady miasta i innych instytucyi. Należy więc rozstrzygnąć przedewszystkiem pytanie: czy należy stworzyć nowe samoistne Tow., a dopiero potem rozprawiać o szczegółach.

Zebranie uchwala jednomyślnie konieczność utworzenia niezależnego polskiego Tow. lekarskiego.

Prof. dr St. Zaleski sądzi, że teraz należy zastanowić się nad nazwą, którą ma przybrać nowe Tow.; komitet proponuje nazwę: »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«. Prof. Szawłowski i dr Zakrzewski proponują nazwę »Związek lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu«. Prof. dr Ziemacki tłómaczy, że nazwa, projektowana przez komitet, ma na względzie podkreślenie w nowem Tow. idei polskiej; każdy, kto uznaje tę ideę, może wstąpić do Tow. bez różnicy narodowości.

Zebranie uchwala nazwę według projektu komitetu i na wniosek dra Strawińskiego uchwala prosić prof. dra St. Zaleskiego o opracowanie projektu ustawy nowego »Związku«, na co prof. Zaleski się zgadza.

Dr Strawiński zawiadamia, że komitet zamierza w grudniu urządzić wykłady dla uczczenia pamięci Jędrzeja Śniadeckiego z powodu 100-letniej rocznicy wydania jego »Teoryi jestestw organicznych«, która przypadała w roku 1904. Zebranie uchwala zwrócić się do dra Noiszewskiego, prof. dra St. Zaleskiego i prof. Szawłowskiego z prośbą o wygłoszenie odpowiednich odczytów. Sekretarz: *Witold Orłowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Otrzymujemy następujące pismo:

Zarząd bialskiej fabryki chemicznej »Beskid« okazał gotowość przylepiania znaczków jedno-halerzowych na fundusz dla niezaopatrzonych wdów i sierot po lekarzach — na swych wyrobach, a mianowicie na kreseptolu, septozolu, litanthrolu i viscogenie, jak również na waselinach z przymieszkami leczniczemi i bez tychże, pakowanemi w tubach.

Wydział Towarzystwa przesyła za tę gotowość Szanownemu Zarządowi publiczne podziękowanie i uprasza kolegów, by przetwory te w odnośnych przypadkach zapisywać zechcieli.

Kraków, 23 marca 1906.

Za Wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy.

II Sekretarz: *Dr Flis.* Prezes: *Dr H. Jordan.*

Sprawozdanie z czynności Izby lek. wiedeńskiej za r. 1905 zwraca uwagę na to, że gdzie działalność Izby nie mogła osiągnąć zadowalniających wyników, tam wina nie leży zupełnie po stronie Izby, ale po stronie władz, i dlatego wnosi, by wezwać Namiestnictwo, by raz wreszcie załatwiło odwołania ośmiu lekarzy, którzy zostali przez Izbę ukarani za przyjęcie posad w Kasach chorych mimo zakazu Izb. Rekursy te czekają załatwienia już od roku. Wniosek ten Izba przyjęła i teraz się pokaże, jak się stosunki między Izbą a Namiestnictwem ułożą. Na mocy dotychczasowego doświadczenia śmiało można powiedzieć, że Namiestnictwo i Ministerstwo spraw wewnętrznych odnoszą się do Izby lek., jakby do instytucyi, przez którą mają przechodzić różne pisma i akta, — że tak powiemy językiem urzędniczym »różne kawałki« — od władz do lekarzy lub naodwrót. Na taką czynność jednak szkoda czasu i sił członkom Izby. Ustawa Izb lekarskich wyraźnie powiada (§ 3), że »Izby lekarskie powołane są do naradzania się nad wszystkiemi sprawami, tyczącemi się wspólnych interesów stanu lekarskiego, zadań i celów, jakoteż godności i powagi powołania lekarskiego i t. d., i do wydawania uchwał w tych sprawach«. Skoro państwo stworzyło Izby i dało im prawo do »wydawania uchwał«, to chyba wynikać z tego powinno, że władze mają się starać te uchwały wprowadzać w czyn. A tymczasem co się dzieje w życiu, nie na »cierpliwym papierze?« Jest rzeczą jasną, jak słońce, że Izby nie mają we własnym zakresie działania uchwalać czegoś, co się sprzeciwia obowiązującym ustawom, ale z drugiej strony przysługuje im niewątpliwe prawo, a nawet obowiązek starać się wszelkiemi siłami o materyalne powodzenie stanu lekarskiego. Nie powinny jednak tego czynić, jak sobie tego władze życzą, wyłącznie wydając platoniczne orzeczenia, ale muszą mieć prawo, a ustawa o Izbach z 22 grudnia 1891 roku na to zezwala, chronić lekarzy przed ruiną, którą całemu zawodowi zagrażają coraz bardziej mnożące się zarejestrowane Kasy zapomogowe i inne stowarzyszenia, wyzyskujące pracę lekarzy. Skoro żadna ustawa nie powiada, że tego rodzaju stowarzyszenia i zarejestrowane Kasy istnieć muszą, a tylko, że istnieć mogą, i skoro istnienie ich właśnie dlatego, że składając się z członków zamożnych, ustawowemu obowiązkowi ubezpieczenia nie podlegających, szkodzi bezsprzecznie całemu stanowi lekarskiemu, jest przeciwdziałanie tym Kasom najważniejszem i najdonioślejszem zadaniem Izb lekarskich. A jeżeli władze przeszkadzają Izbom spełniać ten obowiązek, to czynią z Izb instytucye bezcelowe, a z instytucyi, pozornie działających i odgrywających wobec całego stanu lekarskiego rolę władzy, a bezwładnych po za stanem lekarskim, lekarze chętnie zrezygnują. Izby takie, jak są dzisiaj, to laski tylko o jednym końcu, tylko na lekarzy — lekarze chętnie zgodzą się na te laski, ale żeby koniecznie miały dwa końce.

Uchwały Izb, zabraniające przyjmowania posady lekarzom we wspomnianych Kasach, w każdym razie nie sprzeciwiają się obowiązującym ustawom. Czują to dobrze władze, bo jakże inaczej można sobie wytłómaczyć, że już dwa lata minęły od czasu, kiedy Izby wniosły od orzeczenia Namiestnictwa odwołanie, a Ministerstwo dotąd rekursu nie załatwiło. Izba wiedeńska odwołała się od orzeczenia Namiestnictwa, że zakaz Izby, wzbraniający przyjmowania posad w Kasach chorych urzędników bankowych, przekracza kompetencyę Izby. Dlaczego Ministerstwo nie załatwia rekursu odmownie, jeśli namiestnictwo ma prawną racyę? Dlaczego i Namiestnictwo nie załatwia odwołania owych ośmiu lekarzy, ukaranych przez Izbę wiedeńską za przyjęcie posad w Kasach chorych, jeśli jest tego przekonania, że Izba postąpiła nieprawnie? Władze austryackie wiodą politykę kunktatorską, chciałyby nie narazić się Kasom i nie dotknąć Izb, chciałyby, żeby i wilk był syty i koza cała. *E. S.*

Akcya dobroczynna Izby lek. wied. Izba lek. wied. zamierza utworzyć instytucyę dobroczynną i zapewniła sobie w tym względzie współudział i pomoc członków Wydziału lek. wied. Instytucya ta ma służyć następującym celom: wspieranie podupadłych lekarzy; odszkodowanie lekarzy, którzy ponieśli straty w walce o dobro ogółu kolegów; użyczanie pożyczek potrzebującym kolegom; staranie się o wolne miejsca pobytu w zakładach leczniczych i miejscach kąpielowych dla chorych kolegów; budowanie przytulków dla lekarzy niezamożnych, potrzebujących opieki; popieranie i scentralizowanie sprawy ubezpieczenia lekarzy na przypadek choroby; reorganizacya i autonomia w sprawach ubezpieczenia lekarzy od nieszczęśliwych wypadków i t. z. »Haftpflicht«, oraz stworzenie wolnej akademii dla praktycznej i społecznej medycyny. *E. S.*

Wolny wybór lekarzy w fabrycznych Kasach chorych w Królestwie zaleca ponownie J. Zawadzki (»Kronika lekar.« 1906, 6), krytykując zarazem ostro, a słusznie, dokonany w jednej z fabryk warszawskich wybór jednego stałego lekarza Kasy przez samych robotników. Taki bowiem sposób nie zapewnia ani stanowi lekarskiemu, ani samym robotnikom żadnej niemal korzyści w porównaniu ze stanem obecnym. Każdy robotnik powinien mieć możność zwrócić się do tego lekarza, do którego ma zaufanie, z pewnego grona lekarzy, które na leczenie chorych kasowych przystanie i o odpowiednie honoraryа z Kasą się ugodzi. *R.*

Sprawę młodzieży lekarskiej warszawskiej, zmuszonej przerwać studya, porusza »Gazeta lekarska« (Nr. 11). Ponieważ tylko bardzo niewielu słuchaczy uniwersytetu warszawskiego posiada środki na ukończenie studyów zagranicą, przeto powinniby ordynatorzy szpitali warszawskich i prowincyonalnych przygarniać tę młodzież, która musiała pozostać w kraju, na swoje oddziały w szpitalach, by dotychczasowe studya nie poszły na marne. Kilku ordynatorów dało tu już dobry przykład. Trudność niemałą stanowi dostarczenie tej młodzieży, przeważnie niezamożnej, środków utrzymania; poruszono myśl pożyczek z funduszów, zebranych na rzecz rodzin lekarzy, powołanych na wojnę, którzy po powrocie już poczęści zwracają zasiłki, udzielone ich rodzinom. *R.*

Organizacyę ziemskiej pomocy lekarskiej w Królestwie omawia Wł. Biegański w Nr. 2 »Czasopisma lek«. Zdaniem jego plany, zmierzające do uprzystępnienia pomocy lekarskiej dla szerokich warstw ludności (Fiedler, Rychliński) są za kosztowne. Lepsze są plany, opierające organizacyę o szpitalnictwo i środki sanitarno-higieniczne (Łazarowicz). Roztrząsnąwszy wady organizacyi, przyjętej w ziemstwach rosyjskich (biurokratyzm, zbyt wielkie pole działania felczerów, leczenie bezpłatne w zbyt obszernym zakresie) uważa Biegański za konieczne w przyszłej organizacyi w Królestwie: leczenie ile możności szpitalne, dobre urządzenie szpitali, budowa szpitali większych (a nie drobnych); bezpłatność leczenia tylko dla zupełnie biednych; osiedlenie lekarzy, subwencyonowanych przez ziemstwo, w każdem miasteczku. N. p. w przyszłem ziemstwie piotrkowskiem (z wyłączeniem miasta Łodzi) powinny być 3 duże szpitale po 150—200 łóżek (Sosnowiec, Częstochowa, Piotrków), w każdym z nich oddział wewnętrzny, chirurgiczny i weneryczny, w jednym nadto oczny i laryngologiczny z osobnymi kierownikami i asystentami; wszędzie odpowiednie pracownie i t. d.; dalej 7 szpitali w mniejszych miastach (po 30 łóżek z 1 lekarzem), jeden szpital dla obłąkanych (100 łóżek), trzy przytułki położnicze; przy większych szpitalach szkoły dozorców chorych, przy przytułkach położniczych — szkoły położnych (babek wiejskich). Z 37 miasteczek gubernii piotrkowskiej w 21 są już lekarze; w pozostałych należy osadzić lekarzy (300—900 rbs. zapomogi od ziemstwa za dozór sanitarny i leczenie ubogich). Koszt roczny ogólny takiej organizacyi oblicza Biegański na 200,000 rbs., co przy ludności $1^1/_4$ miliona stanowi 20 kop. na głowę, a około $^1/_6$ przewidywanego budżetu ziemstwa. *R.*

W seminaryum medycyny społecznej w Berlinie (na temat: »Państwowe ubezpieczenie kalek w teoryi i praktyce«) uczestniczyło nadspodziewanie wiele, bo 300 osób, przeważnie lekarzy. W ćwiczeniach seminaryjnych grupami po 6—12 uczestniczyło 130 słuchaczy. Najbliższy cykl obejmie ubezpieczenie od przypadków i będzie również bezpłatny.

Zużycie alkoholu w Niemczech. W Niemczech zużywano w r. 1899—1903 rocznie 5,82 l. wina, 123,4 l. piwa i 8,52 l wódki na głowę ludności, czyli jeden mieszkaniec wydawał rocznie na alkohol około 47 marek, odliczywszy zaś dzieci i t. d. wypadnie na jednego dorosłego mężczyznę 157 marek. Cały wydatek na alkohol wynosił niemal 3 miliardy marek rocznie, to jest tyleż, co dług państwowy, 3 razy więcej, niż utrzymanie armii i floty, 6 razy więcej, niż roczny wydatek na ubezpieczenie robotników, a 7 razy więcej, niż wydatek na szkoły ludowe.

Opieką nad niemowlętami zajęli się Niemcy w tych czasach niezmiernie żywo. W każdym numerze czasopisma lekarskie niemieckie wymieniają po kilkanaście miast, zaprowadzających instytucye »Kropli mleka« lub podobne zakłady, uzdrowiska dla dzieci, uzdrowiska leśne, wyznaczających nagrody za karmienie, urządzających kursa pielęgnowania dzieci, ustanawiających lekarzy szkolnych i tworzących place do gier i zabaw.

Międzynarodowa wystawa higieniczna otwartą zostanie w Wiedniu 12 maja b. r. Wiadomości udziela dyrekcya wystawy w Wiedniu III. Marxergasse 13.

Zakaz plucia w wagonach wydało austryackie ministerstwo kolejowe pod karą od 2—200 k. lub 6 godz. do 14 dni aresztu.

Stan epidemii w Galicyi. Od 25 do 31 marca 1906 doniesiono o nowych przypadkach: Ospy w 6 gminach 10 chorych, a mianowicie w powiatach Brzesko (Dembno 1), Chrzanów (Chrzanów 4, Trzebinia wieś 1, Jaworzno 2, Luszowice 1), Cieszanów (Łowcza 1); duru plamistego w 23 gminach 109 chorych w powiatach: Brzeżany (Glinna 9, Brzeżany 1), Bohorodczany (Jabłonka 7), Buczacz (Dobropole 4), Czortków (Zabłotówka 3), Jaworów (Zawadów 4, Olszanica 3, Żmijowiska 3), Lwów pow. (Pikułowice 1), Nadwórna (Łanczyn 3, Zielona 6), Rawa (Ulicko zar. 5, Szczerzec 1, Kamionka woł. 7, Biała 2, Werchrata 2), Stanisławów (Stanisławów 3; zachorował posługacz szpitalny, Knihynin w. 2), Śniatyn (Tulawa 5), Stryj (Pławie 6, Kalne 4), Tłumacz (Bortniki 27 w ciągu 2 tygodni, Korolówka 1). Zapalenia opon mózgowordzeniowych nagminnego przybyło w 24 gminach 54 chorych (w mieście Lwowie zachorował i zmarł po dwudniowej chorobie 48-letni dozorca domu; obdukcya zwłok i badanie bakteryologiczne stwierdziły nagminne zapalenie opon).

Ruch ludności w Krakowie od 18 lutego do 17 marca 1906 był według zestawień miejskiego biura sanitarnego następujący: Urodziło się dzieci żywo: 264 (chłopców 136, dziewcząt 128), nieżywo 16; zmarło osób 202 (obcych 74), a przyczyną śmierci były: niedostateczny rozwój 2, gruźlica 63 (30), zapalenie płuc 22 (8), błonica 6 (4), krztusiec 3, płonica 5 (1), odra 2, dur osutkowy 1, dur brzuszny 1 (1), cholera niemowląt 7 (1), zakażenie przyranne 3 (1), inne choroby zakaźne 3 (1), udar mózgu 6 (2), choroby serca 18 (1), nowotwory 12 (3), inne przyczyny śmierci naturalnej 44 (18), śmierć przypadkowa 2 (2), samobójstwo 1, zabójstwo 1. — W tygodniu XII (18—24 marca b. r.) urodziło się żywo 58 dzieci (27 chłopców, 31 dziewcząt), nieżywo 4 (2 2), zmarło ogółem osób 62 (obcych 18), a mianowicie 24 mężczyzn, 38 kobiet, i to z następujących przyczyn: gruźlica 15 (5), zapalenie płuc 12 (3), płonica 1 (1), odra 2, dur brzuszny 1 (1), inne choroby zakaźne 2 (2), udar mózgu 2, choroby serca i naczyń 4, nowotwory 2 (1), inne przyczyny śmierci naturalnej 21 (5).

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 18 do 24 marca zgłoszono przypadków błonicy 8 (obcych 2), krztuśca 8, płonicy 9, odry 7, duru osutkowego 0 (1), duru brzusznego 5 (3). W tymże czasie zmarło z błonicy 1, z duru brzusznego 1 (1). *R.*

Instrukcya dla lekarzy miejskich w Buczaczu, w sprawie nadzorowania szkół ludowych.

Ułożył radca ces. Dr E. Krzyżanowski, starszy lekarz miejski.

§ 1. Szkoły miejskie i szkółki prywatne w Buczaczu podlegają pod względem sanitarnym nadzorowi miejskiego biura sanitarnego, które prowadzi dokładną statystykę szkółek prywatnych.

§ 2. Lekarze miejscy winni conajmniej raz na kwartał zwiedzić szkoły i szkółki w Buczaczu i zwracać uwagę: *a)* na wygląd, położenie i objętość sal naukowych w stosunku do ilości dziatwy szkolnej; *b)* na wentylacyę, opalanie, temperaturę, światło słoneczne, czystość, na jakość, ilość, porządek i ustawienie ławek szkolnych, drzwi, — na położenie, urządzenie wentylacyi i czystość wychodków, — na jakość i ilość wody do picia przeznaczonej, — na naczynia, w których woda do picia przechowuje się, również winni zbadać place, przeznaczone do zabaw i gimnastyki; *c)* zwracać uwagę, czy podłogi bywają zapuszczane olejem przeciw kurzowi (Dustleer-Oel), który nie wysychając, nie dopuszcza, by kurz z podłogi podczas zamiatania wznosił się do góry. (Uwaga. Przed zapuszczeniem należy dobrze obmyć podłogę, wysuszyć, następnie smarować co 3 miesiące tym olejem, którego kilogram kosztuje 1 koronę. Pierwszy raz — na lichą, miękką podłogę o powierzchni n. p. 70 m. kw. wychodzi około 15 kg., drugi raz już tylko około 3 kg. Do codziennego zamiatania w ten sposób zapuszczonych podłóg należy używać odpowiednich do tego mioteł. Zamiast Dustleer-Oelu można smarować obmytą i suchą podłogę terem (mazią pogazową), ogrzanym do 40° C., rozcieńczonym terpentyną w stosunku 1:10. W tym wypadku musi podłoga schnąć przez 2 tygodnie. Jednorazowe wysmarowanie podłogi wystarczy na 4 miesiące); *d)* przestrzegać, aby na korytarzach i w salach szkolnych umieszczoną była odpowiednia ilość spluwaczek, napełnionych proszkiem »Antisputol«. Proszek ten składa się z 100 części sproszkowanego torfu, 15 części siarczanu miedzi i 2 części formaliny. Albo można używać płynu 1 gm. sublimatu na 2000 gm. wody, albo czystej wody, *e)* przestrzegać, aby haki na szaragach były ponumerowane, aby każde dziecko miało swój hak do wieszania ubrania wierzchniego. Przez to przyzwyczaja się dziecko do porządku i rzecz sama jest higieniczną; *f)* przekonać się, czy wszystkim dzieciom zaszczepiono w dzieciństwie ospę ochronną; *g)* zwracać uwagę na stan zdrowotny dziatwy (wyglądanie, cera twarzy, postawa, czystość ciała i ubrania, paznokcie u rąk, czystość głowy, uszu, skarpetki, czystość nóg, chustki do nosa), na choroby ostre i przewlekłe, wycieńczenie, osłabienie wzroku, słuchu i t. p.

§ 3. Odwiedzanie sal szkolnych przez lekarzy miejskich ma się odbywać w pewnych, z góry oznaczonych dniach w asystencyi kierownika szkoły, lub tegoż zastępcy, przyczem należy baczyć, by nauka szkolna przez to nie cierpiała.

§ 4. Lekarz zapisuje po dokonanej inspekcyi swoje uwagi w dzienniku sanitarnym szkolnym, a w razie potrzeby odnosi się pisemnie do Rady szkolnej miejscowej lub okręgowej ze swojemi spostrzeżeniami.

§ 5. W razie epidemicznej choroby powinien lekarz miejski chore dzieci zbadać i uwiadomić Starostwo, które zarządzi albo zamknięcie całej szkoły, albo tylko jednej klasy, ewentualnie usunie na pewien czas te dzieci lub nauczycieli, w których domu zaraźliwa choroba wybuchła.

§ 6. Lekarze miejscy winni szczerze popierać zakładanie kolonii wakacyjnych, zbiorowych, wycieczek, zabaw i gier, urządzanych na świeżem powietrzu dla dziatwy szkolnej.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 4 kwietnia posiedzenie, na którem dr. Surzycki wyłożył rzecz: O artrytyzmie (dnie) i jego leczeniu. W dyskusyi przemawiali: dr. H. Hirsch, prof. Korczyński i doc. Seńkowski. Inne zapowiedziane wykłady z powodu spóźnionej pory odłożono.

— Dnia 1 kwietnia b. r. odbyło się posiedzenie polskiego komitetu dla międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Lizbonie, na którem omawiano, jakie stanowisko zająć ma komitet polski wobec projektu utworzenia stałego biura zjazdów międzynarodowych, uchwalono oświadczyć się za ustanowieniem rzadszych terminów zjazdów (zamiast obecnych 3-letnich) i wybrano na przedstawiciela polskiej prasy lekarskiej w Lizbonie prof. Wicherkiewicza.

— »Przegląd zdrojowy« rozpoczął z dniem 1 kwietnia b. r. piąty rok wydawnictwa. Jak dotychczas, wychodzić będzie to pismo 1 i 15 każdego miesiąca od kwietnia do października. Redakcyą kierują dr. Z. Pelczar z Truskawca i dr. J. Frączkiewicz z Krakowa. Do stałych współpracowników zalicza »Przegląd zdrojowy« wybitnych przedstawicieli tego działu, między nimi zasłużonego dr. B. Skórczewskiego z Krynicy.

— Słownik portugalsko-polski, mogący oddać usługi uczestnikom polskim zjazdu lizbońskiego, wydał świeżo p. Zdanowski. Cena 7 koron.

Lwów. Posiedzenie nadzwyczajne Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się 30 marca 1906. 1) Kol. Selzer omówił przypadek padaczki typu Jacksona u kobiety starszej. Choroba

znamionowała się głównie kurczami drgawkowymi, zaczynającymi się typowo od palca wskazującego kończyny górnej prawej i przenoszącymi się na całą kończynę górną, a następnie i dolną. Napady powtarzały się bardzo często, (z górą 100 na dobę). Porażeń wybitnych nie zauważono. Chora przez cały czas pobytu w szpitalu nieprzytomna. Tak sam przebieg choroby, jak i wynik ujemny sekcyi mózgu (na sekcyi znaleziono tylko miernego stopnia wodogłowie wewn. i zewn.), skłania prelegenta do określenia tej choroby jako *status hemiepilepticus idiopathicus*. W dyskusyi zabierają głos dr. I. Fajersztajn i prof. Gluziński, którzy radzą nie spieszyć się z rozpoznawaniem w ogóle choroby tej jako »samoistnej«, a tem bardziej jeszcze, jeśli dotyczy ona osobników starszych. 2) Kol. W. Ziembicki mówił »O postępach w klinicznem badaniu moczu«, przedstawiając próby na cukier, aceton i kwas acetooctowy, tak dawniejsze, jak i nowsze, i oceniając krytycznie ich wartość na podstawie doświadczeń, zdobytych w klinice wewnętrznej Uniw. lwowskiego. Za bardzo dobrą i najczulszą próbę na kwas acetooctowy uważa próbę, podaną przez Arnolda ze Lwowa. 3) Doc. Biernacki w odczycie p. t.: »Jak się żywi nasza inteligencya?« dochodzi na podstawie cyfr, zebranych we Lwowie i w Warszawie, do wniosku, że inteligencya nasza jada — »za tłusto«. O ile bowiem ilości białka i węglowodanów, przyjmowanych dziennie, nie przenoszą wartości ogólnie przyjętych, a ilość węglowodanów jest nawet nieco niższą, o tyle ilość tłuszczu zostaje przekraczaną niekiedy w dwójnasób. Zarzut ten dotyczy również i kuchni polskiej wogóle, która ma być za tłustą w porównaniu z francuską lub angielską. Prelegent uważa reformę kuchni polskiej na wzór kuchni zachodnich za konieczną. 4) Doc. dr. Moraczewski wygłosił odczyt »Sprawozdanie z prac Emila Fischera nad syntezą białka«.

— Z końcem kwietnia b. r. rozdzieli Izba lek. wschodnio-galicyjska trzecią część kwoty, przysłanej na rok bieżący ze związku Towarzystw lek. na zapomogi jednorazowe dla wdów i sierót po lekarzach. Uprawnione do otrzymania zasiłku są wdowy, których mężowie mieszkali w obrębie Izby i sieroty do 20 roku życia. Podania udokumentowane należy wnosić do 15 kwietnia b. r. do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, Lwów, ul. Dominikańska l. 11.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyła posiedzenie dnia 31 marca 1906 r. Omówiono na niem sprawę zarządu zakładem zdrojowym w Morszynie w najbliższym sezonie, oraz sprawę eksploatacyi zdrojów morszyńskich. Odczytano oferty i opinię syndyka Towarzystwa co do dzierżawy folwarku Morszyn od 1 kwietnia 1908 r. i po przeprowadzonej dyskusyi uchwalono odłożyć ostateczne postanowienie w tej sprawie. Wreszcie na wniosek Tow. lek. lwow. uchwalono urządzić telefon w lokalu Towarzystwa.

— Sekcya sanocka Towarzystwa lekarzy galic. odbyła d. 24 marca b. r. zebranie, na którem wybrano przewodniczącym dr. Jabłońskiego, zastępcą dr. Karpińskiego, a sekretarzem dr. Filimowskiego; uchwalono wyrazić sympatyę walczącym lekarzom dolnoaustryackim i omawiano sprawę leczenia wodą.

— Sekcya wadowicka Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrała na posiedzeniu w dniu 18 marca b. r. swoim przewodniczącym dr. Zawadzińskiego z Wadowic, zastępcą przewodniczącego dr. Idzińskiego z Żywca, sekretarzem administracyjnym dr. Żędzianowskiego, naukowym dr. Müllera, gospodarzem dr. Bukowskiego z Wadowic.

— Kółko pedyatrów przy Towarzystwie lekarskiem lwow. odbyło 24 lutego b. r. II posiedzenie, na którem dr. Quest miał odczyt »O wpływie żywienia na pobudliwość nerwową u osesków«. Prelegent stwierdził już dawniej, że mózg dzieci, zmarłych na tężyczkę, zawiera mniej wapna, niż innych dzieci; obecnie przekonał się doświadczalnie, że u psów, żywionych pokarmem, zawierającym mało wapna, wzmaga się pobudliwość nerwowa; w mózgu tych psów jednakże nie znalazł zmniejszenia ilości wapna. Z drugiej strony stwierdzono, że tężyczka częstszą jest u dzieci, żywionych nadmiernie mlekiem krowiem, obfitującem w wapno. Przez zwykłe podawanie wapna w pożywieniu nie można podnieść ilości wapna przyswojonej, bo warunki przyswajania wapna nie są nam dotychczas dokładnie znane. W dyskusyi przemawiali dr. Czarnik, Szydłowski i Wachtel.

— Miejska komisya zdrowotna wybrała ze swego grona komitet przeciwgruźliczy, który polecił fizykatowi zestawienie statystyki gruźlicy we Lwowie w ostatniem dziesięcioleciu i postanowił wejść w porozumienie z powstałym przed 3 laty komitetem budowy krajowego uzdrowiska dla chorych na gruźlicę, kierowanym przez hr. A. Wodzickiego i prof. A. Gluzińskiego.

Poznań. Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk postanowił złożyć Towarzystwu wileńskiemu jako dar jubileuszowy plakiet srebrny z podobizną Karola Marcinkowskiego, dłuta Władysława Marcinkowskiego, a koszta pokryć ze składek członków Wydziału.

Warszawa. W Towarzystwie higienicznem warszawskiem powstał nowy wydział: higieny życia domowego, pod kierunkiem dr. Chodeckiego. Towarzystwo podjęło starania o zbudowanie własnego domu, pod który posiada już plac przy ul. Karowej; fundusz zamierza zbierać przez urządzanie zabaw i t. d. — Lubelski oddział Towarzystwa zakłada muzeum higieniczne.

— Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie doczeka się prawdopodobnie wkrótce nareszcie lekarzy-asystentów, stale zajętych na jednym oddziale i mieszkających w szpitalu. Dotychczas bowiem nie było lekarzy pomocniczych, przeznaczonych stale do obsługi oznaczonych oddziałów (tak, jak w Galicyi sekundaryusze), dyżury lekarskie odbywały się niedokładnie z powodu braku mieszkań w szpitalu dla asystentów, odnosząca się zaś do tego uchwała Miejskiej Rady dobroczynności publ. z r. 1902 pozostała dotąd tylko martwą literą. Asystentów stałych ma mieć szpital Dzieciątka Jezus 6, mianowanych co 3 lata na przedstawienie odpowiednich ordynatorów. Każdy asystent będzie się opiekował jednym pawilonem (2 oddziałami); dla 3 z nich, chirurgów, już urządzono w szpitalu mieszkania (»Gaz. lek.« 12).

— Kierownictwo warszawskiego instytutu położniczego, oddanego do czasu otwarcia uniwersytetu szpitalowi Dz. Jezus, powierzono Dr. Grzankowskiemu, a zastępstwo na oddziale ginekologicznym za tegoż Dr. Staniszewskiemu (»Gazeta lekarska« 12).

— Towarzystwo kolonii letnich w Warszawie, (liczące obecnie 831 członków), wysłało w r. 1905 na kolonie bezpłatne 2,613 dzieci (48·9 prc. zakwalifikowanych do wyjazdu), które umieszczono w 11 wsiach i w Ciechocinku kosztem 35,965 rbs. (na dziecko 15·81 rbs.).

— Stypendya rządowe, wypłacane słuchaczom akademii wojskowolekarskiej w Petersburgu, zostaną wstrzymane z dniem 1 września b. r., jeżeli do tego czasu akademia, obecnie zamknięta, nie zostanie otwartą.

— Rada instytutu lekarskiego dla kobiet w Petersburgu, uchwaliła, nie otwierając tego zakładu, dopuścić jednak do zajęć praktycznych w pracowniach i klinikach wszystkie słuchaczki ostatniego kursu, aby w jesieni mogły zdawać egzamin lekarski.

— Podania o przyjęcie do uniwersytetu kijowskiego wniosło 734 kobiet.

— Zatargi pomiędzy ziemstwem moskiewskim i personalem lekarskim ziemstwa przybierają coraz większe rozmiary. I tak ustąpił ze stanowiska cały personal szpitali w Izmaiłowie, Szabłowic, Sucharewie, Kolomnie, Kraskowie i t. d., wszyscy lekarze (12) powiatu Dmitrowskiego. Gubernator moskiewski nakazał wypowiedziane miejsca natychmiast obsadzać, a 5 dawniej uwięzionych lekarzy ziemskich ze służby uwolnić. Również cały personal lekarski okręgowego ziemstwa moskiewskiego i personal szpitala w Balanda (gub. saratowska) wniósł dymisyę.

Z różnych stron. II Zjazd międzynarodowego związku prasy lekarskiej odbędzie się w czasie zjazdu w Lizbonie. Na porządku dziennym znajdują się następujące sprawy: Ochrona praw autorskich w piśmiennictwie lekarskiem, granice dziennikarstwa lekarskiego, bezpłatny dziennik lekarski i farmaceutyczny, utworzenie stałego biura i t. d. Związek wyda na zjazd pierwszy swój rocznik, obejmujący spis wszystkich czasopism, należących do związku, z podaniem roku założenia, sposobu wychodzenia i t. d.

— Na zjeździe lizbońskim będzie przedstawicielem Wydziałów lekarskich krakowskiego i lwowskiego prof. Wicherkiewicz, a warszawskiego Tow. lekarskiego dr. Karwacki.

— Wynalazca laryngoskopu, Manuel Garcia, ukończył 17 marca b. r. 101 rok życia.

— Słynnemu syfilidologowi Neisserowi przeszkodziła 9 marca b. r. w Szczecinie gromada ekscedentów wygłosić zapowiedziany wykład publiczny p. t. »Małżeństwo i choroby płciowe«. Lekarze szczecińscy wyrazili z tego powodu swe oburzenie i ubolewanie w zbiorowym adresie, przesłanym Neisserowi.

— Rząd niemiecki zamierza wydać przepisy o państwowych egzaminach dla dozorców chorych.

— Na kolejach żelaznych niemieckich wprowadzono wozy dla chorych, dostępne nawet mniej zamożnym, bo za przewóz opłaca się tylko poczwórną należytość III klasy.

— Liczba słuchaczy medycyny na wszechnicach szwajcarskich nietylko nie spada (jak się to dzieje w całej Europie), lecz przeciwnie wzrasta (przed laty dziesięciu 1,004, w r. b. 1,799). Wzrost ten jednak powstał głównie przez przybytek cudzoziemców (z 381 w roku 1895,6 wzrosła ich liczba na 1,238 w r. b.), liczba studentów Szwajcarów przeciwnie zmniejszyła się nieco (z 623 na 561). W roku bieżącym uczęszcza na medycynę w Szwajcaryi więcej kobiet (993), niż mężczyzn (806). W Bazylei jest tylko 4 słuchaczki, a 136 słuchaczy, w Lozannie 327 kobiet, a tylko 127 mężczyzn.

— W Rzymie otwarto osobną szkołę miejską dla dzieci, dotkniętych zaraźliwemi cierpieniami oczu.

— »Narodowe Towarzystwo dla badania padaczki« w Ameryce rozpisało międzynarodowy konkurs z nagrodą 1,200 marek za najlepszą pracę o powstawaniu padaczki. Prace nadsyłać należy do 1 sierpnia r. b. do prezesa tego towarzystwa w Sonyea w Stanie nowojorskim.

Mianowani: Prof. Noorden z Frankfurtu dyrektorem kliniki lekarskiej w Wiedniu (po Nothnaglu); laryngolog doc. Gerber w Królewcu, profesorem nadzw.; prof Albertotti z Modeny profesorem okulistyki w Padwie.

Dr. Kazimierz Wernicki lekarzem miejskim we Lwowie.

Powołani: Doc. Klingmüller z Wrocławia na katedrę dermatologii w Kiel (po Dühringu); tyt. prof. de la Camp z Berlina na kierownika polikliniki lekarskiej w Marburgu; prof Passow na miejsce ustępującego prof Lucaego na dyrektora kliniki otyatrycznej w Berlinie.

Zmarli: Doc położnictwa Bordé w Bolonii.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 12. Bernhardt O krętku bladym Schaudinna w tkankach. Starkiewicz: Z powikłań tyfusu brzusznego. Jaworski (dok. z Nr 11)

— *Medycyna* Nr. 12. Bregman. Przyczynek do patologii mostu Varola I Zapalenie rozlane mostu Varola, zakończone wyzdrowieniem. Gałecki (c. d. z Nr. 11).

— *Tygodnik lekarski* Nr. 13. Szumowski: Stan Lwowa pod względem lekarskim w r. 1772. Szulisławski: Kiła oka (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 7. Mikołajski: 1) Ruch organizacyjny lekarzy w Austryi, 2) Kontrola sanitarna nad mamkami, i ciąg dalszy artykułów z Nr 6.

— *Časopis lekařův českých* Nr. 13. Šamberger: Akneiformni tuberkulidy. Vitek: K nauce o progressivni spinalni amyotrofii. Schnurpfeil: Medullárni anaesthesie Bierova v kombinaci s adrenalinem a suprareninem Sieber: Připad myxoedemu.

— *Russkij Wracz* Nr. 9. Kuzniecow: O skręceniu pętli esowatej w następstwie zbliznowacenia krezki. Orłowski, Zielonkowski (c. d. z Nr. 8).

— *Presse medicale* Nr. 24. Sézary: Mikrobiologia kiły. Treponema pallidum Schaudinna. Chaput: Rękawiczki kauczukowe (pomysłu dr. Chaputa). — Nr. 25. Dejerine i Gauckler: Rzekomi chorzy na żołądek. Mahu: Opryszczki pozagardłowe.

— *Semaine medicale* Nr. 13. Bard: Ogólne zmiany rakowe naczyń limfatycznych płuc

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 13. Neuburger: Ernest Feuchtersleben. Vas: O bakteryomoczu durowym i jego stosunku do nerek. Moro i Murath: O bakteryjnych substancyach hamujących stolców noworodków. Okuniewski: Przyczynki kazuistyczne.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 13. Arnold: W sprawie morfologii i biologii komórek tucznych, leukocytów i limfocytów. Berger: O rozróżnieniu przypadków prawdziwej cholery od zachorowań do niej podobnych. Baumann: O odruchu gardłowym. Siegel: Stwardnienie tętnic w chirurgii. Lange: Szkoła a gorset. Gebele i Ebermayer: O leczeniu gruźlicy stawów. Behm: Osobliwy postrzał jamy szczękowej. Philip: Ochrona bielizny przy wiewiórze. Dreyfus: Urazowa nieruchomość źrenic. Posselt, Sutherland (dok. z Nr. 12).

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 13. Kranzfelder i Oertel: W sprawie wojenno-chirurgicznego znaczenia nowej amunicyi piechoty niemieckiej. Schmidt: Leczenie gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową. Neisser: Próby przeniesienia kiły na małpy. Hoffmann: Badania doświadczalne nad zakaźnością krwi kiłowej. Wichmann: Sposób działania i zużytkowania promieni radu i promieniotwórczości na skórę, zwłaszcza w toczniu. Berliner: W sprawie leczenia gorączki siennej. Ollendorff: Nagła niedrożność wskutek kamieni żółciowych bez bezpośrednich wykazalnych zaburzeń w drogach żółciowych. Lohnstein: Alypina w praktyce urologicznej. Hechinger: Znieczulenie miejscowe w otyatryi. Leuwer: Uzupełnienie artykułu z Nr. 10.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 14. Hoffmann: O nowoczesnem leczeniu przewlekłych chorób serca. Schmidt: O wzajemnym stosunku chorób serca i żołądka oraz jelit. Strasser i Blumenkranz: W sprawie leczenia zapalenia nerek. Kaiserling: O nerwowości po operacyach ginekologicznych. Uffenheimer. O zachowaniu się prątków gruźliczych we wrotach zakażenia. Kempner, Hirschfeld (dok. z Nr. 13). Maass: Nowsze środki przeczyszczające.

Redakcya otrzymała: Stahr: Üb. den Blutbefund bei der Bierschen Stauungstherapie. Odb. z „Wiener klin. Wochs.“ 1906. — M. W. Herman 1) O leczeniu ostrych spraw ropnych przekrwieniem zastoinowem. Odb. z „Tyg. lek.“ 1906. 2) Versuche chirurgischer Behandlung von chronischen Entzündungsprocessen des Dickdarms. Odb. z „Centrbl. f. Grenzgeb.“ 1904. 3) Pogląd na obecny stan nauki o leczeniu przypadków chorobowych towarzyszących przerostowi gruczołu krokowego. Odb. z „Nowin lek.“ 1905. — Pamiętnik polskiego Towarzystwa balneologicznego. Rok 1905 Kraków 1906. — Krokiewicz: 1) Eine sehr empfindliche Reaction auf Gallenfarbstoffe. Odb z „Münch med. Woch.“ 1906. 2) Erfahrungen mit Marmoreks Serum bei der Lungenphtise. Odb. z „Wien. klin. Woch.“ 1906. 3) Przypadek „chloroma multiplex“. Odb. z „Gaz. lek.“ 1905 — Bogdanik: Die konservative und operative Behandlung der Knochen- u. Gelenkstuberkulose. Odb. z „Wr. klin.-ther. Woch.“ 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Uzdrowisko i kąpiel morska **Grado** (wybrzeże austryackie).

Zakład leczniczy „ALLA SALUTE“

(wybudowany 1905).

Zakład I-rzędny dla chirurgii, ortopedyi, gimnastyki leczniczej jakoteż postępowania fizycznego wogóle. 40 wykwitnie urządzonych pokoi gościnnych z pysznym widokiem na morze, lokale towarzyskie, loggie, piękny, wielki ogród. Własne chłodnice. Oświetlenie elektryczne. Doskonały **pensyonat** i wyjałowione mleko dla dzieci w domu.

Kierownik oddz. chirurg. ortop. **Dr. GUIDO ZIPSER** operator kliniki Eiselberga i Lorenza.

Lekarz kierujący i właściciel **Dr. M. ORANSZ.**

Prospekty bezpłatne otrzymać można przez zarząd. 182

172

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ“ PIOTRA MIKOLASCHA we LWOWIE

wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy i **Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.**

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.

O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2·00 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca: **ustalonej sławy WINA LECZNICZE przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.**

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy.

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajowych i zagranicznych.

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, **krzywicy**, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, **kwas** i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. **Sposób użycia: 2—3** razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia. Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki **dla Panów** Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 168

Rok XLV. Kraków 14 Kwietnia 1906. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu. (Dyr. prof. dr. A. P. Fawickij).

W sprawie doświadczalnej miażdżycy u królików.

Podał
Dr. Zenon Orłowski
ordynator kliniki

W roku 1903 Josué (1) pierwszy dowiódł, że u królików można sztucznie wywołać w tętnicy głównej zmiany, podobne do zmian, cechujących sprawę miażdżycową tętnicy głównej u człowieka. I przed pracą Josuégo ogłoszono prace w tym kierunku (Gilbert i Lion (6), Thérèse (3), Crocq (4), Pernice (5), Boinet i Romary (6), lecz mało zwracano na nie uwagi. Josuému pierwszemu powiodło się zainteresować szersze koło badaczy. Jego zasługa polega na tem, że on pierwszy wskazał sposób, przy pomocy którego można w ciągu krótkiego czasu bez wielkiego zachodu prawie napewno wywołać zmiany w tętnicy głównej u królików. Przed nim już Jores (7) starał się uzyskać takież zmiany w tętnicy głównej, wywołując częste podniesienia ciśnienia krwi. W tym celu Jores dodawał do pokarmu tabliczki z nadnercza, lecz wyniki były ujemne. Josuému pierwszemu przyszło na myśl wywoływać podniesienia ciśnienia krwi śródżylnemi wstrzykiwaniami adrenaliny. Doświadczenia swoje wykonywał Josué na królikach, ważących około 2 klgr. Co trzeci lub czwarty dzień wstrzykiwał Josué do żyły usznej królika 3 krople adrenaliny (1:1000). U królików, które zginęły po pierwszych wstrzykiwaniach, żadnych zmian nie znaleziono. U królika, którego zabito po 8 wstrzyknięciach (w ciągu 5 tyg.) znaleziono w piersiowej części tętnicy głównej podłużną zwapniałą blaszkę długości 1 cm., szerokości 2 mm. Jeszcze większe zmiany znaleziono u 2 innych królików, z których jednego zabito po 10 wstrzyknięciach, dokonanych w ciągu 40 dni, a drugiego po 20 — w ciągu 3 miesięcy. U tego drugiego królika stwierdzono w tętnicy głównej nawet liczne płaskowypukłe tętniaki. Podskórne wstrzykiwania adrenaliny nawet w ciągu długiego czasu nie wywołały żadnych zmian w tętnicy głównej. Doświadczenia Josuégo powtórzył Erb (8), a za nim cały szereg badaczy (Rzętkowski (9), Fischer (10), Sturli (11), Braun (12), Lissauer (13), Scheidemandel (14), Külbs (15), Pearce i Stauton (16) i t. d.). Te badania w zupełności potwierdziły spostrzeżenia Josuégo i niezbicie dowiodły, że śródżylne wstrzykiwania adrenaliny są pewnym i niechybnym środkiem dla wywołania u królików nieraz ciężkich zmian w tętnicy głównej z odkładaniem wapna w uległych zmianom miejscach. Patologo-anatomiczne badania tych zmian dowiodły, że wapno odkłada się prawie wyłącznie w błonie środkowej naczynia; błona zewnętrzna i wewnętrzna prawie nie ulegają zmianom; w naczyniach odżywczych naczyń (*vasa vasorum*) nie powstają żadne zmiany U zdrowych królików podobnych zmian nigdy nie znajdowano. Mimowoli nasuwa się pytanie, jaka jest przyczyna omawianej sprawy w tętnicy głównej? Co gra tu rolę, trujące działanie adrenaliny, czy wprost częste podniesienia ciśnienia krwi? Na te pytania badacze dają niezgodne odpowiedzi. Josué i Külbs za przyczynę uważają częste podniesienia ciśnienia krwi i swoiste działanie samej adrenaliny na ścianę tętnicy; według Josuégo trujące działanie ma większe znaczenie; ten wniosek Josué (17) opiera na doświadczeniu, w którem nie powiodło mu się wywołać żadnych zmian w tętnicy głównej, jakkolwiek wstrzykiwanie dużych dawek nikotyny wywoływało znaczne podniesienia ciśnienia krwi[1]). Erb (19) starał się wyłączyć wpływ wzmożonego ciśnienia krwi w ten sposób, że wstrzykiwał adrenalinę do jamy brzusznej; w tych razach żadne zmiany w tętnicy głównej nie powstawały i t. d.

Powziąwszy zamiar, o ile możności roztrzygnąć to zagadnienie, dla wyłączenia trującego działania adrenaliny wstrzykiwałem także inne środki, wzmagające ciśnienie krwi, mianowicie, strofantynę (Merck), hidrastyninę, adonidynę (Merck), digitalinę (Böhringer und S.), digalen (Hoffmann La Roche).

Adrenalinę (*adrenalinum hydrochloricum* Parke-Davis et C.) 1:1000 wstrzykiwałem królikom do żyły usznej zwykle co drugi lub trzeci dzień. Do doświadczeń używałem młodych zwierząt, ważących $1^1/_4$—2 kilogr. Strzykawkę i igłę starannie wyjaławiałem; zaczynałem wstrzykiwanie od $1^1/_2$—2 podziałek strzykawki 1-gramowej i stopniowo dochodziłem do 3 podziałek; zapalenia, a tem bardziej ropienia żyły nigdy nie zauważyłem. Z 12 królików 3 zginęły zaraz po drugiem wstrzyknięciu, jeden królik zginął po 44 wstrzyknięciach w ciągu $3^1/_2$ miesięcy, drugi po 23 — w ciągu $2^1/_2$ miesięcy, trzeci po 15 — w ciągu $1^1/_2$ miesiąca i t. d. Zwraca na siebie uwagę ta okoliczność, że króliki stopniowo przyzwyczajają się do adrenaliny i zaczynają znosić duże dawki Za przykład mogą służyć 2 moje doświadczenia. 1) Królikowi, ważącemu 1390 gr. wstrzyknąłem pierwszy raz

[1]) To, co nie udało się Josuému, udało się Boveriemu (18). który wlewał przez zgłębnik do żołądka 10—40 sz. ctm. 10% naparu tytoniu i u wszystkich 6 królików znalazł w tętnicy głównej rozległe zmiany ze zwapnieniami.

$^1/_2$ podziałki strzykawki adrenaliny; stopniowo dawkę tę zwiększałem i doszedłem wreszcie w końcu 5 miesiąca do całej strzykawki, a nawet do 1,8; tak duża dawka sprawiała u królika zupełne wyczerpanie sił, które trwało $^1/_2$—$^3/_4$ godziny; po 2 dniach wstrzyknąłem królikowi odrazu dwie strzykawki, w godzinę potem trzecią; ostatecznie musiałem królika zabić; w dzień śmierci waga królika wynosiła 1540 grm. 2) Drugi królik, ważący 1870 grm., przy 21. wstrzyknięciu dostał 0·8 strzykawki (1-gramowej), przy 22—2·6, przy 23—3 strzykawki adrenaliny (1:1000, świeżej, niezepsutej). Ostatecznie i tego królika musiałem zabić; w dzień śmierci królik ważył 1700 gr. Z rozmysłem przytaczam tu wagę królików w celu zaznaczenia, że wstrzykiwania na odżywienie królików mało działały; charłactwa, o którem wspominają inni badacze, nie zauważyłem ani razu, przeciwnie, niektórym królikom nawet przybyło wagi ku końcowi doświadczenia.

Nie będę tu opisywał zjawisk, następujących po wstrzyknięciu adrenaliny do krwi; przejdę odrazu do zmian w tętnicy głównej, które znajdowałem u królików. Otóż, gdy niezmieniona tętnica główna tworzy u królików cienką, cylindryczną rurkę, wszędzie jednakowej, szaroniebieskiej barwy, to tętnica główna w moich doświadczeniach była na całej swojej długości usiana białemi blaszkami różnej wielkości, znacznie twardszemi od sąsiedniej tkanki; miejscami blaszki te wystają na zewnątrz w postaci jakby tętniaków; na przekroju w tych miejscach ścianki tętnicy głównej nie zapadają się. Jeżeli rozciąć taką tętnicę główną i rozłożyć, to widać obraz na tyle znamienny, że Erb, wychodząc z założenia, że takie zmiany powstają tylko pod wpływem adrenaliny, mówi o swoistych adrenalinowych zmianach tętnicy głównej. Najwięcej zmian znajduje się w części wstępującej i piersiowej tętnicy głównej; w wstępującej części można zauważyć mnóstwo zagłębień o średnicy 6—7 i więcej mlm. z twardymi brzegami i takiemże twardem dnem. W najdalej posuniętych przypadkach zagłębienia te leżą tak blizko jedno przy drugiem, że prawidłowej ściany tętnicy nie widać. W niektórych przypadkach te zagłębienia wystają nazewnątrz tętnicy głównej, tworząc jakby tętniaki. W piersiowej i brzusznej części tętnicy głównej spotyka się blaszki w kształcie białych plam z brzegami ostro obciętymi; niekiedy najwięcej tych zmian w brzusznej części tętnicy, wbrew twierdzeniu Scheidemandela, że brzuszna część tętnicy głównej nie ulega zmianom nawet w daleko posuniętych przypadkach. Pierwsze zmiany zjawiają się w piersiowej części tętnicy głównej.

Co się tyczy ilości wstrzykiwań, potrzebnych dla wywołania pierwszych zmian w tętnicy głównej, to pod tym względem nic pewnego powiedzieć nie można; u 2 królików, które zginęły po dwu wstrzykiwaniach, znalazłem po jednej blaszce w piersiowej części tętnicy głównej; Scheidemandel pierwsze zmiany znajdował po 7 wstrzykiwaniach, Rzętkowski znajdował zmiany już po 2—3 wstrzykiwaniach, a Erb (19) opisuje jeden przypadek, w którym królikowi wstrzykiwał adrenalinę tylko raz jeden: po 14 dniach królik zginął naturalną śmiercią, a przy sekcyi stwierdzono znaczne zmiany w tętnicy głównej. Z tych przykładów widać, że stopień zmian w tętnicy głównej bynajmniej nie stoi w związku z ilością wstrzykiwań, jak to twierdzi Josué; naogół jednak można powiedzieć, że po 10—11—12 wstrzykiwaniach można oczekiwać zmian w tętnicy głównej z wielką pewnością.

Przechodzę teraz do badań drobnowidowych. Już przy pobieżnem badaniu preparatu stwierdza się, że odkładanie wapna odbywa się w błonie środkowej; widać tu różne wielkości blaszki, ostro odgraniczone od otaczającej je tkanki; około większych blaszek można zauważyć naciek, złożony z komórek limfatycznych, częściej od strony błony wewnętrznej, rzadziej od strony błony zewnętrznej. W pobliżu niewielkich blaszek żadnego nacieku niema; miejscami można zauważyć rozrost warstwy mięsnej; komórki mięsne nabrzmiewają, ich jądra również obrzmiewają, wydłużają się, lecz figur karyokinetycznych nie zdołałem znaleźć.

Błona wewnętrzna po większej części nie ulega zmianom, lecz i w niej, prawie wyłącznie odpowiednio do usadowienia się blaszek w błonie środkowej, znajdują się gdzieniegdzie nacieki; śródbłonek w tych miejscach zwykle ulega obumarciu. Dosyć często spotyka się miejsca, gdzie błona wewnętrzna zupełnie jest zniszczona; te miejsca odpowiadają usadowieniu blaszek w błonie środkowej; wewnętrzną ściankę naczynia w takich miejscach stanowi blaszka wapienna, na której w takich razach często można zauważyć skrzepy. Czasami ubytek błony wewnętrznej ma podryte brzegi; przestrzeń między blaszką wapienną i oddzieloną błoną wewnętrzną wypełniają skrzepy; ta okoliczność wskazuje na to, że ubytek ten utworzył się za życia. W rzadkich przypadkach spotyka się blaszki wapienne w samej błonie wewnętrznej. W błonie zewnętrznej (*tun. adventitia*) drobne naczynia są niedrożne, a w otaczającej je tkance można zauważyć nacieczenie komórkami limfatycznemi i utworzenie jakby skrzepów włóknikowych. Miejsca te znajdują się naprzeciw blaszek wapiennych, leżących w błonie wewnętrznej.

Co się tyczy odżywczych naczyń (*vasa vasorum*) naczyń, to pod tym względem spostrzeżenia moje zupełnie się nie zgadzają z twierdzeniem wielu badaczy, że w nich żadnych zmian niema; we wszystkich moich preparatach miały ścianki naczyń odżywczych wejrzenie jednolite, śródbłonek w nich był przerosły i wybujały, wskutek tego światło naczynia bardzo zwężone, a niekiedy zupełnie niedrożne. Śledząc, o ile to możebne, przebieg tak zmienionego naczynia, czasami udaje się stwierdzić, że naczynie kończy się w samej blaszce wapiennej. Czasami można widzieć zwapnienie naokoło niedrożnego naczynia.

Badając preparat, naprzód odwapniony, a potem zabarwiony, stwierdza się w tem miejscu błony środkowej, gdzie było wapno, tkankę mięsną o zatartej budowie; komórki mięsne są jednolite, jakby zlewają się ze sobą, jądra ich tracą własność barwienia się; całe to miejsce wygląda jednostajnie i tylko u brzegów, jeżeli blaszka była duża, czasami znaleźć można nacieczenie komórkami limfatycznemi.

Bardzo pouczające są zmiany włókien sprężystych (preparat odwapniony; zabarwienie sposobem Weigerta). Włókna te biegną wszędzie w ścianie tętnicy lekko falisto; im bliżej ku blaszce zwapniałej, tem falistość jest większa; na samej granicy blaszki włókna zaczynają rozchodzić się jedno od drugiego, lecz na granicy blaszki odrazu nikną zupełnie i dalej na całej przestrzeni blaszki, jeżeli wapna było dużo, włókien zupełnie nie widać; jeżeli wapna było stosunkowo mało, to widać na jednostajnem szklistem tle gdzie-

niegdzie strzępki włókien sprężystych w postaci już nie falistych, ale prostych linii. Włókna, leżące naokoło blaszki i bezpośrednio stykające się z nią, mają postać wystrzępionych linii, czasami zaś rozpadłych grudek; włókna, leżące naokoło blaszki trochę dalej, mają postać prostych równoległych linii, które, gdy się kończy blaszka, wstępując w prawidłową tkankę przechodzą znowu w linie faliste. Tam gdzie wapna mało, gdzie ono dopiero zaczyna się odkładać, włókna sprężyste tylko obrzmiewają, tracą swą falistość i mają postać gdzieniegdzie wystrzępionych równoległych linii. Na granicy blaszki i tkanki prawidłowej włókna w takich razach zwykle są rozerwane.

Oprócz adrenaliny, jak już wspomniałem, używałem digitaliny, digalenu, strofantyny, hidrastyniny, adonidyny.

Hidrastynina. 1% wodny roztwór hidrastyniny (*hydrastinicum hydrochloricum*) wstrzykiwałem do żyły usznej 2 królików po 2 strzykawce odrazu, co drugi dzień; jednemu królikowi zrobiłem 50, drugiemu 63 wstrzyknięć. Przy sekcyi w tętnicy głównej u tych królików zmian nie było.

Digitalinę (0,1:100 wody z dodatkiem kilku kropel wyskoku) wstrzykiwałem 2 królikom co drugi dzień po jednej strzykawce. Obydwom królikom zrobiłem po 49 wstrzykiwań, lecz mimo to żadne zmiany w tętnicy głównej nie powstały.

Digalen wstrzykiwałem jednemu królikowi po strzykawce dziennie; na ósmy dzień królik zginął; przy sekcyi w całej długości tętnicy głównej znalazłem znaczne zmiany o tych samych cechach, co i przy adrenalinie.

Strofantynę (0,1:100 wody) wstrzykiwałem co drugi dzień w ilości 4 podziałek zwykłej strzykawki Pravatza. Królik, ważący 1100,0 w ciągu miesiąca otrzymał 16 wstrzyknięć; przy sekcyi znalazłem liczne wapienne blaszki w całej długości tętnicy głównej.

Adonidynę (0,1:100 wody przekropl.) wstrzykiwałem królikowi co drugi dzień w ilości 0,5 (z początku), a potem po 1 strzykawce; w ciągu 64 dni otrzymał królik 33 wstrzyknięć. Przy sekcyi w tętnicy głównej znalazłem 2 blaszki, ostro odgraniczone od sąsiedztwa o średnicy 5—6 mm.

Nie będę szczegółowo opisywał zmian, widocznych gołem okiem i drobnowidowych, w tętnicy głównej pod wpływem digalenu, strofantyny, adonidyny, gdyż nie stwierdziłem żadnej różnicy od wyżej opisanych zmian po adrenalinie: i tu wapno odkłada się prawie wyłącznie w błonie środkowej; i tu też same zmiany błony zewnętrznej i wewnętrznej, naczyń odżywczych i włókien sprężystych. Jeżeli zachodzi jaka różnica, to tylko ilościowa, lecz nie jakościowa; stosunkowo najmniejsze zwapnienia powstały przy użyciu adonidyny. Wobec tego mówić o swoistych adrenalinowych zmianach tętnicy głównej, jak to czyni Erb, żadną miarą nie można, gdyż takie same zmiany wywołują i inne środki, mianowicie digalen, strofantyna, adonidyna i zapewne jeszcze wiele innych, których wpływu pod tym względem nie badano.

Zwróćmy się teraz znowu do pytania, od czego zależą zmiany w tętnicy głównej przy wstrzykiwaniu adrenaliny? Zdanie Josuégo i Külbsa już przytoczyłem. Rzętkowski za główną przyczynę uważa zwiększone ciśnienie krwi. Doświadczenia Brauna i Sturli przemawiają nieco przeciw temu poglądowi: obydwaj znaleźli zmiany w tętnicy głównej, chociaż pierwszy wstrzykiwał adrenalinę razem z azotynem amylowym, a drugi z metylaminobrenzkatechiną, która nie zwiększa ciśnienia krwi. Erb (w swojej pierwszej pracy) i Lissauer szukają przyczyny w naczyniach naczyń (*vasa vasorum*); według Lissauera wskutek częstych i silnych skurczów tych naczyniek pod wpływem adrenaliny powstają znaczne zaburzenia w odżywianiu błony środkowej naczyń, a następnie martwica wskutek niedokrwienia. W drugiej swojej pracy Erb przypisuje główne znaczenie szkodliwemu działaniu adrenaliny na gładkie mięśnie ściany tętnicy głównej; tegoż samego zdania są Sturli, Fischer i inni. Fischer mówi wprost o pierwotnej martwicy mięśni gładkich ściany naczyniowej.

Mojem zdaniem trujące działanie adrenaliny nie może mieć wielkiego znaczenia; takie same zmiany bowiem sprowadzają i inne środki, nie mające nic wspólnego z adrenaliną. O wiele większe znaczenie mają zmiany naczyń odżywczych (*vasa vasorum*). Całą sprawę można sobie przedstawić tak: pod wpływem adrenaliny naprzód zaczynają się zmiany w naczyniach naczyń (*vasa vasorum*); ścianki ich stają się jednolitemi (zwyrodnienie szkliste), śródbłonek rozrasta się aż do zupełnego zatkania ich światła. Pod wpływem zmniejszonego dopływu materyału odżywczego zaczynają się zmiany w błonie środkowej tętnicy głównej; komórki mięsne tracą swój rysunek, tracą jądra, rozpadają się na drobne grudki i t. d., jednem słowem rozwijają się w nich zmiany o cechach zamierania (*necrobiosis*). W te ogniska, uległe martwicy, odkłada się wapno; skupiając się w dużej ilości, wapno drażni otaczające tkanki i wywołuje w nich naciek komórkowy. W dalszym ciągu zaczynają się zmiany w błonie wewnętrznej naczynia: śródbłonek zwyradnia się, obumiera i t. d., ostatecznie powstają w niej ubytki. Zmiany włókien sprężystych rozwijają się drogą wtórną: gra tu rolę z jednej strony niedostateczny dopływ materyału odżywczego, a z drugiej strony rozwijający się naciek komórkowy. Pęknięcie włókien na granicy blaszek wapiennych i tkanki prawidłowej można objaśnić czysto mechaniczną przyczyną; między innemi przemawia za tem zwiększona falistość włókien na granicy blaszek wapiennych: z jednej strony ulegają włókna ciągle silnemu rozciąganiu, a z drugiej strony włókna, leżące w blaszce zwapniałej, są unieruchomione i przedstawiają jakby punkt stały dla zdrowych włókien. Widzimy więc, że główna przyczyna wszystkich zmian w tętnicy głównej przy wstrzykiwaniach adrenaliny leży w naczyniach odżywczych (*vasa vasorum*).

Zadziwiającem jest, w jak krótkim czasie odkłada się wapno w ścianie naczynia. Według Hansemanna ustrój roślinożernych zwierząt jest wogóle skłonniejszy do odkładania wapna (perlica u bydła rogatego i t. p.). Może tem można objaśnić tę okoliczność, że dotąd nie powiodło się wywołać wyżej opisanych zmian w tętnicy głównej u innych zwierząt: doświadczenia Erba na 2 małpach, Fischera na psach dały wyniki ujemne.

Z jakąż sprawą mamy do czynienia? Czy jest ona identyczna z miażdżycą u ludzi, czy też jest sprawą odrębną, nie spotykaną w patologii ludzkiej? Josué (21) uważa tę sprawę za typową miażdżycę tętnicy głównej, równoznaczną z miażdżycą u ludzi; tegoż samego zdania jest i Braun. Inni autorowie (Lissauer, Fischer, Marchand i t. d.) rozróżniają obie te sprawy; Fischer nadaje jej nawet osobną nazwę: *arterionecrosis*. Według Lissauera,

Erba w patologii człowieka tylko dwie sprawy patologiczne możnaby do pewnego stopnia porównywać ze zmianami w tętnicy głównej u królików pod działaniem adrenaliny. Są to 1) t. zw. kiłowe stwardnienie tętnic, któremu również towarzyszą zmiany w naczyniach naczyń (*vasa vasorum*) i w błonie środkowej naczyń z następczem odkładaniem wapna. 2) Takież same mniej więcej zmiany spotyka się u człowieka w błonie środkowej dużych tętnic kończyn, — cierpienie, które Marchand (22) i Mönckeberg (23) odróżniają od miażdżycy ogólnej.

Mnie się zdaje, że obecnie jeszcze zawcześnie mówić o zasadniczej różnicy sprawy, powstającej pod wpływem adrenaliny w tętnicy głównej u królików i sprawy miażdżycowej u człowieka: w obydwóch razach w gruncie rzeczy toczy się sprawa o cechach zamierania (*necrobiosis*). Prawda, u człowieka największym zmianom ulega błona wewnętrzna naczynia, u królika zaś środkowa; lecz i u królików, jakeśmy widzieli, w błonie wewnętrznej powstają zmiany, jakkolwiek w daleko mniejszym stopniu, niż u człowieka. Różnica ta, mojem zdaniem, da się łatwo objaśnić, jeżeli zwróci się uwagę na budowę tętnicy głównej u królików i u człowieka. Błona wewnętrzna człowieka jest dosyć gruba, u królików zaś na tyle cienka i delikatna, że czasami się zdaje, jakby śródbłonek leżał wprost na błonie środkowej (Josué). Wobec tego można przypuścić, że błona wewnętrzna królika może brać materyał odżywczy wprost ze krwi i dla tego jest do pewnego stopnia niezależną od naczyń odżywczych (*vasa vasorum*). Gruba zaś błona wewnętrzna tętnicy głównej u człowieka pod względem odżywiania całkiem zależy od naczyń odżywczych ściany (*vasa vasorum*), zwłaszcza ta część, która przylega do błony środkowej, nic więc dziwnego, że przy najmniejszych już zmianach naczyń odżywczych, co niewątpliwie następuje przy miażdżycy tętnicy głównej u człowieka, zaraz też zaczynają się zmiany w błonie wewnętrznej. Różnica, jak widzimy, nie tak znaczna, żeby rozróżniać te dwie sprawy. Nie trzeba przytem zapominać, że jedna i ta sama choroba u różnych gatunków zwierząt ma różny przebieg i t. d. Jednem słowem, odróżniać te dwie sprawy obecnie jeszcze jest zawcześnie i staranne badanie tej sprawy u królików niewątpliwie może wzbogacić nasze wiadomości, dotyczące miażdżycy u ludzi.

Piśmiennictwo. 1) Josué: Presse med. 1903. Nr. 92, str. 798. — 2) Gilbert et Lion. Compt. rend. de la soc. de biol. 1889. — 3) Thérèse. Etude anatomo-patologique et expérimentale des artérites secondaires aux maladies infectieuses. Rozprawa paryska 1893. — 4) Crocq. Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. 1894, VI. str. 583. — 5) Według Thibierge w Revue des sc. méd. XLVII, str. 50. — 6) Boinet et Romary: Arch. de méd. expér. et d'anat. path. 1897, t. IX, str. 902. — 7) Jores: Wesen und Entwickelung der Arteriosklerose. Wiesbaden 1903. — 8) Erb: Według Berl. klin. Wochenschr. 1904, Nr. 17, str. 459. — 9) Rzentkowski: Berl. klin. Wochs. 1904, Nr. 31, str. 830—832. — 10) Fischer: Verhandl. des Kong. für innere Medizin XXII Zjazd. Wiesbaden 1905. str. 235—245 — 11) Sturli: Münch. med. Wochens. 1905, Nr. 13, str. 630. — 12) Braun: Ibidem 1905, Nr. 11, str. 533. — 13) Lissauer: Berl. klin. Wochs. 1905, Nr. 22, str. 675—677. — 14) Scheidemandel: Virchows Arch. 1905, t. 171. zesz. 1, str. 363—382.— 15) Külbs. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. 1905, t. LIII, zesz. 2, str. 140—156. — 16) Według „Russkij Wracz“ 1905, Nr. 27, str. 870. — 17) Josué: Presse méd. 1904, Nr. 36. — 18) Według „Wraczebnaja Gazieta“ 1905, Nr. 29, str. 319. — 19) Erb: Arch. für exper. Path. u. Pharm. 1905, t. LIII. zesz. 3, str. 173—211. — 20) Według Lissauera p. 12.— 21) Josué: Journal de physiol. et de path. génér. 1905, t. VIII, Nr. 4, str. 690—699. — 22) Wedł. Erba p. 20. — 23) Mönckeberg: Virchows Arch. 1903, t. 171, str. 141.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie (prymaryusz dr. Bogdanik).

O przekrwieniu biernem według Biera ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej.

Podał

Dr. Artur Frommer

I sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy).

Przy stosowaniu przekrwienia celem doleczania po zabiegach operacyjnych z powodu gruźlicy kości ważną jest także ta okoliczność, aby przez jakiś czas po operacyi jaknajdokładniej stosować zwykłe postępowanie i dopiero po jakimś czasie, jeżeli ropa stale się wydziela w znacznej ilości lub jeżeli rany zbyt powoli się goją, zastosować krótkotrwałe (jednogodzinne) przekrwienie bierne. Jak ważne są te dwie okoliczności, pouczyły nas dwa przypadki, w których mało jeszcze wprawni w tym sposobie leczenia, przy bardzo daleko posuniętych zmianach chorobowych wykonawszy niedoszczętne operacye założyliśmy natychmiast opaskę. Na prośbę chorych, by opaskę, która sprawiała im ulgę, zostawić jak najdłużej, stosowaliśmy przekrwienie bierne przez 20—22 godzin na dobę. Pomimo stosunkowo dobrego podmiotowego stanu chorych cierpienie miejscowe posuwało się dalej. Pomimo, że pod wpływem opaski powróciła ruchomość zajętych stawów, powstawały coraz nowe ropnie zimne w ich okolicy, ciepłota się podwyższała z równoczesnem pogorszeniem się stanu tak ogólnego, jak i miejscowego, mimo, a może wskutek zastosowania przekrwienia biernego przez 22 godzin na dobę.

Leczenie pooperacyjne w gruźlicy stawów jeszcze wymaga większego doświadczenia, które o tyle trudniej nabyć, że w miarę ograniczania wskazań do operacyi wskutek postępów w leczeniu zachowawczem zmniejsza się też ilość przypadków operacyjnych.

Przy leczeniu gruźlicy posługiwaliśmy się w poszczególnych przypadkach (przy ropiejących gruczołach i ropniach zimnych) przyrządami Bier-Klappa, bardzo dogodnymi do aspiracyi wydzieliny ropnej. O przyrządach tych, wywołujących także przekrwienie bierne i nie wymagających specyalnej techniki, nadmienię tylko tyle, że są one bardzo wygodnym i dobrym sposobem leczenia, tak, że nawet ogromne zimne ropnie ustępują przy ich zastosowaniu całkowicie.

Metodzie Biera należy przyznać pierwsze miejsce w leczeniu zachowawczem gruźlicy stawów i kości. Należy się jej pierwszeństwo przed ustalaniem, bo ma tę zaletę, że zachowuje zupełnie sprawność stawów, nie wywołuje zaniku zdrowych mięśni i kości, który po zastosowaniu ustalających opatrunków następuje nieraz w bardzo znacznym stopniu. Nad wstrzykiwaniami jodoformu ma metoda Biera niezaprzeczoną przez to przewagę, że nie sprawia żadnych bolów. Nadto przy wstrzykiwaniach miąższowych wyjałowionej mieszanki jodoformowo-glicerynowej spostrzegaliśmy nieraz objawy zatrucia, nawet z wynikiem śmiertelnym; przy stosowaniu niewyjałowionej mieszanki mimo stwierdzonych jej własności przeciwgnilnych zachodzi [5]) przecież obawa zakażenia. Przytem prawie z reguły następuje po miąższowyc

[5]) Frommer, Panek: Über Jodoform-Intoxicationen. „Wiener medizinische Wochenschrift“ 1899.

wstrzykiwaniach silny odczyn zapalny z podwyższeniem się ciepłoty. Musimy sobie także przypomnieć, że do stosowania wstrzykiwań w odstępach około 2-tygodniowych potrzebne jest znieczulenie, jużto miejscowe, jużto ogólne. Wszystko to stanowi ujemne strony leczenia wstrzykiwaniami. Czego jednak pominąć nie możemy, to tego, że jodoform oprócz korzystnego działania miejscowego działa także ogólnie dodatnio na cały ustrój już nieraz w kilka dni po wstrzyknięciu. Przez kilka tygodni po wstrzyknięciu można go wykrywać, jako stały składnik moczu. Jestto ważny szczegół, zwłaszcza u osobników wyniszczonych. Ten brak ogólnego działania możemy przy zastosowaniu przekrwienia zastąpić leczeniem wewnętrznem i wstrzykiwaniem arsenu lub jego przetworów.

Przez osiem lat, które przebyłem na oddziale, gdzie stosowano przeważnie leczenie zachowawcze, widziałem wprawdzie świetne wyniki także po wstrzykiwaniach jodoformowych, jednak stosunkowo nie były tak częste, wymagały pomocy czyto skomplikowanych przyrządów ustalających, czy też wyjazdu do miejsc kąpielowych. Przytem bardzo często powstawały nawroty wskutek jakiejkolwiek przyczyny. Na korzyść przekrwienia przemawia mniejsze niebezpieczeństwo tego środka, działanie, o ile w naszych przypadkach stwierdzić mogliśmy, znacznie wybitniejsze, zachowanie prawie całkowitej sprawności stawu, oraz, co najważniejsze, o ile to dzisiaj z nieobfitego jeszcze piśmiennictwa wnosić można, znacznie trwalsze wyniki. Osobiście co do trwałości wyników nie mogliśmy sobie jeszcze wyrobić zdania, gdyż nasze przypadki spostrzegaliśmy przeważnie stosunkowo zbyt krótko. Najmniej stosunkowo pomyślne wyniki mieliśmy przy zmianach stawu kolanowego, gdzie po nieudanych próbach leczenia przekrwieniem biernem w kilku przypadkach zmuszeni byliśmy chwycić się zabiegu operacyjnego. Niepomyślne wyniki w tych przypadkach stwierdził Bier już dawniej, przyczyn jednak tych niepomyślnych wyników, dotyczących wyłącznie stawu kolanowego, nie podaje. Wobec znakomitych postępów w technice przekrwienia biernego, jakie twórca tego sposobu leczenia w ostatnich latach poczynił, po jak najdokładniejszem przyswojeniu sobie tej techniki przez ogół lekarzy osiągnie ona należne jej miejsce na czele środków, służących do usunięcia gruźlicy kości i stawów. Tylko w przypadkach wyjątkowych posiłkować się będziemy jużto ustaleniem, jużto wstrzykiwaniem jodoformu, chlorku cynku, formaliny i t. p.

B) Sprawy zapalne (por. tabliczkę)

1) Ostre zapalenie szpiku kostnego (*osteomyelitis acuta*). Ogółem leczyliśmy przypadków 5. Były to przeważnie przypadki o przebiegu łagodnym. We wszystkich prawie przypadkach w okolicy miejsca chorego już wytworzył się ropień, po którego przecięciu i następowem założeniu opaski, chorzy po kilku lub kilkunastu tygodniach opuszczali oddział wyleczeni. I tutaj widzieliśmy, że tak powiem, swoiste działanie przekrwienia. Bole ustępowały bardzo szybko, taksamo wracała ruchomość kończyny, wogóle gojenie postępowało znacznie raźniej. Mimo, że w żadnym z tych przypadków nie sączkowaliśmy rany i pozostawialiśmy ją bez setonów, po zastosowaniu przekrwienia biernego nie spostrzegaliśmy żadnych powikłań, pochodzących z zatrzymania się wydzieliny ropnej po zasklepieniu się powierzchownem rany.

Czy wyleczenie w tych przypadkach było doszczętne, czy u chorych, którzy obecnie opuszczali oddział wyleczeni z wyraźnie wyczuć się dającem zgrubieniem kości, nie rozwinie się w przyszłości ponownie sprawa zapalna z wytworzeniem się martwaków, o tem na podstawie naszych zbyt krótkich spostrzeżeń stanowczo orzec nie możemy.

	Wyleczono	Z polepszeniem	Niewyleczon.	Razem
Osteomyelitis acuta	2	3	—	5
Osteomyelitis recidiva	4	2	—	6
Post sequestr.	8	—	—	8
Empyema processus mast.	3	—	—	3
Post trepanationem proc. mast.	4	1	—	5
Phlegmone	16	4	2	22
Gangraena senilis et praesenilis	4	1	—	5
Razem	41	11	2	54

Bier w obszernej swej kazuistyce, opartej na kilkuletniem doświadczeniu, przytacza także przypadki, w których mimo zastosowania przekrwienia musiano wykonać sekwestrotomię. I w tych jednak przypadkach zauważał on poprawę ogólnego stanu, wraz ze zmniejszeniem się przypadów miejscowych, jak to było również u naszych chorych. Przy stosunkowo jak najśpieszniejszem otwarciu istniejącego ropnia zastosowanie przekrwienia biernego stanowi znaczny postęp w sposobie leczenia, a w przyszłości przy wcześniejszem i ogólniejszem zastosowaniu tego środka wyniki, zgodnie z wynikami uzyskanymi przez Biera, będą prawdopodobnie znacznie lepsze. (C. d. n.)

Z powodu artykułu dra E. Stahra („Polyglobulia cum splenomegalia et cyanosi“. *Przegl. lek.* Nr. 14).

Napisał

E. Biernacki.

Wyczerpujący referat dra Stahra nasuwa mi kilka uwag, które pozwalam sobie dorzucić do dyskusyi w omawianym przedmiocie. Mianowicie, nie przesądzając sprawy, radbym zapytać, czy istotnie »polyglobulia cum splenomegalia et cyanosi« jest »nową«, samoistną jednostką chorobową, nową »specyficznością« patologiczną, czy też jest to w gruncie rzeczy tylko wykwit tych powierzchownych dążeń klasyfikacyjnych, które w różnych działach współczesnej hematologii, dochodzą — rzec wolno — wprost do potworności?[1]).

Zapytać chcę, czy »polyglobulia cum splenomegalia« nie jest, — dzięki nadmiernemu rozwojowi pewnych objawów, — tylko postacią, odmianą kliniczną białaczki rzekomej (*pseudoleukaemia*)? Można, zapewne, replikować, iż samo pojęcie białaczki rzekomej nie jest dotychczas wyraźnie skrystalizowane, że np. to, co klinicznie przedstawia się jako białaczka rzekoma, anatomicznie w pewnych przypadkach silnie graniczy z nowotworzeniem, w innych okazuje się przy sekcyi gruźlicą gruczołów chłonnych. Ale znowu i przypadki »polyglobuliae cum splenomegalia«, — pomijając przytoczone w referacie dra Stahra przypadki gruźlicy śledziony, — ze swym przerostem śledziony (oraz często i wątroby)

[1]) Por. np. referat M. Sternberga w Ergebnisse der allgemeinen Pathologie Lubarscha i Ostertaga, 1905.

anatomicznie nie przedstawiają nic więcej, niż widujemy w całej seryi »typowej« białaczki rzekomej oraz prawdziwej. Co najważniejsza: i hematologicznie niema tutaj zasadniczych różnic: faktem jest bowiem, że w białaczce rzekomej wszelkich postaci klinicznych liczba ciałek czerwonych nietylko bardzo często pozostaje prawidłowa, ale nawet wcale nierzadko bywa wyraźnie wzmożona (polycytemia).

Fakt ten zaznaczałem w pracy swej »O sprawności leczniczej żelaza« (»Wiener medic. Wochensch.«, 1903, Nr 18—20. »Przegl. lekarski«, 1903), podając w przypisku kilka przykładów z własnej obserwacyi; podkreślam go także i w »Zarysie patologii krwi« (str. 37). Nie udało mi się dotychczas spotkać tak wybitnych wzmożeń ($8^1/_2$—9 milionów ciałek), jakie przytacza dr Stahr, ale to kwestya różnic ilościowych, które i w innych przypadkach polycytemii (np. przy cukrzycy, cholerze) mogą się wahać w szerokich granicach. O ile polycytemia dojdzie do bardzo wysokiego stopnia, będziemy mieć i sinicę, która, jak słusznie wywodzi dr Stahr, zdaje się pochodzić wprost z przepełnienia naczyń obwodowych ciałkami czerwonemi i w »nowej« chorobie nie jest też objawem stałym. Nie jest dla niej także swoistem w zestawieniu z białaczką rzekomą zachowanie się ciałek białych, ani pozostałe objawy, choćby np. krwawienia z dziąseł, gardła, które, jako wyraz tak zw. skazy krwotocznej, także wcale często można spostrzegać w białaczce rzekomej oraz prawdziwej. Pozostaje otwartem pytanie, skąd przy pseudoleukemii bierze się polycytemia; ale pytanie to, jak i w innych przypadkach wzmożenia liczby ciałek czerwonych, dotychczas kręci się tylko w sferze domysłów.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. W. Loewenthal. **O krętkach jamy ustnej.** (*Mediz. Klin.* 1906, Nr. 11). Autor znalazł w ślinie z jamy ustnej chorej na raka żołądka liczne krętki różnego typu; zmian błony śluzowej jamy ustnej nie było. Szczególne zajęcie budzi różna postać znalezionych krętków, ułożonych obok siebie: jedne duże, grube, inne bardzo drobne, cieńsze, niż krętki blade, jedne o skrętach płaskich, szerokich, inne o wązkich, wysokich i t. d. L. nie zauważył jednak postaci przejściowych między tymi różnymi rodzajami. Jedne tylko ze spostrzeganych krętków miały na obu końcach witki; postać tych krętków była zawsze jednakowa, długość wynosiła 10—12 μ. Obok krętków znajdował także ciałka nieznanej przyrody, podobne do prątków wrzecionowatych, będące, być może, jakąś postacią rozwojową krętków. Na tych tworach stwierdził L. obecność witki, wychodzącej najczęściej ze środkowej części ciała, dłuższej ($1^1/_2$ raza) od długości ciała tworu i często przy nasadzie grubszej. *Krzyształowicz.*

W. Loewenthal. **Przyczynek do znajomości krętków.** (*Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr. 10). W chorobach zakaźnych znaczenie etyologiczne pasorzyta potwierdza wywołanie czystą jego hodowlą zmiany takiej samej, jak ta, z której uzyskano hodowlę. W tych chorobach jednak, z których czystej hodowli mikroba otrzymać nie możemy, musimy przynajmniej żądać, aby mikrob nietylko dawał się wykazać zawsze w zmianach chorobowych, ale także, aby go w innych chorobach nie było. Ze względu na to, że krętek blady Schaudinna nie był całkiem wolny od zarzutu, iż znaleźć go można w innych zmianach chorobowych (w rakach), — przedsięwziął L. żmudne badania wydzielin powierzchni nabłoniaków u ludzi i u psów. Autor stwierdza, że krętek, znaleziony w wydzielinie raków, barwi się rozczynem Giemsy jasnoniebiesko (krętek Schaud. różowo), a błękitem metylenowym boraksowym już w kilku sekundach, gdy krętek blady nie barwi się wcale. Długość krętka z raków waha się między $2^1/_2$—6 μ, grubość $^1/_4$—$^1/_2$ μ. Często w środku ciała jest ten krętek znacznie grubszy, niż na końcach. Skręty jego są wązkie i strome, o połowę węższe od skrętów krętka bladego. Dlatego autor nazywa ten krętek: *spirochaete microgyrata*. Witek nie zdołał L. wykryć, a przypuszcza tylko istnienie błony falującej; — osobniki są zazwyczaj krótkie, a dłuższe krętki złożone są z 2—3 osobników. Obok takich krętków znalazł L. na powierzchni owrzodziałych nabłoniaków inne, które odznaczały się długością (5—11 μ) i grubością, skrętami płaskimi (do 2 μ). Rozczyn Giemsy barwił je wyraźnie niebiesko. Oba te rodzaje krętków leżały w preparatach obok siebie, nie można było jednak znaleźć postaci przejściowych od jednych do drugich, dlatego L. nie rozstrzyga, czy są to różne gatunki krętków, czy też tylko okresy rozwojowe jednego krętka. Obok krętków znajdował autor zawsze prątki wrzecionowate, o których można przypuszczać, że stoją w związku rozwojowym z krętkami. *Krzyształowicz.*

Schütz. **Badania krętka bladego i tworów Siegla** (*cytorrhyctes luis*). (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 12). Schütz stwierdza, że w wydzielinach zmian kiłowych znaleźć można łatwo nietylko krętki blade, ale obok nich i twory Siegla. Do badania brał zazwyczaj ciecz surowiczą, wyciśniętą z wykwitów kiłowych, po obmyciu ich wodą wyjałowioną, a do barwienia używał płynu Giemsy przez dobę, zmieniając go kilkakrotnie przez ten czas. We wszystkich preparatach ze świeżych guzków znajdował zawsze obok krętków bladych i załamujących światło także twory Siegla, nierzadko w dużych wiązkach lub kłębkach o ułożeniu promienistem. Prócz tego znajdował dużo krętków, jakby przejściowych między krętkiem bladym, a załamującym światło, wreszcie krętki tak cienkie, że gdyby grubość krętka była wyróżniającem znamieniem, trzebaby utworzyć trzecią grupę krętków, znajdowanych w zmianach kiłowych. Obok krętków zwyczajnych spostrzegał autor takie, których jeden koniec był tępy, drugi ostry i cieńszy. Inne znowu miały w najgrubszej swej części jasną przestrzeń, co wedle S. jest objawem podziału poprzecznego i jest przyczyną powstawania poprzednich postaci. Niektóre krętki miały bardzo różną grubość w rozmaitych miejscach swego ciała. Żadnym sposobem barwienia nie wykrył S. rzęsek. Na uwagę zasługuje stosunek krętków do krwinek czerwonych i tworów Siegla; nierzadko krętek otacza wyraźnym zarysem krwinkę czerwoną, albo leży na krwince, w której powstaje w około niego lub tworu S. jasna otoczka. Schütz przypuszcza, że znalezione obok krętków twory Siegla nie są czemś od tamtych różnem, lecz tylko inną postacią rozwojową tego samego pasorzyta. *Krzyształowicz.*

Borrel i Burnet. **O początkowych hodowlach prątka krętego** (*spirillum*) **kur.** (*Compt. rend. d. l. Soc. biolog.* LX, 11). Odkrycie krętka bladego wywołało ruch w pracowniach w kierunku poznania przyrody i innych pokrewnych mikrobów, których dotąd nie zdołano wyhodować. Przed paru miesiącami ogłosili Norris, Pappenheimer i Flourney, iż otrzymali początki hodowli prątka krętego Obermeyera, gdyż udało się im uzyskać wzrost w pożywkach krwistych, jedno przeszczepienie; — drugi raz przeszczepić już nie było można. Borrel i Burnet próbowali wyhodować prątka krętego kur w różnych pożywkach i otrzymali częściowo wynik dodatni. 1) Krew zakażonych kur zbierano do naczyń, które zatykano parafiną, wstawiano do cieczy oziębiającej i centryfugowano. Płyn zbierający się w górze centryfugowano jeszcze kilkakrotnie tak, że otrzymano ciecz całkiem przeźroczystą, a na dnie naczynia osad. Badanie mikroskopowe stwierdziło, że ciecz przeźroczysta zawiera bardzo skąpe prątki, osad zaś liczne. Po 1—2 dniach płyn mętniał nieco, opalizował, a badanie wykrywało obfite prątki. Podobnie jeżeli do osadu wlano ostrożnie bulionu, bulion w krótkim czasie zmętniał wskutek wzrostu prątków. Dowodzi to zatem, że w płynie tworzą się młode istoty, gdyż prątki mają skłonność do aglutynacyi i opadają na dno, a ciecz pozostałaby czystą, gdyby prątki w niej się nie rozmnażały. 2) Krew zakażonych zwierząt zbierano do rurek z cytrynianem sodowym i pozostawiono aż do opadnięcia ciałek. Ciecz, gromadząca się ponad osadem, początkowo całkiem przeźroczysta, mętniała wkrótce, opalizowała, a nawet zawierała nitki i drobniutkie ziarenka, które były złożone z wielkiej ilości prątków. Po przeniesieniu kropli tej cieczy z prątkami do surowicy, podobnie jak poprzednia przygotowanej z krwi niezakażonej, spostrzegano zmętnienie, dowodzące rozwoju prątków. Rozmnażanie to jednak trwa bardzo krótko, zmętnienie ustępuje i ciecz staje się znowu przeźroczystą. 3) Najwyraźniej widziano rozmnażanie się prątków we krwi odwłóknionej, a następnie centryfugowanej, przyczem gromadzi się w górnych warstwach ciecz bardzo przeźroczysta, ale silnie krwawa. — Spostrzeżenia te dowodzą, że autorowie otrzymali niejako zaczątki hodowli tych mikrobów, — spostrzeżenia takie nie są zresztą odosobnione w bakteryologii, ale prób tych nie można jeszcze nazywać hodowlami w ścisłem tego słowa znaczeniu. *Krzyształowicz.*

Doc. Kraus i Prautschoff. **Krętek cholery, a inne krętki.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr. 11). Jeszcze w r. 1904 zauważył Kraus, że krętek cholery w hodowli bulionowej nie wytwarza hemotoksyn w przeciwieństwie do innych krętków, które tę własność posiadają. Stwierdzono dalej, że na płytkach agarowych z dodatkiem krwi królika po 24 godzinach przy 37° C. hodowle krętków, wytwarzających hemotoksyny, są przeźroczyste, otoczone brzegiem lakowatym, w przeciwieństwie do krętków cholery, które podłoża nie zmieniają i są nieprzeźroczyste. Co do ostatniej właściwości zdania autorów były podzielone. Pochodziło to stąd, że krew królika daje niepewne wyniki, to znaczy, że jeden i ten sam

szczep raz podłoże rozpuszczał, to znów nie. Dlatego polecają autorowie krew kozią lub wołu, która takich indywidualnych właściwości nie posiada. Autorowie stwierdzili, że tylko jeden krętek cholery Kocha ma własność wytwarzania w bulionowych pożywkach nierozpuszczalnych hemotoksyn, dalej, że na płytkach agarowych z dodatkiem krwi koziej lub wołu nie wywołuje hemolizy w przeciwstawieniu do innych, jak krętki Miecznikow-Deuekego, Elveisa, Finkler-Priora i inne. Dlatego polecają autorowie w celach rozpoznawczych ten sposób różniczkowania, jako jedną z metod obok innych, jak hodowle, odczynów biologicznych właściwych, aglutynacyi.
Dr. Łapiński.

Docent Słowcow. **O osobliwem białku, napotykanem niekiedy w prawidłowym moczu.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 7). Autor (Ptsbg.) zwraca uwagę na osobliwe białko, które się niekiedy zdarza w prawidłowym moczu. Taki mocz daje znamienne odczyny na białko: przy ogrzewaniu z dodatkiem kwasu octowego mocz mętnieje; odczyny Hellera i Robertsa dają dodatnie wyniki; kwas sulfosalicylowy sprowadza osad, kwas fosforowolframowy również osad, który daje odczyny biuretowy, ksantoproteinowy, Milona itd. Odczynnik Esbacha daje osad, który nie opada na dno albuminimetru nawet w ciągu 48 godzin. Ilość białka — 0,01 prc. do 0,02 prc., najwyżej 0,082 prc. Białko to zjawia się okresami i najczęściej się spotyka w rannych porcyach moczu. Ciężar właściwy moczu bywa prawidłowy; drobnowidowe badanie moczu także nie wykrywa nieprawidłowości. Najczęściej chorzy specyalnie wykształceni (lekarze, farmaceuci, studenci, medycy), sami zwracają uwagę na obecność białka. Staranne badanie tego białka stwierdziło, że należy ono do albumoz, ponieważ osad, otrzymywany na zimno od alkoholu i kwasu sulfosalicylowego, rozpuszczał się przy ogrzewaniu. Dalsze badania dowiodły, że to białko ma dużo wspólnego z albumozą, znajdującą się w nasieniu męskiem. I rzeczywiście badanie moczu, podjęte w tym kierunku, wykrywało zawsze obecność nasienia. Tak więc dla rozpoznania tego białka najlepszym odczynnikiem jest 1) kwas sulfosalicylowy, który wywołuje w takim moczu strąt, rozpuszczający się przy ogrzewaniu i 2) obecność w moczu chociażby niewielkiej ilości plemników.
Z. Orłowski (Ptbg.).

Klimenko. **Przyczynek do etyologii paratyfusu. Prątek paratyfusu B psa i stosunek jego do prątka duru brzusznego.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 2). Autor zwraca uwagę na nieznane dotąd źródło rozpowszechnienia paratyfusu. W 1903 r. powiodło się autorowi wyhodować z wątroby i krezki zupełnie zdrowego 4-miesięcznego szczenięcia prątka z grupy laseczników Gaertnera. Szczegółowe porównawcze badania tego prątka z *bacil. enterit.* Gaertnera i paratyfusu B (otrzymanych od Krala z Pragi) przekonały autora, że wszystkie te 3 prątki niczem zgoła od siebie się nie różnią; wszystkie 3 bakterye rosły zupełnie jednakowo na pożywkach, znamiennie dla prątka paratyfusu B; doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że wyhodowany prątek jest bezwarunkowo szkodliwym dla białych myszy i szczurów, morskich świnek, królików, kotów, gołębi, stosunkowo szkodliwym dla szczeniąt, a zupełnie nieszkodliwym dla dorosłych psów. Przesącz bulionowych hodowli, jak również same hodowle, zabite przy 100° C. (15 min.), zabijały zwierzęta w ciągu 2 dób. Toż same wyniki dały równoległe badania na zwierzętach z *bac. enteritidis* Gaertnera i paratyfusu B. Autor starał się wywołać u psów i u królików odporność względem wyhodowanego prątka; królik zginął na 32-gi dzień uodporniania, a z psa uzyskano krew w 38-mym dniu uodporniania. Surowica psa wywołała sklejanie się (aglutynacyę) homologicznego mikroba w rozcieńczeniu 1: 1600, prątków paratyfusu B — w rozcieńczeniu 1/800, a *bac. enteritidis* Gaertnera nie ulegał aglutynacyi wcale. Na podstawie wszystkich tych danych autor zalicza wykryty prątek dla grupy paratyfusu B, i dla oznaczenia jego pochodzenia nazywa go *bac. paratyphosus B e cane*. Prątek ten jest nadzwyczaj jadowity; zasiany na wyjałowionem mleku zachował swoją jadowitość nawet przez 1 rok 4 mies. Mleka prątek ten wcale nie peptonizuje, prześwietlenie zaś mleka zależy od wciąż zwiększającej się alkaliczności wskutek rozrastania się bakteryi. Doniosłość tych badań nie ulega wątpliwości i może w ten sposób trzeba objaśnić zjawianie się pojedynczych przypadków paratyfusu, a nawet i całych jego epidemii.
Z. Orłowski (Ptbg.).

PEDYATRYA. Binswanger. **O częstości gruźlicy w pierwszym roku życia.** (*Arch. f. Kinderhk.*, T. 43). W przeciwieństwie do dorosłych, u których, jak to stwierdziły badania Nagelego, w 97 prc. na 100 badanych zwłok można stwierdzić ślady ognisk gruźliczych, spotyka się u dzieci w pierwszym roku życia gruźlicę na stole sekcyjnym stosunkowo rzadko. Na 532 zwłok niemowląt, pochodzących z drezdeńskiego zakładu dla osesków, gruźliczych było 36, zatem 6·8 prc. Najmniejszy odsetek wykazuje pierwszy kwartał życia (2·2 prc.); drugi — 8·4 prc.; trzeci i czwarty 16·8 prc. O ile gruźlica w pierwszym roku życia zdarza się dość rzadko, o tyle przebieg jej jest zawsze śmiertelny; skłonności do ograniczania się i gojenia ognisk gruźliczych brak w tym wieku zupełnie. *Żeleński.*

Salge. **Znaczenie zakażenia u noworodków i osesków.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1905, Nr. 28). Autor przypomina, iż lekkie miejscowe zakażenia, które u dorosłych ledwie na siebie zwracają uwagę, u niemowląt mogą się stać punktem wyjścia ciężkich zaburzeń w ogólnym stanie zdrowia, a nierzadko i życiu zagrażać. Najdostępniejszem miejscem dla takich zakażeń jest u noworodka pępek, dalej błona śluzowa jamy ust, nosa, wreszcie skóra. Autor dołącza szereg wskazówek leczniczych. *Żeleński.*

Kohl. **Przyczynek do znajomości choroby Barlowa.** (*Archiv f. Kinderheilk.*, T. 43). Autor spostrzegał trzy przypadki tej rzadkiej choroby; wszystkie trzy dotyczyły sztucznie żywionych niemowląt. Autor skłania się do zapatrywania, podzielanego dziś przez większość autorów, że choroba Barlowa jest gnilcem niemowlęcym, który powstaje podobnie, jak gnilec dorosłych, przez pewne błędy i braki w żywieniu i ustępuje szybko pod wpływem podawania świeżych środków żywności. *Żeleński.*

Binswanger. **O próbnych wstrzykiwaniach tuberkuliny u dzieci.** (*Arch. f. Kinderheilk.*, T. 43), Wobec wielkiej częstości ognisk gruźliczych utajonych, klinicznie zupełnie nieczynnych, posiada próba tuberkulinowa u dorosłych większe znaczenie w razie ujemnego, niż w razie dodatniego wyniku. Inaczej u dzieci w pierwszych latach życia. Im bardziej zbliżamy się do wieku niemowlęcego, tem rzadziej pojawia się gruźlica, ale tem bezwzględniej i szybciej staje się przyczyną zejścia śmiertelnego. Stąd stanowcze stwierdzenie gruźlicy zapomocą próby tuberkulinowej u dziecka, a tem bardziej u niemowlęcia, miałoby rozstrzygające znaczenie. Autor wykonał w drezdeńskim zakładzie dla osesków około 1000 szczepień u 261 niemowląt i stwierdził, iż u wszystkich dodatnio oddziałujących znaleziono przy sekcyi gruźlicę, zaś u tych, u których oddziaływania nie było, a które przypadkowo zmarły z innych przyczyn, nie wykryto przy sekcyi gruźlicy. Przy dokładnem zachowaniu przepisów Kocha wstrzykiwania tuberkuliny są zupełnie nieszkodliwe; zatem próba tuberkulinowa u dzieci, jako bardzo pewna, a nieszkodliwa, zasługuje na polecenie. *Żeleński.*

Schlossmann. **O powstawaniu gruźlicy w pierwszem dzieciństwie.** (*Archiv f. Kinderheilk.*, T. 43). Autor, jak to sam stwierdza na wstępie, uważał do niedawna zakażenie przez narząd oddechowy za główną drogę, jaką gruźlica się dostaje do ustroju dziecięcego; odrzucał natomiast zupełnie zakażenie przez przewód pokarmowy, a przenoszenie zarazka drogą dziedziczności uważał za zjawisko niezmiernie rzadkie i dlatego nie mające praktycznej doniosłości. Obecnie zmienił S. zupełnie zapatrywania. Możliwość przejścia prątków gruźliczych do płodu przez łożysko uważa autor za udowodnioną od czasu badań Schmorla i Geipela. Że pomimo to gruźlicę wrodzoną spotyka się niezmiernie rzadko, tłómaczy S. przypuszczeniem, iż prątki gruźlicze przebywają jakiś czas w ustroju, nie wywołując zmian gruźliczych, może utajone w jakiejś odrębnej, dziś nam nieznanej trwałej postaci. Byłoby to zatem utajone zakażenie, nie zaś utajona gruźlica. Przypuszczenie to uzasadnione jest wobec tego, że ustrój noworodka sam przez się nie jest zdolny do obrony przeciw gruźlicy. Takie utajone zakażenie w przeciwieństwie do utajonej gruźlicy nie daje odczynu na tuberkulinę. Co do zakażenia przez przewód pokarmowy, to S. w zupełności przyłącza się do poglądów Behringa, odkąd wyjaśniło się, że Behring miał na myśli nietyle zakażenie gruźliczem mlekiem, ile prątkami gruźliczymi innego pochodzenia, które dostają się na wargi lub do ust dziecka i z mlekiem zostają połykane. Najważniejszem zatem źródłem zakażenia niemowlęcia byłaby wobec tego gruźlica u osób, otaczających dziecko. Prątek gruźliczy, z przewodu pokarmowego z łatwością wessany, może przejść przez najbliższe gruczoły chłonne, nie osiedlając się w nich i dostać się do obiegu krwi. Dopóki krew bieży szybkim strumieniem, zdążając do prawej komórki, nie mogą się prątki gruźlicze nigdzie zatrzymać, ani osiedlić; dopiero gdy krew rozlewa się szerokiem łożyskiem w naczyniach włosowatych płuc, powstają doskonałe warunki dla osadzania się prątków. S. zaznacza, iż nietylko jelita uważa za wrota zakażenia gruźliczego, lecz wogóle przewód pokarmowy w jego całej długości. W przeciwieństwie zatem do dawnych swych poglądów stawia obecnie S. zakażenie niemowlęcia drogą narządu oddechowego na ostatniem miejscu.
Żeleński.

Engel. **W sprawie metody oznaczania tłuszczu w mleku kobiecem.** (*Arch. f. Kinderheilk.*, T. 43). Ilość tłuszczu w mleku w różnych okresach jednego karmienia znacznie się różni, dlatego należy zbadać mieszaninę z kilku próbek mleka, odciągniętych z piersi na początku, podczas i na końcu aktu ssania. Odstępy bra-

nia próbek muszą być równomierne, nie co do czasu, jak to błędnie czynił Gregor, lecz co do ilości mleka, wyssanego przez dziecko, gdyż, jak wiadomo, w pierwszych minutach ssie dziecko znacznie żywiej, niż w następnych. Zachowując te ostrożności stwierdził E., iż mleko, które wypija zdrowe, dobrze ssące dziecko w ciągu jednego posiłku, zawiera ilość tłuszczu, równomiernie wzrastającą w miarę aktu ssania. *Żeleński.*

Engel. 1) **Tłuszcz pokarmów, a tłuste mleko.** 2) **O źródłach tłuszczu mleka i siary i o siłach działających przy wytwarzaniu się mleka.** (*Archiv für Kinderheilkunde*, tom 43). Autor podaje następującą teoryę mechanizmu wytwarzania się mleka: Pewne istoty, wytwarzane przez nabłonek kosmówki, wywierają pobudzający wpływ na gruczoły mleczne i doprowadzają je w okresie ciąży do szczytu rozwoju. Skoro pobudka ta ustaje, rozpoczyna się przeobrażenie wsteczne. Ażeby bronić swojego zagrożonego istnienia, komórki gruczołu przyciągają z ustroju substancye odżywcze, a następnią wydzielają je na zewnątrz, oczywiście w przeobrażonej postaci. W czasie karmienia akt ssania zastępuje działanie pobudzające, jakie poprzednio wywierała obecność łożyska; bez tego podrażnienia natychmiast zanika czynność gruczołu. W przerwach pomiędzy ssaniem powstaje natychmiast skłonność do przeobrażenia wstecznego: następstwem jej jest dowóz składników odżywczych, które znów akt ssania odprowadza na zewnątrz. Te zatem kolejno działające czynniki sprowadzają dowóz materyału, z którego komórki, wyposażone swoistemi własnościami wydzielniczemi, wytwarzają mleko. Co do stosunku tłuszczu ciała i pokarmów do tłuszczu mleka, to stwierdził E,, iż tłuszcz siary identyczny jest z tłuszczem ciała, zaś tłuszcz mleka nie. W wytwarzaniu tłuszczu mleka bierze udział oprócz tłuszczu ciała tłuszcz pokarmów, co autor stwierdził doświadczalnie. *Żeleński.*

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. D. Hammer. **O porażeniach mięśni ocznych wskutek ołowicy i zatrucia nikotyną.** (*Zeitschr. f. Nervenheilk.* T. 29, Z. 3—4). Przypadki porażenia mięśni ocznych, stojące w związku z ołowicą, są same przez się dość rzadkie, a między nimi należą do najrzadszych obustronne porażenia nerwu odwodzącego, jakie właśnie H. stwierdził. Co do porażeń wskutek zatrucia nikotyną, to w piśmiennictwie znajdują się tylko 2 przypadki porażenia nerwu okoruchowego, które ustąpiło po pewnym okresie czasu, gdy chorzy wstrzymali się zupełnie od palenia tytoniu. W przypadku, przytoczonym przez H., bystrość wzroku była upośledzona, prócz tego wykazano mroczki; jako przyczynę tego stwierdzono toksyczne zapalenie nerwu wzrokowego pozagałkowego; przytem były jeszcze porażone lewy nerw okoruchowy i odwodzący. Ponieważ nie było żadnych objawów wiądu, a z drugiej strony wiadomo, że mroczki i zapalenie nerwu stanowią najważniejsze znamiona zatrucia nikotyną, przeto i porażenie mięśni ocznych należało uważać za skutek tego samego czynnika. *Korm.*

H. Curschmann. **Przyczynek do etyologii i symptomatologii syryngomyelii; (jej powstanie urazowe — jej stosunek do histeryi).** (*Zeitschr. f. Nervenheilk.* T. 29, Z. 3—5). W najnowszych czasach poważni badacze, jak Schultze, Hoffmann, Schlesinger, Wagner-Stolper starali się dowieść, iż między urazem, a syryngomelią zachodzi pewien związek przyczynowy; a chociaż Kienböck na podstawie krytycznego rozbioru prac tych badaczy zdaniu ich się sprzeciwia, to jednak Curschmann sądzi, iż dalsze spostrzeżenia związek ten napewno udowodnią. Przytoczywszy 6 przypadków syryngomyelii, zastanawia się C. nad rodzajem urazu, jakoteż nad okresem czasu, jaki zwykle upływa od chwili wypadku aż do wystąpienia niedwuznacznych objawów chorobowych. Zbijając zdanie Eulenburga, jakoby uraz naprzód wywoływał wstępujące zapalenie nerwów, które później stanowi czynnik etyologiczny dla syryngomyelii, przypuszcza C., iż powstanie sprawy chorobowej lepiej wytłómaczyć sobie możemy w podobny sposób, jak przy zakażeniu tężcowem, gdzie toksyny, wnikając wzdłuż nerwów, wywierają wpływ szkodliwy na ośrodki nerwowe, a nie na same nerwy; według autora nietylko toksyny mogą działać szkodliwie, ale także ubytek wpływu odżywczego ze strony obwodu. Za dalszy czynnik przyczynowy uważa C., taksamo jak Erb, współdziałanie wstrząśnienia rdzenia z nadwerężeniem lub wzmożoną czynnością niektórych ośrodków nerwowych z tem jednak zastrzeżeniem, iż syryngomyelia następuje w takich razach tylko u osobników z wrodzoną skłonnością do bujania gleju lub też pierwotnem zniekształtnieniem rdzenia, nie zaś u ludzi, posiadających rdzeń zupełnie prawidłowy. Przechodząc do omówienia stosunku, jaki zachodzi między syryngomyelią a histeryą, przyznaje C., iż odróżnianie objawów histerycznych, szczególnie naśladowanych, od organicznych objawów syryngomyelii niezawsze jest łatwe, zwłaszcza jeżeli obie sprawy chorobowe zbiegną się u jednego i tego samego osobnika. Przy rozpoznaniu różniczkowem należy przedewszystkiem mieć na oku zboczenia czucia, przestrzeń, jaką one zajmują i sposób odgraniczenia od prawidłowych części ciała; pamiętać trzeba, iż prawdziwa dysocyacya czucia dotyku, bolu i ciepłoty cechuje prawie zawsze syryngomyelię, upośledzenie zaś czucia i odruchów błon śluzowych, jakoteż równomierne przytępienie czynności zmysłowych spotyka się wyłącznie przy histeryi. Co się tyczy ruchomości dowolnej, to zanik zwyradniający, jakoteż niedowład i przykurczenia, stale się wzmagające, przemawiają za syryngomyelią. Odruchy ścięgniste w histeryi są cokolwiek słabsze, niż w stanie prawidłowym, w syryngomyelii natomiast są zniesione w mięśniach dotkniętych zanikiem. Ze zmian odżywczych i naczynioruchowych tylko znaczniejsze, (nie dające się u chorych na histeryę sztucznie wywołać), jak n. p. zanokcice, zmiany stawów itp., mają wartość rozpoznawczą na korzyść syryngomyelii. Zapamiętać nareszcie się godzi, iż wszystkich objawów ze strony nerwu współczulnego (a więc objawów zbiorowych Hornera, połowiczych zboczeń wydzielniczych i naczynioruchowych) osoby chore na histeryę nie mogą naśladować; objawy takie przemawiają więc wyłącznie za syryngomyelią. *Korm.*

Prof. Orszanskij. **Wiąd rdzenia i „objaw kąta kolanowego“.** (*Prakticzeskij Wracz* Nr. 9, 1906). Jak wiadomo, w wiądzie rdzenia znajdujemy bardzo często znacznego stopnia utratę sprężystości i rozluźnienie więzadeł w stawach kończyn dolnych, a w szczególności w stawie kolanowym. Badając cały szereg tabetyków, znalazł autor jeden znamienny objaw, który nazwał „objawem kąta kolanowego“. Polega on na tem, że jeśli u tabetyka, leżącego na wznak na łóżku, jedną ręką ustalimy staw kolanowy, drugą zaś będziemy starali się unieść goleń, trzymając za stopę, to bardzo często uda się nam ten zabieg wykonać, przyczem goleń z udem wytworzy kąt tępy, a z pościelą łóżka kąt ostry, dochodzący nieraz do 15, a nawet do 20 stopni. Objaw ten spostrzegał O. prawie we wszystkich przypadkach wiądu, a także w niektórych chorobach przewlekłych rdzenia kręgowego, zwłaszcza jeśli oprócz zmian poraźnych istniał równocześnie i zanik mięśni, — wreszcie niekiedy i u dzieci po przebyciu krzywicy; natomiast objawu tego nigdy nie było przy porażeniach pochodzenia ośrodkowego; u tabetyków zaś ze znacznie posuniętym już bezładem objaw ten prawie nigdy nie zawodził. Objaw często występuje niejednakowo wybitnie na obydwóch kończynach; w tej, na której powstaje większy kąt, zawsze silniej rozwinięte są bezład, upośledzenie czucia mięśniowego i brak odruchów ścięgnistych. W daleko posuniętych przypadkach wiądu, gdzie wytworzyły się zgrubienia (*hyperostoses*) na końcach kości udowej i goleni, gdzie tem samem powstało znacznego stopnia unieruchomienie, objaw ów staje się mniej wybitnym. Objawowi kąta kolanowego mogą towarzyszyć i inne objawy chorobowe: i tak rzepka staje się często bardzo ruchomą i nieraz daje się podnieść tak wysoko, że można pod nią dość swobodnie podsunąć palec. Wszystkie te zmiany są, zdaniem autora, skutkiem zwiotczenia mięśni, osłabienia i utraty sprężystości więzadeł stawowych. — W końcu swej pracy wypowiada O. przypuszczenie, że bezład u tabetyków w znacznej części zależy od zmian natury czysto fizycznej, zachodzących w stawach wogóle, a w stawach kolanowych w szczególności, a wiodących do utraty sprężystości otaczających stawy tkanek i więzadeł stawowych. Stosownie do tych swoich spostrzeżeń autor stosował w kilkunastu przypadkach wiądu rdzenia ze znacznie już rozwiniętym bezładem kończyn dolnych, przyrządy w postaci pierścieni, szerokości 10—12 ctm., które nakładał chorym na stawy kolanowe i dość silnie ściągał, czem starał się przywrócić właściwą im fizyologiczną sprężystość; wyniki były o tyle pomyślne, że bezład znacznie się zmniejszył i chód chorych stał się o wiele pewniejszym. *Bolesław Swolkień* (Ptbg.).

CHIRURGIA. Prof. Krawkow. **W sprawie stosowania soli magnowych do znieczulenia.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 5). Ostatnimi czasy zaproponował Meltzer do znieczulenia wstrzykiwania 25 prc. rozczynu siarkanu magnowego. Profesor Krawkow (Ptbg.) na podstawie swoich doświadczeń na zwierzętach ostrzega przed użyciem tego środka. Mocne rozczyny (25 prc.) soli magnowych działają na nerwy nie swoiście, jak n. p. kokaina, lecz jedynie fizycznie, nie różniąc się niczem od mocnych rozczynów innych soli, jakoto — 25 prc. $NaCl$, Na_2SO_4, $CaCl_2$, $BaCl_2$. Przy działaniu wszystkich tych soli na obnażony nerw kulszowy u żaby, na miejscu podrażnienia przez 40—50 min. zdolność przewodzenia podniet czuciowych i ruchowych zanikała zupełnie: podrażnienie nerwu niżej miejsca działania środka nie wywoływało żadnego oddziaływania ze strony zwierzęcia, a tylko skurcze kończyny, podrażnienie zaś wyżej miejsca działania środka dawało wyniki odwrotne; przy działaniu soli następuje przeto prawie jednocześnie porażenie czuciowych i ruchowych włókien nerwu. Działanie to następuje wskutek odjęcia wody, ścinania białka i innych grubych zmian protoplazmy nerwowej; takie środki nie mogą się oczy-

wiście nazywać znieczulającymi, jakim jest kokaina, działająca molekularnie chemicznie. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Lewin. **Przypadek obfitego wypływu cieczy mózgowordzeniowej z zewnętrznego przewodu słuchowego przy nienaruszonej błonie bębenkowej.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 5). Chora, 14-letnia dziewczynka, zwróciła się do L. skarżąc się, że z lewego ucha w ciągu ostatnich 2 tygodni wypływa jej ogromna ilość przezroczystego wodnistego płynu, do 3 litrów na dobę; płyn wypływał 5—6 razy w ciągu dnia po 1—2 szklanek; w nocy poduszka przemakała nawskroś. Chora przed 15 dniami upadła w tył i uderzyła się lewym uchem o róg pieca; w następstwie przeszła silne bole głowy, kłucie w uchu i zawroty głowy, co trwało 3 doby; przytomności chora nie straciła, krwotoku z ucha nie było. Na 3 dzień po tym wypadku zjawił się wypływ z ucha, stopniowo coraz znaczniejszy. Zresztą chora czuje się zupełnie dobrze. Przy badaniu znaleziono: ścianki kostnej części przewodu słuchowego obrzmiałe, czerwone i nadzwyczaj bolesne przy dotknięciu. Błona bębenkowa zupełnie cała, bez pęknięć i przedziurawień; żadnych śladów krwotoku. Staranne nadzorowanie chorej dowiodło, że o żadnej symulacyi mowy być nie może. Choroba trwała 3 tygodnie; najwięcej wyciekało płynu (2—3 litry na dobę) w ciągu 2-go i z początkiem 3-go tygodnia choroby. Przy badaniu okazał się płyn cieczą mózgowordzeniową. Najprawdopodobniej płyn wyciekał ze szczeliny podstawy czaszki — z tej części, która stanowi górną granicę zewnętrznego przewodu słuchowego. Jedyny podobny przypadek opisał jeszcze tylko Zaufal. Najciekawsze w danym przypadku jest to, że tak duża utrata cieczy mózgowordzeniowej w ciągu długiego czasu nie wywarła ujemnego wpływu ani na mózg, ani na układ nerwowy, ani na ogólny stan chorej. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Gebele i Ebermayer. **Leczenie gruźlicy stawów.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1906, Nr. 13). Zapatrywania chirurgów w sprawie leczenia gruźlicy stawów różnią się jeszcze bardzo. Jedni chirurdzy są skrajnie konserwatywni, drudzy znowu bardzo radykalni. Jednakże każde jednostronne stanowisko jest tu błędne, bo w leczeniu gruźlicy stawów ma główne znaczenie przedewszystkiem to, z jakim stawem ma się do czynienia. Garré n. p. leczy zachowawczo gruźlicę stawu barkowego, biodra i ręki, a radykalnie gruźlicę łokcia, kolana i stopy. Klinika monachijska postępuje podobnie, a nadto trzyma się ogólnej zasady, że postępowanie powinno być temwięcej zachowawcze, im chory jest młodszy. Promienie Röntgena w ocenieniu zmian gruźliczych niestety niewielkie oddają usługi. Przy wyborze postępowania rozstrzyga oczywiście przedewszystkiem stan ogólny chorego. Pozastawowe ogniska powinny być jak najrychlej i jak najenergiczniej operacyjnie usunięte. Co do samego leczenia, to zachowawcze w klinice monachijskiej odbywa się z pomocą przyrządów ustalających z gipsu, szkła wodnego lub celluloidu. Prócz nich stosuje się także z dobrym wynikiem, gdzie można, wyciąganie plastrowe, zwłaszcza przy przykurczeniach. Przyrządów Hessinga, Lorenza i Hoffy nie stosują w monachijskiej klinice z powodu ich wysokiej ceny i niepewności w ustaleniu stawu. Do stawu przeważnie wstrzykują mieszankę jodoformową co 2 tygodnie w ilości 5—10 ctm.³ u dorosłych, 1—5 ctm.³ u dzieci. Wysięk aspirujo się przedtem. Przekrwienie Biera stosować można tylko wobec przetok i wielkiej bolesności stawów. Bardzo dobre wyniki daje przekrwienie, użyte równocześnie z ustaleniem stawu. Co do wstrzykiwań formaliny do stawów, to autorowie wielkiego doświadczenia nie mają, choć wyniki są zachęcające. Wstrzykiwania te są jednak bardzo bolesne. W każdym przypadku należy stosować bardzo energicznie leczenie ogólne (nacierania szarem mydłem, wysyłanie dzieci na świeże powietrze i t. d.). W razie operacyi u dzieci należy szanować chrząstkę nasadową o ile możności i wykonywać zabiegi atypowe. Wyniki operacyjne zestawił z kliniki monachijskiej Ebermayer: operacyjne leczenie daje 41·3 prc. trwałych wyleczeń, a 5·8 prc. śmiertelności. U starszych w razie rozwiniętej gruźlicy najpewniejszym sposobem leczenia jest jedynie amputacya. *A. E. Kłęk.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Mayer. **O sajodynie.** (*Derm. Zeitschr.* T. XII, Z. 3, 1906). Pod tą nazwą wprowadzili w lecznictwo E. Fischer i Mering nierozpuszczalną w wodzie sól wapniową kwasu jodowego, zawierającą 26 prc. jodu. Sajodyna nadaje się wyłącznie do podawania wewnętrznego w postaci proszków. Przy podawaniu nawet dużych dawek tego środka, bo do 6 grm. na dzień dochodzących, nie zauważył autor żadnych objawów zatrucia. Środek ten stosował M. w różnych postaciach kiły u blizko 100 chorych. W przypadkach późnej kiły, szczególniej nadających się do leczenia jodem, sajodyna bardzo rychło usuwa zmiany. Objawy kiły mózgu obok kilaków na głowie ustępowały w ciągu 4 tygodni po podaniu 30—40 grm. sajodyny. *Stopczański.*

A. Strełkow. **Leczenie róży drożdżami piwnemi.** (*Wojenno-medicinskij Żurnal.* Sierpień, 1905). Autor w 30 przypadkach róży stosował leczenie drożdżami piwnemi. Chorym podawano świeże drożdże trzy razy dziennie po stołowej łyżce w pół szklance piwa. Świeże drożdże przechowywano w zimnej wodzie i nie dłużej nad trzy dni. Wyniki, do których doszedł S., są następujące: *a*) Choroba znacznie słabiej się szerzyła. *b*) Przebieg choroby był krótszy i lżejszy, chociaż zdarzały się nawroty; przeciw nawrotom radzi autor używać drożdży aż do zupełnego zniknięcia zaczerwienienia i powrotu ciepłoty do poziomu prawidłowego. *c*) W niektórych przypadkach drożdże przerwały chorobę. *d*) Przy leczeniu drożdżami można nie używać innych środków, jeśli nie liczyć stosowania lodu na głowę w razie bardzo wysokiej gorączki. *e*) Ciepłota w większości przypadków opada nagle przełomowo, równolegle z ustępowaniem choroby. Autor twierdzi, że ze środków zalecanych dotychczas przeciwko róży, drożdże są środkiem najlepszym. *Dr. W. Kozłowski* (Ptbg.).

Tomasczewski. **O nowym sposobie barwienia włosów.** (*Münch. med. Woch.*, 1906, 8). Na barwę włosów składają się trzy czynniki: barwa właściwa komórek włosowych, barwik leżący w komórkach i zawartość powietrza. Zmiana stosunku tych trzech czynników jest powodem zmiany barwy włosów. Najwybitniejszy wpływ w tym kierunku ma zmiana zawartości powietrza. Ponieważ oprócz przyjmowania przez włos większej ilości powietrza nieznaną jest dotąd istotna przyczyna siwienia włosów, dlatego też nie można w sposób naturalny przywrócić włosom pierwotnej barwy i udaje się to jedynie zapomocą sztucznych sposobów. W tych celach używano jako barwików soli rozmaitych metali i soków roślinnych. Większa część tych barwików mineralnych i organicznych posiada jednak pewne własności, z powodu których może działać szkodliwie na skórę pokrytą włosami i cały ustrój.

Autor odstąpiwszy od stosowanego w nowszych czasach amidofenylaminu, ponieważ ten środek wywołuje bardzo często silne podrażnienie skóry, zastosował w celu barwienia włosów mieszaninę kwasów aminosiarkowych, znaną pod nazwą eugatolu. Na podstawie doświadczeń u 70 osób, u których nie zauważył najmniejszego podrażnienia skóry ani innych szkodliwych następstw, poleca autor eugatol jako środek, zupełnie odpowiadający wymogom higienicznym i dający trwałe i dobre zabarwienie. *Stopczański.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 21 marca 1906 r. w klinice lekarskiej.

Obecnych członków 25. Przewodniczy kol. doc. Rutkowski, który wita jako gościa kol. Henryka Rupperta z Ciechocinka.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Kol. doc. Lemberger przedstawia imieniem **komisyi** przemysłowo-lekarskiej do polecenia Towarzystwa lekarskiego: *a*) chlebiki wyrobu Gurgula dla chorych na cukrzycę, *b*) tran jodowo-żelazisty aromatyczny wyrobu dr. Franzosa, *c*) przetwory z fabryki »Beskid« w Białej: kreseptol, septosol, lithantrol, viscogen, formasol. Przyjęto.

III. Kol. prof. Jaworski i kol. Korolewicz przedstawiają rzecz **o krwotokach utajonych** i okazują dotyczące odczyny. (Przeznaczone do druku).

IV. Kol. prof. Jaworski przedstawia **stosowanie łoju baraniego** (*sebum ovile*) **jako masy pigułkowej.** (Rzecz przeznaczona do druku).

V. Kol. prof. Jaworski przedstawia następujące cztery przypadki z kliniki lekarskiej:

a) **Menstruatio vicaria sub forma purpurae simplicis.** L. Dz. 194., Maryanna Wr., z Król. Pol., zamężna od 20 r. życia, rodziła 4 razy prawidłowo, ostatni raz przed 3 laty. Po ostatnim porodzie miesiączka przeciągała się przez 2 tygodnie. Od stycznia 1905 stawała się miesiączka skąpszą, natomiast na skórze poczęły się pojawiać plamy czerwone, które po miesiączkowaniu znikały. Zjawisko to spostrzegano w styczniu b. r., kiedy chora zgłosiła się do kliniki, gdzie nie mogła być przyjętą, gdyż rozporządzenie ministeryalne nie dozwala przyjmowania chorych bezpłatnych z Król. Pol. i Rosyi. Od stycznia b. r. chora przestała miesiączkować i obecnie zamiast miesiączki przedstawia się stan następujący: Na języku, podniebieniu miękkiem, błonie śluzowej policzków nieliczne, bądź punkcikowate, bądź drzewkowato ułożone żywoczerwone wybroczyny; błona śluzowa spojówek blada, bez wybroczyn. Na tułowiu i kończynach górnych rozsiane nieliczne wybroczyny żywo- i ciemnoczerwone, przy ucisku

szkłem nieznikające, wielkości główki od szpilki do wielkości soczewicy. Kończyny dolne, szczególnie golenie, obsypane bądź drobniutkiemi, bądź większemi plamami czerwonemi, jakie się spostrzega zwykle w plamicy Werlhofa. Obok tego znajdują się sine podbiegnięcia w skórze w postaci sińców rozmaitej wielkości (około 5 cm. średnicy) na ramieniu prawem i udzie prawem, które, jak chora twierdzi, pojawiły się samoistnie bez urazu. Nadto podaje chora, że skaleczywszy się w palce u rąk i nóg podczas miesiączki nie mogła zatamować krwi prawie przez cały dzień. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono, stawy wolne, niebolesne. Natomiast w moczu o c. wł. 1·031 nieliczne krwinki czerwone, a w stolcach odczyn na krew utajoną. Badanie krwi stwierdza krwinek białych 14,000; czerwon. 1,900,000; Hb. 45 prc.? Jest to bardzo rzadki przypadek miesiączki zastępczej. Chaussil opisuje podobny przypadek w postaci pęcherzycy krwotocznej. Prelegent spostrzegał 4 razy miesiączkę zastępczą: raz jako krwotok płucny, 2 razy jako krwotok żołądkowy, raz jako krwotok jelitowy.

b) **Tuberculosis linguae et totius oris, condensatio apicis pulm. dextri.** Nr Dz. 186. Jan Sch., lat 30. W listopadzie 1904 r. poczuł pobolewanie w gardle i utrudnienie w połykaniu. Wtedy stwierdził lekarz białą plamę na podniebieniu twardem, poczem chory udał się do Meranu, gdzie wziął 20 wcierań rtęciowych. Pomimo tego choroba w jamie ustnej się rozszerzyła, dolegliwości podmiotowe się wzmogły i obecnie pomimo najrozmaitszych płukań sprawa chorobowa postępuje. Chory dobrze odżywiony. Okolice podszczękowe i szyja zgrubiałe, przy dotyku twardsze. Na szyi można wymacać różańcowate postronki, złożone z gruczołów twardych, drobnych, nieco bolesnych. Język zgrubiały, mało ruchomy, przy ruchach miernie bolesny. Na końcu języka liczne, drobne, przez błonę śluzową przeświecające szare punkciki (gruzełki), po bokach języka i pod językiem plamki szarawo-żółtawe, wytworzone ze zlania się gruzełków, obok tego inne miejsca (wielkości soczewicy i większe) na języku okryte białawoszarą masą, odrywającą się i pozostawiającą ubytki błony śluzowej, otoczone brzegami poszarpanymi. Na błonie śluzowej dziąseł i policzków punkciki szare i drobne naloty. Największa zmiana znajduje się na podniebieniu twardem w postaci głębokiego owrzodzenia wielkości halerza, częściowo okrytego masą serowatą, o dnie i brzegach nierównych. Języczek i podniebienie miękkie obrzękłe, zwężające znacznie wejście do gardła, są pokryte szarawymi nalotami. Migdałki zewnętrznie niezmienione i niepowiększone. W nalotach i w plwocinach nie zdołano wykazać prątków gruźliczych. W szczycie prawym stłumienie, wdech mocno zaostrzony, wydech chuchający, pokryty drobnemi furczeniami. Ciepłota waha się od 36·5—38·5. W moczu, w kale i we krwi nie znaleziono niczego nieprawidłowego. Prawdopodobne pierwotna zmiana gruźlicza pojawiła się w jamie ustnej. (Wobec bezskuteczności rozmaitych już stosowanych zabiegów leczniczych, spróbowano wstrzykiwania dawnej tuberkuliny Kocha, lecz po trzech wstrzyknięciach jej po $^1/_{10}$, $^1/_4$, $^1/_2$ mg. zaczęły się pokazywać coraz liczniejsze gruzełki szare na błonach śluzowych warg i policzków, dlatego ograniczono się do uśmierzania dolegliwości w połykaniu morfiną. *Przypisek późniejszy prelegenta*).

c) **Pemphigus foliaceus (malignus) oris et cutis.** Nr Dz. 169. Elżbieta K., l. 42, zamężna, dwa razy rodziła; dzieci zdrowe. W lipcu 1905 doznawała chora lekkich bólów w gardle, które w listopadzie znacznie się zwiększyły tak, że zasięgała porady kolejno u wielu lekarzy, lecz bezskutecznie. Przybyła do kliniki 1 marca. Powierzchnia skóry i narządy wewnętrzne bez zmian. W jamie ustnej zaś całe podniebienie twarde i miękkie wyłożone oddzielającym się, zmacerowanym nabłonkiem; na błonie śluzowej warg i na końcu języka kilka pęcherzyków wielkości prosa do soczewicy, wypełnionych cieczą bezbarwną. Ciepłota prawidłowa. Stan ten obecnie się zmienił. Na zgrubiałych wargach przeczosy, pokryte strupem. Na policzku lewym w dwóch miejscach zmacerowany nabłonek z pękniętych pęcherzy, na języku w kilku miejscach płytkie ubytki nabłonka, powierzchnia podniebienia twardego i miękkiego nierówna i mocno zaczerwieniona (brak nabłonka), u wejścia do tchawicy i na nagłośni drobne pęcherzyki. Dnia 10 marca pojawiły się 2 pęcherzyki na przedramieniu prawem i w okolicy pępka. Pęcherzyki bez obwódki czerwonej, wypełnione cieczą bezbarwną, dochodzą do wielkości grochu i pękają. Od tego czasu codzień na tułowiu i kończynach pojawiają się nowe pęcherzyki w gromadkach po kilka obok siebie. Ciecz pęcherzyków okazuje się przy badaniu bakteryologicznem jałową. Krew: krwinek białych: 6,000, krwinek czerwonych 4,280,000, Hb 60 prc., neutrochłonnych 66 prc., limfocytów 29 prc., eozynochłonnych 5 prc. Ze względu, że pęcherzyca pojawiła się w postaci, zajmującej błony śluzowe, należy uważać rokowanie za niepomyślne. (*Dopisek w czasie druku.* Obecnie nowe pęcherze zajmują znaczne przestrzenie skóry, a ciepłota dochodzi do 38°).

d) **Hysteria virilis traumatica sub forma anaesthesiae circumscriptae.** L. Dz. 143, lat 45, konduktor kolejowy. W r. 1903 d. 30 lipca o godz. 11 w nocy, siedząc w budce na ostatnim wozie towarowym, spadł przy rozerwaniu się pociągu z budki na wóz towarowy. Gdy zaś dostrzegł, że wóz z ogromną chyżością toczy się wzdłuż szyn na dół, wyskoczył z niego. W kilka minut przybył na ratunek sąsiedni budnik, z którym chory, widocznie nie doznawszy potłuczenia, przyszedł sam do budki kolejowej, rozmawiając o wypadku. Na drugi dzień zgłosił się do służby, lecz czuł się bardzo osłabionym i podnieconym tak, że na gwizdanie lokomotywy przejmował go lęk; zgłosił się jako chory i odtąd służby nie pełni. Oprócz śledziony wyczuwalnej, twardej i niebolesnej ani w narządach wewnętrznych, ani w moczu, ani w kale, ani we krwi, zmian stwierdzić nie można. Również i zewnętrznie nie można dostrzedz żadnych śladów uszkodzeń. Natomiast na skórze obydwu kończyn dolnych wszechstronne znieczulenie w postaci pończoch, sięgające na 4 palce poniżej pachwin. Takie samo znieczulenie z przodu i z tyłu po lewej stronie tułowia (w postaci kamizelki). Chory nie odczuwa w miejscach wymienionych dotyku, kłucia, przypiekania skóry, drażnienia pędzlem elektrycznym. Chory przytem niema bezładu kończyn, chodzi dobrze, a odruchy ścięgniste są wzmożone. Znieczulenie jest psychiczne, jak za tem przemawia znieczulenie częściowe siatkówki, zresztą niezmienionej pod postacią zwężenia pola widzenia, oznaczone perymetrem. Zwężenie pole widzenia na światło białe, a zwłaszcza czerwone istnieje na obydwu oczach. Nadto źrenice obydwie są zwykle równomiernie zwężone, oddziaływają leniwo na światło, a czasami na pewien krótki czas rozszerzają się bez wiadomej przyczyny. Choroba ma trwać od doznanego w r. 1903 urazu psychicznego, t. j. od lat trzech.

W dyskusyi zabiera głos kol. prymaryusz Borzęcki, podnosząc trudności rozpoznawcze w odróżnieniu zmian gruźliczych, a kiłowych języka.

VI. Kol. Latkowski przedstawia **odczyny na aceton i kwas acetooctowy,** oraz przypadki *a)* **akromegalii,** powikłanej cukrzycą, gdzie prześwietlanie promieniami Röntgena wykazało obecność guza w okolicy siodła (*sella turcica*), który przy sekcyi okazał się nowotworem przysadki mózgowej, *b)* **choroby Raynauda powikłanej twardziną skóry** (*sclerodermia*), *c)* **tętniaka łuku** tętnicy głównej. (Dwa pierwsze przypadki będą osobno ogłoszone).

W dyskusyi zabierają głos ad *a)* kol. prof. Ciechanowski i ad *c)* kol. prof. Korczyński, który zwraca uwagę, że pomimo siedziby tętniaka na łuku aorty nie ma objawów porażenia n. wstecznego.

VII. Kol. Łapiński przedstawia i omawia rzadki przypadek **siarkanu wapniowego w kryształach w osadzie moczowym.**

W dyskusyi przemawia kol. prof. Ciechanowski, przedstawiając preparat anatomiczny z tego przypadku.

Sekretarz: *Wilczyński.*

Posiedzenie w dniu 28 marca 1906.

Obecnych członków 22, przewodniczy kol. doc. Rutkowski.

Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Kol. Spira przedstawia i omawia operowany przez siebie razem z kol. Wachtlem przypadek ropnego **zapalenia ucha środkowego** z następowem próchnieniem kostek słuchowych, porażeniem n. twarzowego i histeryą urazową (będzie póżniej drukiem ogłoszony).

II. Kol. Żeleński miał odczyt p. t. **„Z nowszych zagadnień hematologii klinicznej“.** (Przeznaczony do druku).

W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Klecki, który podnosi wiele spornych dziś w nauce hematologii zagadnień.

Sekretarz: *Wilczyński.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 20 marca 1906.

I. Bełkowski przedstawił chorego, dotkniętego **kiłowemi zmianami tętnic** (*endoarteriitis syphilitica*). Chory, 33-letni skarży się na gwałtowne bole w lewej stopie. Dolna część goleni i stopa obrzęknięte, zaczerwienione i chłodne; na grzbiecie

stopy nieznaczne owrzodzenia. Brak tętna w tętnicach kończyny dolnej i w tętnicach przedramienia z obydwóch stron. Przed 10 laty choremu amputowano prawe udo z powodu stopniowo posuwającej się zgorzeli. W 3 lata potem wystąpiły w lewej nodze objawy, podobne do obecnych; po leczeniu przeciwkiłowem objawy te znikły. Obecne zaburzenia w nodze zjawiły się w styczniu. Po leczeniu rtęciowem tętno w przedramieniu wróciło, bole w nodze ustąpiły, tętno w niej słabe. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na zajęcie wszystkich kończyn.

II. Żurakowski Aleksander przedstawił **preparaty ropy wiewiórowej, barwione mieszaniną Giemsy.** Gonokoki barwią się niemal czarno, jądra komórek — jasnoniebiesko, protoplazma szaroróżowo lub szaro; inne ziarenkowce barwią się jaśniej od gonokoków, wreszcie prątki — bladoróżowo. W szeregu metod barwienia sposób ten należy zaliczyć do lepszych.

III. Karwacki okazał **preparat krętków przymiotu** i preparat krętka zwykłego (*spirochaete refringens*) **barwione metodą własną.** Wydzielinę ropną, zeskrobinę lub treść wykwitów jednem oczkiem platynowem przenosi się na szereg kropel, ułożonych na szkiełku przedmiotowem. Po wysuszeniu preparat utrwala się na ogniu, traktuje zaprawą Pepplera przez 10 minut, zmywa wodą i barwi fuksyną karbolową lub gencyanfioletem karbolowym przez 2—5 minut. Bada się przeważnie ostatnie krople, dotykane oczkiem platynowem, gdzie jest tło mało zanieczyszczone. Formy krętkowe odznaczają się przy tem barwieniu nadzwyczajną wyrazistością.

IV. Guranowski miał odczyt pod tytułem: **„Obecny stan wiedzy o tak zwanej otosklerozie“.** Istota otosklerozy polega na wytwarzaniu się w kości skalistej mas gąbczastych, najczęściej w okolicy okienka owalnego. Zmiany anatomopatologiczne polegają na zrostach kostnych strzemiączka w okienku owalnem i na tak zwanem zwyrodnieniu gąbczastem kośćca błędnikowego. W przypadkach świeżych znajduje się tylko w kośćcu błędnikowym ognisko *ostitis vasculosae.* Nowowytworzone naczynia włosowate w pierwotnem ognisku zapalnem wywołują zanik kości i nieprawidłowe przestrzenie szpikowe. Statystyka różnych autorów i prelegenta dowodzi, że: 1) otoskleroza częściej bywa u kobiet, niż u mężczyzn i 2) że otoskleroza w pewnych rodzinach występuje dziedzicznie. Prelegent streszcza najnowsze teorye dziedziczności. Otoskleroza dziedziczy się nie jako taka, lecz dziedziczą się determinanty otosklerozy, znajdujące się w plazmie zarodkowej przodków danego osobnika. Jeżeli uważać będziemy otosklerozę za nieprawidłowy rozrost kości skalistej i jako sprawę dziedziczną, to wszelkie inne czynniki, uważane dawniej za czynniki etyologiczne, zejdą do roli bodźców, czynników, sprzyjających powstawaniu otosklerozy; tutaj zaliczyć należy: zaziębienia, nieżyty nosa i gardła, nieżyty ucha środkowego itp., a także niektóre choroby zakaźne (dur). Dna, gościec, zołzy i kiła uważane są za główne przyczyny otosklerozy. Prelegent jednakże nie zgadza się z niektórymi autorami (Hartmann), jakoby wszelkie przypadki otosklerozy były pochodzenia kiłowego. Prelegent zwraca uwagę na przekrwienie błony śluzowej wzgórka, jako na objaw, bardzo wcześnie występujący w tem cierpieniu. Rozpoznanie otosklerozy będzie ustalone przy następujących danych: przy badaniu kamertonami wobec znacznego przytępienia słuchu na mowę stwierdza się posunięcie się ku górze dolnej granicy tonów, wydłużone przewodnictwo kostne, brak zmian chorobowych na błonie bębenkowej i w jamie bębenkowej, zupełną drożność trąbki Eustachiusza, przekrwienie błony śluzowej wzgórka, postępującą głuchotę między 20—40 rokiem życia i obarczenie dziedziczne. Rokowanie zwykle niepomyślne. Wszelkie proponowane dotąd metody leczenia nie dają wyników dodatnich. Z wewnętrznych środków G. stosuje obecnie fosfor, który, zdaje się, posiada działanie dodatnie. Zapobieganie powinno polegać na wczesnem rozpoznawaniu otosklerozy u dzieci i stosowaniu fosforu.

Posiedzenie kliniczne dnia 27 marca 1906.

I. Feliks Malinowski wygłosił rzecz p. t. **„Psorospermosis follicularis vegetans“.** Z nowszych zdobyczy co do rzadkiego tego cierpienia wspomnieć należy o następujących szczegółach: 1) W obrazie klinicznym: *a*) wykwity sadowią się przeważnie wzdłuż nerwów skórnych; *b*) na obwodzie ogniska zjawia się czopeczek, na podobieństwo czopka w gruczołach łojowych, naskórek naokoło czopeczka tego wznosi się, tworząc wałeczek, niczem nie różniący się od skóry prawidłowej; po pewnym czasie czopek odpada, pozostawiając po sobie zlekka zaróżowioną i ścieńczałą skórę. 2) W obrazie anatomicznopatologicznym: w cierpieniu tem stwierdzono akantolizę, t. j. rozpad komórek kolczastych i dyskeratozę, wiodącą do wytwarzania t. zw. ciałek okrągłych (*corps ronds*). Nieprawidłowe i nadmierne rogowacenie wiedzie do gromadzenia się mas rogowych, które, uciskają skórę właściwą, wywołują jej stan zapalny i zanik brodawek; na obwodzie zaś wykwitów brodawki się wydłużają, tworząc wspomniane powyżej wałeczki. Po ustaniu akantolizy i dyskeratozy pozostaje na gładkiej skórze naskórek, różniący się od prawidłowego jedynie brakiem sopli nabłonkowych. Poprawę uzyskiwał prelegent w tem cierpieniu przez stosowanie β—naftolu (10 prc.) z szarem mydłem w maści.

II. B. R. Gepner opisał sześć przypadków ciężkiego **ogólnego zakażenia, powstałego wskutek zakażenia spojówki.** Wszystkie przypadki dotyczyły dzieci do 7-go roku życia. Opierając się na swych spostrzeżeniach G. gorąco poleca stosowanie surowicy Tavela w podobnych przypadkach, zaznaczając, że ani w naszem, ani w zagranicznem piśmiennictwie dotąd takich spostrzeżeń nie ogłoszono. *Ign. L.*

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie w dniu 26 marca 1906 r.

Prezes dr. Wojnicz po zagajeniu posiedzenia zawiadomił o śmierci dr. Juliana Gryszkowskiego, naczelnego lekarza szpitala św. Jakóba.

I. Dr. Hanusowicz przedstawił chorą z **liszajem rumieniowatym** (*lupus erythematodes*), leczoną sposobem Hollaendera. U chorej, u której leczenie jeszcze nie skończone, widać już bardzo dodatni wpływ tego leczenia, ponieważ środkowe części liszaja już są wyleczone, tylko na obwodzie widoczne jeszcze wykwity. Chora ma zmiany na lewym policzku od lat 20, ale dopiero przed rokiem zwróciła się do lekarzy, którzy stosowali różne maści, arszenik, w końcu wypalanie Paquelinem, ale bezskutecznie. Prelegent przed miesiącem rozpoczął leczenie sposobem Hollaendera, zalecanym również przez Oppenheima, a w ostatnich czasach przez Kozerskiego. Sposób ten polega na tem, iż w ciągu pięciu dni podaje się chininę 0,3—0,7 i jednocześnie smaruje zmienione miejsce skóry nalewką jodową, poczem pięć dni przerwy. Powtarza się to 9 razy i w ciągu tego czasu następuje wyleczenie.

Dr. Wolfson również kilka razy stosował tę metodę; uzyskiwał tylko znaczne polepszenie, ale nie wyleczenie zupełne. Oppenheim podaje przez dłuższy czas bez przerwy po 8 półgramowych dawek chininy.

II. Dr. Lapides zdał sprawę z dwóch przypadków **poronienia,** które spostrzegał w oddziale położniczym szpitala św. Jakóba.

a) Dnia 23/XII do szpitala przybyła chora z krwotokiem i skargą na ból w dolnej części brzucha i krzyżu. Chora już raz roniła, przed rokiem przebyła dur brzuszny i odtąd miesiączki nieregularne z bolami przez cały czas ich trwania i z odchodzeniem skrzepów krwi. Przed 3 miesiącami zastąpiła, zaś przed 3 dniami poczuła gwałtowne bole. Macica powiększona; zdawało się, że jej ujście nierozwarte. Przy badaniu spostrzeżono, iż z cewki moczowej zwiesza się krwisty sznurek, który jak się okazało, był pępowiną. W pochwie na wysokości 4 ctm. wyczuwa się zwężenie. Po nad niem w górnej części pochwy leży już nadgniły płód. Zwężenie rozcięto i usunięto płód, przyczem okazało się, że pępowina przesunęła się była do pęcherza moczowego przez przetokę pęcherzowopochwową, przepuszczającą palec. Po 6 tygodniach operowano tę przetokę, ale bez powodzenia, dopiero powtórna operacya dała dodatni wynik. Prelegent przypuszcza, iż podczas duru nastąpiła u chorej zgorzel części pochwy z następnem bliznowatem zwężeniem, które było przyczyną, iż płód po wydaleniu z macicy pozostał w pochwie i dał powód do przetoki.

b) Przed kilku laty do szpitala św. Jakóba przyjęto chorą, roniącą w 4 miesiącu ciąży, z obfitym krwotokiem i ogólnem osłabieniem. Ujście było rozwarte na 2 palce, w macicy znajdowało się łożysko, które prelegent wyjął, a macicę wytamponował. Niebawem spostrzeżono, iż z pochwy nieustannie wydziela się mocz, dostając się tam przez szparę, która się utworzyła wskutek oderwania przedniej części pochwy od macicy. Przy operacyi, pochwa w dalszym ciągu rozrywała się jak pajęczyna i szpara objęła $^3/_4$ szyjki macicy. Pomimo to operacya się powiodła, chora wyzdrowiała. *W. Zahorski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Z wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy. Wydział Towarzystwa, ulegając życzeniu niektórych z kolegów, ogłasza, że wydawać będzie własnym nakładem recepty z nagłówkami i drukowanym czterohalerzowym kolorowym znaczkiem receptowym. Ażeby używanie znaczków jak najbardziej rozpowszechnić, a tem samem zwiększyć fundusz wdowi i sierocy, Towarzystwo wydawać będzie recepty wspomniane zgłaszającym się kolegom po cenie znaczka, t. j. jedynie za zwrotem kwoty, przypadającej za znaczki odnośnie do ilości zamówionych recept.

Warunki są następujące:

1) Zamawiać można najmniej 500 sztuk i wtedy należy z góry przesłać kwotę 4 korony, przy zamówieniu 1000 sztuk kwotę 6 koron; jeżeli zamawia się więcej recept, za każdy następny tysiąc należy przesłać również z góry kwotę 6 koron. Przesłane kwoty zostaną wliczone do wartości znaczków; resztującą kwotę za znaczki można spłacić albo zaraz po otrzymaniu recept, albo w ciągu roku licząc od daty otrzymania recept. N. p.: ktoś z kolegów zamawia 1000 sztuk recept (wartość 1000 znaczków czterohalerzowych = 40 koron), wtedy winien naprzód przesłać 6 koron, a resztującą kwotę 34 koron albo zaraz po otrzymaniu zamówionych recept, albo w ciągu roku, licząc od czasu otrzymania przesyłki. Na życzenie kolegów będziemy przesyłali recepty oprawione w bloczki po 100 sztuk: za oprawę nic się nie dopłaca.

2) Wielkość recept jest stałą i wynosi 20 cm. długości i 10 cm. szerokości.

3) Ze względu na koszta druku, wysyłkę rozpoczniemy wtedy, gdy zgłosi się taka ilość kolegów, by zamówienia ich razem wynosiły najmniej 20,000 sztuk recept.

Niejednokrotnie spotykaliśmy się z zarzutem, zwłaszcza ze strony kolegów, mających rozległą praktykę i ze strony lekarzy kąpielowych, że nie mogą pamiętać przy pisaniu każdej recepty o znaczku i tylko dlatego ich nie używają. Obecnie zarzut ten odpadnie w zupełności.

Kolegów, chętnych dla sprawy, jak również przełożonych klinik i ambulatoryów szpitalnych, gdzie tyle rocznie wydaje się recept, upraszamy o przesłanie na karcie korespondencyjnej nagłówka używanych w praktyce recept wraz z podaniem żądanej ilości, oraz nadesłanie odpowiedniej kwoty.

Wszelkie pisma w tej sprawie upraszamy adresować do Administracyi znaczków receptowych: Kraków, ul. Radziwiłłowska 4, Dom lekarski.

II Sekretarz: *Dr. Flis.* Prezes: *Dr H. Jordan.*

Strejk lekarzy gminnych w Austryi Dolnej. Na zaproszenie namiestnictwa przybyli w dniu 27 marca na posiedzenie prezydent Izby dolnoaustr. dr. List i wiceprezydent dr. Riss, przewodniczący wolnej organizacyi lekarzy dolnoaustryackich dr. Janeczek i kierownik organizacyi lekarzy gminnych dr. Nekowitsch, dalej ze strony namiestnictwa dr. Netolitzky i referent sanitarny dr. Winter, jako przedstawiciele gmin burmistrze ze Stockerau, z Neumarktu n/Y. i z Wielkiego Weikersdorfu, wreszcie z ramienia Wydziału krajowego radcy dr. Schneider i dr. Hanauska. Przewodniczący r. d. Tils zagaił posiedzenie wezwaniem, aby natychmiast przystąpić do obrad nad projektem instrukcyi służbowej dla lekarzy gminnych, przedłożonym przez namiestnictwo. Na to przedstawiciele lekarzy jednogłośnie oświadczyli, że się na to nie mogą zgodzić i zażądali ustanowienia »junctim« między przedłożeniem nowej ustawy sanitarnej krajowej, a wydaniem instrukcyi służbowej. Wobec tego członkowie wydziału krajowego zawiadomili zebranych, że nie mają pełnomocnictwa do merytorycznych układów, lecz że wysłano ich jedynie w tym celu, aby poznali dokładnie życzenia wszystkich interesowanych czynników. Na to zaznaczyli delegaci-lekarze z naciskiem, że z jednej strony przedstawiciele wydziału krajowego nie mieli właściwie po co przychodzić na naradę, a z drugiej, że oni sami od kolegów lekarzy dostali dokładne i niedwuznaczne polecenie, by na ankiecie nie przedkładać całego szeregu życzeń zawodu lekarskiego, bo życzenia te są wszystkim sprawą tą się zajmującym dokładnie znane, i że wysłani tu zostali tylko dla narad merytorycznych. Oświadczyli dalej, że jak dotąd, tak i nadal skutecznym celem ich zabiegów jest uzyskanie nowej ustawy sanitarnej krajowej, która musi wejść w życie najpóźniej 1 stycznia 1907 r. i że są upoważnieni do tymczasowego przedłożenia najpilniejszych żądań, zebranych w 12 punktach. Jednakże narady rzeczowe nad tymi 12 punktami były z powodu braku potrzebnego w tym celu pełnomocnictwa urzędników krajowych niemożliwe; tylko przewodniczący przyrzekł podać je do wiadomości wydziału krajowego. Radca namiestnictwa dr. Netolitzky wniósł, ażeby natychmiast wybrano komisyę, złożoną z przedstawicieli namiestnictwa, wydziału krajowego i delegatów lekarskich, dla jak najrychlejszego opracowania nowej krajowej ustawy sanitarnej wraz z instrukcyą służbową dla lekarzy, na co zarówno przewodniczący, jak i lekarze się zgodzili, wyraźnie zaznaczając, że »bierny opór« w całej pełni trwać będzie nadal i że nawet zaostrzenia jego należy się spodziewać. Na odczytanie proponowanej przez namiestnictwo instrukcyi służbowej wreszcie się zgodzono, jednak nie naradzano się nad nią ze względu na oświadczenie, złożone przez lekarzy na początku ankiety. *E. S.*

Higieną szkół we Lwowie zajęła się energicznie miejska komisya sanitarna. Obecnie n. p. uchwalono przestrzegać, by przerwy między godzinami były ściśle zachowane i wyzyskane dla ruchu fizycznego na wolnem powietrzu (niektóre nauczycielki karały uczennice za szybkie chodzenie podczas przerw!; działwę »za karę« niewypuszczano niekiedy w czasie przerw z sali szkolnej!), by w tym celu były wszędzie urządzone odpowiednie boiska, a zmniejszające je klomby zniesione i t. d. Rada miejska uchwaliła już dawniej budowę 8 nowych, higienicznych szkół kosztem 3 milionów koron.

Koszta odkażenia po chorobach zakaźnych według orzeczenia wiedeńskiego Trybunału administracyjnego z 24 stycznia 1906 L. 935 ponosić musi gmina, zarządzająca odkażenie, a nie mieszkaniec, którego mieszkanie i sprzęty odkażano. *K.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 1 do 7 kwietnia 1906 doniesiono o nowych przypadkach: ospy w 3 gminach u 4 chorych, a mianowicie w powiecie Chrzanów (Trzebinia wieś 1, Trzebinia miasto 2, Luszowice 1); duru plamistego w 24 gminach 92 chorych: w mieście Lwowie-1, w powiatach Brzeżany (Brzeżany 2, Glinna 3), Buczacz (Dobropole 2), Cieszanów (Opaka 4), Horodenka (Żuków 16), Jarosław (Nienowice 6), Jaworów (Berdychów 1, Siedliska 4), Lwów (Pikułowice 2), Myślenice (Pcim 1, Sułkowice 18), Nadwórna (Łanczyn 2, Zielona 6), Rawa (Klicko zar. 1, Szczerzec 1, Biała 1, Ulhówek 4), Śniatyn (Tuława 2), Stryj (Wołosianka 6), Tarnopol (Chodaczków 5), Tłumacz (Krzywotuły st. 1), Żółkiew (Przystań 1), Złoczów (Jasionowce 2); zapalenia opon mózgowordzeniowych w 23 gminach 37 chorych. *T.*

Ruch ludności w Krakowie od 25 do 31 marca b. r. Urodziło się dzieci żywo 56 (chłopców 31, dziewcząt 25), nieżywo 1. Zmarło ogółem osób 53 (obcych 14), a mianowicie 32 mężczyzn, 21 kobiet. Przyczyną śmierci były: rozwój niedostateczny 1, gruźlica 16 (3), zapalenie płuc 9 (1), błonica 1 (1), odra 2, inne choroby zakaźne 2 (1), choroby serca i naczyń 6 (1), nowotwory 7 (5), inne przyczyny śmierci naturalnej 9 (2).

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 25 do 31 marca 1906 zgłoszono przypadków: błonicy 4 (obcych 1), krztuśca 2, płonicy 2, odry 9, czerwonki 1, nagminnego zapalenia opon 3. W tymże czasie zmarło: z płonicy 3, z nagminnego zapalenia opon 1.

Wiadomości bieżące.

— Sprawozdania z pism rosyjskich dla »Przeglądu lekarskiego« objęli za staraniem doc. dr. Witolda Orłowskiego: dr. Leon Jastrzębski (pedyatrya), dr. med. Karol Karnicki (okulistyka), dr. Wojciech Kozłowski (chirurgia), dr. med. Zenon Orłowski (medycyna wewnętrzna i teoretyczna), dr. Romuald Śliwiński (ginekologia i położnictwo), dr. med. Zdzisław Sowiński (choroby skórne i weneryczne), dr. med. Bolesław Swolkien (medycyna wewnętrzna) i dr. Konrad Uliński (ginekologia i położnictwo) w Petersburgu.

Kraków. Wydział Izby zachodnio-galicyjskiej na posiedzeniu dnia 3 kwietnia b. r. po załatwieniu drobniejszych spraw administracyjnych wydał orzeczenie w sprawie honoraryum za leczenie, którego wysokość pacyent kwestyonował. — Następnie toczyła się bardzo długa dyskusya co do zatargu między jednym z lekarzy a chorym o honoraryum, wynoszące 34,134 koron. Po szczegółowem rozpatrzeniu wszystkich pozycyi rachunku, przyczem niektóre pozycye uznano za odpowiednie, inne zaś nieco obniżono, Wydział wydał orzeczenie, że rachunek ten, obniżony do 27,101 koron w całości, uważa za odpowiedni i w tej wysokości go zatwierdza, nie wliczając w to jednak kosztów utrzymania lekarza ordynującego i jego rodziny w miejscu kąpielowem, gdzie przez 64 dni przebywać musiał na wyraźne żądanie

chorego. — W sprawie utworzenia biura informacyjnego o posadach lekarskich uchwalono na wniosek referenta odstąpić na razie od zamiaru zbierania informacyi przez starostwa, a natomiast porozumieć się z referentem tej sprawy w Izbie wschodnio-galicyjskiej. — Na posiedzeniu Rady w tym samym dniu odbyła się rozprawa honorowa przeciw jednemu z lekarzy, przeciw któremu sąd karny wniósł do Izby zażalenie o posługiwanie się i popieranie partacza, ukończona wyrokiem, skazującym obwinionego na grzywnę. *L.*

— Nowozawiązane Towarzystwo lekarzy kolejowych zachodnio-galicyjskich odbyło w dniu 11 kwietnia b. r. pierwsze zgromadzenie w Krakowie, na którem obrany został prezesem dr. Józef Zoll, wiceprezesem dr. Adam Jakubowski, sekretarzem dr. Czerny, skarbnikiem dr. Antoni Jabłoński, członkiem wydziału dr. Żychoń, do komisyi kontrolującej i sądu polubownego dr. Walczyński, Jodłowski i Bujniewicz.

— Przewodniczącym komitetu administracyjnego szpitala św. Łazarza w Krakowie mianował Wydział krajowy prof. dr. Łazarskiego. Powołanie lekarza na ten honorowy, a tak ważny, zwłaszcza w większych szpitalach, urząd, należy powitać z uznaniem i nadzieją poprawy stosunków, niejedno pozostawiających do życzenia.

— Dodatkowy zeszyt dzieła »Nauka o chorobach wewnętrznych«, wydawanego przez prof. Jaworskiego, wyjdzie w maju r. b. Zeszyt ten zawiera choroby krwi pióra prof. Edwarda Korczyńskiego i dr. Szurka.

Lwów. Krajowa Rada zdrowia odbyła posiedzenie dnia 3 kwietnia 1906, na którem były następujące sprawy przedmiotem obrad: I. Czy zachodzi potrzeba wydania przepisów dla ochrony osobistej zdrowia nierządnic? Sprawa poruszona przez władze wojskowe. Referował jako członek nadzwyczajny kraj. Rady zdrowia prof. dr. W. Łukasiewicz. II. Wydano na życzenie Wydziału krajowego opinię co do potrzeby subwencyonowania: 1) Polskiego Towarzystwa balneologicznego w Krakowie, 2) Wydawnictwa Polskiego Archiwum nauk biologicznych i lekarskich we Lwowie, 3) Towarzystwa wzajemnej pomocy położnych we Lwowie. III. Przeprowadzono dyskusyę nad sprawą nauki jednorazowej w seminaryum nauczycielskiem żeńskiem we Lwowie. Dyskusyi nie zakończono.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej zajmował się na posiedzeniu w dniu 4 kwietnia następującemi sprawami: Przyjęto z uznaniem do wiadomości sprawozdanie dwóch członków wydziału z działalności ich w komisyi dla wymiaru podatku zarobkowego; podatek ten, przypadający na lekarzy lwowskich, wynosił w poprzedniem dwuleciu 13,103 kor., a na bieżące dwulecie 1906/7 obniżono go na 11,773 kor. — W sprawie wniosków, będących obecnie przedmiotem obrad w Najw. Radzie Zdrowia co do przekształcenia ustroju sanitarnego w państwie, odniósł się prezydent do Wydziału wykonawczego Izb, by tenże czuwał nad rozwojem tej sprawy, celem podjęcia jej we właściwym czasie i przedłożenia Izbom do obrad. — Uchwalono przyspieszyć prace co do zmiany regulaminu Izby, natomiast zmiany zasad etyki odłożono na później, o czem postanowiono powiadomić Izbę zach.-gal. z wnioskiem, by przyjęła ten sam sposób postępowania, aby prace te w obu Izbach szły współcześnie i mogły być następnie razem zestawione we wspólny elaborat. — Postanowiono wypracować memoryał do właściwych władz w sprawie opieki nad ubogimi chorymi w kraju. — Jednemu z lekarzy udzielono informacyi co do wolnej posady w Ch. — Załatwiono kilka drobniejszych spraw administracyjnych i bądź ukończono, bądź posunięto naprzód kilka spraw honorowych.

— Towarzystwo higieniczne lwowskie liczyło w roku 1905 członków 216. Wydawany przez Towarzystwo »Przegląd higieniczny« rozchodził się w 477 egzemplarzach. Towarzystwo wniosło do Sejmu petycye o zaprowadzenie obowiązkowej nauki somatologii i higieny, oraz w sprawie lekarzy szkolnych, a do Rządu — w sprawie badania duru osutkowego, o wydanie ustawy o zwalczaniu chorób nagminnych, o założenie we Lwowie zakładu do badania środków spożywczych.

— Z końcem r. b. upływa 25 lat od założenia Akademii weterynarskiej we Lwowie, jedynej dziś na ziemiach polskich szkoły w tym zakresie.

— Dyplom doktorski otrzymali: Jerzy Hołodyński, Roman Stroka, Tadeusz Walichiewicz i Ignacy Wieser.

— Imieniem Marcelego Nenckiego ma być nazwaną jedna z ulic lwowskich.

— Subkomitet miejski dla zwalczania gruźlicy uchwalił domagać się od Rady miejskiej założenia miejskiej pracowni bakteryologicznej.

Warszawa. Na wydziale lekarskim było 1 stycznia 1905 zapisanych 487 słuchaczy.

— Zarząd kąpielowy w Połądze prostuje fałszywą pogłoskę, jakoby zakład tamtejszy spłonął. Przy pożarze miasteczka zakład wcale nie ucierpiał. Zaburzeń w okolicy Połągi nie było i nie są spodziewane.

Wilno. Znamiennym dla tutejszych stosunków sanitarnych jest fakt następujący: W I gimnazyum męskiem śród uczniów szerzy się płonica o złośliwym charakterze. Było kilka przypadków śmiertelnych. Władza szkolna żadnych środków ku powstrzymaniu epidemii nie przedsiębierze.

— 16/III zostali uwięzieni — podobno za należenie do partyi konstytucyjno-demokratycznej — lekarze wileńscy Kahn, Romm i Samsonow, lecz po dwóch dniach wszystkich wypuszczono. Dr. Rommowi kazano wyjechać za granicę.

— Z olbrzymiego szpitala w Wilejce pod Wilnem uciekł obłąkany żołnierz. Po kilku dniach został schwytany przez dziesiętnika, który wiodąc go z powrotem do szpitala, zanocował po drodze w wiosce Bukowszczyzna i zbiega umieścił w odrynie na słomie. Gospodarz zagrody nic o tem nie wiedział i gdy w nocy psy ujadać poczęły, sądząc, że do odryny zakradł się złodziej, wystrzelił ze strzelby nabitej śrutem i trafił śpiącego w twarz. Nazajutrz dziesiętnik odwiózł nieszczęśliwego do szpitala, gdzie tenże na drugi dzień zmarł. W tymże szpitalu przed paru tygodniami powiesiła się chora umysłowo pani P. Trzeba przyznać, że w szpitalu wilejskim porządki wiele do życzenia pozostawiają. *W. Z.*

Petersburg. Na ostatniem posiedzeniu konferencyi wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu uchwalono nie rozpoczynać wykładów aż do jesieni. W ten sposób w b. r. szkolnym wykłady trwały zaledwie 3 tygodnie.

— Podniesiona we wrześniu zeszłego roku przez Akademię wojskowo-lekarską sprawa nadania jej autonomii spotkała silny opór ze strony ministra wojny i rady wojennej, które zagroziły przeniesieniem Akademii z pod zarządu ministerstwa wojny do ministerstwa oświaty z jednoczesnem odebraniem klinik, należących do ministerstwa wojny; jeśliby tę pogróżkę spełniono, Akademia wojskowo-lekarska poniosłaby ogromne straty moralne i materyalne.

— W klinicznym Instytucie imienia W. księżny Heleny Pawłówny, w którym odbywają się kursa dla dalszego kształcenia się lekarzy, ma być za zgodą władz wprowadzoną autonomia. W klinicznym zaś Instytucie położniczym sprawa autonomii upadła wobec silnego oporu dyrektora Instytutu lajb-akuszera prof. Otta. *O.*

Z różnych stron. Sejm bawarski uchwalił przeszło 5 milionów marek na potrzeby uniwersytetów i jednomyślnie przyjął wniosek, by utworzyć zakład dla dzieci kalek, odpowiadający nowoczesnym wymaganiom. Uchwały te prasa lekarska niemiecka z uznaniem podnosi.

— Sejm anhaltski uchwalił zezwolić na palenie zwłok, sejm pruski natomiast odrzucił podobny wniosek.

— Nad petycyami o zakazanie wiwisekcyi przeszła Izba panów w Berlinie do porządku dziennego.

— Ratownictwo (stacye pierwszej pomocy) w Berlinie ma zarząd miejski objąć na swój koszt i we własny zarząd.

— Berlińska rada miejska odrzuciła wniosek (corocznie ponawiany), by odkażanie było bezpłatne. Tym razem wyprzedziliśmy (we Lwowie) znowu zagranicę. Nie w tem jednem zresztą, bo n. p. we Fryburgu w B. teraz dopiero podjęli lekarze starania o zaprowadzenie jednorazowej nauki szkolnej.

— W londyńskiej Izbie gmin wniesiono, by źle odżywionym dzieciom szkolnym dostarczać w szkołach bezpłatnie posiłków.

— Słynnemu psychiatrze francuskiemu Magnanowi ofiarowany będzie na uczczenie przeszło 40-letniej jego pracy medal pamiątkowy. Składki nadsyłać można do księgarni Massona w Paryżu.

— Miliarderzy amerykańscy obdarowują hojnie tamtejsze uniwersytety. Sam jeden Rockefeller ofiarował uniwersytetowi w Chicago 76 milionów franków, ośmiu innych bogaczów złożyło innym uniwersytetom 113 milionów.

— Księstwo Anhalt ustanowiło złoty krzyż zasługi dla położnych, które nienagannie pracowały przez lat 30.

Powołani: Prof. Heffter z Berna na katedrę farmakologii do Marburga; prof. His z Bazylei na katedrę medycyny wewnętrznej do Getyngi (na miejsce Ebsteina).

Mianowani asystentami lwowskiej kliniki lekar. dr. Witold Ziembicki, dotychczasowy asystent bezpłatny i dr. Wincenty Czernecki, dotychczasowy demonstrator kliniki.

Zmarli: w Nizzy 11/III dr. Stanisław Petrulis, Polak asystent kliniki chirurgicznej w Kazaniu znany z zacności charakteru; ginekolog prof. Lobmayer w Zagrzebiu.

Bibliografia:

— *Tygodnik lekarski* Nr. 14. Franke: O sposobach wyrównania wad zastawki trójdzielnej. Szulisławski (dok. z Nr. 13). Kowenicki: O upuście krwi w zapaleniu płuc.

— *Medycyna* Nr. 13. Dalszy ciąg artykułów Bregmana i Gałeckiego.

— *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych* Nr 3 Krzyształowicz: Grzyby chorobotwórcze włosów. Malinowski: Choroba Dariera.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 1. Wernicki Sprawozdanie z zakładu w Lubieniu za czas od r. 1903 do końca sezonu 1905. Bier: O racyonalnem paleniu kawy.

— *Časopis lékařův českých* Nr 14. Vitek, Schnurpfeil (dok. z Nr. 13).

— *Russkij Wracz* Nr. 10. Janowskij: Nowe drogi w nauce o rozpoznawaniu chorób wewnętrznych. Kuzniecow, Moskalew (c. d. z Nr. 9) Broszniowski: W sprawie posocznicy pochodzenia usznego bez zmian zatok mózgowych Cyperkus: Przypadek promienicy.

— *Presse médicale* Nr. 26 Gilbert i Herscher: Cholemia fizyologiczna. Dejerine i Gauckler (c. d. z Nr. 25). — Nr. 27. Gilbert i Herscher: O odmianach cholemii fizyologicznej Breton: O kwasie tyminowym.

— *Semaine médicale* Nr. 14. Noica i Marbé: O zaburzeniach czucia w kiłowem porażeniu poprzecznem kurczowem.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 14. Lexer: W sprawie leczenia zapaleń ostrych przekrwieniem zastoinowem. Bestelmeyer: Doświadczenia co do leczenia zapaleń ostrych przekrwieniem zastoinowem według Biera. Penkert: Znieczulenie rdzeniowe w uśpieniu skopolaminowo-morfinowem. Brentano: Postrzały stawów w wojnie rosyjsko-japońskiej. Colmers: Znaczenie rentgenografii dla chirurgii polowej i sposób używania jej na wojnie. Jodlbauer i Tappeiner: Działanie światła na zaczyny przy braku tlenu. Selberg: O oddarciu ścięgna wyprostnego palców członka końcowego). Kuhn: Wilcza paszcza i intubacya. Landgraf: Czy przeszczepiania skóry są środkiem leczniczym? Strauss: Automatyczna pompa ssąca i tłocząca jako przyrząd ssący do przekrwienia Bierowskiego. Weinberg: Nowe urządzenie ochronne do wstrzykiwań podskórnych i śródżylnych. Lange: Szkoła i gorset.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 14. Schütz: Obrazy radyologiczne przy raku żołądka. Hamburger O przykręgowem stłumieniu i wyjaśnieniu odgłosu przy zapaleniu opłucnej. Kienböck: Postępowanie kwantymetryczne. Bail i Weil: Dalsze doświadczenia nad agresywnością gronkowców. Fridezko: Dwa przypadki tętniących żylaków uda.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 14. Braun: Leczenie ropniaka opłucnej. Brauer: Teorya i praktyka nadmiernego ciśnienia (Überdruckverfahren) Kümmel: Leczenie operacyjne przerostu i raka sterczu. Neumann: W sprawie doszczętnego leczenia raków okrężnicy. Brentano: Doświadczenia co do ran postrzałowych brzucha. Colmers: W sprawie pierwszego transportu ciężko rannych. Amberger: Dwa ciekawe spostrzeżenia z chirurgii mózgu.

Redakcya otrzymała: Stud. med. Brunon Czaplicki: Zarys bakteryologii krwi (z laboratoryum dr. St. Serkowskiego) Łódź 1906. str. 144. — Dr. med. Stanisław Orłowski, ordynator szpitala św. Jana Bożego w Warszawie: Choroby nerwów obwodowych. Choroby rdzenia kręgowego. Z zapomogi kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1906. Str. VIII + 419. 186 rysunków w tekście i 1 tablica. Cena Rb 2,50. Szumowski: Kartezjusz i Malebranche jako poprzednicy teoryi uczuć Karola Langego. Odb. z „Przegl. filoz." 1905.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Do nabycia we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

L. 2.287/06.

KONKURS.

Celem obsadzenia posady drugiego lekarza gminnego w Borysławiu, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do 15 kwietnia 1906, w którym kompetenci winni wnieść podania udokumentowane po myśli § 7 ust. z dnia 2 lutego 1891, Dz. u. kr. Nr. 17, na ręce Zarządu gminy. Roczna płaca wynosi 1.000 K.

Zarząd gminy Borysław. 123

C. k. Komisarz rządowy.

L. 927

KONKURS.

Wadowicki Wydział powiatowy ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Kalwaryi Zebrzydowskiej z roczną płacą 1.000 kor. i ryczałtem na objazdy w kwocie 700 kor.

Ubiegający się o powyższą posadę prócz dostatecznej fizycznej zdolności, winni wykazać, że posiadają następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego;

2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Do okręgu sanitarnego w Kalwaryi Zebrzydowskiej należą następujące gminy i obszary dworskie: Barwałd średni, Barwałd górny, Brody ze Solczą, Bugaj, Kalwarya Zebrzydowska, Leńcze, Podolany, Przytkowice, Stanisław dolny, Stanisław górny, Wysoka, Zebrzydowice, Benczyn, Brzezinka ad Kopytówka, Jaśkowice, Kopytówka, Paszkówka z Pobiedrem, Sosnowice, Wielkie drogi z Trzebolem.

Prawa i obowiązki lekarza okręgowego określa dokładnie ustawa z dnia 2 lutego 1891, Nr. 17, dz. u. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do 15 maja 1906 r.

Wadowice, dnia 28 marca 1906. 126

Prezes *Marek Łuszczkiewicz.* Sekretarz *Jan Stopczyński.*

Rok XLV. Kraków 21 Kwietnia 1906. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie pod dyrekcyą prof. dra M. Jakubowskiego.

Uwagi o tubusach celuloidowych i stosowaniu ich w leczeniu dławca [1]).

Podał

Dr. Adam Gettlich

I sekundaryusz spitala.

Zastosowanie celuloidu do wyrobu tubusów jest pomysłem niedawnym (Dr. Reich w Monachium). Dobre wyniki, otrzymane po półrocznem przeszło używaniu takich tubusów w klinice prof. Rankego w Monachium, a ogłoszone w lecie ubiegłego roku w „Münchener medizinische Wochenschrift", zachęciły nas do wypróbowania ich w szpitalu krakowskim. Od września mamy je w szpitalu św. Ludwika, a dotychczasowe doświadczenie każe je uznać za korzystny nabytek w leczeniu operacyjnem dławca.

Dotychczas używaliśmy prawie wyłącznie dwóch rodzajów tubusów pod względem materyału: metalowych i ebonitowych. Inne, jak kauczukowe, z karbowanemi ściankami (Fischer w Now. Jorku), aluminiowe (Tsakiris), t. zw. elastyczne, w których główka i dolny koniec są z metalu, zaś trzon z masy gumowej (Trumpp), dotąd nie przyjęły się w klinice. Metalowe, pierwotne O'Dwyera, lepsze co do budowy od tylu późniejszych zmian i niby — ulepszeń, mają niewątpliwie tę wadę, że są ciężkie. W przypadkach, w których tubus pozostawić musimy przez czas dłuższy, dalej u dzieci słabowitych, źle odżywionych lub niedokrwistych ciężar ciała obcego, jakiem jest tubus w krtani, nie jest rzeczą obojętną; w tych razach jest ciężar metalu z pewnością głównym powodem odleżyn, często głębszych owrzodzeń i tylu groźnych następstw. Już wprowadzenie ebonitu było z tego względu znacznym postępem. Górując nad metalowymi w wielu przypadkach, mają jednak tubusy ebonitowe poważną złą stronę, mianowicie, że z powodu kruchości i łamliwości materyału muszą mieć ściany grubsze, a wewnętrzną powierzchnię wysłaną warstwą metalu, czego następstwem wązkie światło rurki. Jestto wadą znaczną, nie pozwalającą użyć tubusa ebonitowego tam, gdzie są rozległe, lub grubsze, oddzielające się błony krupowe, lub wydzielina wprawdzie płynna, lecz obfita, lub choćby skąpa, lecz gęsta.

Tych dwóch zasadniczych wad nie ma tubus z celuloidu. Ciężar jego istotnie bardzo mały (porównaj załączoną tabliczkę [2]), a podatność i nawet pewnego stopnia elastyczność materyału pozwalają na to, żeby ściany były możliwie cienkie, a światło rurki tem samem szerokie. Wreszcie trzeci warunek, stawiany tubusom, jaknajwiększa gładkość

Nr.	Tb. metal.	Tb. ebonit.	Tb. celluloid.
1	5·75 grm.	1·23 grm.	0·85 gr.
2	6·00 „	1·53 „	0·94 „
3	10·14 „	2·90 „	1·46 „
4	9·67 „	3·35 „	2·05 „

obu powierzchni, jest tu całkowicie spełniony. Nasuwałby się zarzut, że tak lekki tubus łatwo będzie wykaszlany. Otóż według doświadczeń naszych tak nie jest. Używaliśmy tubusów celuloidowych w dwudziestu kilku przypadkach, a większość ich stanowiły te wszystkie, w których intubacyę wykonywano po raz drugi, lub kilkakrotnie. Podnieść należy przypadek, w którym tubus metalowy w przeciągu pierwszych 10 godzin został dwukrotnie wykrztuszony, a założony w jego miejsce celuloidowy zatrzymało trzechletnie dziecko przez następne $2^1/_2$ doby, t. j. do chwili wyjęcia go zapomocą ekstubatora. W ogóle, ile razy potrzeba było pozostawić tubus dłużej w krtani, t. j. zaraz po pierwszej nieudanej próbie ekstubacyi, zawsze używaliśmy tubusa celuloidowego, a ten spełniał zadanie należycie. Najdłuższym przeciągiem czasu, przez który tubus w krtani pozostawał, był okres 7 dni. Ani w tym, ani w żadnym innym przypadku nie stwierdziliśmy żadnych złych następstw, mogących być w związku z zabiegiem operacyjnym.

Wspomniane właściwości celuloidu sprawiają, że o napomnieniu O'Dwyera: „tubusa użyć raczej większego, niż mniejszego" (ważnem niejednokrotnie w tych razach, w których wahamy się w wyborze tubusa wobec widocznego niestosunku między przepisaną dla wieku dziecka skalą, a jego rozwojem fizycznym), powinien operujący pamiętać przedewszystkiem przy używaniu tubusów celuloidowych. Gdy zwrócimy uwagę na położenie tubusa w krtani, a nadto na właściwości otaczających go tkanek, mianowicie liczne włókna mięśni okrężnych, jak i podłużnych, sprężystość licznych więzadeł, wreszcie znaczniejszą w tem miejscu kurczliwość [3]) błony śluzowej, zrozumiemy, że dodana do tych warunków podatność, nawet pewna elastyczność celluloidu, zachęca do tego, żeby rada O'Dwyera stała się ogólną zasadą, ilekroć

[1]) Posiedzenie Towarzystwa lekar. krakow. 31 stycznia 1906.

[2]) Wyjęta z »München. med. Wochenschr.« 1905. Nr. 26.

[3]) P. Anatomia Hyrtla.

używamy tubusów celuloidowych. Postępowanie według tej zasady jest zapewne przyczyną, że wykrztuszenie tubusa zdarza się w naszych przypadkach tak rzadko. Ujemną stroną tubusów celuloidowych jest, że nie można ich wyjaławiać. Ktoby zabieg ten uważał za niezbędny, dla tego wada ta, przywiązana do właściwości materyału, byłaby znaczną. Myśmy poprzestawali na należytem oczyszczeniu mechanicznem i w strumieniu płynącej wody (przyczem ułatwienie stanowi przeźroczystość materyału), następnie zanurzeniu na kilka do kilkunastu minut w roczczynie kwasu karbolowego i ponownem przepłukaniu rozcieńczonym kwasem borowym, a uważamy takie odkażenie tubusów wogóle za zupełnie wystarczające.

Przyjmując i zalecając w ten sposób nowe tubusy z celuloidu, nie myślimy przez to rugować dotychczasowych, jedynie ograniczymy bezwzględne ich dotąd stosowanie, a przez to właściwiej ich użyjemy. I tak, zdaniem naszem, tubusy metalowe można zachować dla świeżych przypadków dławca błoniczego, t. zn gdzie intubacya ma być po raz pierwszy podjęta u dzieci zresztą zdrowych i dobrze zbudowanych, tam wreszcie, gdzie przyjmujemy obecność błon mniej lub więcej grubych. Błony te są niejako osłoną błony śluzowej krtani, w pewnym stopniu pozwalającą na większy ucisk metalu. Dla wszystkich innych zresztą wskazań do intubacyi zalecilibyśmy tubusy z celuloidu. Zatem, gdy zmuszeni jesteśmy pozostawić tubus dłużej nad 3 doby; gdy wkrótce po pierwszej intubacyi, choćby już w parę godzin, dziecko tubus metalowy wykaszlało; wreszcie w każdym przypadku dławca błoniczego u dzieci wątłej budowy, źle odżywionych, niedokrwistych. Wśród tych wskazań będzie miejsce dla tubusa ebonitowego, z wyłączeniem przypadków, w których są duże błony w okresie oddzielania się, lub wydzielina obfita lub bardzo gęsta, lub w których wreszcie tubus zbyt długo ma pozostawać (w tym razie rozszerzenie gruszkowate dolnego jego końca, sprawiające nierównomierny ucisk, jest przeciwwskazaniem). Tubusa celuloidowego użyjemy przed innymi przedewszystkiem w przypadkach dławca rzekomego, pojawiającego się w przebiegu odry. Jak wiadomo, objawy zwężenia krtani, tak bardzo podobne do dławca błoniczego, wywołuje tu pewna sprawa zapalna, odbywająca się w błonie śluzowej i tkance podśluzowej krtani, sprawa, nie mająca nic wspólnego z błonicą (nie mówimy tu naturalnie o dławcu błoniczym, zdarzającym się również często, jako powikłanie odry). Te to przypadki, wogóle nierzadkie, sprawiają nam niejednokrotnie wiele kłopotu. Nagłe wskazanie do zabiegu operacyjnego zastaje nas często nieprzygotowanych lub niezbyt skorych do podjęcia tracheotomii, operacyi bądź co bądź poważnej i zostawiającej ślady na całe życie; w dodatku spotykamy zwykłą niechęć rodziny chorego wobec propozycyi operacyi krwawej; — z drugiej strony wstrzymuje nas przed intubacyą świadomość zmian anatomicznych, wywołujących objawy cieśni, wobec których wprowadzenie tubusa do krtani i wywieranie nim ucisku na zapalnie naciekłe i rozpulchnione tkanki jest przeciwwskazane. Pomimo teoretycznego przeciwwskazania, praktyka kliniczna nie wyłącza w tych razach intubacyi, i tu mającej swoich zwolenników. U nas, w szpitalu św. Ludwika, intubacyę w takich przypadkach wielokrotnie wykonywano, przeważnie z dobrym wynikiem (dotąd używaliśmy w tych razach tubusów z ebonitu). W tych oto przypadkach powinien, zdaniem naszem, tubus celuloidowy znaleść szczególne zastosowanie i nietylko mieć pierwszeństwo przed innymi tubusami tam, gdzieśmy się na intubacyę zdecydowali, lecz niejednokrotnie zachęcić nas do wyboru tego właśnie zabiegu. Jeden przypadek dławca odrowego który w tym krótkim czasie mieliśmy sposobność spostrzegać i w którym użyliśmy omawianych tubusów, nie uprawnia nas do stanowczych wniosków, jednak zachęca do dalszych prób stosowania

---

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie (prymaryusz dr. Bogdanik).

O przekrwieniu biernem według Biera ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej.

Podał

Dr. Artur Frommer

I sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy).

2) Zapalenie szpiku kostnego nawrotowe (*osteomyelitis recidiva*) Leczyliśmy przypadków 6. Cierpienie to nadaje się szczególniej do zastosowania przekrwienia biernego, gdyż, jak to Bier słusznie podnosi, w przypadkach tych bardzo rzadko powstają martwaki.

W jamie szpikowej znajdujemy najczęściej ropień lub też wybujałą ziarninę. To też wszystkie przypadki uwieńczone zostały przy zastosowaniu przekrwienia biernego wynikiem pomyślnym. A byli to chorzy, nieraz kilkakrotnie przedtem już operowani. Szczególniej u dwu pierwszych chorych już kilka razy na tym samym oddziale szeroko otwierano jamę szpikową, z następowem, o ile możności jak najdoszczętniejszem oczyszczeniem jamy. Ranę otwartą leczono na oddziale jakiś czas, a następnie ambulatoryjnie przez kilka miesięcy. Wszystko to napróżno; po upływie roku lub dwu chory zgłaszał się ponownie ze świeżymi objawami choroby.

Podobnie było u trzech dalszych chorych. I u tych kończyna pokryta była bliznami po dawniej dokonanych zabiegach. I w tych właśnie uporczywych przypadkach kilkutygodniowe zastosowanie opaski odnosiło dobre skutki Stan wspomnianych już dwóch pierwszych chorych, u których przebieg sprawy śledziliśmy przez osiem miesięcy, jest obecnie pomimo forsownego nawet chodzenia zupełnie zadowalniający.

Kilka z tych spostrzeżeń przytaczam:

1) K. Piotr, lat 18, przybył 27. IV., wypuszczony 6. VI. 1905 *Osteomyelitis tibiae dextrae recidiva* (*sequestrotomia*).

Chory od lat 10, w czasie tym 4-krotnie operowany. Na kilka tygodni przed przyjęciem pojawiły się znaczne bole w okolicy dawnej blizny, połączone z gorączką i dreszczami.

28. IV. Stan obecny: W narządach wewnętrznych zmian wykryć nie można. Na goleni prawej podłużna blizna, zajmująca około $^2/_3$ części goleni, z kością zrośnięta. Kość piszczelowa rozdęta, zgrubiała, przy ucisku bolesna. W środku blizny szaro-żółtawa ziarnina wydzielająca ropę. Blizna cała zaczerwieniona, bolesna; bolesny też cały goleń. Staw kolanowy wolny. Ciepłota podgorączkowa. Zastosowano: przekrwienie bierne około 20 godzin dziennie. 30. IV. Bolesność mniejsza, chory czuje się lepiej. 20. V. Znaczna poprawa, obrzęk, zaczerwienienie i bolesność ustępują, chory przechadza się. 6. VI. chory opuszcza oddział z niezupełnem jeszcze zabliźnieniem. Dalsze leczenie w ambulatoryum.

2) Ch. Marya, lat 28., służąca. *Osteomyelitis tibiae sinistrae recidiva*. Chora od 8 lat, operowana 4-krotnie na oddziale (*sequestrotomia*).

8. III. Stan obecny. Chora źle odżywiona i zbudowana; zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdzono. Goleń lewy obrzękły, na skórze liczne rany, w części jeszcze niezabliźnione. W dolnej części goleni po stronie wewnętrznej znajdują się dwie przetoki, przez które wsunięty zgłębnik natrafia na kość obnażoną. Kość piszczelowa zgrubiała oraz rozdęta, przy ucisku bolesna. Staw skokowy również zajęty, obrzękły. Ruchy bierne i czynne w stawie skokowym znacznie utrudnione. 11. III. W uśpieniu chloroformowem poprowadzono cięcie, długie około 25 cm., oddzielono okostnę i szeroko otwarto rozdętą kość piszczelową. Jamę szpikową, wypełnioną żółtemi granulacyami, jak najdokładniej oczyszczono. Ranę w górnej części zeszyto, dolną część wytamponowano gazą. 10. IV. Z rany wydziela się jeszcze znaczna ilość ropy. Obrzęk goleni utrzymuje się jeszcze. jama wypełnia się powoli ziarniną. 25. IV. W okolicy rany utworzył się ropień, który przecięto. Wobec powolnego gojenia się, utrzymującej się wydzieliny ropnej, oraz zgrubienia i bolesności kości z równoczesnem zajęciem stawu, zastosowano przekrwienie bierne na 20 godzin dziennie. 30. IV. Z rany wydziela się jeszcze obficie ropa, bolesność jednak znacznie mniejsza, ruchy w stawie skokowym wracają, obrzęk ustępuje, chora uczuwa znaczną poprawę. Stosowano metodę Biera przez kilka godzin dziennie. 5. VII. chora opuściła oddział wyleczona.

3) S. Michał, lat 28, przybył 7. IX., wyszedł 8. XI. *Osteomyelitis femoris sinistri recidiva.*

Operowany przed 3 laty w szpitalu Rudolfa w Wiedniu. Od 7 tygodni nawrót choroby: rwące bole w udzie lewem, gorączka, dreszcze. 7. IX. Stan obecny: Chory licho zbudowany i odżywiony, zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdzono. Kończyna dolna lewa zgięta w stawie kolanowym, na udzie po stronie zewnętrznej blizna pooperacyjna długości około 25 cm., skóra w okolicy blizny zaczerwieniona. Udo całe obrzękłe, w dolnej jego części po stronie zewnętrznej wyraźne chełbotanie. Ciepłota 38°. 8. IX. W niezupełnem uśpieniu eterowem nacięto ropień, założono opaskę na kilka (8) godzin dziennie. 22. IX. Ciepłota jeszcze podwyższona (38°), skóra w dolnej części uda jeszcze zaczerwieniona, z rany wydziela się jeszcze znaczna ilość ropy. Stan chorego lepszy, ruchy w stawie kolanowym możliwe. Opaska na dwie godziny dziennie. 8. XI. chory opuszcza oddział wyleczony.

4) N. Jan, przybył 10. IX., wyszedł 31. X. *Osteomyelitis femoris sinistri recidiva.*

Operowany przed 8 laty na oddziale (*sequestrotomia*). Od dwu miesięcy nawrót choroby.

10. IX. Stan obecny: Udo lewe obrzękłe, kość udowa zgrubiała, przy dotyku wyraźna bolesność, ruchy bierne i czynne w stawie kolanowym utrudnione. Po stronie zewnętrznej dwie blizny, długości około 15 cm. z głęboko drążącą przetoką. Wprowadzony zgłębnik natrafia na kość obnażoną. Założono opaskę na godzinę dziennie. 20. IX. Wydzielina znaczniejsza, bole ustępują. 31. X. Wydzielina z rany bardzo mała. Obrzęk znacznie mniejszy, chory czuje się zupełnie dobrze, wychodzi z raną jeszcze niezagojoną na własne żądanie do domu.

(C. d. n.)

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Kraus i Schiffmann. **O pochodzeniu precypityn i aglutynin.** (*Annal. de l'Inst. Pasteur* 1906, Nr. 3). Badania Pfeiffera i Marxa, Wassermanna i Levaditiego stwierdziły, że istoty bakteryobójcze, działające na przecinkowca cholery, prątka durowego, oraz krętki posocznicy kur, są wytwarzane w narządach, w których tworzą się ciałka białe, głównie w śledzionie, szpiku kostnym i gruczołach chłonnych. Natomiast pochodzenie aglutynin, precypityn, oraz antytoksyn nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlone. Wobec tego autorowie podjęli badania, w których wstrzykiwali surowicę końską królikom pod skórę, do żył lub do brzucha, poczem skrwawiali zwierzęta i robili z ich narządów wyciągi, w których oznaczali precypityny. Okazało się, że precypityny występowały tylko w surowicy krwi, w żadnym zaś narządzie wewnętrznym, z wyjątkiem sieci, nie można było ich wykryć. Doświadczenia, przez które autorowie starali się przekonać, czy w narządach wewnętrznych precypityny nie były utajone w postaci nieczynnych proprecypityn, analogicznych z profermentami, świadczyły przeciwko takiemu przypuszczeniu. Wycięcie śledziony na wytwarzanie w ustroju precypityn ujemnego wpływu nie wywierało, podobnie jak nie wywiera takiego wpływu na wytwarzanie amboceptorów i aglutynin; po splenektomii wytwarzanie precypityn i aglutynin doznawało tylko pewnego opóźnienia, co autorowie tłómaczą osłabieniem zwierzęcia wskutek rzeczonego zabiegu. Tłómaczenie to zgadza się z wynikiem badań Friedbergera i Müllera, którzy stwierdzili, że wszelkie zaburzenia, powstające w czasie nabywania odporności, osłabiają te czynniki ustrojowe, od których wytwarzanie niweczników zależy. Kraus i Schiffmann wysnuwają z doświadczeń swych wniosek, że precypityny nie wytwarzają się w narządach wewnętrznych, ale w układzie naczyniowym, oraz że wytwarzanie tych istot z biegiem czasu słabnie, a w końcu ustaje zupełnie. W badaniach nad pochodzeniem aglutynin autorowie oznaczali te istoty we krwi, oraz wyciągach z narządów wewnętrznych królików, którym uprzednio byli wstrzyknęli pewną ilość hodowli prątka durowego, zabitego w ciepłocie 60°. Okazało się, że aglutyniny występowały w surowicy krwi w czasie, gdy w wyciągach z narządów jeszcze ich nie było, co wskazuje, że pochodzenie tych istot jest inne, jak istot bakteryobójczych, które powstają w narządach, będących wytwórcami ciałek białych. Gdy po upływie pewnego czasu aglutyniny ukazują się w narządach wewnętrznych, ilość ich jest tam znacznie mniejsza, niż we krwi. Doświadczenia, w których autorowie oznaczali aglutyniny w narządach królików, którym uprzednio byli wstrzyknęli surowicę o własnościach aglutynujących, dowiodły, że ilość aglutyniny w rozmaitych narządach odpowiadała ilości krwi, jaką dane narządy zawierały, a zatem, że znalezione w narządach aglutyniny pochodziły ze krwi. Na podstawie wyników dalszych doświadczeń dochodzą Kraus i Schiffmann do wniosku, że w układzie krwionośnym ani ciałka czerwone, ani też ciałka białe nie wytwarzają aglutynin, oraz wyrażają przypuszczenie, że prawdopodobnie czynią to śródbłonki naczyń.

K. Klecki.

Jodlbauer i Tappeiner. **O działaniu światła na zaczyny (inwertynę) przy odciętym dostępie tlenu.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 14). Poprzednio już dowiedli autorowie, że osłabienie działania inwertyny przez światło słoneczne tylko wtedy nastąpić może, jeżeli odczyn przebiega w obecności tlenu. W atmosferze wodoru wpływ hamujący światła się nie uwydatnia. Promienie słoneczne przepuszczali autorowie w tych doświadczeniach przez szkło, wyłączając tym sposobem działanie promieni pozafioletowych. W obecnych doświadczeniach autorowie posługiwali się pełnem światłem, wchodziły więc w grę widzialne i pozafioletowe promienie. Hamujący wpływ światła na działanie inwertyny powstawał wtedy i bez obecności tlenu, w atmosferze wodoru, azotu i bezwodnika kwasu węglowego; w przeciwieństwie do tego, co widzimy w doświadczeniach, wykonywanych przy obecności tlenu, nie wzmaga się hamujący wpływ światła przy doświadczeniach, wykonanych w atmosferze beztlenowej, przez dodatek substancyi fluoryzujących, n. p. eozyny.

Dr. M. Godlewski.

A. Wassermann i C. Bruck. **Doświadczalne badania nad działaniem przetworów z prątków gruźliczych na ustrój dotknięty gruźlicą.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 12, 1906). Autorowie starali się doświadczalnie rozstrzygnąć, na czem polega swoiste oddziaływanie ustroju, gruźlicą dotkniętego, na przetwory z prątków gruźliczych (tuberkulinę Kocha i nowotuberkulinę). W szczególności chodziło im o wyjaśnienie stwierdzonego już faktu, dlaczego ognisko gruźlicze „wyławia“ ze krwi najmniejsze ilości tych przetworów i dlaczego w następstwie rozmięka tkanka w tem ognisku. Dzieje się to, zdaniem autorów, przez to, iż u osobników, dotkniętych gruźlicą, nie leczonych wstrzykiwaniami tuberkulinowemi, znajdują się w ognisku gruźliczem „niweczniki“, przyciągające ze krwi tuberkulinę Kocha i nowotuberkulinę, a przy połączeniu się tych „niweczników“ z tymi środkami gromadzą się obecne w krwi czynniki „trawiące białko“ w ognisku gruźliczem i powodują „strawienie“, czyli rozmiękanie tegoż ogniska; objawem wessania tych produktów trawienia jest gorączka, znamionująca odczyn tuberkulinowy ustroju gruźliczego. Brak tego znamiennego odczynu w przypadkach gruźlicy, leczonych już tuberkuliną, polega na tem, że owe „niweczniki“ znajdują się w krążącej krwi (nietylko w ognisku gruźliczem) i wiążą przetwory tuberkulinowe, zanimby one mogły dojść do ogniska gruźliczego.

Maciąg.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. T. Wilczyński. **Badania cytologiczne wysięków i przesięków opłucnej, otrzewnej i płynu mózgowo-rdzeniowego.** (*Gazeta lekarska*, 1906, Nr. 4, 5). W pracach swych, dokonanych na oddziale Dra Dunina w Warszawie, dochodzi autor do następujących wyników: w płynie mózgowo-rdzeniowym w gruźliczem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych stwierdza się limfocytozę, w nagminnem zaś osad neutrofilny; w innych chorobach zakaźnych ostrych płyn mózgowo-rdzeniowy nie zawiera pierwiastków morfotycznych. W kile mózgu spotykamy albo limfocytozę czystą, albo z domieszką neutrofilów. W wiądzie rdzenia napotykał autor limfocytozę niestale, ale bardzo często (w 70% przypadków). W świeżych krwotokach mózgu bywa erytrocytoza. Płyn mózgowo-rdzeniowy należy zawsze badać tam, gdzie przypu-

szczamy lub rozpoznajemy zajęcie opon. Pomijając, że nakłucie lędźwiowe jest jedynym racyonalnym zabiegiem leczniczym przy nagminnem zapaleniu opon mózgowych, pozwala nam ono oryentować się w rozpoznaniu. I w chorobach na tle kiłowem w niejasnych przypadkach nie należy gardzić tą metodą. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego może nieraz ostatecznie rozstrzygnąć rozpoznanie między wiądem, a zapaleniem nerwów, między zaburzeniami czynnościowemi, a zmianami organicznemi. *Blassberg.*

Berger. **Rozróżnienie przypadków cholery prawdziwej od stanów do cholery podobnych.** (*Münch. med. Woch.*, Nr. 13, 1906). Rozpoznanie było już zwykle pewne po upływie 6. godzin, a to przedewszystkiem już na zasadzie hodowli w wodzie peptonowej; szybko wytwarzająca się błonka zawiera przecinkowce, które zużytkować można do aglutynacyi z wysokowartościową surowicą choleryczną. Aglutynacya występuje zwykle nawet w stosunku 1:2000. Hodowle na pożywce Conradi-Drigalskiego pozwalają na rozpoznanie dopiero w 16—17 godzin; odróżnienie od bakteryi durowych, wchodzące wtedy w rachubę, da się łatwo uskutecznić zapomocą surowicy durowej, która oczywiście przecinkowców cholerycznych aglutynować nie będzie. Tego samego czasu do rozpoznania wymaga użycie jako pożywki, agaru z domieszką krwi. Posługiwanie się tymi sposobami pozwoliło autorowi w przeciągu kilku godzin rozstrzygnąć rozpoznanie w kilku przypadkach niewątpliwej cholery azyatyckiej, oraz odróżnić od niej podobnie klinicznie przebiegający przypadek cholery swojskiej, wywołany przez *bac. enteritidis Gärtner* (*Paratyphus b Schottmüller*), jako też przypadek nieprawidłowo przebiegającego duru brzusznego. *Dr. M. Godlewski.*

Baumann. **O odruchu gardłowym.** (*Münch. med. Woch.*, Nr. 13, 1906). Zupełne zniknięcie odruchu gardłowego jest wogóle bardzo rzadkie. Zmniejszenie odruchu spotykamy w histeryi, padaczce, (może pod wpływem leczenia bromem), przy nadużywaniu tytoniu; wpływ psychiczny może także działać przytłumiająco. Bardzo młody wiek usposabia do żywszego odruchu.

Dr. M. Godlewski.

A. Ostermann. **Pharyngitis meningococcica jako podstawa nagminnego zapalenia opon mózgowych.** (*Deutsche med. Woch.*, Nr. 11, 1906). Autor w czasie ostatniej epidemii (1905) na Śląsku pruskim stwierdził doświadczalnie przypuszczenie, iż otoczenie chorego, a więc rodzina, współmieszkańcy, przyczyniają się w wielkim stopniu do rozszerzenia epidemii. Badał on zapomocą hodowli śluz z jamy nosowo-gardłowej osób, będących w otoczeniu chorego, a dla ścisłości przeprowadzał także aglutynacyę swych szczepów swoistą surowicą. U większości badanych znalazł on kliniczne objawy nieżytu jamy nosowo-gardłowej, u mniejszości brak tych objawów, lecz we wszystkich podejrzanych przypadkach badanie wykrywało obecność dwoinek nagminnego zapalenia opon. Na tej podstawie przyjmuje autor szerzenie się epidemii tylko za pośrednictwem osób z otoczenia chorego, czy to przez dotknięcie ich ust, nosa, przez użycie tych samych przyborów do jedzenia, czy przez ich plwocinę, wydzielinę z nosa, czy przez rozpylanie w powietrzu zarazków przy kaszlu i głośnem mówieniu. Stąd wynikają odpowiednie wskazówki zapobiegawcze, ze stanowiska zaś sanitarno-policyjnego radzi autor odosabniać nietylko chorego, ale i jego otoczenie. *Maciąg.*

M. Berliner. **Leczenie t. zw. gorączki siennej.** (*Deutsche med. Woch.*, Nr. 13, 1906). Autor, nie obniżając bynajmniej znaczenia surowicy swoistej (pollantyny) i miejscowego stosowania kokainy z adrenaliną w leczeniu gorączki siennej, radzi wtedy, jeżeli to leczenie jest bezskuteczne, zastosować prąd stały (5 miliamperów przez 5 minut codziennie przez kilkanaście dni) na przednią i tylną część jamy nosowej, a opierając się na pomyślnie tym sposobem leczonych przypadkach, upatruje przyczyny przykrych objawów tej choroby w zadrażnieniu zakończeń nerwowych w błonie śluzowej jamy nosowej. *Maciąg.*

Tauber. **Przyczynek do leczenia zapalenia płuc włóknikowego surowicą.** (*Wien. klin. Woch.*, 1906, Nr. 11). Na podstawie dziewięciu przypadków poleca autor surowicę Römera w leczeniu włóknikowego zapalenia płuc. Wszystkie przypadki przebiegały pomyślnie. Gorączka opada stale w 10—15 godzin po wstrzyknięciu, w jednych przypadkach bezpośrednio, w innych po wstrzyknięciu drugiem, a opada przeważnie przełomowo. Surowica wywiera dalej bezsprzecznie wpływ na narząd krążenia; parcie nizkie (n. p. w jednym z przypadków wynoszące 40 mm.) przed wstrzyknięciem, podnosi się bezpośrednio po wstrzyknięciu (w przypadku wspomnianym na 70 mm.). We wszystkich przypadkach stwierdzono poprawę stanu ogólnego nietylko podmiotowo, ale i przedmiotowo.

Dr. Łapiński.

Dmitrenko. **Odczyn z błękitem metylenowym w durze brzusznym.** (*Prakticzeskij Wracz*, 1906, Nr. 10). Autor sprawdzał wartość podanego w ubiegłym roku przez Russo (*Riforma med.*, 1905, Nr. 19) nowego sposobu rozpoznawania duru brzusznego przez badanie moczu przy pomocy błękitu metylenowego zamiast odczynu dwuazowego. Próba ta uskutecznia się w ten sposób, że do 4 ctm. sz. moczu dodaje się cztery krople jednoprocentowego błękitu metylenowego; mocz chorych na dur przybiera barwę zielono-szmaragdową. D. wykonał badania na moczach 400 chorych w przebiegu rozmaitych zmian chorobowych i tak duru brzusznego, ospy, zapalenia płuc, gruźlicy i t. d. Na podstawie wyników tych badań autor doszedł do następujących wniosków: 1) MR (odczyn z błękitem metylenowym) nie jest prostszy w wykonaniu od DR (diazoreakcyi); 2) odróżnienie prawidłowej niebieskiej barwy od ciemno-zielonych odcieni przy MR jest często bardzo trudne; 3) barwa moczu wywiera znaczny wpływ na wynik badań przy MR; 4) MR daje wynik dodatni także i przy innych chorobach, a tem samem nie może mieć znaczenia dla różniczkowego rozpoznawania duru brzusznego; 5) MR najczęściej spotyka się w przebiegu duru brzusznego, w miarę jednak ustępowania zmian chorobowych odczyn staje się słabszy; 6) MR spotyka się rzadziej niż DR w gruźlicy płuc, jednak stoi w słabszym związku z postępowaniem sprawy chorobowej, niż DR; 7) MR nie można stawiać wyżej od DR, przeciwnie należy odczyn ten uważać za o wiele słabszy i mniej znamienny. *Bolesław Swolkień* (Ptbg.).

Doc. Zykow. **O wpływie promieni Röntgena na białaczkowe i tak zwane rzekomo-białaczkowe zmiany narządu chłonnego.** (*Chirurgja*, styczeń 1906). Autor powziął zamiar 1) wyjaśnić, jakim sposobem promienie Röntgena działają tak skutecznie na rozmaite postacie białaczkowych i rzekomo-białaczkowych zmian narządu chłonnego; 2) jak to działanie utrwalić i 3) przy jakich dolegliwościach leczenie promieniami Röntgena jest najodpowiedniejsze. Przez szczegółowe i wszechstronne zbadanie ciepień narządu chłonnego i krwiotwórczego dochodzi autor do wniosku, że skuteczny wpływ tych promieni zależy głównie nie od działania ich na jakieś swoiste przyczyny, wywołujące te lub owe zmiany narządu chłonnego, lecz od niszczącego działania na tkankę limfatyczną wogóle, a na ciałka białe krwi w szczególności. Promienie Röntgena, zdaniem autora, działają również na naczynia włoskowate i na tkankę łączną. Technika leczenia: 1) chory powinien leżeć; 2) powinno się od działania promieni uchronić sąsiednie narządy, dla czego autor używa grubych ołowianych płytek lub tak zwanych zasłon szklanych (*Glasblende*); są to klosze z otworami, odlane ze szkła z ołowiem; w otwory klosza wstawia się jeszcze rurki z tegoż materyału dowolnej postaci i wielkości; 3) rurka rentgenowska twarda; 4) odległość około 30 ctm.; 5) trwanie posiedzenia 10—20 minut; w przypadkach szybko i łatwo leczących się, posiedzenia można powtarzać dwa razy dziennie dla szybszego skutku w szpikowej postaci białaczki; 6) porządek rentgenizacyi jest następny: śledziona, okolica klatki piersiowej, nasady kości długich; 7) gruczoły szyjne lepiej naświetlać grupami pojedynczemi, przytem poddając działaniu promieni grupę następną, działać poniekąd i na poprzednią. Wobec niepewności wyników leczenia radzi autor stosować jednocześnie i inne środki, polecane w różnych czasach, jak arszenik wewnętrznie i podskórnie, szpik wewnętrznie i nareszcie usunięcie drogą operacyjną zmienionych gruczołów (oprócz śledziony).

Dr. W. Kozłowski (Ptbg.).

Hirschl. **Przyczynek do leczenia choroby Basedowa.** (*Wien. klin. Wochs.*, 1906, Nr. 11). Leczenie dotychczasowe choroby Basedowa przechodziło rozmaite koleje: Podawanie dotychczasowe żelaza, arsenu, elektryzowanie, dalej podawanie jodu, rhodagenu, swoistej surowicy, pozostawało, jak ostatnie doświadczenia dowiodły, bez wpływu. Przypadki autora, leczone promieniami Röntgena, dają wynik o wiele lepszy. We wszystkich przypadkach stwierdzono przybytek na wadze, zwolnienie tętna. Inne objawy, jak biegunka, wysadzenie oczu, poty, pozostały bez zmiany. Naświetlania trwały każdorazowo mniej więcej 20 minut. *Dr. Łapiński.*

L. Hofbauer. **Przyczynek do patogenezy gruźlicy płuc.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 6, 1906). Z chwilą wykrycia prątka Kocha zdawało się, że sprawa zakażenia jest zupełnie jasna, to znaczy: narząd, w który wkroczył prątek, przestaje być zdrowym, staje się gruźliczym. Wkrótce jednak poczęły się wyłaniać pytania: dlaczego dany narząd, czy też jego część łatwiej zakażeniu ulega, aniżeli inne; dlaczego szczególnie w szczytach płuc zmiany gruźlicze najczęściej spotykamy, gdy części dolne zazwyczaj są wolne lub dopiero następowo ulegają zmianom? Tłómaczono to rozmaicie: pewnemi właściwościami w budowie, pewnego rodzaju niedomogą wydechową, gorszem ukrwieniem szczytów płucnych, to znów ułatwiającem zakażenie przekrwieniem biernem szczytów, przeciskających się przy wdechu poza pierścień kostny na wzór niejako przepukliny (Gessner). czemu zresztą sprzeciwiają się doświadczenia

zebrane zapomocą znanego Bierowskiego leczenia przekrwieniem. Autor podaje następujące tłomaczenie: Przy spokojnym oddechu spostrzegać się daje tor przeponowy tak, że głównie części dolne płuc się rozszerzają, szczyty zaś pozostają prawie nieruchome, przez to są gorzej przewietrzane i gorzej odżywiane, a więc na zakażenie podatniejsze. Pozornie sprzeciwia się to prawu fizycznemu, że w przestrzeni zamkniętej obniżenie parcia w jednem miejscu rozchodzi się jednostajnie na całą powierzchnię. Płuca przedstawiają wprawdzie powierzchnię zamkniętą, ale budowa ich anatomiczna, przegrody, rozgałęzieni oskrzeli, stawiają mnóstwo oporów, tak że zwiększenie czy obniżenie parcia, a więc wdech i wydech, istotnie niejednostajnie przenosi się na całą przestrzeń. *Łapiński.*

PEDYATRYA. Jacobson **Barwny odczyn kwasów tłuszczowych.** (*Presse méd.*, Nr 19, 1906). Jeżeli stolce odżywianych nadmiernie osesków, posiadające barwę żółto-białą, a zbitość pomady, pod mikroskopem zaś zawierające kuliste ciała, uważane za tłuszcze, rozetrze się w moździerzyku z bardzo rozcieńczonym roztworem zasadowego barwika anilinowego (4—5 kropli karbolowego roztworu fuksyny Ziehla, rozcieńczone jedną probówką wody), to owe kuliste ciała zabarwią się słabiej lub silniej czerwono. Silnie barwią się kwasy tłuszczowe, kulki tłuszczów obojętnych wcale się nie barwią, mydła nierozpuszczalne barwią się tylko słabo różowo. Zapomocą tego sposobu barwienia stwierdził autor, że w stolcach dzieci zupełnie zdrowych, karmionych wyłącznie piersią, w stolcach o barwie złotej, kwasów tłuszczowych wcale nie ma. Natomiast w stolcach dzieci, także zresztą prawidłowych, lecz za dużo dostających pokarmu, jakoteż w stolcach dzieci, dotkniętych lekką niestrawnością, znajdują się kwasy tłuszczowe wolne. Stolce mają wówczas barwę blado-żółtą, zbitość pomady, a oczywiście oddziaływają kwaśno. Błękitne grudki, spotykane w stolcach wszystkich dzieci karmionych piersią składają się wyłącznie z mydeł, wolnych kwasów natomiast nie zawierają, barwią się zatem tylko różowo. U dzieci, karmionych mlekiem krowiem samem lub z dodatkiem maślanki lub mącznych pokarmów, niema w stolcach wolnych kwasów tłuszczowych, czemu odpowiada zasadowe oddziaływanie stolca. Autor sądzi, że zapomocą jego metody można będzie rozświetlić pewne sprawy, jak np. odróżnić biegunkę kwaśną, wywołaną nadmiarem wolnych kwasów tłuszczowych wyższych, od tej zmiany chorobowej, którą wywołuje obecność kwasu mlecznego i t. d. *Dr Mostowski.*

Eichelberg. **O tłuszczu siary u człowieka.** (*Archiv für Kinderheilkunde*, T. 43). Zgodnie z poglądami Engela uważa E. tłuszcz siary za identyczny z tłuszczem ciała; przeobrażenie jakości tłuszczu w dalszym okresie karmienia tłomaczy się zwiększoną produkcyą, z którą też równolegle się rozwija. *Żeleński.*

Mołczanow. **W sprawie operacyjnego leczenia błoniczych zwężeń krtani u osesków.** (*Russkij Wracz*, 1906, Nr. 1). W ciągu 10 lat stosowania intubacyi i leczenia surowicą swoistą było w klinice prof. Korsakowa (Moskwa) chorych na błonicze zwężenie krtani 308. Intubacyę stosowano u 193, śmiertelność wynosiła 31·6 prc. Jak wiadomo u starszych dzieci w zwężeniach błoniczych krtani klinicyści prawie jednozgodnie przekładają intubacyę nad tracheotomię. Co zaś do osesków, to jedni (Fatatow, Ganghofner i t. d.) są zwolennikami intubacyi, inni zaś (Bagiński, Georg Alsberg, Sigmund i t. d.) oświadczają się za tracheotomią. Wobec tej różnorodności zdań Mołczanow rozpatrzył wszystkie przypadki błoniczego zwężenia krtani u osesków, spostrzegano na klinice prof. Korsakowa od 1895 do 1904 r. W tym czasie u dzieci, nie liczących roku, stosowano intubacyę w 21 przypadkach. U wszystkich tych chorych badanie bakteryologiczne stwierdziło błonicę; wszystkim chorym wstrzykiwano surowicę swoistą w ilości 2000 — 3000 jednostek. Śmiertelność w przypadkach autora wynosi 52·4%, po odliczeniu zaś tych, którzy umarli, przebywszy w klinice mniej niż dobę, śmiertelność wynosi zaledwie 28·5 prc. Należy jeszcze zaznaczyć, że sześciu chorych wstąpiło do kliniki dopiero po trzecim dniu choroby. Średnio trwała intubacya u zmarłych 29 godzin.

Z 10 uleczonych Mołczanow przytacza nader pouczający, jedyny dotąd w piśmiennictwie, przypadek intubacyi u 8-tygodniowego dziecka. Gdy wprowadzenie kaniuli Nr. 1 z przyrządu Froma okazało się niemożliwem wskutek długości kaniuli, autor zastosował z pomyślnym skutkiem Nr. 1 z przyrządu Collina. Intubacyjna rurka przebyła w krtani 36 godzin: wyciągnięto ją wskutek napadu rzucawki u dziecka. Dziecku wstrzyknięto 6000 jednostek surowicy swoistej w trzech dawkach. Dziecko zupełnie wyzdrowiało. Przypadek ten był stwierdzony badaniem bakteryologicznem.

Mołczanow przytacza dwa spostrzeżenia wtórnej tracheotomii, t. j. już po pierwotnem zastosowaniu intubacyi u osesków. W pierwszym wykonano tracheotomię z powodu odleżyny krtani wskutek intubacyi w przeciągu przeszło 200 godzin. W drugim przypadku autor musiał wykonać tracheotomię wobec tego, że wprowadzenie po raz trzeci rurki intubacyjnej okazało się niemożliwem wskutek silnego skurczu głośni. Obydwaj chorzy umarli na czwarty dzień wskutek zapalenia płuc.

Na podstawie tych spostrzeżeń dochodzi autor do wniosku, że odsetek śmiertelności przy stosowaniu intubacyi jest mniejszy (52·4 prc.), niż przy stosowaniu jednoczesnem i tracheotomii i intubacyi. Jeden z głównych zarzutów przeciw intubacyi, a mianowicie mało rozmiary gardła i krtani u osesków, upada, zdaniem autora, wobec tego, że ta okoliczność tylko raz jeden stanowiła przeszkodę dla wykonania operacyi, a to właśnie u wspomnianego 8-tygodniowego dziecka. Obrzęk krtani i skurcz głośni tylko raz jeden utrudniały wykonanie intubacyi. Zatkanie kaniuli na 21 przypadków zdarzyło się w jednym, a więc nie częściej, niż to widzimy w wieku starszym. Co się tyczy tej przeszkody, jaką intubacya stanowi dla karmienia dziecka, to autor zaznacza, iż z 21 przypadków zdarzyło się to tylko w dwóch i to w niewielkim stopniu. Ogromna zaś wątłość tkanek i całego ustroju dziecka, oraz zwiększona wrażliwość na wszelkiego rodzaju zakażenia w jednakowej mierze szkodzą tak intubacyi, jak i tracheotomii. A więc zważywszy to wszystko, Mołczanow radzi i u osesków, nawet najmłodszych, stosować intubacyę. *L. Jastrzębski* (Ptbg).

Deguy i Detot. ***Zapalenie opłucnej przy błonicy.*** (*Revue des mal. de l'enf.*, luty 1906). Powikłanie rzadkie. Chodzi albo o zapalenie ropne, najczęściej paciorkowcowe — wtedy przyczyną zawsze jest zakażenie wtórorzędne, a droga dostępu może być albo oskrzelowo-płucną (zapalenie zrazikowe), albo przerzutową, wreszcie śródpiersiową (ropienie idące od gardła, od rany tracheotomijnej lub odleżyny przy intubacyi) — albo też o zapalenia surowiczo włóknikowe. Te znowu mogą być następstwem zmian płucnych, albo, jednak o wiele rzadziej, powstają od nich pozornie niezależnie i prawdopodobnie polegają na działaniu samej toksyny błoniczej. *Lewkowicz.*

CHIRURGIA. Cavaillon. **Osączkowanie stałe żołądka w leczeniu ostrego zapalenia otrzewnej.** (*Presse méd.* Nr. 21, 1906). Autor opisuje dwa przypadki, w których prof. Jaboulay w ostrym okresie zapalenia otrzewnej ze względu na znaczne wzdęcie żołądka, czkawkę i ucisk na przeponę i narządy klatki piersiowej wykonał gastrostomię; w obu przypadkach z żołądka wydobyła się znaczna ilość płynu, który wskutek ruchu przeciwrobaczkowego tam się dostał z jelit, i bardzo dużo gazu; w obu przypadkach stan ogólny chorych zaraz znacznie się poprawił i rychło nastąpiło zupełne wyleczenie. Ze względu na to, że ucisk wydętego żołądka na przeponę i narządy klatki piersiowej niewątpliwie przyspiesza, jeśli nie sprowadza niekiedy samoistnie zejścia śmiertelnego przy ostrem zapaleniu otrzewnej i przy tak zwanych ostrych wzdęciach pooperacyjnych, autor sądzi, że gastrostomia w tych przypadkach jest zabiegiem stosownym i w obu przypadkach dobry wynik jej przypisuje. Oczywiście gastrostomia nie leczy zapalenia otrzewnej, ale nic nie przeszkadza połączyć ją z osączkowaniem jamy brzusznej. *Mostowski.*

Sergent. **Esofagotomia wewnętrzna. Esofagoskopia w leczeniu zwężeń bliznowatych przełyku.** (*Presse méd.* Nr. 22, 1906). Autor opisuje dwa przypadki zwężeń przełyku po zadziałaniu ługu potasowego. W obu przypadkach zwężenie trwało od lat pięciu, a najwprawniejsi chirurdzy nie mogli przesunąć przez miejsce zwężone nawet najcieńszego zgłębnika. Dopiero przy użyciu esofagoskopu udało się znaleźć otwór. W obu przypadkach autor rozciął bliznę od wnętrza, używając gałwanokauteru, przez siebie do tego celu zbudowanego; jeden przypadek został zupełnie wyleczony przez esofagotomię wewnętrzną i następowe rozszerzanie zgłębnikami; drugi przypadek zakończył się śmiertelnie wskutek zapalenia śródpiersia. Mimoto autor sądzi, że przy użyciu esofagoskopu będzie można technikę esofagotomii wewnętrznej udoskonalić i liczyć na jej dobre wyniki. *Mostowski.*

Bestelmeyer. **Doświadczenia nad leczeniem ostrych spraw zapalnych przekrwieniem zastoinowem podług Biera.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 14, 1906). Dotąd wszyscy prawie autorowie bezwzględnie chwalą postępowanie podług Biera, a rzadko spotkać się można z pracą, krytycznie o tym sposobie leczenia się wyrażającą. W klinice monachijskiej stosuje się przekrwienie od końca marca roku 1905 i leczono w ten sposób 200 przypadków. Zakładano opaskę zupełnie podług zasad Biera i trzymano ją średnio 21 godzin. Również leczono przyrządami ssącymi Klappa (godzinę dziennie każdego chorego). Cięcia wykonywano małe na $^{1}/_{2}$ do $1^{1}/_{2}$ ctm. Z małych ran wyciskano ropę, nigdy nie tamponowano i od pierwszego dnia zaczynano zaraz czynne i bierne ruchy chorą kończyną. W większej liczbie przypadków bolesność znikała szybko, wydzielanie ropy zwiększało się szybko i znikało również szybko,

a pozostawała tylko wydzielina surowicza. Wrzodzianki i czyraki leczono przyrządami Klappa, czas leczenia bynajmniej jednak przez to się nie skracał. Zastrzały (*panaritia*) leczono cięciem 1 ctm. długiem i opaską, gdyż klappowskie mankiety na palce są niewygodne. Wyniki niezłe, czas gojenia około 16 dni. Ropowice ręki, leczone podobnie, wymagały jednak często cięć dodatkowych i przeciwcięć, a leczenie samym tylko sposobem Biera rzadko prowadziło do celu. Za to leczenie tym sposobem przy stosowaniu odrazu wielkich cięć dawało wyniki znakomite. Ropnie okołoprostnicze leczą się przyrządami Klappa dobrze, podobnie zapalenie ropne przyszczękowe (*parulis*) przy zakładaniu opaski na szyję i stosowaniu nakłuć, tylko leczenie trwa o wiele dłużej. Przy róży wyników dodatnich nie było, natomiast wcale dobre przy zapaleniu naczyń limfatycznych i przy ropieniach sutka. Żadnego skutku nie spostrzegano zaś przy ropieniach głębokich, jak torebek ścięgnistych, szpiku kostnego i stawów. Autor dochodzi do przekonania, że sposób Biera nie nadaje się wcale do leczenia ciężkich ropowic i spraw przebiegających w głębi, natomiast przy ropieniach podskórnych powierzchownych oddać może dobre usługi. Leczenie przyrządami Klappa wymaga wielkiej cierpliwości tak ze strony lekarza, jak i chorego i w ambulatoryach zajmuje za wiele czasu. *A. Klęsk.*

Siegel. **Stwardnienie tętnic w chirurgii.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 15, 1906). Chirurg zmuszony jest często operować chorych, dotkniętych stwardnieniem tętnic. Najważniejszem pytaniem w tych przypadkach jest, jak przebiega u takich chorych uśpienie i jak goją się rany. Statystyka stwierdza, że uśpienie przebiega zwykle zupełnie spokojnie, nawet jeżeli się je kilkakrotnie powtarza. Udary mózgowe wśród uśpienia należą do wielkich rzadkości. Natomiast zmiany w mięśniu sercowym są bardzo groźnem powikłaniem, choć czasem i wtedy nawet serce uśpienie dobrze znosi. Tak n. p. Günzburg wspomina o przypadku, w którym wykonano połączenie żołądka z jelitem z powodu raka. Chory cierpiał przed 8 laty na dusznicę bolesną. Po pewnym czasie chory zmarł na zapalenie płuc, a sekcya stwierdziła rozległe stwardnienie tętnic, zaczopowanie (stare) jednego z większych pni tętnicy wieńcowej serca, czego następstwem było zbliznowacenie prawie połowy mięśnia sercowego. Ludzie starzy koło 80 lat, operowani z powodu uwięzniętych przepuklin, znoszą mimo stwardnienia tętnic uśpienie bardzo dobrze. Natomiast u ludzi młodych z przedwczesnem stwardnieniem przebiega uśpienie mniej pomyślnie. Wogóle głębokie uśpienie szkodzi mniej, niż półuśpienie. Rany przy stwardnieniu tętnic, zadane nożem, goją się dobrze, oczywiście o ile nie operuje się już z powodu następstw zmian w tętnicach, n. p. z powodu zgorzeli, gdzie rokowanie jest złe. Jelita goją się po operacyach gorzej i często tworzą się przetoki, a szwy przecinają. Tamowanie krwotoku przy stwardnieniu tętnic jest również utrudnione, a podwiązki jedwabne przecinają stwardniałe i kruche tętnice. Najczęściej zdarza się to przy podwiązaniu naczyń krezki. Często występują krwawienia po znieczuleniu sposobem Schleicha. Stwardnienie tętnic usposabia do tworzenia się tętniaków, z których dla chirurga najważniejsze są tętniaki tętnicy szyjnej, podobojczykowej, pachowej, sprychowej, łokciowej i kolanowej. Operacye w takim razie dają złe rokowanie, bo krążenie i tak jest już utrudnione.

A. E. Klęsk.

Colmers. **Znaczenie prześwietlań rentgenowskich w chirurgii polowej i sposób ich stosowania na wojnie.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 14, 1906). Promienie Röntgena w chirurgii polowej zastosowali pierwsi Włosi w r. 1896, potem Küttner w wojnie grecko-tureckiej i tenże w wojnie boersko-angielskiej. Autor podaje szczegółowy opis urządzenia rentgenowskiego, jakiem każdy szpital polowy powinien być zaopatrzony. Prócz prześwietlań należy i fotografować, by chorych można posyłać dalej z odbitką. Prześwietlanie ułatwia i skraca ogromnie badanie i daje zaraz jasny obraz, gdzie leży kula, jak zachowują się odłamki kostne, jaki był pocisk i t. d. Prąd wytwarza dynamo-maszyna, która oświetlać może odrazu salę operacyjną. *A. Klęsk.*

Penkert. **Znieczulenie lędźwiowe w oszołomieniu morfinowo-skopolaminowem.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 14, 1906). Celem usunięcia psychicznego wstrząsu przy stosowaniu znieczulenia lędźwiowego dołączono do niego w klinice Króniga w Fryburgu jeszcze wstrzykiwanie morfiny ze skopolaminą podług Gaussa. Na 2—3 godzin przed operacyą wstrzykuje się co godzinę 0.01 morfiny + 0,0003 skopolaminy. Do kanału kręgowego wstrzykuje się we Fryburgu stowainę z adrenaliną w ten sposób, że do napełnionej rozczynem znieczulającym strzykawki wciąga się trochę płynu mózgowordzeniowego i wstrzykuje się tę mieszaninę. Chorym daje się ciemne okulary i zakrywa twarz niebieskiem suknem. Uszy zatyka się; następuje zaraz oszołomienie, w którem swobodnie operować można. Operowano w ten sposób 140 razy. Znieczulenie następuje po 5—7 minutach. Chorzy nie pamiętają nic z operacyi i mają się po operacyi zupełnie dobrze. Następowych nieżytów oskrzeli nie spostrzega się nigdy, bo skopolamina działa na błony śluzowe wysuszająco. Napięcie mięśni brzucha znika po wstrzyknięciu zupełnie. Z powikłań następowych spostrzegano 4 razy silne bóle głowy, występujące na 2. 5. i 10. dzień i trwające 4 dn.; w innych przypadkach (8) bóle były mniejsze. Zważyć jednak należy, że u 9 z tych chorych bóle głowy występowały także i przed operacyą. Bóle uczuwały chore w czole lub karku. Dwa razy wystąpiło chwilowe przytępienie słuchu, 4 razy pooperacyjne wymioty.

A. Klęsk.

Brentano. **Postrzały stawów w wojnie rosyjsko-japońskiej.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 14, 1906). Autor spostrzegał w wojnie ostatniej 29 postrzałów stawów, co stanowi w jego statystyce 10 prc. ran postrzałowych wogóle. Z tego dotyczyło 4 stawu stopowego, 9 kolanowego, 3 biodrowego, 4 nadgarstkowego, 4 łokciowego, a 5 barkowego. Z tych 29 postrzałów 14 było zakażonych. Objawy kliniczne po większej części były bardzo niewyraźne, a jedynie unieruchomienie stawu, wysięk do stawu lub wypływ mazi stawowej dawały wskazówkę o postrzale stawu. Usuwano kule tylko wtedy, jeżeli leżały wolno w stawie, jeżeli wystąpiło zakażenie, lub jeżeli kula sprawiała silny ból i utrudniała ruchy; zresztą postępowano zachowawczo. Przy zakażeniach o ile możności postępowano z początku zawsze zachowawczo, ograniczając się na sączkowaniu rany. Znakomicie leczniczo działały ustalające opatrunki okienkowe. Do ustalenia używano z dobrym skutkiem obok gipsu jako pomocniczego czynnika liści palmowych, które mięknąc we wodzie, a potem dają się modelować na kończynie i wysychając przyjmują kształty kończyny. Amputacye i resekcye wykonywano wyjątkowo i to jedynie przy ranach stawu biodrowego. W razie silnego ropienia wykonywano szerokie nacięcie i zakładano ustalające opatrunki z okienkami. Wszyscy zranieni wyzdrowieli. *A. Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. H. Sellheim. **Magnes jako środek pomocniczy rozpoznawczy i leczniczy w ginekologii.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1906, Nr. 11). W przypadkach trudniejszych do rozpoznania znikają niekiedy wszelkie wątpliwości, skoro się uda na pewno wybadać dno macicy. Nierzadko rozstrzyga te niepewności dopiero laparotomia, podczas której również dno macicy służy za punkt oryentacyjny. Sprawa ta nasunęła S. pomysł wprowadzania pręcika z miękkiego żelaza aż na dno macicy i zadziałania nań odpowiednio silnym elektromagnesem od powłok brzusznych, przez co dno macicy zostaje zbliżone do przedniej ściany brzusznej i uwidocznione. Wraz z ruchami magnesu wykonuje wówczas zazwyczaj dno macicy ruchy w odpowiednim kierunku, co może również dostarczyć szczegółów, ważnych do rozpoznania. W razie silnego tyłozgięcia macicy należy magnes zbliżyć więcej do dna, aniżeli do części pochwowej macicy, co natrafia niekiedy na trudności, lecz zazwyczaj udaje się po dźwignięciu dna za pośrednictwem leżącego w macicy pręcika, albo przy pomocy palca od strony odbytnicy lub pochwy. Siły magnesu można użyć dalej do bardzo wygodnego i szybkiego odprowadzenia macicy tyłozgiętej wolnej, jeżeli odprowadzenie zupełnie znanymi sposobami z jakichkolwiek powodów się nie udaje, lub jest trudne. Wreszcie nadaje się siła magnesu do uruchomienia macicy, otoczonej zrostami i do wyprowadzenia jej z fałszywych położeń, przyczem uderza odrazu wyższość magnesu ponad miesieniem ręcznem, zarówno ze względu na chorą, jak i na lekarza. Czas i siłę pociągania łatwo regulować przez dowolne przerywanie i nasilenie prądu. Pręcik, wprowadzony do macicy, ma kształt pręcików Hegara, grubość 5—8 mm., długość zaś różną, stosownie do przypadku; przy końcu pochwowym znajduje się tarcza mosiężna, przeszkadzająca wśliznięciu się pręcika w głąb, jakoteż uszko, przez które przeprowadza się nitkę dla wygodnego wydobycia pręcika. S. używał magnesu, przeznaczonego do wydobywania odłamków żelaza z oka. Inne szczegóły w oryginale. (Rysunki).

B. Wojciechowski.

V. Rubeska. **Włókniak zwapniały w przegrodzie odbytniczo-pochwowej jako przeszkoda porodowa.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1906, Nr. 11). Pierwotne nowotwory w tem miejscu należą do rzadkości. Kobieta 30-letnia; 1. poród siłami przyrody, płód żywy; 2. kleszczowy, pł. ż.; 3. siłami przyrody, płód nieżywy; 4. kleszczowy, pł. ż. Lekarz stwierdził wówczas guz. Pod koniec 5. ciąży zgłosiła się chora, za radą lekarza, do jednej z klinik, gdzie wywołano poród przedwczesny, ukończony wymóżdżeniem główki następującej. Obecnie koniec 6. ciąży. Miednica prawidłowa, cz. I. Poniżej części pochwowej i poza nią guz twardy, wielkości pomarańczy, bez związku z macicą. Badanie przez odbytnicę stwierdza, że guz leży w przegrodzie odbytniczo-pochwowej, jest nieco ruchomy i ma cechy włókniaka. Gdy nazajutrz wystąpiły bóle porodowe i ujście rozwarło się na dłoń, wyłuszczył R. guz, po strzałkowem nacięciu ściany po-

chwy, prawie zupełnie na tępo. Mały otworek w otrzewnej natychmiast zamknięto. Szew katgutowy. Po godzinie odpłynęły wody, a w kwadrans później urodził się płód żywy, 2850 gr. ważący. Szew wytrzymał. Połóg prawidłowy. Guz, na przekroju jednostajnie zbity, zawierał, jako składniki nieorganiczne (Horbaczewski) fosforan i węglan wapna i ślady węglanu magnowego. Po odwapnieniu pozostała współśrodkowa budowa włóknista. Jest to przypadek wyjątkowy ze względu na przeszkodę porodową. *B. Wojciechowski.*

K. Reifferscheid. **W sprawie wskazania i techniki pubiotomii.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1906, Nr. 12). Granice, jakie zakreśla Stoeckel dla pubiotomii (t. j. sprzężna prawdziwa 8 cm. przy płaskiej, a 8·5 przy ogólnie ścieśnionej miednicy), uważa R. za zbyt ciasne. Mamy już sporą liczbę przypadków, operowanych przy znacznie mniejszych rozmiarach, dochodzących nawet do 6 cm., w których operacya nie zawiodła. W przytoczonych przez R. dalszych własnych siedmiu przypadkach pubiotomii schodził wymiar sprzężnej prawdziwej cztery razy poniżej 8 cm. Zarówno doświadczenia, zdobyte na żywych, jak i na zwłokach, które R. również przytacza, świadczą o równym stopniu powiększenia się wymiarów miednicy po symfizyotomii i pubiotomii, pod warunkiem atoli, że przy pubiotomii pamięta się o przecięciu silnych niekiedy więzadeł, biegnących przy dolnym brzegu i przy przedniej ścianie kości. R. uważa pubiotomię za operacyę, odpowiednią jeszcze przy sprzężnej prawdziwej 7, a nawet może 6·5 cm. Co do strony technicznej, nie przywiązuje R. większego znaczenia do tego, czy igłę wprowadza się od góry, czy od dołu. Badania Tandlera dowodzą, że zupełne ominięcie ciała jamistego łechtaczki jest niemożliwe, a nawet gdyby się to wśród piłowania udało, to musi powstać przedarcie jego w chwili rozstępu kości. Postępowanie podskórne ma niewątpliwą wartość ze względu na zmniejszenie niebezpieczeństwa zakażenia rany. Nadzorowanie ruchów igły palcem od pochwy zupełnie wystarcza. R. podaje rysunek własnej igły, w której uszku znajduje się haczyk, o który zaczepia się oczko piłki Gigliego. Niebezpieczeństwu rzeczywistemu, t. j. przedarciu pochwy i wytworzeniu się komunikacyi jej z raną kostną należy zapobiegać, o ile pochwa jest wązka, przez wydatne nacięcia międzykrocza. Znieczulenie lędźwiowe przy pubiotomii wystarcza. *B. Wojciechowski.*

F. Turán. **Próba sposobu Biera przy przewlekłym nieżycie macicy.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1906, Nr. 12). Krótki cewnik maciczny, którego część maciczna posiada duże szczeliny, wprowadza T. do macicy i łączy zapomocą drenów z pompką. W odległości 6—7 cm. od końca posiada cewnik metalową płytkę, zapobiegającą zbyt głębokiemu wśliznięciu się narzędzia. Działanie ssące stosuje T. przez 5—20 minut, a stopień ujemnego ciśnienia ocenia na razie siłą oporu tłoka strzykawki, w przyszłości jednak połączy narzędzie z manometrem. T. leczył w ten sposób cztery przypadki niepowikłanego uporczywego nieżytu macicy i uzyskał wo wszystkich znakomitą poprawę. Posiedzenia odbywał co drugi dzień, razem w ilości 20—22, z przerwą podczas regularności (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

J. Starzewski. **O zakażeniu ciążowem.** (Część pierwsza, ogólna). (*Tyg. lek.*, Nr. 10, 11, 12. 1906). W płodzie, rozwijającym się w łonie matki, odbywa się bezustannie wymiana materyi. Autor zastanawia się nad dalszym losem końcowych wytworów wymiany materyi w jaju, które nazywa „wydaliną jaja płodowego“. Wydalina ta, dostawszy się do krążenia matki, krąży tak długo, dopóki nie zostanie przez narządy wydzielnicze ze krwi wyłowioną i na zewnątrz z wydzieliną tych narządów wydaloną, albo dopóki nie zostanie zniszczoną przez antytoksynę, wytworzoną w tym celu. Zanim to jednak nastąpi, styka się wydalina jaja płodowego z wszystkiemi tkankami ciężarnej; wpływ, który na nie wywiera, uwidacznia się objawami klinicznymi, znamiennymi dla ciąży, które autor nazywa „zakażeniem ciążowem“, i dzieli je: a) na zakażenie fizyologiczne i b) patologiczne. Objawy fizyologicznego zakażenia ciążowego są znane pod mianem domyślnych objawów ciąży. Z punktu widzenia nauki o zakażeniu ciążowem wydaliny jaja płodowego działają pobudzająco na wszystkie tkanki ustroju ciężarnej i potęgują ich energię życiową. Cały układ nerwowy ciężarnej okazuje szczególniejszego rodzaju zbiór objawów nieprawidłowych o pewnym dla zakażenia ciążowego znamiennym typie. I tak w sferze psychicznej: zwidywania, zmienne usposobienie, stany przygnębienia i podniecenia umysłowego, narządy zmysłowe okazują niestałe i zmienne idyosynkrazye, przeczulica, parostezye; w układzie naczynio-ruchowym: zaczerwienienie i bladość skóry, jej obrzęk i odcień liliowy; w narządach gruczołowych: wzmocnione wydzielanie śliny, potu etc. Wydzieliny jaja płodowego działają na gruczoły bezpośrednio, na ich tkanki, i pośrednio, na ich nerwy. St. zaznacza, że te objawy zakażenia ciążowego, które dla rozwoju ciąży i dla ciężarnej są pomyślne, utrzymują się do końca ciąży, niepomyślne znikają już od końca czwartego miesiąca. Jako przyczynę ustąpienia ujemnych objawów zakażenia ciążowego trzeba przyjąć wytworzenie przez ustrój ciężarnej jakiegoś ciała, które zachowując się podobnie, jak antytoksyny innych zakażeń, zobojętnia szkodliwe dla ustroju składniki wydaliny jaja płodowego. Działaniem antytoksyny tłómaczy autor ustąpienie objawów zakażenia mimo wzrostu płodu. Granicy między fizyologicznem a patologicznem zakażeniem ciążowem właściwie niema, mówić można tylko o zakażeniu, przebiegającem dla ciężarnej szkodliwie i nieszkodliwie. St. rozróżnia trzy typy patologiczne zakażenia ciążowego: I. typ najlżejszy, o nasileniu objawów gwałtowniejszem, niż przy zakażeniu fizyologicznem; II. typ cięższy, znamionuje się zmniejszoną zdolnością wytworzenia przez ustrój antytoksyny; tu należą rozmaite postacie chorobowe (*psychosis*, *ptyalismus*, *hyperemesis*, *atrophia hepat. acuta*, *diabetes*, *nephritis gravid.*); III. typ, najcięższa postać zakażenia patologicznego; rzucawka (*eclampsia*). *Ow.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. R. Kraus i O. Kren. **O wywołaniu gruźlicy skóry przez szczepienie u małp.** (*Akad. umiejęt. w Wiedniu.* T. CXIV., 1905, cz. 3.). Szczepienia podskórne jadu kiłowego u małp pozwoliły autorom stwierdzić zajmujące szczegóły co do przeszczepialności gruźlicy. Po zaszczepieniu jadu kiłowego na małpę jawańską (*macacus rhesus*) powstała w kilkanaście dni wysypka guzkowa, pokryta silnie przylegającym strupem. Wykwity te sprawiały wrażenie drugorzędnych objawów kiły, które nie zdarzają się u małp niższych, dlatego autorowie szukali krętków kiłowych, wynik jednak był ujemny. Równocześnie przeszczepili guzki na dwie małpy, u których w 16—20 dni po szczepieniu powstało na łukach oczodołowych zaczerwienienie, naciek skóry, a wreszcie i strupy na powierzchni. Autorowie, sądząc z czasu pojawienia się i z wejrzenia zmian, myśleli znowu o kile. Dla pewności nietylko badano co do krętków, ale wycięto zmianę dla badania histologicznego. Zachowanie się zmiany po wycięciu guzków, brak doraźnego gojenia się, a pozostanie nacieku w skórze, rozszerzanie się, obrzęk gruczołu podszczękowego, a wreszcie i gruczołu przyusznego — obok nieznalezienia krętków, nasunęło autorom na myśl inną chorobę, a nie kiłę. Przy badaniu histologicznem gruczołu chłonnego, jak i przyusznego, znaleziono ogniska serowate, zawierające prątki gruźlicze, stwierdzone także przez szczepienie na królikach. Zmiana pierwsza zatem, z której zaszczepiono dwie małpy, była gruźliczą, a nie kiłową. Autorowie zakreślają szerokie ramy dla dalszej pracy: doświadczenia mają prowadzić w kierunku wywołania gruźlicy czystemi hodowlami, dalej stwierdzić, jak się będą zachowywać różne rasy prątków (gruźl. ludzka, bydła, ptaków) itd. W obecnej pracy stwierdzają tylko, że szczepienia z różnych zmian gruźliczych dają wynik dodatni i jednakowy u wszystkich zwierząt. W pierwszych dniach po zaszczepieniu niema zmian ani żadnego odczynu, dopiero w 15—30 dni potem powstaje naciek w skórze, wielkości grochu. W następnych dniach naciek ten rozszerza się i pokrywa drobnym strupem, naśladując pierwotny objaw kiłowy. W końcu wejrzenie zmiany różni się nieco zależnie od tego, czy zmiana rozszerza się w ciągłości, czy drogami chłonnemi. Zmiana taka może trwać kilkanaście miesięcy, nie uogólniając się wcale, gdyż u szczepionych małp (6) nie zauważono zboczeń w narządach wewnętrznych. W końcu opierając się na badaniach histologicznych, stwierdzają K. i K., że wywołane przez szczepienie zmiany nie miały cech gruźlicy doświadczalnej u człowieka (*Leichentuberkel*), ale były najpodobniejsze do tocznia skóry (*lupus vulgaris*). *Krzyształowicz.*

Brandweiner. **Przyczynek do poznania budowy histologicznej grzybicy guzowej** (*mycosis fungoides*). (*Dermat. Zeitschr.* 1906. T. XII, Z. III). Przypadek autora dotyczył 50-letniego kupca, u którego już w 20-tym roku życia zaczęło się cierpienie. Zmiany chorobowe w postaci świeższych i starszych wykwitów guzkowych jasno- lub ciemno-czerwono zabarwionych, blizn i przebarwień (pigmentacyi) zajmowały prawie całe ciało z wyjątkiem skóry rąk, stóp i części rodnych. Guzki, pokryte drobnemi łuskami, łatwo odpadającemi, tworzyły, łącząc się w grupy, nacieki ograniczone, wielkości korony, na powierzchni owrzodziałe i pokryte brunatnymi strupami. Te owrzodzenia, trwając dłuższy lub krótszy czas, w końcu goiły się, pozostawiając białe blizny. Chory pozostawał w opiece B. przez $2^1/_2$ roku. Na kilka miesięcy przed śmiercią rozwinęły się objawy mózgowe w postaci silnych bólów głowy, zadumy, hipochondryi i choroba oka prawego, a mianowicie zanik nerwu ocznego, zapalenie tęczówki i wreszcie jaskra. Przy sekcyi znaleziono w obu półkulach mózgu liczne guzy różnej wielkości, które uznano za przerzuty mózgowe choroby skórnej. Drobnowidowo stwierdzono w naciekach i guzkach, na skórze się znajdujących, następujące szczegóły: w warstwie podbrodawkowej znajdują się główne zmiany w otoczeniu naczyń, polegające na nagromadzeniu

komórek okrągłych, należących do typu limfocytów; w dalszej odległości od naczyń znajdują się komórki, różniące się od limfocytów wielkością i silniejszym rozwojem plazmy, jakoteż komórki podłużne albo różnokształtne z wypustkami i jądrem okrągłem lub podkowiastem płatowem. Obok tych komórek, stanowiących główną część składową nacieków, znajdują się jeszcze komórki o jądrze mniej wyraźnem, owalnem. Pomiędzy temi komórkami widać wyraźnie siatkę łącznotkankowych włókien. W utkaniu przerzutów mózgowych stwierdzono oprócz tychsamych składników jeszcze dwa inne rodzaje komórek, a mianowicie komórki duże, okrągłe, ziarniste, które autor uważa za komórki tłuszczowe i komórki różnokształtne o plazmie, silnie barwiącej się eozyną. Za niezwykłe objawy w przytoczonym przypadku należy uważać obok bardzo długiego przebiegu choroby łuszczycowatą postać zmian na skórze i powstanie drogą naczyń krwionośnych przerzutów mózgowych, gdyż w przypadkach, dotąd opisanych, a połączonych z przerzutami mózgowymi, wychodziły one z opony twardej, powstając drogą naczyń chłonnych.

Słopczański.

Gierke. **O rozmieszczeniu i stosunku krętków do narządów noworodków kiłą wrodzoną dotkniętych.** (*Münch. medicinische Wochenschrift*, 1906, Nr 9). Badania etyologii kiły znacznie postąpiły, odkąd zaczęto znajdować krętki nietylko w wydzielinie zmian pierwotnych kiłowych, ale i w tkance rozmaitych narządów wewnętrznych. Autor w tym celu zastosował metodę Levaditiego impregnowania materyału przetworami srebra, a jako odbarwiacza użył kwasu pyrogalusowego. Do badania użyto materyału ze zwłok niemowląt, zmarłych z powodu kiły wrodzonej, i to nietylko ze zwłok świeżych, ale i z preparatów, przechowywanych w formalinie przez czas dłuższy. Badając na krętki skrawki z rozmaitych narządów, szczególniejszą uwagę zwracał autor na stosunek ilości krętków do nasilenia zmian chorobowych. Im zmiany te były świeższe, a więc w postaci ognisk zapalnych komórkowych, tem więcej znajdowano krętków. Największą ilość znajdował autor w wątrobie i to głównie w komórkach wątrobnych. Co do innych narządów, to znajdował także większą ilość krętków prawie w każdym przypadku w nadnerczu, chociaż nigdy nie spotykał wybitnych zmian kiłowych w tym narządzie. W nerkach również znajdował dość liczne krętki przy braku zmian wybitnie kiłowych. W przysadkach kości długich badanie metodą Levaditiego z powodu niemożności barwienia odwapnianych preparatów dało wynik ujemny. Wogóle znajdował autor krętki w narządach o budowie gruczołowej (wątroba, nerka, nadnercze i trzustka), we krwi natomiast spotykał krętki bardzo rzadko, chociaż prąd krwi należy uważać za przenośnik i rozsadnik krętków w narządach wewnętrznych.

Słopczański.

M. Joseph. **O świądzie odbytu.** (*Wiener klin. ther. Woch.*, 1906, Nr 9). Lecząc bardzo wiele przypadków świądu odbytu, przekonał się autor, że o wiele częściej cierpienie to zdarza się u mężczyzn, niż u kobiet, w wieku średnim od 25—40 lat. W wielu przypadkach tego cierpienia nie można wykryć przedmiotowo przyczyny, wywołującej swędzenie, albowiem wyprysk, towarzyszący zwykle temu cierpieniu, jest tylko objawem następowym świądu, powstałym wskutek drapania. Rzadkie są przypadki świądu odbytu, w których jako przyczynę świądu można wykryć krwawnice lub dżdżownice *(ascaris lumbricoides)*. Przy leczeniu świądu starał się J. wyleczyć najpierw wyprysk, a następnie dopiero starał się o usunięcie świądu. Używanie ortoformu przy leczeniu wyprysku, powstałego na tle świądu, uważa autor za szkodliwe, gdyż ortoform w tych przypadkach silnie drażni skórę, nieraz nawet wywołuje pęcherze. W wielu przypadkach wymywanie okolicy odbytu po każdym stolcu roczczynem sublimatu w stosunku 1 : 1000 przynosi chorym znakomitą ulgę. Jako środki łagodzące świąd i zarazem osłaniające chorą powierzchnię skóry stosował autor bromokol w cieście cynkowo-glicerynowem i eugoform, t. j. połączenie gwajakolu z formaliną. Szczególniej przy stosowaniu eugoformu osiągnął autor bardzo dobre wyniki nawet w bardzo uporczywych przypadkach świądu.

Dr. Słopczański.

OKULISTYKA. S. Loria. **Badania nad widzeniem obwodowem. (Über das periphere Sehen).** (*Zeitschr. f. Psych. und Phys. der Sinnesorgane* 1905, T. 40). W doświadczalnej pracy, wykonanej w krakowskiej pracowni psychologicznej Heinricha, dochodzi autor do następujących wyników: 1) akomodacyjne nastawienie oka na odległości obokosiowe (paraksialne) jest jednoznacznie określone położeniem przedmiotu bocznego, a niezależne (wbrew twierdzeniom dawniejszym) od odległości punktu fiksacyjnego, na który jedynie kieruje się gałka oczna. 2) Oko jest obokosiowo silnie krótkowzrocznem. 3) Szerokość akomodacyjna maleje z kątem obokosiowego nastawienia. 4) Dla każdego stanu soczewki można w płaszczyźnie poziomej znaleźć linię (w przestrzeni zatem powierzchnię), która jest zbiorem punktów, wyznaczających położenie przedmiotów, dających względnie najdokładniejsze obrazy na siatkówce (linia akomodacyjna). Dwie takie linie, z których jedna odpowiada największemu spłaszczeniu, druga największemu wypukleniu soczewki, ograniczają całkowite pole akomodacyjne oka. 5) Granice pola akomodacyi zależą od własności oka. 6) Jeśli na rozmaitych punktach linii akomodacyjnej ustawimy na osi i obok osi przedmioty, to przedmioty te będą równocześnie najdokładniej widziane.

Dr. Blassberg.

Rollet. **Nowy sposób blefaroplastyki** (*blépharoplastie à tiroir*) **w przypadkach raka powiekowego.** (*Rev. gen. d'opht.* Nr. 2, 1906). W przypadkach raka powieki dolnej, gdzie koniecznem jest usunąć całą powiekę, używa autor od szeregu lat następującej plastyki. Powiekę wraz z nowotworem odcina dwoma cięciami, przebiegającemi pionowo od obu kącików oka ku dołowi, przechodzącemi przez całą grubość powieki. Oba te cięcia przedłuża prostolinijnie ku dołowi poza łuk podoczodołowy, przecinając już jednak samą tylko skórę. Następnie odcina powiekę cięciem poziomem, przebiegającem wyżej lub niżej, zależnie od rozmiarów nowotworu. Prostokątny płat skórny poniżej odciętej powieki oddziela od tkanki podskórnej i naciągnąwszy przesuwa tak, aby górny brzeg jego znalazł się na wysokości dawnego brzegu powieki; w tem położeniu przytwierdza płat zapomocą szwów stalowych. W niektórych przypadkach dla wytworzenia podszewki spojówkowej przeszczepia autor jeszcze błonę śluzową z jamy ust.

K. W. Majewski.

Hauke. **Okrężny ropień rogówki i jego znaczenie.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1905, Nr. 6). Na podstawie swych badań klinicznych i doświadczalnych dochodzi autor do następujących wniosków. Okrężny ropień rogówki jest zmianą na tle zakaźnem, polegającą na obumarciu środkowej części rogówki, która się otacza naciekiem ropnym w postaci pierścienia. Ropień taki powstaje najczęściej po zranieniach, może jednak także powstać na drodze przerzutu. Czynnikiem wywołującym są jady drobnoustrojów, które w przedniej komorze bujnie się rozwijają i wywołują martwicę rogówki. Autor stwierdził, że mikrobem, wywołującym pierścieniowaty ropień rogówki, jest prątek, zbliżony do *bacillus proteus fluorescens.*

K. W. Majewski.

Erdman. **W sprawie wrzodów rogówki, wywołanych przez prątki dwoiste i badania nad odpornością tych mikrobów na wysychanie.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1905, T. LIII, Nr. 5). W pierwszej części pracy zestawia autor 340 przypadków zapalenia spojówki, wywołanego przez prątki dwoiste, spostrzeganych w rostockiej klinice okulistycznej w ostatnich 5 latach na ogólną liczbę 14 800 chorych. 30 razy zajęta była także rogówka, z tego 15 przypadków w ostatnim roku, a wśród nich, w przeciwieństwie do lat poprzednich, znajdowały się bardzo złośliwe wrzody. W celu badania co do diplobacylów usuwał autor naprzód wierzchnią warstwę owrzodziałego nacieku zapomocą dłutka platynowego, a następnie brał cząstki z dna wrzodu. Postępował tak, przekonawszy się wielokrotnie, że powierzchowne warstwy wrzodu wcale bakteryi nie zawierały i że obecność diplobacylów można było stwierdzić tylko w najgłębszych częściach nacieku. O bujnem rozmnażaniu się tych mikrobów w samychże owrzodzeniach rogówki świadczy to, że znajdowały się one nierównie obficiej w naciekach rogówkowych, aniżeli w wydzielinie spojówkowej. Znaczenie chorobotwórcze diplobacylów dla powstania owrzodzeń nie podlega, zdaniem autora, żadnej wątpliwości. Udało mu się też przez zaszczepienie hodowli ósmego pokolenia diplobacylów z glicerynowego agaru do zdrowego worka spojówkowego, wywołać u człowieka typową *conjunctivitis diplobacillosa*; do powstania owrzodzeń oczywiście nie dopuszczono. Diplobacyle dostają się zwyczajnie do oka z powietrza wraz z pyłkami kurzu, lub przez bezpośrednie przeniesienie zapomocą zanieczyszczonych przedmiotów. Autor przekonał się, że diplobacyle, zebrane z wydzieliną śluzową spojówki na płatku lnianego płótna zachowują do 14 dni swą zdolność rozwoju, która ginie jednak już po siedmiu godzinach, jeśli mikroby pozbawione są tej śluzowej osłony. Oprócz zdolności rozwoju badał autor także stopień jadowitości diplobacylów, zawartych w wyschniętej na płatku lnianym wydzielinie spojówkowej, przenosząc ją na zdrową spojówkę sobie i kilku swoim kolegom. Doświadczenia te dowiodły, że wysuszone bakterye zachowują swą jadowitość przez czas około 50 godzin. Ze łzami mogą diplobacyle dostać się do jamy nosa, poczem wydzielina z nosa, przeniesiona zapomocą chustki, może wywołać zakażenie spojówki.

K. W. Majewski.

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Pyrenol poleca F. Walther (*Therap. Neuheiten* 1906, Nr. 3) jako środek wykrztuśny, uspokajający, przeciwgorączkowy i przeciwgośćcowy. Na ciśnienie krwi i tętno nie wywiera pyrenol wpływu niekorzystnego, właściwego prawie wszystkim przetworom salicylowym, a przeciwnie okazuje działanie wzmacniające i podniecające. Przewód pokarmowy nie cierpi nawet przy dłuższem używaniu pyrenolu, apetyt poprawia się. Wogóle brak zupełnie szkodliwych działań ubocznych. Najwybitniejszym jest wpływ korzystny na dychawicę. Wydzielina zmniejsza się, napady stają się słabsze, niekiedy ustają. Pyrenol zmniejsza również napady krztuśca i skraca trwanie tego cierpienia. Bardzo dobre skutki widuje się także w grypie i następowem włóknikowem lub nieżytowem zapaleniu płuc na tle grypy, przy ostrych nieżytach oskrzeli i durze brzusznym. Tu występuje na jaw także działanie znieczulające i przeciwgorączkowe. Łatwa rozpuszczalność pyrenolu sprawia, że nadaje się on do leczenia gośćca mięśniowego i stawowego, dny, a w większych dawkach także nerwobolów. Wspomniane na początku zalety zezwalają na stosowanie tego środka także przy chorobach serca i stwardnieniu tętnic, a przy nerwicach serca spostrzegał nawet W. wpływ korzystny. Pyrenol zapisuje się w proszku, roczynie lub kołaczykach. Dawka średnia dla dorosłych trzy razy dziennie po 0·5—1·0 gr. Przy zapaleniu płuc i durze co 3 godziny 0·5, dla dzieci połowa, dla osesków $^1/_4$ tej dawki. Pyrenol podawać należy w płynach zimnych (nie gorących), jak herbata, kawa, mleko, kakao, woda z sokiem malinowym i t. p. *Hr.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Tow. dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 8/21 listopada 1905.

Obecnych członków 23, gość 1.

Posiedzenie zagaił wiceprezes prof. dr. St. Zaleski przemówieniem do prezesa dr. Strawińskiego z powodu jubileuszu 35-letniej społeczno-lekarskiej jego działalności i wręczeniem mu grupy fotograficznej członków Koła.

Protokoły 2 poprzednich posiedzeń przyjęto.

Zebranie przechodzi do rozejrzenia projektu ustawy »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu«, opracowanej przez prof. dr. St. Zaleskiego. Po omówieniu §§ 1—5 posiedzenie zamknięto.

Posiedzenie w dniu 15/28 listopada 1905.

Obecnych członków 15, gości 2.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

II. Na wniosek prof. dr. Tomaszewskiego zebranie uchwala wysłać do komitetu zjazdu delegatów ziemstw i miast w Moskwie dziękczynną depeszę z powodu rezolucyi zjazdu w sprawie Królestwa Polskiego.

III. Na wniosek doc. dr. Witolda Orłowskiego zebranie uchwala przesłać życzenia dr. Wł. Biegańskiemu z powodu 25-lecia jego lekarskiej działalności.

IV. Po rozpatrzeniu §§. 6—14 projektu ustawy »Związku« posiedzenie zamknięto.

Posiedzenie w dniu 13/26 grudnia 1905.

Obecnych członków 11, gość 1.

I. Obrano w poczet członków drów Drusiewicza i Rodziewicza.

II. Rozpatrzono §§ 15—29 projektu ustawy »Związku«.

III. Na wniosek prof. dr. Ziemackiego uchwalono przesłać życzenia wileńskiemu Tow. lek. z powodu 100-letniego jubileuszu.

Posiedzenie w dniu 20 grudnia 1905 (2 stycznia 1906).

Obecnych członków 14.

Rozpatrzono §§ 30—48 projektu ustawy »Związku«.

Posiedzenie w dniu 3/16 stycznia 1906.

Obecnych członków 20.

I. Dr. Zenon Orłowski wygłasza odczyt pod tytułem: **Przyczynek do sztucznej miażdżycy tętnic.** (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekarskim«). Odczyt był objaśniony preparatami makro- i mikroskopowymi.

W dyskusyi prof. dr. St. Zaleski podnosi brak w badaniach prelegenta, mianowicie pominięcie strony chemicznej; nie jest więc wyłączonem, że adrenalina może wywoływać takie zmiany w składzie krwi, które sprzyjają odkładaniu się wapna w naczyniach. Brak złogów wapna w naczyniach włosowatych, których ścianki są bardzo delikatne, i w tętnicach obwodowych przemawia przeciwko przyczynowemu związkowi zmian w tętnicy głównej ze wzmożonem ciśnieniem krwi. Dr. Z. Orłowski podkreśla, że zmiany występują tylko w tętnicy głównej i w odżywczych naczyniach naczyń. Erb co prawda znalazł 2 blaszki zwapniałe w tętnicy nerkowej. Dr. Strawiński zauważa, że jeśli zmiany w naczyniach zależą od wzmożonego parcia krwi, trzeba oczekiwać ich również w naczyniach mózgowych, których ścianki są delikatne. Dr. Z. Orłowski odpowiada, że to przypuszczenie sprawdza się; Erb naprz., znajdował pęknięcie naczyń mózgowych, Fischer tętniaki; jeden z królików prelegenta uległ po 5—10 wstrzykiwaniach adrenaliny obustronnemu porażeniu tylnych kończyn; niestety sekcya nie została dokonaną.

Na posiedzeniu administracyjnem:

I. Odczytano ostatecznie i zatwierdzono ustawę »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu«; przełożenie ustawy na język polski polecono prof. dr. St. Zaleskiemu.

II. Na wniosek sekretarza doc. dr. Wit. Orłowskiego uchwalono przesłać ustępującemu redaktorowi »Przeglądu lek.« dr. Kwaśnickiemu podziękowanie za ogłaszanie w »Przegl. lek.« protokołów Koła.

III. W poczet członków Koła obrano dr. Fiedorowicza.

Posiedzenie doroczne 24 stycznia (6 lutego) 1906.

Obecnych członków 23.

I. Protokoły z 3 poprzednich posiedzeń odczytane przyjęto.

II. Dr. Sowiński przedstawia przed porządkiem dziennym 8-letniego chłopca z różyczką kiłową, grudkami naokoło odbytu i na prąciu, zwiększonymi gruczołami w pachwinach i stwardnieniem pierwotnem w odbycie; otwór odbytu rozciąga się nadzwyczaj łatwo i jest nader duży; zakażenie nastąpiło w następstwie wprowadzenia do odbytu prącia przez 9-letniego chłopca (?), jak twierdzi chory. Na podstawie tego spostrzeżenia, jak również spostrzeżeń, ogłoszonych w piśmiennictwie, mówca przypuszcza, iż pozornie dziedziczna kiła jest nieraz w istocie nabytą w dzieciństwie. W dyskusyi przemawiał prof. dr. St. Zaleski.

III. Sekretarz doc. dr. W. Orłowski składa sprawozdanie za rok ubiegły, z którego wynika, że na początku roku Koło liczyło 128 członków, w ciągu roku umarło 2, nowych przystąpiło 7, obecnie więc Koło liczy 133 członków. Ogólnych posiedzeń w roku ubiegłym Koło odbyło 11, z tych jedno doroczne, 5 naukowo-administracyjnych i 5 wyłącznie administracyjnych. Średnio bywało na posiedzeniach członków 16; największą liczbę członków (27) zebrało posiedzenie, poświęcone sprawie przeistoczenia się »Opieki lekarskiej« na samodzielny »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«. W obradach nad odczytami brało udział 12 członków. Odczytów było 11, w tej liczbie 10 przez 7 członków Koła. Większości odczytów towarzyszyły demonstracye nowszych przyrządów, chorych, wreszcie preparatów makro- i mikroskopowych. Na posiedzeniu 27/X (9/XI) Koło, mając na względzie manifest Najwyższy z d. 17/30 października, uchwaliło przeistoczyć się na odrębne Towarzystwo pod mianem »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«. Na 4 następnych posiedzeniach Koło rozpatrywało projekt ustawy »Związku«, po pewnych zmianach ustawę ostatecznie przyjęto na posiedzeniu 3/16 stycznia 1906.

IV. Skarbnik dr. Wierciński składa sprawozdanie kasowe, z którego wynika, że dnia 1/14 stycznia 1905 r. było w kasie 808 rb. 78 kop., w ciągu roku przybyło 349 rb. 18 k., wydano zaś 116 rb. 45 k., zatem 1/14 styсznia 1905 r. fundusz Koła wynosił 1,041 rb. 51 k.

V. Komisya kontrolująca stwierdza, że znalazła rachunki w porządku.

VI. Po odczytaniu i przyjęciu sprawozdań rocznych przystąpiono do wyborów Zarządu na rok 1906; wybrani zostali prezesem dr. Strawiński, wiceprezesem prof. dr. St. Zaleski, sekretarzami: I-szym doc. dr. W. Orłowski, II-gim dr. Uliński, skarbnikiem dr. Wierciński, bibliotekarzem dr. Orłowski, na członków doradczych powołani zostali: prof. dr. Ziemacki, prof. dr. Raczyński, dr. Wolański i dr. A. Karnicki; na kandydatów do Zarządu: dr. Z. Orłowski, dr. Sowiński i prof. dr. Szawłowski; do komisyi kontrolującej dr. Białobłocki, dr. Wilamowski i dr. W. Kozłowski.

VII. W poczet członków Koła obrano dr. Jastrzębskiego.

VIII. Odczyt doc. dr. W. Orłowskiego pod tytułem: **Chlorek barowy jako środek sercowy** odłożono wobec późnej pory na posiedzenie następne. Sekretarz: *Witold Orłowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 1 do 7 kwietnia 1906 zgłoszono przypadków: błonicy 8, krztuśca 1, ospy 1, płonicy 3, odry 4, duru osutkowego 1, duru brzusznego 3 (obcy 1), nagminnego zapalenia opon 2. W tymże czasie zmarł z nagminnego zapalenia opon jeden chory.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 8 do 14 kwietnia 1906 doniesiono o nowych przypadkach ospy w 5 gminach u 7 chorych, a mianowicie w powiecie Brody (Gaje starobrodzkie 1), Chrzanów (m. Chrzanów 2, Trzebinia m. 2, Byczyna 1), Tarnów (m. Tarnów 1); duru plamistego w 27 gminach u 88 chorych, a mianowicie: Bohorodczany (Jabłonka 3), Brzeżany (Glinna 2, Chorobrów 3), Horodenka (Żuków 6), Jarosław (Leżachów 1), Jaworów (Zawadów 5, Olszanica 1, Walkaźmij 3, Siedliska 1), Myślenice (Pcim 6, Jawornik 1, Sułkowice 2), Nadwórna (Zielona 7, Cucyłów 1), Rawa (Rzeczyca 1, Biała 1), Sambor (Dorożów 4), Stanisławów (Knihynin w. 2), Stryj (Pławie 3, Wołosianka 3), Tłumacz (Bortniki 7, Targowica 3, Tłumacz m. 1), Zaleszczyki (Capowce 3), Żółkiew (Przystań 1, Turynka 16), Złoczów (Jasionowce 1); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 22 gminach u 42 chorych.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Sąd konkursowy postanowił do nagrody im. dra Warschauera, udzielanej przez krakowską Akademię Umiejętności, przedstawić, jak donosi »*Gazeta lekarska*« (Nr. 13) dzieło dra A. Sokołowskiego z Warszawy »O chorobach płuc«.

— O dokonanych lub zamierzonych ulepszeniach w zdrojowiskach krajowych zawiera »Przewodnik kąpielowy« (Nr. 1) szereg wiadomości. I tak w Krynicy grono prywatne rozpoczęło kroki przedwstępne, aby połączyć Krynicę koleją elektryczną ze stacyą kolei żelaznej w Grybowie. To połączenie skróciłoby podróż o trzy i pół godziny i przebiegałoby przez Słotwinkę, co dla rozwoju Krynicy ma wielką wagę. Rząd rozpisał konkurs na plany nowych łazienek borowinowych i hidropatycznych w Krynicy z terminem do 15 lipca b. r. W Szczawnicy dokupiła właścicielka, Akademia Umiejętności, około dwadzieścia morgów celem rozszerzenia parku, rozpoczęto układy z Towarzystwem belgijskiem o zaprowadzenie połączenia samochodami ze stacyami dróg żelaznych, sprawiono nową pompę, zaprowadzono oświetlenie latarniami gazolinowemi, chodniki betonowe i t. p. W Zakopanem przychodzi do skutku oświetlenie elektryczne, osuszenie mokrych obszarów, założenie 20-morgowego parku publicznego; tamże powstaje od 1 maja b. r. nowy dom zdrowia dra Zdzisława Czaplickiego.

— Galicyjskie wody mineralne, i tak niezbyt rozpowszechnione za kordonem, obecnie niemal nie będą mogły tam być wywożone z powodu znacznego podwyższenia cła rosyjskiego na wody mineralne austryackie (o 35 prc.).

— Miesięcznik popularny, poświęcony walce z nikotynizmem p. t. »Życie bez tytoniu« rozpoczął wydawać dr Augustyn Wróblewski.

Lwów. Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w dniu 20 kwietnia 1906 obejmowało na porządku dziennym: 1) Dr Wilczek: Przedstawienie chorego po zupełnem zagojeniu rozległego zmiażdżenia kości czołowej; 2) Dr Nowicki: *a)* Mnogie uchyłki jelit, *b)* przedstawienie preparatów anatomiczno-patologicznych.

Warszawa. Wydział szpitali i przytułków Towarzystwa higienicznego wybrał swym przewodniczącym dra Męczkowskiego, sekretarzem dra Krauzego.

— Pamięć znakomitego chirurga ś. p. Romana Jasińskiego uczczona będzie fundacyą łóżka jego imienia w szpitalu dla dzieci, gdzie był ordynatorem. Na ten cel zebrano ze składek 3400 rb.

— Ogólny zastój ekonomiczny i piśmienniczy odbija się fatalnie na wydawnictwach lekarskich. To też »*Kronika lekarska*« (Nr. 7) nawołuje lekarzy do nieustawania w pracy naukowej i do wyrozumiałości dla pism lekarskich, przebywających obecnie ciężkie przesilenie, a zarazem przypomina dawniej już poruszaną myśl, by zamiast istniejących kilku tygodników, dwu tygodników i miesięczników stworzyć wspólnemi siłami jeden tylko organ lekarski, któryby mógł łatwiej i lepiej spełniać swoje zadanie.

— Z 40 lekarzy łódzkich, powołanych na wojnę rosyjsko-japońską, powróciło już 33 do kraju.

— Wydział zdrojowisk Warszawskiego Towarzystwa higienicznego zamierza w roku bieżącym urządzić zbiorowe wycieczki do zdrojowisk, przedewszystkiem do Buska i Solca.

— W pracowni przeciwdżumowej w Kronsztadzie ustawiono i uroczyście poświęcono 11 marca b. r. urnę z popiołami ś. p. Władysława Turczynowicz-Wyżnikiewicza, który jako kierownik tej pracowni padł ofiarą swego zawodu w styczniu 1904.

Z różnych stron. Uniwersytet w Jenie dopuścił kobiety jako słuchaczki na wydział lekarski.

— Uniwersytet w Giessen obchodzić będzie w lecie 1907 jubileusz 300-letni, a uniwersytet w Lipsku w grudniu 1909 jubileusz 500-letni.

— Uniwersytet w Bonn skazany został przez sądy wszystkich instancyi na zapłacenie 12.000 marek odszkodowania chorej klinicznej, której posługaczka podała przez pomyłkę jakiś środek trujący, nabawiając ją dłuższych cierpień.

— W Stuttgardzie otrzymywać będą ubogie dzieci szkolne ciepłe mleko na koszt miasta.

— Na wzór Francyi i Włoch utworzyli lekarze, należący do angielskiej Izby gmin, klub pozaparlamentarny dla spraw medycyny społecznej i higieny publicznej.

Mianowani: Dr. Arkövy profesorem nadzw. dentystyki w Peszcie; dr. J. Walker Hall profesorem anatomii patol. w Bristolu; doc. Klingmüller z Wrocławia dyrektorem kliniki dermatologicznej w Kiel; okuliści docenci Bielschowsky i Birch-Hirschfeld w Lipsku profesorami nadzw.;

dr. Henryk Lic starszym lekarzem powiatowym w Galicyi.

Zmarli: Dr. Ladislav Rakovac, wieloletni wielce zasłużony prezes Towarzystwa lekarzy chorwackich (Sbor liječnika kraljevina hrvatske i slavonije), członek honorowy wielu słowiańskich Towarzystw lekarskich, w 59 r. ż. w Zagrzebiu.

Dr. Józef Wokulski, b. lekarz wojskowy, w 79 r. ż. w Kielcach; dr. Julian Osmólski, lekarz powiatu łomżyńskiego w Łomży; dr. Stembo w Wilnie; prof. dr. Ludwik Kleinwächter, ginekolog w Czerniowcach.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 13. Czajkowski: O sztucznem otrzymywaniu antytoksyn. Moraczewski: Dyeta w chorobie cukrowej. Jaworski J., Starkiewicz (dok. z Nr. 12). — Nr. 14. Biernacki: Jak się żywi nasza inteligencya. Moraczewski (dok. z Nr. 13).

— *Tygodnik lekarski* Nr. 15. Czyżewicz jun. i Nowicki: Typowy przypadek nabłoniaka kosmówkowego. Franke (dok. z Nr. 14).

— *Głos lekarzy* Nr. 8. Mikołajski: „Lekarze wobec wyborów do Rady państwa“ i dalszy ciąg artykułów z Nr. 7. Fels: Lwowskie Towarzystwo ratunkowe.

— *Kronika lekarska* Nr. 7. Hornowski: Omyłki dyagnostyczne. Sędziak, Giedroyć (c. d. z Nr. 6).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 4. Tarnowski: Wskazanie i rokowania przy rożnych operacyach kamieni żółciowych podług spostrzeżeń ostatniego pięciolecia. Wrzosek: Znaczenie dróg oddechowych jako wrót zakażenia w warunkach prawidłowych. Gantkowski: O alkoholu.

— *Postęp okulistyczny* Nr. 3 i 4. Noiszewski: Brodawczak spojówki, przechodzący w nabłoniak i śródbłoniak. Wicherkiewicz: Niezwykle silne krwawienie spojówki powiekowej po przypaleniu jaglic.

— *Krytyka lekarska* Nr. 4. Ciąg dalszy prac Biegańskiego i Kramsztyka. — Notatki językowe.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 2. Pelczar: Zdrojowiska polskie a prasa polska. Gorski: Szczawnica, zakład zdrojowo-kąpielowy, klimatyczno-leczniczy.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 1. Z. W.: Zdrojowiska w Sejmie krajowym. — Sprawozdanie z działalności wydziału Polskiego Towarzystwa balneologicznego w r. 1905.

— *Časopis lekařův českých* Nr. 15. Mladějovský: Obtíže otylých a náhlá smrt při otylosti. Kučera: Polymyositis blennorrhoica

Semerád: Veřejné zdravotnictví král. města Ml. Boleslavi v roku čtyřicetiletého jubilea české samosprávy.

— *Russkij Wracz* Nr. 11. Tarchanow: Znaczenie kwaśnego mleka prof. Miecznikowa dla zdrowia i w walce z różnemi chorobami. Kuzniecow (dok. z Nr. 10). Popow: W sprawie działania soli barowych na serce. Jakub: Pierwotny rak pochwy i jego leczenie operacyjne. — Nr. 12. Popow: Pierwotna gruźlica macicy. Tomaszewski: W sprawie leczenia przekrwieniem zastoinowem ostrych zapalnych chorób chirurgicznych. Łowieniecki i Fofanow: Przyczynek do nauki o nowotworach i torbielach trzustki z opisem 2 przypadków rozpoznania za życia raka trzustki.

— *Presse médicale* Nr. 28. Dartigues i Caraven: Nowy sposób śródotrzewnego skracania więzadeł okrągłych. Calabresse: Szmer skurczowy czystej niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Labbé: Pożywienie armii japońskiej i głównych armii europejskich. — Nr. 29. Loeper: Sprawa histologiczna w miażdżycy i stwardnieniu tętnic.

— *Semaine médicale* Nr. 15. Leczenie gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 15. Silbermark: Mechanizm nadmiernego rozciągnięcia kątnicy przy zwężeniach kiszki. Jerusalem i Falkner: O bolach porodowych i ich związku z nosem. Knautz: Ropowica gazowa po przedziurawieniu uchyłka Meckela. Browning: Aglutynacya i znikanie komplementu.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 15. Ostmann: Rozpoznawanie i leczenie zapalenia błędnika przy ostrem zapaleniu ucha środkowego. Heusner: O prowadzeniu cięć przy operacyach brzusznych. Krecke: Czy można rozpoznać ciężkie zapalenie wyrostka robaczkowego, wymagające niezwłocznej operacyi? Esch: W sprawie położniczego leczenia rzucawki. Georgi: Dwa przypadki pęknięcia śledziony. Strohe: Przegroda w tchawicy w następstwie błonicy i utrudnionej lub niemożliwej dekaniulacyi. Weissbart: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w żołądku i jelitach. Richter: O leczeniu spraw zapalnych skóry gorącemi kąpielami. Hoppe: Dwa przyrządy do badania bystrości wzroku. Sieber: Badania Fischera i jego uczniów nad syntezą polypeptydów. Hager: Najnowsze wiadomości z organoterapii.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 15. Döderlein: Nowy sposób uzyskania aseptycznych ran operacyjnych. Neumann: O znieczuleniu miejscowem w chirurgii usznej. Stern: Przedziurawienie pęcherza przy jego wyskrobaniu. Pers: O chirurgicznem leczeniu rwy kulszowej. Burmeister: Cięcie przełyku. Friedberger: W sprawie sądowolekarskiego rozróżnienia białek na podstawie sposobu hemolitycznego zapomocą odchylenia komplementu. Spengler: O dziedzicznem usposobieniu do powstawania gruźlicy płuc, jego rozpoznaniu i leczeniu. Heinemann: Uwagi epikrytyczne o przypadku szczególnych objawów nerwowych przy ogólnej gruźlicy prosówkowej. Axmann: Dalsze doświadczenia co do leczenia uviolowego i o nowym przyrządzie do naświetlania całego ciała światłem parafioletowem. Amende: Dalsze doświadczenia z lenicetem, w szczególności z 10% waseliną lenicetową. Rheinboldt: O odkażającej wartości formamintu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 15. Binz: O euchininie i aristochinie przeciw krztuścowi. Rosenbach: Przykręgowe wyjałowienie przy wysiękach opłucnych (t. zw. trójkąt Garlanda). Liefmann: O odchyleniu komplementów przy sprawach precypitacyjnych. Uhlich: Przypadek ostrej osutki bromowej w chorobie Basedowa. Winternitz: W sprawie techniki hydryatycznej. Litthauer: O brzusznem skręceniu sieci i wstecznem uwięźnięciu przy istniejącej przepuklinie pachwinowej. Kutscher: Dur, woda i środki spożywcze. — Nr. 16. Bashford: Kilka uwag o metodyce doświadczalnego badania raków. Pick: Ochronoza. Schmidt: Przejściowa obustronna ślepota z utrzymanem oddziaływaniem źrenic i afazyą amnestyczną po napadzie drgawek. Cohn: W sprawie operacyi Bottiniego. Vogel: O moczeniu krwawem.

Redakcya otrzymała: Gluziński i Reichenstein: T. zw. „myeloma" i białaczka limfatyczna. Odb. z „Tygodn. lekar." 1906. — Starzewski: O zakażeniu ciążowem. Odb. z „Tygod. lek." 1906. — Barzycki: Sprawozdanie roczne o inspekcyach w roku 1902. Odb. z „Przegl. hig." 1905.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 25 kwietnia 1906 o godz. 6 wieczór w **Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4) z następującym porządkiem dziennym: 1) Dr. Nitsch: „O wściekliźnie". 2) Dr. Zanietowski junior: „O wyniku moich 22 prac w stosunku do najnowszych praw i zdobyczy elektrobiologii".

Duotal

Duotal „Heyden“, bezwonny i bez smaku przetwór gwajakolu, zawiera przeszło 90% związanego, w ustroju uwalniającego się gwajakolu. Nie nadżera; nietrujący; najwrażliwsi nawet chorzy znoszą go dobrze i chętnie zażywają. Wyborny lek w **gruźlicy płuc i przewlekłych nieżytach narządów oddechowych. Odkaża jelita w durze i nieżycie jelit.**

Xeroform

Najlepiej zastępuje jodoform. Zupełnie nietrujący, nie drażni, znakomicie wysusza i ogranicza wydzielinę, tamuje krwawienie i koi ból. Silnie odwania. Najszybciej wywołuje **pokrywanie się ran naskórkiem.**

Novargan

Prawie wcale niedrażniący przetwór srebrowy. „Obecnie najlepszy lek w ostrym wiewiórze“.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 d

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

KLISZE

na cynku, mosiądzu i miedzi do wszelkich wydawnictw, kart z widokami i t. d. najlepiej wykonywa

Zakład reprodukcyi fototechnicznej
T. Jabłońskiego i Spółki w Krakowie
ul. Franciskańska 4. Nr. telefonu 614. 79

Wyrób i główny skład u Karola Jahra, apt. w Krakowie.

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr“

Przetwór leczniczy składający się: z Kali jod 0·05 Ferratin 0·10 Calc. glycer. phosph. aa. 0·10 o przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.

Pastilli Joda-Ferrati comp. „Jahr“ polecane są z dobrym skutkiem przy blednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t. p. 183

Dawka dzienna: dla dzieci 2—4 sztuk, dla dorosłych 6—9 sztuk.

Tylko w oryginalnych pudełkach zawierających 24 sztuk.

Cena 2 koron 50 halerzy.

Składy we wszystkich aptekach.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza.

Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. d.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 157

Cena flaszki 1 K. 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

Pilulae Sanguinalis Krewel.

Znakomity środek przeciw *niedokrwistości* i *blednicy*, jakoteż przeciw wszystkim chorobom, przebiegającym z *niedokrwistością*.

Okazał się bardzo skutecznym w następujących kombinacyach: **Pil. sanguinalis Krewel cum kreosot. Guajakol. carb. i Acid. arsenic., Chinin., Jod., Natr. cynnam., Lecithin., Acid. vanadinic., Ichtyol., Extr., Rhei.**

Liquor Sanguinalis Krewel.

Nadaje się szczególniej w *praktyce kobiecej i dziecięcej* jakoteż we wszystkich przypadkach, gdzie nie można użyć pigułek.

Wybitny środek *wzmacniający*, szczególniej w postaci Liquor Sanguinalis cum Malto, Lecithino, Vanadin.

Krewel & Co. G. m. b. H.
Fabryka chemiczna.

Nowym, idealnym sposobem podawania tranu jest

Sanguinalowa zawiesina tranu

Smak przyjemny. — Chorzy łatwo go znoszą. Wybitnie skuteczny.

(Liquor Sanguinalis Krewel c. Ol. Jecoris Aselli).

Kolonia
(Köln a/Rh)
Eifelstrasse 33.

TAENIOL (według Dr. Goldmana).

Zupełnie nieszkodliwy, szybko działający

środek czerwiogubny.

Okazał się jaknajskuteczniejszym w chorobie tęgoryjcowej (*Ankylostomiasis*). — Równie skuteczny przeciw *tasiemcom, glistom* i *glistnicom*.

Taeniol nie zawiera żadnych składników korzenia Fusca.

VAPORIN (według Dr. Städtlera).

Bardzo pewny, zupełnie nieszkodliwy 179

środek przeciw krztuścowi,

parując w gorącej wodzie sprawia szybkie zmniejszenie się ilości i trwania napadów.

Rok XLV. Kraków 28 Kwietnia 1906. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych (Prof. Reiss) Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O stosunku rozwoju krętka bladego (*treponema pallidum Sch.*) do okresów kiły.

Skreślili

Dr Fr. Krzyształowicz docent pryw. dermatologii Uniw. Jag. i **Dr Michał Siedlecki** prof. biologii Uniw. Jag.

W piewszej naszej pracy [1]) stwierdziliśmy, że w zmianach zarówno pierwotnych, jak i wtórorzędnych, znaleźć można łatwo mniej lub więcej obfite krętki Schaudinn-Hoffmanna (*Spirochaete pallida Sch., Spironema Vuillemin, Treponema pallidum*). Dalej zwróciliśmy uwagę na pewne szczegóły w ich ułożeniu: obok krętków pojedynczych spotyka się je nierzadko, ułożone po kilka razem podłużnie jakby w kolonie, dalej krętki, wybitnie grubsze od zwyczajnych, a wreszcie krętki, rozszczepione i splecione ze sobą. Zaznaczyliśmy zarazem, że rozszczepianie się krętków uważać można za okres podłużnego podziału, przebiegający podobnie, jak to Schaudinn opisuje co do krętka Ziemanna.

Po naszej pracy pojawił się cały szereg prac o tym przedmiocie, wskazujący mniej lub więcej dobitnie na obecność krętków w różnych zmianach kiły wczesnej i dziedzicznej nietylko w wydzielinach tych zmian, ale i w samych tkankach.

Szczególną wagę ma praca późniejsza Schaudinna [2]), który przy dalszych badaniach cech postaciowych obu przez siebie opisanych krętków (*sp. pallida* i *refringens*) zwraca głównie uwagę na to, że krętek blady ma na obu końcach ciała nitki, których brak krętkowi załamującemu światło. Błonę falującą widział Schaudinn wyraźnie tylko w tym drugim rodzaju krętków, sądzi jednak, że istnieje ona także i w krętku bladym, chociaż dotąd nie udało się uczynić ją widoczną.

Na mocy późniejszych naszych badań kilkudziesięciu przypadków [3]) różnych postaci kiły wczesnej stwierdzić możemy przedewszystkiem, że krętki blade można zazwyczaj łatwo rozpoznać po nitkowatem, ostro zakończonem ciele, oraz gęstych i stromych skrętach. Czasami jednak zauważyć można tak na materyale świeżym (żywym), jak i w preparatach ustalonych, że ciało krętków przy ruchu może się kurczyć (fig. 3) przez co staje się grubsze, a jego skręty mniej strome i mniej gęste tak, że grubości krętka bladego nie można zaliczać do znamion gatunkowych. Właściwem zatem znamieniem tego krętka są ostre jego końce (fig. 1).

Na tych krętkach skróconych i zgrubiałych spostrzeżono pierwszy raz jądro tych tworów, które zobaczyć można przy dobrem barwieniu którąkolwiek z używanych metod, nawet w krętkach cienkich (fig. 2). Jądro występuje zazwyczaj w części mniej skręconej i z początku sprawia wrażenie, jak gdyby krętek był przerwany. Pochodzi to stąd, że jądro, jak to bywa u niektórych pierwotniaków, zawiera bardzo mało chromatyny, która gromadzi się w karyosomie. To też przy dokładniejszem badaniu spostrzega się, że przestrzeń wolna w krętku jest otoczona ze wszystkich stron bardzo delikatnym zarysem; a niejednokrotnie widzieć można na jednym końcu jądra drobne ciemniejsze ciałko, jak gdyby rodzaj karyosomu.

Na mocy tych szczegółów: obecności jądra w ciele, mogącem się poruszać, a przez to i zmieniać kształt ciała — zaliczyć można krętek blady do pierwotniaków (*protozoa*).

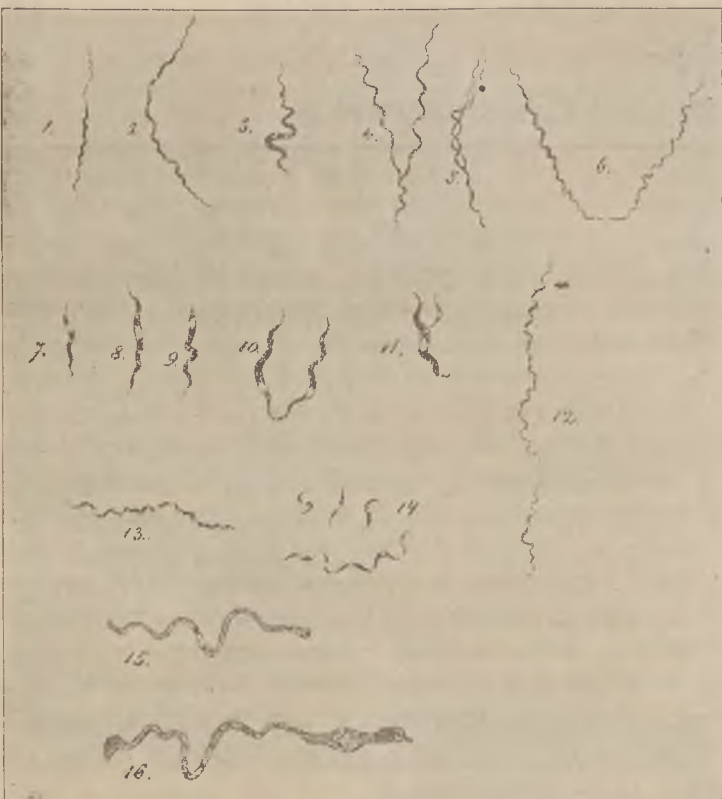
Zwierzę to w postaci krętka może się dzielić podłużnie, — jak to opisaliśmy w pierwszej pracy, — tworząc postacie widełkowate lub splecione (fig. 4, 5, 6). Albo podzielone krętki mogą się obrócić o 180° i ustawić się w jednej osi, naśladując jeden duży krętek. Albo nawet krętki mogą się, nie tracąc związku między sobą, jeszcze raz podzielić, a wtedy spostrzedz można trzy lub więcej krętków, złączonych w jeden szereg (fig. 12).

Dotąd zatem mogliśmy mówić tylko o podziale bezpłciowym, — dopiero dalsze badania zmian kiłowych zaniedbanych, dłużej trwających, dały nam stanowcze wskazówki, że zwierzę to może zmienić swój kształt i przejść przez objawy rozrodu płciowego. Spostrzegaliśmy bowiem różne postacie przejściowe między krętkiem, a świdrowcem, a wreszcie i tę ostatnią postać (fig. 7, 8, 9). Przedewszystkiem widzieliśmy ciała, podobne do skurczonych krętków, ale nieco grubsze i obłe na jednym końcu, zawierające w najgrubszej części ciała jądro bez widocznego zrębu chromatynowego, ale opatrzone na końcu, zwróconym ku wydłużonej części ciała, podobnem ciałkiem (jak gdyby blepharoblast) i mające błonę falującą — czyli widzieliśmy typowy obraz świdrowca, dla którego zaproponowaliśmy nazwę: *trypanosoma*

[1]) Przegląd lekarski, 1905, 31.
[2]) Deut med. Wochensch. 1905, str. 1665.
[3]) Obfitość materyału zawdzięczamy uprzejmości kol. prym. Dra Borzęckiego i Prof. Reissa, jakoteż asystentów Dra Stopczańskiego i Dra Lenartowicza.

[4]) Szczegóły znaleźć można w pracy naszej, ogłoszonej w „Rozprawach wydz. matem. przyrod. Akademii umiej. w Krakowie“, 1900. T. XLV. Ser. B.

luis [4]). Stwierdzenie, że krętek przejść może w postać świdrowca, jest wielkiej wagi, rzuca bowiem światło na przyrodę tworów, zwanych dotąd prątkami krętymi (*spirillum*) i zaliczanych do bakteryi. Dalej spostrzeżenia te zgodne są z zapatrywaniami Schaudinna [5]), który krętki uważa za pewną postać rozwojową świdrowców.



W historyi rozwoju krętka bladego świdrowiec odgrywa rolę żeńskiej komórki rozrodczej, makrogameta, — i nie traci możności rozradzania się przez podział podłużny, podczas którego jądro zdaje się ulegać pewnym przemianom (fig. 10).

Obok świdrowców widzieliśmy w tych samych preparatach postacie krętków, znacznie się różniące od zwyczajnych. Ciało ich było znacznie dłuższe i grubsze, przytem zawierały one po kilka jąder o wybitniejszych zarysach i ciałkach silniej zabarwionych, a chociaż skręty były nieco szersze, niż w zwykłych krętkach, to jednak końce ciała były wydłużone i ostro zakończone (fig. 13). Prócz nich znajdowaliśmy twory małe i krótkie o zaostrzonych końcach, zwinięte w jeden skręt wężykowaty i zawierające jądra. Czasami spostrzegaliśmy twory te w szereg ułożone, czasami w podziale podłużnym, podobnie jak zwyczajne krętki. Na mocy tych spostrzeżeń doszliśmy do wniosku, że te drobne twory powstają przez rozpad dużych wielojądrowych krętków, które utworzyć się mogą przez ściślejszy związek między osobnikami krętków, złączonymi w kolonię (fig. 14).

Te małe twory grają rolę komórek męskich, czyli mikrogametów, co stwierdziliśmy przez znalezienie zespalania się ich z osobnikami świdrowców (fig. 11). Dalszego rozwoju nie można było wyśledzić, przedewszystkiem zaś postaci powstałej po zapłodnieniu świdrowca, a przypuszczać tylko należy, że świdrowiec musi przechodzić w jakiś okres spoczynkowy, w jakiś twór, dotąd nam nieznany.

Prócz tych różnych postaci, które można było odnieść do krętków lub świdrowców, znajdowaliśmy jeszcze twory, których znaczenia na razie wytłómaczyć nie umiemy. Jedne, były to ciała rożkowato zgięte i na końcach zaokrąglone, opatrzone jądrem, inne okrągłe, także o wyraźnem jądrze, wielkością do $^1/_6$ średnicy krwinki czerwonej dochodzące, — trzecie wreszcie: twory wrzecionowate, proste lub nieco zakrzywione, o jednem lub więcej jądrach. Najwięcej uwagi zwróciły twory, znalezione w surowicy, wziętej ze sztucznie wywołanego pęcherza na powierzchni guzka kiłowego. Były to ciała podłużne, powyginane falisto, lecz nieregularnie, znacznie dłuższe i znacznie grubsze od zwykłego krętka; na końcach tych ciał spostrzegaliśmy rozszerzenia mniej lub więcej wyraźne, w niektórych nawet w płaty wyciągnięte. Plazma ich barwiła się słabiej, niż ciała krętków, a w niej widać było kilka jąder, rozmaicie ułożonych (fig. 15, 16).

Na razie trudno określić znaczenie tych zagadkowych tworów, nasuwa się jednak przypuszczenie, że mogły one być postacią rozwojową krętka bladego *(spirochaete pallida)*.

Biorąc na uwagę te różne postacie krętków i ich przemiany, stwierdzić trzeba, że przynajmniej niektóre z nich odpowiadają pewnym postaciom klinicznym choroby. To też już dziś, — przypuszczając przez analogię z innymi tego rodzaju pasorzytami, że istnieją różne okresy rozwoju krętka bladego Schaudinna, — sądzić również należy, że rozwój pasorzyta jest przyczyną tego obrazu chorobowego, jaki widzimy w kile, a przedewszystkiem okresowego pojawiania się zmian. Na razie, nim badania pasorzyta w stosunku do różnych postaci chorobowych nie będą zupełnie pewne i stanowcze, połączenie to okresów rozwojowych zwierzęcia z okresami choroby musi pozostać w sferze mniej lub więcej pewnych przypuszczeń. Przypuszczenia takie co do zależności okresów choroby od jakości postaci pasorzyta wyraził Hallopeau [6]), mówiąc o stosunku kiły wczesnej do kiły późnej i Lipschütz [7]), który widział w zmianach kiłowych krętki, niewątpliwie do typu bladego należące, ale innej wielkości i innego kształtu, niż zazwyczaj spostrzegane.

Skoro jad kiłowy dostanie się przez obrażony naskórek do ustroju, powstaje po pewnym (3—4 tygodni) okresie, wolnym od oddziaływania, w miejscu zakażenia naciek, który nazywamy pierwotnym objawem kiły *(sclerosis initialis)*. Obrzęki gruczołów chłonnych pojawiają się prawie równocześnie, częściej jednak w pewien czas po pojawieniu się wrzodu. Już w chwili pojawienia się nacieku pierwotnego uważamy chorobę za ogólną, a nie miejscową — tak, że wycięcie nacieku, a nawet wyłuszczenie gruczołów chłonnych, najbliższych miejsca zakażenia, opóźnia wprawdzie najczęściej wystąpienie zmian ogólnych, ale im nie zapobiega. W niektórych przypadkach jednak stwardnienie pierwotne zdaje się być tylko objawem miejscowym, znane są bowiem przeszczepienia się wrzodów na miejsca sąsiednie.

W odniesieniu do znalezionych krętków przypuszczać zatem trzeba, że jad dostaje się do ustroju w postaci, zdol-

[5]) Generations- u. Wirtwechsel bei Trypanosoma u. Spirochaete. Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte. T. XX. Z. 3. 1904.

[6]) Journ. de mal. cut. et syph. 1905. 8, 9.

[7]) Deutsch. med. Woch. 1905, 46.

nej do rozrodu bezpłciowego, który następuje prawdopodobnie zaraz po dostaniu się krętka do tkanek ustroju i rozmnożywszy się w znacznej ilości, wywołuje powstanie nacieku w około naczyń powierzchownych skóry, jaki widzimy w zmianie pierwotnej. Możnaby przypuszczać zarazem, że rozwój nacieku w około naczyń warstw powierzchownych powłok skórnych stoi w związku z wymianą tlenu tej warstwy skóry lub może z wymianą materyi odżywczych, doprowadzonych do warstwy skóry, szybko się odnawiającej. Równocześnie pasorzyt przechodzi prawdopodobnie w tej postaci do gruczołów chłonnych najbliżej leżących i wywołuje tak w nich, jak i w drogach, przez które przechodzi, znamienne zmiany. Tem samem przyjąć trzeba napewno, że naczynia i gruczoły chłonne w otoczeniu miejsca wejścia jadu są zakażone. Jako dowód z kliniki przytoczyćby można tak częsty objaw stwardnienia naczynia chłonnego na grzbiecie prącia i tak często powstające nawroty w okolicy, zajętej pierwotnie przez wrzód stwardniały.

Zarazem jednak przypuszczać trzeba, że z chwilą rozmnażania się krętków powstają równocześnie i toksyny, które łatwiej i szybciej, niż same krętki, dostają się do obiegu krwi i wywołują odporność na jad, która trwa zazwyczaj przez całe życie zakażonego.

Wyjątkowe przeszczepianie się nacieku pierwotnego, zazwyczaj w sąsiedztwie lub w miejscu stykania się płaszczyzny wrzodu ze skórą przeciwległą, możnaby wytłómaczyć rozchodzeniem się krętków drogami chłonnemi w otoczeniu, gdzie miejscowe drażnienie wywołuje przekrwienie, sprzyjające najprawdopodobniej przez dowóz większej ilości materyałów odżywczych czynności rozrodczej zakażających istot. I stąd w miejscu drażnienia występuje wkrótce po pierwszym nacieku zmiana o znamionach nacieku pierwotnego. Tak samo w zmianach, powstających tak często w otoczeniu zmiany kiłowej pierwotnej na prąciu, a nie mających cech kiły, — znaleźliśmy dwa razy w dwóch badanych przypadkach wyraźne krętki blade.

Badania wydzieliny nacieku pierwotnego pouczają, że przypuszczenia te mają wybitną podstawę w różności postaci znalezionego rozmnażającego się jadu. W naciekach świeżych spostrzega się dużo krętków różnej długości, przeważnie dobrze rozwiniętych, — w wielu zaznacza się jądro, w niektórych widzi się podział podłużny, — inne układają się w podłużne kolonie. W naciekach, nieco dłużej trwających (2—3 tygodnie), ilość dobrze wykształconych krętków zmniejsza się znacznie, — spotyka się je tylko tu i owdzie w preparacie z wyciśniętej z nacieku cieczy surowiczej. Obok nich jednak spostrzega się drobne krętki, opisane powyżej, których ilość zwiększa się w ciągu trwania wrzodu. W jeszcze późniejszym okresie, kiedy naciek zaczyna się pokrywać od brzegów naskórkiem, typowe krętki trudno znaleźć, a pojawiają się postacie przejściowe i świdrowce (*trypanosoma*), z których niektóre znajdują się w okresie kopulacyi z mikrogametami.

Te szczegóły rozmaitej postaci pasorzyta w różnym okresie rozwoju nacieku pierwotnego są nader ważne, — bo zdają się dowodzić, że pasorzyt może się rozmnażać drogą bezpłciową tylko przez pewien szereg pokoleń, poczem zdolność do rozwoju bezpłciowego słabnie, a może i całkiem zanika. Dopiero przejście przez objawy płciowe powraca pasorzytowi na nowo możność rozradzania się przez prosty podział.

Najtrudniej wytłómaczyć z zachowania się pasorzytów czas wylęgania się choroby: — od chwili wejścia jadu do ustroju aż do czasu powstania nacieku pierwotnego, który rozwija się wtedy, kiedy zakażenie już jest ogólne.

Różny czas wylęgania się spostrzegamy prawie we wszystkich chorobach zakaźnych mikrobowych i w tych przypuszczamy, że dla rozwoju choroby potrzeba pewnej ilości mikrobów, które wchodząc przez wrota zakażenia do ustroju, w nim się rozmnażają. A zatem wnosić można, że i w zakażeniu krętkami kiłowymi potrzeba pewnego czasu, aż wytworzy się dostateczna ich ilość, która jest powodem powstania nacieku pierwotnego, a wytworzone przez nie toksyny obwiniać trzeba o uodpornienie całego ustroju, niezdolnego od tej chwili do zakażenia kiłowego. Szczepienia na małpach i badania krwi i wydzielin w tym okresie wylęgania mogą w przyszłości przyczynić się do wyświetlenia tej sprawy, do ugruntowania tego przypuszczenia. Analogiczny czas wylęgania spostrzegano i w zimnicy (do 12 dni), w której to chorobie przyczyną jest podobny jad, — i w tej zatem, istoty zakażające, dostające się do ustroju z kłującego owada, muszą się rozwinąć w ustroju i dopiero w chwili znacznego rozmnożenia się zakażających tworów występują nagle ogólne objawy choroby. W kile zaś pojawia się zmiana w miejscu zakażenia i obrzęk gruczołów chłonnych sąsiadujących bez wyraźnych objawów ogólnych, ale z uodpornieniem ustroju na jad kiłowy, — co do pewnego stopnia przemawia już za ogólnem zakażeniem ustroju.

Ten stosunek objawu pierwotnego do ogólnego zakażenia ustroju możnaby tłómaczyć tem, że z pomiędzy pasorzytów, rozwijających się we wrotach zakażenia, przeważna część pozostaje wśród tkanek, bezpośrednio dotkniętych zakażeniem; pewna tylko ilość krętków rozchodzi się odrazu, najprawdopodobniej przez narząd chłonny, po całym ustroju. Krętki, pozostające w znacznej ilości w miejscu, wywołują naciek pierwotny skutkiem bezpośredniego działania na otoczenie; niewielka przypuszczalnie tylko ilość krętków, rozchodzących się po ustroju, jest zbyt słaba, by wywołać równocześnie z pojawieniem się nacieku pierwotnego podobne zmiany i w innych tkankach, — jednakowoż może się znacznie przyczynić do wywołania uodpornienia całego ustroju.

Po pewnym czasie choroby utajonej, a względnie drugim okresie wylęgania kiły, występują w skórze wysypki ogólne, t. zw. drugorzędne, zajmujące duże obszary skóry, a nierzadko i błony śluzowe. Klinicznie zatem nazywamy te objawy ogólnym wybuchem choroby. Ale już ten pierwszy wybuch choroby ogólnej uważaćby można za nawrót choroby, który może się pojawiać w bardzo rozmaitej postaci.

W wielu przypadkach jednak spostrzega się jeszcze przed wybuchem wysypki objawy, świadczące o zakażeniu ogólnem. U jednych chorych na pewien czas przed wybuchem zmian w skórze, u innych prawie równocześnie z poczynającą się wysypką, pojawiającą się powoli na różnych częściach ciała, rozwija się ogólne osłabienie, ból głowy, często dreszcze i gorączka, do 40° dochodząca, — czasami wymioty lub inne przypady ze strony żołądka lub jelit.

Na mocy tych objawów przypuszczaćby zatem trzeba, że jad uorganizowany, odmłodzony po przejściu przez rozród płciowy, dostaje się w tym okresie wylęgania, odmiennym od pierwszego, — w którym wrzód jest zupełnie zagojony, —

do obiegu krwi i rozmnażając się bardzo szybko, wywołuje przepełnienie ustroju zakażającemi istotami, a tem samem jest przyczyną tych objawów ogólnych, o których poprzednio wspomnieliśmy.

Dotąd tłómaczono te objawy powstawaniem toksyn tak, że okres ten odnoszono raczej do zatrucia (*intoxicatio*), niż do zakażenia (*infectio*). Obecnie, kiedy jad jest nam znany, a po części i jego przyroda, możemy raczej przypuszczać, że to zakażenie, jadem rozmnażającym się, czy rozchodzącym się przez obieg krwi po całym ustroju, jest przyczyną powstawania takich objawów, jakie spostrzegamy nierzadko w różnych zakaźnych ostrych chorobach, mających także swe objawy w skórze. Ale tem samem przypuszczaćby należało, że muszą gdzieś w ustroju istnieć miejsca, w których są korzystne warunki dla rozrodu pasorzyta. Mimowoli nasuwa się myśl, że to narząd chłonny daje te pomyślne warunki dla ich rozwoju.

Badanie nacieków pierwotnych dłużej trwających, jakoteż gruczołów, dawałoby w tym względzie pewne wskazówki. Tu bowiem znajdowano, jak wspomnieliśmy, mało krętków, a mikrogamety i świdrowce, a czasami i ich zespolenia. Przypuszczać zatem można, że po kopulacyi powstają jakieś inne postacie albo po ich rozmnożeniu krętki, — i że te rozchodzą się przez obieg krwi, a może limfy po ustroju, który wtedy oddziaływa na to objawami ogólnymi. Dopiero w chwili osadzenia się tych odmłodzonych tworów w różnych miejscach skóry następuje wybuch wysypki w skórze, pojawiającej się nie odrazu na całej jej powierzchni, ale występującej powoli na brzuchu, grzbiecie i klatce piersiowej, a później dopiero na kończynach. Ważnem jest dodać, że w tym okresie choroby są obrzękłe najczęściej gruczoły chłonne nietylko pachwin, czy innych najbliższych miejsca zakażenia, ale i innych miejsc, w których gruczoły te mają swą siedzibę.

Przypuszczamy zatem, że jad rozchodzi się po ustroju w jakiejś innej postaci lub w postaci krętków, które powstają z komórki zapłodnionej i następowe bezpłciowe rozmnażanie jest przyczyną, podobnie jak w zmianie pierwotnej kiły, powstawania znamiennego nacieku w około naczyń, dającego klinicznie obraz plam, guzków i t. p. zmian. I znowu badania mikroskopowe pasorzytów z soku, wyciśniętego z wyciętego guzka albo cieczy surowiczej z pęcherza, na guzku wywołanego, — w przypadkach niedługo trwającej wysypki, przekonywało o obecności dużej ilości krętków, zazwyczaj długich i dobrze rozwiniętych. Natomiast w guzkach, istniejących czas dłuższy (4—10 tygodni) mimo, że nacieki w skórze były bardzo wybitne, ilość krętków była znacznie mniejsza, a spotykało się prócz tego drobne i skąpe świdrowce. W płynie zaś surowiczym, wziętym z pęcherzy, wywołanych na guzkach starszych, krętków długich zupełnie nie było, natomiast znaleźliśmy tu i owdzie świdrowce i ciała pełzakowate (amebowate), o których poprzednio wspomnieliśmy.

Badania gruczołów chłonnych stwierdziły obecność krętków, — ale dotąd nie przeprowadzono tych badań jeszcze tak ściśle, aby módz stwierdzić na pewno, czy istnieją w nich inne jakieś twory.

Znanym jest ogólnie, o czem wspomnieliśmy powyżej, wpływ drażnienia skóry na występowanie wysypek kiłowych. Dlatego obok wysypki ogólnej, zajmującej znaczne przestrzenie skóry, spotykamy większe nasilenie choroby w miejscach drażnionych, n. p. u kobiet tak często kłykciny sączące na wargach sromnych, u mężczyzn na skórze worka mosznowego, wewnętrznej stronie ud i koło otworu stolcowego. U palaczy powstają tak często zmiany w ustach i gardle, a w ogóle w skórze pojawiają się zmiany w miejscach narażonych na dłuższy ucisk, n. p. w pasie u kobiet. Bezwątpienia miejsca uciśnięte, czy drażnione, ulegają przekrwieniu, co z jednej strony sprowadzić może więcej pasorzytów w obszar drażnionej skóry, a z drugiej i lepsze warunki dla ich rozwoju.

Trudniej może wytłómaczyć powstawanie nawrotów kiły, które rozwijają się zazwyczaj bardzo nieregularnie co do czasu, miejsca zmian i ich rozłożenia. Pierwsza wysypka powstaje zazwyczaj prawie na całej powierzchni skóry, zajmuje duże obszary, — nawroty przeciwnie sadowią się częściej tylko na tułowiu i rozkładają się niesymetrycznie i skąpo w skórze lub błonach śluzowych. Przypuszczać zatem trzeba, że istota powstała po zapłodnieniu pozostaje nietylko gdzieś w określonem miejscu w ustroju, n. p. w gruczołach chłonnych, ale że może krążyć w obiegu krwi, a nawet osadzać się w naczyniach obwodowych skóry. Same przez się istoty te zmian nie wywołują, a wykwity kiłowe powstają dopiero wtedy, gdy z tych istot trwałych rodzą się krętki, wywołujące nacieki. Stąd we wszystkich zmianach krótko trwających, czy pierwszej wysypki, czy też nawrotów, znaleźć można łatwo mniej lub więcej obfite krętki, które przy dłuższem trwaniu wykwitów ulegają przeobrażeniom, o których poprzednio wspomnieliśmy, — i znowu wytwarza się twór stały po zapłodnieniu.

Z doświadczenia klinicznego wiemy, że ilość nawrotów nie jest stałą, że zależy najprawdopodobniej od własności osobniczych ustroju, która oddziaływa w różnym stopniu na istniejący w ustroju jad. Z ilości tych nawrotów, z ich postaci, nie można również wnosić, czy choroba wygasła w zupełności, — czy nie pojawi się po latach w postaci, którą nazywamy późną, czy trzeciorzędną. Nie zamierzamy zastanawiać się tutaj nad częstością pojawiania się tych zmian późnych, nad warunkami, w jakich występują, — nad całą tą sprawą. tak często roztrząsaną w piśmiennictwie, ale dotąd ostatecznie nierozstrzygniętą. Ale mimowoli nasuwa się pytanie co do stosunku znanego jadu kiłowego do tych właśnie odrębnych zmian kiłowych późnych. Najwybitniejszą różnicą kliniczną jest ta okoliczność, że zmiany te sprowadzają zniszczenie tkanek tak, że po ich ustąpieniu pozostają mniej lub więcej wyraźne blizny. Badania histologiczne potwierdzają w zupełności obraz kliniczny, wskazują na tworzenie się wśród nacieku tworów olbrzymich, zarośnięcie naczyń, obumarcie całych przestrzeni tkanek. Poszukiwania krętków w kile późnej, tak różnych autorów, jak i nasze, dały jednak wynik ujemny tak, że na razie sprawa pozostaje tak ciemną, jak dotąd była, — odkrycie jadu kiłowego nie dało jak dotąd żadnych wskazówek, któreby sprawę tę wyjaśniły.

Szczepienia doświadczalne na małpach stwierdzają jednak z drugiej strony ciekawe szczegóły w tej sprawie: Finger uzyskał raz wynik dodatni po szczepieniu ściany kilaka, podobnie dwukrotnie Neisser. Obaj ci autorowie jednak nie wiedzą, jak długo w ich przypadkach choroba trwała, czy był to i co do czasu okres późny, czy też zmiany te wystąpiły w niedługi czas po przebyciu wrzodu pierwo-

tnego[8]). A doświadczenie kliniczne poucza nas znowu, że istnieją postacie kiły o przebiegu złośliwym, w których już we wczesnym okresie wystąpić mogą zmiany rozpadowe, czy to w skórze, czy nawet w narządach wewnętrznych. Badania nasze takich zmian w skórze w przypadkach kiły złośliwej stwierdziły obecność krętków, co wskazuje wraz z poprzedniemi doświadczeniami Fingera i Neissera, że w tych zmianach rozpadających się, — w których głównym objawem jest z początku zawsze silny naciek w około naczyń, — krętki także odgrywają ważną rolę. Sam zaś rozpad tkanki może być zawisły w równej mierze tak od następowych zmian w chorym ustroju, jak i zmienionej postaci pasorzyta, dotąd nam jednak nieznanej.

Obok tego nasuwa się także sprawa zaraźliwości kiły i jej okresów. Kiedy zaraźliwość ta ustaje, — właściwie nie wiemy; pojawienie się zmian o znamionach późnych nie dowodzi jeszcze wygaśnięcia zakaźności, jak tego dowodzą choćby powyżej wspomniane szczegóły, — kryteryum zatem żadnego nie ma. Z dotychczasowych badań przypuszczaćby można z największem prawdopodobieństwem, że, aby wywołać zakażenie, jad kiłowy dostać się musi do ustroju w postaci, zdolnej do rozrodu bezpłciowego, a zatem albo w postaci komórek zapłodnionych, albo w postaci młodych krętków.

Ważniejszą zdaje się być sprawa odporności ustroju zakażonego na jad świeży z poza ustroju. Wiadomo powszechnie, że już w chwili pojawienia się nacieku pierwotnego osobnik, nim dotknięty, jest odporny na zakażenie; jad z poza ustroju zatem wywoła u zakażonego poprzednio osobnika co najwięcej zmianę, odpowiadającą okresowi drugorzędnemu. Przypuszczaćby zatem należało, że właściwie skóra nie jest w całości na jad odporną — zwłaszcza, jeżeli się uwzględni pojawienie się wysypki, która nie mogłaby powstać w razie zupełnej odporności. Obok tego jednak widzimy nierzadko, że przeszczepienie innego jadu, drażnienia mechaniczne czy chemiczne skóry u kiłowych mogą wywołać wystąpienie zmian podobnych nawet w tym okresie, kiedy nie ma jeszcze objawów ogólnych wtórorzędnych. Te szczegóły dowodziłyby znowu, że jakikolwiek bodziec działa w tym razie podrażniająco i w ten sposób pobudza rozwój, albo wywołuje napływ istniejących w ustroju krętków do jakiegoś miejsca powłok skórnych, niezupełnie odpornego na jad. Możnaby zatem przypuszczać wraz z Neisserem, że istnieje odporność chwilowa, okresowa, występująca naprzemian z okresami, w których tej odporności nie ma. Wreszcie ze względu na rozwój jadu, na jego okresy i różne postacie możnaby przyjąć odporności różne, związane niejako z postacią okresową jadu. Dlatego w ustroju, nieoddziaływającym na istniejące w nim komórki zapłodnione, wystąpić mogą objawy, dla kiły znamienne, przez wprowadzenie weń krętków z drugiego osobnika lub też dostanie się krętków do powłok skórnych z samego ustroju, poprzednio zakażonego.

[8]) W ostatniej pracy („Deut. med. Woch." 1906 Nr. 13) stwierdza Neisser możność przeszczepienia części nierozpadłych kilaków bez względu na ich wiek, podczas gdy części martwe choroby nie wywołują.

Z oddziału chirurgicznego szpitala Izraelickiego w Krakowie. (Prym. Dr Zygmunt Wachtel).

Wyniki lecznicze, osiągnięte zapomocą przekrwienia biernego w 312 przypadkach.

Podał

Dr Roman Glassner.

Rzadko kiedy nowy sposób leczniczy wzbudzał takie zajęcie w szerokich kołach lekarskich, jak podany niedawno pierwotnie przez Biera i jego współpracowników sposób leczenia spraw zapalnych o charakterze chirurgicznym zapomocą przekrwienia biernego. Może pierwszy raz zdarzyło się, że lubo patrzono na nowy sposób z pewnem niedowierzaniem, to jednak doświadczenia, jakie w tym kierunku podjęto, nietylko odbywały się w obrębie zakładów klinicznych i szpitalnych, lecz także odrazu w praktyce prywatnej wielu lekarzy. Złożyły się na to dwa czynniki: po pierwsze łatwość metody, która nie wymaga żadnych osobliwych przygotowań, ani specyalnego wykształcenia, przy bardzo prostych przyrządach; po drugie zaś ta okoliczność, że sprawy chorobowe, które leżą w zakresie leczenia przekrwieniem biernem, są nader pospolite i najczęściej chorzy zgłaszają się z niemi do lekarza-praktyka. Należy jeszcze i to uwzględnić, że lekarze-praktycy tem życzliwiej powitali tę metodę, że dzięki jej mogli nie zwracać się z drobnostkami do chirurga, lecz sami leczeniem kierować. Zyskali na tem i chorzy, których już same wyrazy: „chirurg, operacya" bardzo przygnębiały i którzy nieraz woleli zaniedbywać leczenie, aniżeli zezwolić choćby na najmniejszy zabieg chirurgiczny. Nierzadko spotyka się w ambulatoryach chorych ze zastarzałymi i zaniedbanymi zastrzałami (*panaritium*) lub też próchnieniem (*caries*) jednego lub kilku członków palców, którzy z obawy przed nożem długi czas stosowali najrozmaitsze środki domowe, a tymczasem sprawa chorobowa postępowała, szerząc coraz większe zniszczenie.

Bier i inni starają się leczenie przekrwieniem biernem teoretycznie uzasadnić i chociaż niektóre sądy, przez nich wypowiedziane, nie zupełnie odpowiadają naszym zapatrywaniom i dotychczasowym pojęciom o patologii spraw zapalnych, to z drugiej strony nie można im odmówić sprytu, który nieraz i w zagadnieniach ściśle naukowych ma znaczenie, a nieraz kieruje naszą myśl na właściwe tory.

Ta niezupełna zgodność teoryi z praktyką nakłada na nas obowiązek nagromadzenia jak najbogatszego materyału kazuistycznego, zwłaszcza, że technikę leczenia przekrwieniem prawie każdy chirurg nieco zmienia, często z powodu trudności, nastręczających się w tym lub owym przypadku ze strony chorego lub lekarza, a często też świadomie, jako wyraz ciągłej dążności do uproszczenia wszelkich metod leczenia.

Z tego wychodząc założenia, opiszę wyniki, jakie osiągnęliśmy leczeniem metodą Biera w naszym szpitalu, stosując ją od kwietnia 1905 roku prawie we wszystkich przypadkach, jakie tylko nadarzały się, wskutek czego doszliśmy do dosyć pokaźnej liczby, bo do 312 przypadków. Ze względu na mnogość przypadków trudno opisywać poszczególne; postaramy się więc przedstawić je kolejno grupami, łącząc zmiany chorobowe o tym samym charakterze i nasileniu w jedną grupę, uwzględniając przytem wszelkie zbo-

czenia od zwykłego typu leczenia i od zwykłego przebiegu, aby przez nieodpowiednie uogólnianie nie dojść do fałszywych wniosków. Do wywołania przekrwienia biernego używaliśmy balonów ssących (baniek) najrozmaitszego kształtu i wielkości, stosownie do warunków miejscowych, w części zaś opasek elastycznych.

Pierwsza grupa obejmuje najrozmaitsze postacie czyraków i czyraczności (*furunculosis*) w liczbie 96 spostrzeżeń.

Tu bez żadnych zastrzeżeń możemy potwierdzić wielkie zalety metody Biera; bez względu na tło choroby otrzymaliśmy wyniki znakomite. Leczenie trwało od 3—6 dni, a przebieg był mniej więcej następujący: Jeżeli chory zgłosił się dość wcześnie, w okresie powstawania nacieku, to pod wpływem stosowania baniek naciek z dnia na dzień ustępował. Posiedzenie trwało trzy kwadranse; w tym czasie przykładało się ssawkę na 5 minut z przerwą trzechminutową. Już po pierwszem posiedzeniu chory doznawał zawsze wielkiej ulgi, podnosząc zmniejszenie się przykrego uczucia ciągnącego bolu i powrót swobody ruchów tej części ciała, która była zajętą czyrakiem. Szczególną ulgę odczuwali ci chorzy, u których czyraki były usadowione na karku, co zwykle pociągało za sobą utrudnienie i bolesność przy ruchach głowy.

Jeżeli zaś czyrak uległ już częściowemu zropieniu, to zazwyczaj przy pierwszem stosowaniu bańki ssącej gęsta treść ropiasta w postaci czopa wnikała do bańki, — w następnych zaś posiedzeniach ciemna treść krwawa; w tych przypadkach leczenie się przeciągało i trwało do 6 dni. Niekiedy wobec stwierdzonego ropienia wydobywaliśmy naprzód zapomocą strzykawki punkcyjnej ropę, a potem stosowaliśmy ssawkę. Taki był zwyczajny przebieg, a prawie nigdy nie byliśmy zmuszeni uciekać się do innych zabiegów chirurgicznych.

Raz jeszcze zwracam uwagę na zjawiska takie, jak zelżenie bolu i swoboda ruchów, są one bowiem bardzo dla leczenia sposobem Biera znamienne i powtarzają się w naszych przypadkach stale, bez względu na samą postać chorobową.

Drugą grupą obejmujemy czyraki cięższe (*carbunculus*). Razem przypadków 48. Przebieg i leczenie zupełnie takie, jak wyżej, z tą tylko różnicą, że zamiast ssawek używaliśmy większych balonów, rozrzedzając powietrze osobną pompką. Te czyraki bowiem kilkakrotnie dochodziły 20 cm. średnicy. Jeżeli sobie przypomnimy, iż w tych przypadkach nieraz już musiano się uciekać do większego zabiegu operacyjnego, a następowe leczenie trwało kilka tygodni, to dopiero zrozumiemy wielkie korzyści leczenia przekrwieniem Biera, zwlaszcza, że w naszych przypadkach leczenie to zawsze wystarczało. Leczenie trwało średnio 10—16 dni. Tu zwrócić musimy uwagę na jedną, nader ważną okoliczność. Wiadomo, że takie cięższe czyraki nagabują chętnie osoby, cierpiące na cukrzycę Zabieg krwawy u tych chorych uchodzi za piętę achillesową chirurgów; rozporządzając więc inną metodą leczniczą, bezkrwawą, skuteczną, a przeważnie krótszą, nie można znaleźć dość słów zachęty do stosowania jej właśnie szczególnie w takich przypadkach. Leczyliśmy przekrwieniem biernem 4 czyraki u chorych na cukrzycę, wszystkie z wynikiem zupełnie dobrym.

Następna grupa obejmuje gruczolaki limfatyczne i zapalenia gruczołów limfatycznych (*lymphomata i lymphadenitis acuta non suppurativa*). Razem przypadków 29. Co do pierwszych, to w podobny jak wyżej sposób, stosowaliśmy na gruczoły ssawki Wyniki były różne. O ile w kilku przypadkach stanowczo można było stwierdzić zmniejszenie się gruczołu, to z drugiej strony przyznać trzeba, że w przeważnej części tych przypadków żadnego wyniku nie osiągnęliśmy. Wręcz przeciwnie było przy zapaleniach gruczołów; tu, o ile chory dość wcześnie się zgłosił, kiedy sprawa jeszcze nie przeszła w ropienie (o którem niżej przy ropniach), bez innej pomocy wynik był dobry, to znaczy, że naciek zwolna zupełnie ustępował

Nieco dłużej zatrzymać się musimy nad grupą, obejmującą przypadki zapalenia sutka (*mastitis*). Liczba tych przypadków dochodzi do 31.

Z cierpieniem tem lekarz w codziennej praktyce nader często się spotyka. Leczenie dawnym sposobem, przez liczne nacięcia z następowem sączkowaniem gumowemi rurkami, trwającem prawie zawsze kilka tygodni i wywołującem bliznowate zeszpecenie piersi — było dla kobiet, dotkniętych tem cierpieniem, długim okresem fizycznego i moralnego udręczenia; zwrócić trzeba uwagę i na to, że zapaleniu sutka podlegają przeważnie kobiety młode, które pomimo zupełnego braku próżności nie mogły nigdy obojętnem okiem patrzeć na estetyczne skutki dawnej metody leczenia, o czem i lekarz ma obowiązek pamiętać. Ale natem nie koniec. Zniszczenie całego szeregu przewodów gruczołowych wskutek szerokich nacięć i drenowania nie jest dla osoby karmiącej rzeczą obojętną. Ileż to razy gruczoł sutkowy po przebyciu takiego leczenia utracił zdolność wytwarzania pokarmu! Porównując teraz dobre wyniki leczenia zapalenia sutka przekrwieniem biernem, mając na względzie, że metoda ta zaoszczędza chorej wiele cierpień, że nie zeszpeca piersi i czynności gruczołu nie upośledza, największy nawet sceptyk zachęci się do stosowania przekrwienia biernego choćby tylko w tej sprawie chorobowej.

Postępowanie nasze w zapaleniach sutka było następujące. We wczesnym okresie stosowaliśmy duże balony ssące na całą pierś codziennie przez trzy kwadranse z 3-minutową przerwą po 5 minutach (jak wyżej). Bardzo często to wystarczało i naciek po kilku dniach ustępował. Jeżeli zaś znaleziono jakieś miejsce chełboczące, czy to przy zgłoszeniu się chorej, czy też dopiero w toku leczenia, to bezzwłocznie albo zwyczajną strzykawką punkcyjną albo też przyrządem Potaina wypuszczaliśmy ropę, a następnie w sposób zwykły stosowaliśmy balon ssący. W wyjątkowych przypadkach, gdy chełbotanie było na większej przestrzeni, robiliśmy małe nacięcie, a właściwie nakłucie nożykiem kończastym, poczem przykładaliśmy balon. Nigdy nie sączkowaliśmy (drenami). Ranę opatrywaliśmy tylko powierzchownie. Najkrótszy czas leczenia wynosił 5 dni, najdłuższy 29.

Z kolei omówimy najrozmaitsze rodzaje ropni (*abscessus*), leczone również tą metodą, t. j. stosowaniem baniek ssących. Było ich 54. Nie dzieląc tych przypadków według tła i źródła ropni, gdyż dla leczenia jest to obojętne, zaznaczamy tylko, że mowa tu o ropniach ograniczonych i otorbionych, a nie o ropieniu rozlanem (o czem poniżej będzie mowa), a mających postać obrzęków ściśle ograniczonych, chełboczących. Rozumie się więc samo przez się, że niejedna postać chorobowa z poprzednich grup i tu się

znajduje, o ile przeszła w ropień. Tu zawsze przed stosowaniem bańki wypuszczaliśmy ropę albo strzykawką, albo przez nakłucie końcem spiczastego nożyka, poczem bezpośrednio przykładaliśmy bańkę ssącą tak, że cała treść ropna przez bańkę bywała wsysaną. Po 5-minutach bańkę zdejmowaliśmy, a po 3-minutach przerwy znowu przykładaliśmy i tak naprzemian przez 3 kwadranse. Opatrzywszy otworek całkiem powierzchownie przylepcem, polecaliśmy choremu zgłosić się nazajutrz. Podczas dalszych posiedzeń nigdy już prawie nie znajdowaliśmy w przystawionej bańce treści czystoropnej, lecz raczej treść rzadką, surowiczokrwawą z ledwo dostrzegalną przymieszką ropy. Podkreślam to zjawisko, albowiem ono stale się powtarza także przy ropowicach (*phlegmone*), leczonych opaską Biera, o czem niżej będzie mowa. W ten sposób leczyliśmy wszystkie prawie ropnie w ostatnich czasach. Nigdy nie nacinaliśmy szeroko, unikając przez to szpecących blizn.

Zanim przejdę do omówienia spraw zapalnych, leczonych opaską Biera, wspomnę jeszcze o 5 przypadkach przetok, powstałych po ropniach ostrych, i jednym przypadku przetoki po ropniu zimnym, również leczonych bańką ssącą. Leczenie trwało znacznie dłużej, jednak cel osiągnięto, przetoka bowiem wreszcie się zamknęła i zabliźniła.

Nawiasowo warto też wspomnieć o wysięku przy- i pozamacicznym, leczonym na oddziele ginekologicznym naszego szpitala również balonami ssącymi. Wysięk z dnia na dzień się zmniejszał, wreszcie w zupełności ustąpił. W innym przypadku wysięku przymacicznego osiągnięto znaczną poprawę. Wreszcie nie mogę także pominąć korzystnego wpływu przekrwienia biernego, którem 4 razy próbowaliśmy leczyć rany, gojące się przez gojenie pośrednie (*per secundam intentionem*). Przez stosowanie baniek ssących zyskaliśmy znacznie na czasie, a chorym oszczędziliśmy wielu cierpień, nie wprowadzając w rany sączków, lecz tylko przykładając powierzchownie na ranę gazę kseroformową.

We wszystkich powyższych przypadkach, bez względu na to, do której grupy należały, wywoływaliśmy przekrwienie bierne zapomocą zwyczajnych baniek ssących lub większych balonów, w których rozrzedzaliśmy powietrze specyalnemi pompkami, tak zw. przyrządami ssącymi Klappa. Wynika z tego, że przekrwienie wywoływaliśmy bezpośrednio w miejscu, zajętem cierpieniem, w granicach widocznych zmian chorobowych.

W drugi dział ujmuję przypadki, w których przekrwienie bierne wywoływaliśmy przez zakładanie opasek elastycznych najdalej obwodowo od siedziby sprawy chorobowej. Należą tu przeważnie cierpienia chirurgiczne na górnych i dolnych kończynach i na głowie. Opaskę zakładaliśmy na przeciąg 20—22 godzin. Zazwyczaj powstawał znaczny obrzęk całej kończyny poniżej opaski. Zawsze przestrzegaliśmy, aby tętno w tętnicy obwodowej było wyraźnie wyczuwalne, przez co unikaliśmy nadmiernego ucisku, który mógłby wywołać złe następstwa.

Zastrzały i ropowice (*panaritia et phlegmone*). Razem przypadków 24. Łączymy te dwa cierpienia, albowiem idą one w parze, a właściwie pozostają do siebie w przyczynowym stosunku. Czas leczenia zależnie od nasilenia choroby trwał od 5—29 dni. Najlepsze wyniki mieliśmy w tych przypadkach, w których nie doszło jeszcze do znaczniejszego zropienia, a mimo to istniało powikłanie ze strony naczyń i gruczołów chłonnych. Tu wyniki i skutki były doskonałe. Przykry ból szybko ustępował, chory po założeniu opaski czuł znaczną ulgę, a narzekał na bole tylko w ciągu dwugodzinnych przerw, w których się go pozostawiało bez opaski. Zmiany chorobowe szybko ustępowały; nieraz już w drugim dniu nie było ani śladu z różowych smug naczyń chłonnych, ruchomość w palcu, dotkniętym zastrzałem, szybko wracała. Po 5 dniach następowało zwykle zupełne wyleczenie drobniejszych zastrzałów. W tych przypadkach, w których doszło do zropienia, lub w których wzdłuż kończyny wystąpiła rozleglejsza ropowica, robiliśmy zawsze małe nacięcia, często nawet w kilku miejscach, celem wypuszczenia ropy i opatrzywszy rany powierzchownie bez sączkowania — zakładaliśmy opaskę na 22 godzin. W dniach następnych z ran wydobywała się już nie ropa, lecz, jak wyżej wspomnieliśmy, treść surowiczo-krwawa. Poniżej opaski skóra na małej przestrzeni bywała stale żywo zaczerwieniona, połyskująca, niebolesna. Zaczerwienienie to utrzymywało się przez cały czas leczenia i ustępowało najpóźniej ze wszystkich objawów. W jednym przypadku w miejscu tego ognistego zaczerwienienia wytworzył się powierzchowny ropień. U wszystkich chorych gorączkujących ciepłota przy tem leczeniu najpóźniej w trzecim dniu wracała do poziomu prawidłowego. A uprzytomnijmy sobie obraz tych cierpień, leczonych dawnym sposobem operacyjnym, zwłaszcza wtedy, jeżeli sprawa zapalna szerzyła się w głębszych warstwach wzdłuż ścięgien. Szeroko otwarte rany, nieraz w kilku miejscach, obnażone nerwy i ścięgna, długi okres leczenia, nader bolesne zmiany opatrunków z powodu koniecznego sączkowania, obumieranie ścięgien, szpecące blizny i zniekształtnienia po wyleczeniu, upośledzona, a nieraz na zawsze stracona ruchomość kończyny i wskutek tego niejednokrotnie utrata możności zarobkowania, — wszystko to chyba dostatecznie wskazuje, jak powinniśmy ocenić metodę, która tego wszystkiego nie wywołuje. Oczywiście zdarzyć się może, że tu i owdzie mimo to trzeba się uciec do większych zabiegów krwawych, ale to chyba nie zmniejsza wartości leczenia przekrwieniem biernem. W naszych przypadkach leczenie to wystarczyło.

Z innych chorób kończyn, leczonych sposobem Biera, wymienimy 3 przypadki ostrego zapalenia stawu kolanowego: jeden z powodu urazu, dwa z niewyśledzonej przyczyny. We wszystkich zakładaliśmy opaskę powyżej kolana mniej więcej w połowie uda również na 22 godzin. Pierwszy z tych chorych opuścił szpital po 2 tygodniach uleczony bez żadnej innej pomocy, drugi po 4 tygodniach, również uleczony, lecz w tym drugim przypadku 2 razy wypuściliśmy ropę przyrządem Potaina. Osobno wspomnieć należy o następującym przypadku: Na jakie trzy tygodnie przed stosowaniem u nas metody przekrwienia biernego przywieziono do naszego oddziału 14-let. chłopca, przesłanego przez krakowską miejską Kasę chorych, u którego po urazie (siekierą) powstało ostre ropne zapalenie stawu kolanowego z wysoką gorączką. Dr. Wachtel otworzył szeroko staw, wypuścił ropę i założył gumowe sączki. Mimo to utrzymywała się gorączka, oraz niezwykła bolesność przy najmniejszych już ruchach; przy zmianie zaś opatrunków ciągle stwierdzano ropienie. W tym czasie odbył się zjazd chirurgów w Berlinie (kwiecień, 1905), na którym obser-

niej omawiano sposób leczenia przekrwieniem biernem. Poraz pierwszy po powrocie ze zjazdu zastosował Dr Wachtel tę metodę w tym właśnie przypadku. Wyjął sączki, zaniechał sączkowania, a opatrzywszy powierzchownie ranę, założył opaskę elastyczną na 22 godzin. Skutek był zdumiewający. Już nazajutrz stwierdzono znacznie mniejsze ropienie, a co ważniejsza, bolesność prawie znikła, ciepłota wieczorna spadła z 39° C. na 37·6° C. Przy dalszem leczeniu przekrwieniem stan z dnia na dzień o tyle się poprawiał, że w 12 dniu chory opuścił szpital, prawie uleczony, z utrzymaną ruchomością w stawie.

Dalej stosowaliśmy leczenie sposobem Biera w 2 przypadkach zapalenia szpiku kostnego (*osteomyelitis acuta*). W jednym sprawa zapalna szerzyła się w okostnej wzdłuż kości goleniowej; chory wysoko gorączkował. Opaskę założyliśmy powyżej kolana. Bole na drugi dzień zupełnie ustąpiły, gorączka również się obniżyła. W 8 dniu choroby stwierdzono na małej przestrzeni chełbotanie; przez małe nacięcie wypuściliśmy ropę i dalej stosowaliśmy opaskę, opatrzywszy ranę powierzchownie. W 3 tygodnie chory zaczął chodzić, a w tydzień później opuścił szpital, jako uleczony.

W drugim przypadku leczenie sposobem Biera nie odniosło skutku. Mimo bardzo skrzętne leczenie sprawa chorobowa ciągle postępowała, cała kość piszczelowa (*tibia*) uległa zniszczeniu; przy następowej operacyi usunęliśmy prawie pół chorej kości, lecz i to nie wystarczyło. Chory ciągle gorączkuje tak, że trzeba będzie odjąć kończynę powyżej kolana.

Raz próbowaliśmy użyć opaski przy wrzodach podudzia na kończynie, zajętej żylakami. Pod wpływem przekrwienia zmniejszyło się sączenie z wrzodów i pojawiła się pewna skłonność do zabliźniania się ich; czy to jednak należy uważać za skutki przekrwienia, czy też tylko wypoczynku i bezgnilnego opatrywania, nie da się rozstrzygnąć.

Z kolei omówię sprawy zapalne, usadowione na głowie, a leczone przekrwieniem biernem przez założenie opaski elastycznej naokoło szyi. Są to 4 przypadki zapalenia wyrostka sutkowego, poprzedzonego zapaleniem ucha środkowego. Pierwszy dotyczył chłopca 17-letniego, który zgłosił się do nas z wysoką gorączką, wielką bolesnością wyrostka sutkowego i całej kości w otoczeniu. Poza uchem obrzęk, przez który w głębi czuć nieznaczne chełbotanie. Miejsce to lekko nakłuliśmy końcem spiczastego noża i wydobywszy ssawką kilka cm.^{3} ropy, przez otwór wsunęliśmy zgłębnik, stwierdzając zapomocą niego próchnienie kości, — kość była bowiem zupełnie obnażona i przytem chropowata. Następnie założyliśmy opaskę elastyczną na szyję i pozostawiliśmy ją przez 22 godzin, opatrzywszy miejsce nakłute powierzchownie gazą i przylepcem. Już w drugim dniu nastąpiła pewna poprawa tak ogólnego, jak i miejscowego stanu: Chory swobodniejszy, bole głowy ustąpiły, gorączka opadła, miejscowy naciek za uchem mniejszy, małżowina uszna mniej odstaje, z nakłutego miejsca prawie nic się nie wydziela. Zdjęliśmy opaskę na 2 godziny, poczem znowu założyliśmy ją na 22 godzin. I tak postępowaliśmy przez dni 21, poczem chory jako zupełnie uleczony opuścił oddział. Do dnia dzisiejszego chory zgłasza się do nas od czasu do czasu i uzdrowienie utrzymuje się w zupełności (przypadek ten był przedstawiony na posiedzeniu krak. Tow. lek.).

W drugim przypadku, dotyczącym kobiety 34-letniej, przy coprawda mniejszem nasileniu choroby, wynik był również zupełnie zadowalniający. Chora ta już po 7 dniach opuściła oddział i tylko jeszcze przez dalszych 5 dni stosowano przekrwienie, lecz założywszy opaskę pozwalaliśmy chorej pójść do domu, polecając jej zgłosić się znowu po 22 godzinach. W obu tych przypadkach leczenie to stosowano bardzo wcześnie, t. j. w kilka dni po wystąpieniu pierwszych objawów choroby.

W dalszych 2 przypadkach, dotyczących jednorocznych dzieci, leczenie sposobem Biera nie wystarczyło; ponieważ stan się nie poprawiał, musieliśmy wykonać radykalną operacyę usunięcia wyrostka. Zaznaczyć jednakowoż muszę, że były to sprawy już raczej przewlekłe, — ropotok z ucha trwał przedtem długo, — a operacya stwierdziła znaczne zniszczenie wyrostka i okolicy, raz nawet już ropień nadoponowy (epiduralny). Na tem kończy się właściwie nasz materyał. Pozostaje tylko jeszcze 5 przypadków zapalenia stawu kolanowego i jeden stawu skokowego na tle gruźliczem, w których również stosowaliśmy przekrwienie bierne. Wspominam o tem tutaj osobno, choć według naszego ugrupowania można było włączyć te przypadki w poprzednio przytoczoną grupę zapaleń stawów; jednakże te przypadki gruźlicy stawów wraz z owymi 2 przypadkami przewlekłego zapalenia wyrostka sutkowego stanowią w istocie grupę odrębną, spraw przewlekłych, które także usiłowaliśmy leczyć przekrwieniem biernem. Powodów do zapalania się do tej metody przy cierpieniach przewlekłych, a zwłaszcza gruźliczych, nie mamy. Zaledwie 2 razy przy gruźlicy stawu kolanowego można było stwierdzić nieznaczne polepszenie; w innych żadnego skutku nie osiągnęliśmy i musieliśmy się uciec do innych sposobów leczenia. Równie ujemny był wynik stosowania przekrwienia biernego w jednym przypadku zesztywnienia stawu kolanowego (*ankylosis*) po ostrem zapaleniu gośćcowem.

Tak przedstawia się nasz materyał i nasze wyniki lecznicze, uzyskane sposobem Biera. Bądź co bądź liczba naszych spostrzeżeń, dość znaczna, upoważnia nas do wypowiedzenia naszego zdania, a jest ono następujące: Leczenie przekrwieniem biernem uwieńczone bywa zwykle dobrym skutkiem w przeważnej liczbie cierpień, wchodzących w zakres tak zw. „małej“ chirurgii i dlatego lekarz praktyczny, pamiętając o tem, nie powinien nigdy tej metody pomijać, o ile ma sposobność jej użyć; metodą tą bowiem może posługiwać się z pożytkiem dla siebie i dla chorego, zwłaszcza, że metoda bardzo prosta, a potrzebne przyrządy nader tanie. Im wcześniej ją zastosuje, tem wyniki będą lepsze, albowiem bardzo często wstrzyma rozwój niektórych spraw zapalnych. Lecz i chirurg nie powinien metody tej lekceważyć, jak bowiem wskazują doświadczenia nasze i innych autorów, niejednokrotnie sposób ten zdoła zastąpić poważniejsze zabiegi operacyjne.

Wszelkie zmiany opisanej powyżej techniki wywoływania przekrwienia, zwłaszcza zaś zakładanie na czas krótszy opasek elastycznych, aniżeli na 20—22 godzin, opóźniały wyleczenie i dość często zmuszały nas do stosowania dłuższego przekrwienia. Nie mamy więc najmniejszego powodu, aby zmieniać czas przekrwienia, zalecony przez samego Biera.

W końcu spełniając miły obowiązek składam podziękowanie prymaryuszowi naszego oddziału Drowi Wachtlowi za łaskawe rady i wskazówki.

Z c. k. powszechnego Zakładu dla badania środków spożywczych w Krakowie.

O zafałszowaniu przypraw korzennych w Galicyi.

Podał

Dr. Leonard Bier
inspektor zakładu.

Mianem przypraw korzennych obejmujemy rozmaite części roślinne, używane w kuchni dla nadania potrawom przyjemnego zapachu i smaku. Stopień ich użycia przy przyrządzaniu potraw w ostatnich dziesiątkach lat ubiegłego stulecia zmniejszył się znacznie w porównaniu do tych zwyczajów, jakie panowały pod tym względem w starożytności, wiekach średnich, a nawet w czasach naszych. Czytając opisy uczt na dworze cezarów rzymskich, sposób przyprawy ryb w klasztorach w 4. wieku po Chr., przeglądając „Dworzanina" naszego Łukasza Górnickiego, opisy życia naszej szlachty w późniejszym okresie Rzeczypospolitej i po jej rozbiorze, a i jeszcze z opowiadań osób starszych, przekonujemy się, że wiele z dawniejszych przypraw korzennych, jak piżmo, ambra, drzewo santałowe, brezylia, korzeń kurkumy i smrodzieniec (*asa foetida*) nie tylko nie są obecnie znane jako przyprawy kuchenne, ale ilość t. zw. korzeni, używanych obecnie jako przyprawa do potraw, nawet wykwintnych, rzadko przekracza liczbę kilku, gdy dawniej bardzo często przenosiła liczbę 20. Tak wiele przypraw korzennych przy sporządzaniu potraw zużywano oczywiście tylko w domach zamożnych; ludność uboga dawniej znacznie więcej, niż obecnie, przyrządzała swój pokarm bez przypraw, lub w bardzo ograniczonym używając ich zakresie. Przyczyny tego szukać oczywiście należy w wysokiej ówczesnej cenie tak powszechnych obecnie przypraw, jak cynamonu, pieprzu, goździków i t. d., służących dawniej, jeszcze na początku czasów nowożytnych, nawet za rodzaj monety, którą miasta wypłacały okup zwycięzcom. Dziś tych dawniej drogich przypraw korzennych używa się tak powszechnie, że bez przesady twierdzić można, iż znane są one dobrze w chacie najuboższego kmiecia i w rodzinie biednego wyrobnika.

Mimo rozszerzenia w krajach południowych uprawy korzeni, używanych najpowszechniej, mimo taniości tych przypraw, odsetek zafałszowanego towaru, napotykanego w handlu, nie jest wcale mały, a nawet, twierdzić można, jest niepomiernie większy, niż w owych czasach, kiedy wysoka cena przypraw korzennych większy, niż obecnie, dawać mogła zysk w razie ich zafałszowania. Dla poparcia tego przytoczę kilka danych z praktyki prof. Moellera i prof. Nevinnyego, oraz z doświadczeń naszego zakładu. Na 54 prób pieprzu, pobranych w drobnych handlach w Wiedniu w r. 1886, znalazł Moeller 51 zafałszowanych, Nevinny w Insbrucku na 24 prób 5 niezafałszowanych prób pieprzu, zaś z 26 prób cynamonu tylko 6 niezafałszowanych. Doświadczenie naszego zakładu z lat 1898—1905 (8 lat) stwierdza, że z próbek, przesłanych zakładowi przez władze sądowe i administracyjne, oraz pobranych w czasie rewizyi, dokonanych przez zakład z urzędu, było zafałszowanych

na 21 prób szafranu 11
„ 65 „ mielonego pieprzu czarnego 50
„ 98 „ cynamonu 86
„ 38 „ papryki . . . . 14.

Liczby te dowodzą chyba dostatecznie, że zafałszowanie przypraw korzennych mimo ich taniości nie jest wcale rzadkie: jeżeli zaś uwzględnimy, że wybór próbek do badania przez organa nadzorcze, ustawą z 16/I 1896 do tego powołane, odbywa się bardzo często dorywczo i nieraz bez odpowiedniego przygotowania i wprawy (nadzór wykonują i pobierają próbki często żandarmi), to możemy twierdzić, że liczby powyższe nie odzwierciedlają jeszcze prawdopodobnie stopnia rozszerzenia się nieuczciwego handlu korzeniami.

Wobec tego, że w Galicyi brak krajowej ustawy, nakazującej ustanawiać osobnych ukwalifikowanych nadzorców nad obrotem środkami żywności, którуto obowiązek ciążyć powinien, jak w innych krajach koronnych, przedewszystkiem na miastach, miejscach odpustowych i zdrojowiskach, — obowiązek ten nadzoru spada w pierwszej linii na lekarzy powiatowych i miejskich, oraz na lekarzy okręgowych. Zwracając ich uwagę na ten zakres ich działalności, w którym łatwiej i szybciej przez ostrzejszy nadzór można zapobiedz sprzedaży produktu zafałszowanego, mam nadzieję, że przez przedstawienie rodzajów i stopnia zafałszowania przypraw korzennych ułatwię im ich zadanie.

Jak wyżej wspomniano, nazwą przypraw korzennych obejmujemy wszelkie roślinne części, zawierające małe ilości bądź olejków, bądź innych związków chemicznych, które drażniąc przewód pokarmowy, mają za cel ułatwienie i zwiększenie wydzielin, trawiących pokarmy. Ze stanowiska botanicznego nazwa przypraw korzennych jest fałszywą, boć obok korzeni, n. p. imbiru, gałganu, tataraku, zaliczamy do nich jeszcze części pędów, kory (cynamon), liście (majeran, szałwia, liście bobkowe), kwiaty i ich części (kaparki, goździki, kwiat cynamonowy, szafran), oraz cały szereg owoców z najrozmaitszych rodzin świata roślinnego (*laureaceae*, *solanaceae*, *piperaceae*, *umbelliferae* i t. d.).

Przechodząc do rodzajów zafałszowania przypraw korzennych, omówię je po kolei grupami, a więc poczynając od korzeni ograniczę się do rodzajów zafałszowań, napotykanych w Galicyi, pominę zaś inne możliwe zafałszowania, podawane w piśmiennictwie, lecz w Galicyi niespotykane. Nie będę również wymieniał wszystkich przypraw korzennych, jakie w handlu się pojawiają, gdyż zakres użycia wielu z nich jest niewielki, zaś sposób i rodzaj zafałszowania wielu z nich prawie nieznany, t. zn. nie praktykowany, a zajmę się tylko najpospolitszemi.

Metody badania czystości przypraw korzennych polegają na badaniu ich własności botanicznych, o ile znajdują się w handlu niesproszkowane, przy badaniu zaś korzeni mielonych na badaniu mikroskopowem, uzupełnionem badaniem chemicznem, szczególnie gdy należy przypuszczać obciążenie ciałami mineralnemi.

Z najwięcej używanych korzeni w ściślejszem słowa tego znaczeniu nie spotykamy prawie żadnego w handlu w postaci sproszkowanej: tatarak, imbir, jako kłącze charakterystyczne, nie dadzą się zafałszować. Proszek, pojawia-

jący się w handlu drobnym pod nazwą imbiru mielonego nosi częściej nazwę szafraniny, szafranicy; skład jego omówię przy szafranie. Również z liści, używanych jako przyprawy, nie można wymienić żadnego u nas fałszerstwa. Opisywanego w Niemczech zafałszowania liści laurowych (bobkowych) liśćmi obcego lauru (*prunus laurocerasus*), cechujących się znaczniejszą grubością blaszki liścia i brzegiem zagiętym, u nas nie napotykałem. Nie mniej i zafałszowanie pączków *capparis spinosa*, dostarczających nam znanych kaparków, owocem nasturcyi (*tropaeolum majus*) oraz pączkami kaczeńca (*caltha palustris*), jakoteż i podbarwianie ich solami miedziowemi nie jest u nas znane. — Z części kwiatu, znanych jako przyprawa korzenna, znamiona kwiatu szafranu zasługują na większą uwagę z powodu częstszego zafałszowania. Rodzaj zafałszowania bywa tu dosyć rozmaity, bądź czysto botaniczny, bądź więcej mechaniczny. Botanicznem nazwać trzeba napotkane w 5 przypadkach zafałszowanie domieszką liści korony kwiatowej nogietka (*calendula officinalis*), mechanicznem — oprószenie towaru mąką i obciążenie go solami mineralnemi przez namoczenie towaru w mocno stężonych roztworach tych soli i następne wysuszenie. Obciążenie bywa nieraz bardzo znaczne, dochodzi do 18,9%, 30,5%, a nawet 33,8% ogólnej ilości popiołu (szafran prawdziwy, niezafałszowany zawiera do 4,5%), a do zafałszowania użyto bądź chlorku, siarkanu i azotanu sodowego, bądź soli kuchennej i boraksu, bądź ałunu, soli, zwłaszcza w ilościach, w których używa się szafranu jako przyprawy dla ustroju ludzkiego zupełnie obojętnych. To obciążenie solami mineralnemi ma na celu nietylko zwiększenie wagi szafranu przez same sole, ale zarazem służy do przyciągania większej ilości wilgoci, podobnie jak i przyprószenie mąką, jak wiadomo chłonącą mocno wilgoć. Stąd też spotykamy w tak przyrządzonym szafranie znaczniejszą ilość wody. Napotykane dawniej zafałszowanie szafranu kwiatem krokoszu, saffloru, (*carthamus tinctorius*) nie jest u nas znane.

Napotykany u nas pod nazwą szafraniny, szafranicy proszek żółty nie ma z szafranem nic wspólnego, gdyż składa się z mąki kukurydzanej lub pszennej, zabarwionej proszkiem żółtego korzenia (*curcuma longa*). Mąka, do celu tego użyta, często jest mocno zepsuta, zawiera wiele rozkruszków mącznych (*acarus farinae*). Proszku tego używa nasz lud wiejski, zwłaszcza na wschodzie i w okolicach górskich, do barwienia ciasta, płacąc za ten barwik o wartości bardzo wątpliwej cenę stanowczo za wielką.

Obficie zaopatruje w przyprawy naszą kuchnię rodzina baldaszkowatych (*umbelliferae*), dostarczając owoców w postaci znanego kminku, kopru, anyżu, kolendry. Przyprawy te spotyka się jednak w handlu w postaci całych owoców, nie nadającej się tak łatwo do zafałszowania. Jedynie anyż stanowi do pewnego stopnia w tym względzie wyjątek, podpadając częściowemu wytrawieniu ze względu na olejek swoisty. Wytrawienie to praktykuje się na produkcie wschodnim (z Bessarabii); o ile jest częściowe, najczęściej praktykowane, a ilość olejku pomimo wytrawienia nie jest mniejszą od ilości średniej, znajdującej się w produkcie dobrym, to takiemu towarowi nie można nic zarzucić, chyba że okaże się zarazem barwionym — najczęściej barwikiem chromowym; do barwienia tego zniewala handlarzy nieprawidłowo płowa barwa anyżu wytrawionego. Podobnego do owocu anyżu, trującego owocu cykuty (*conium maculatum*), który mógłby być domieszany lub zamieniony z anyżem, nie spotykałem w tym produkcie w dotychczasowej działalności zakładu.

Badyan, znany owoc rośliny chińskiej *illicium anisatum*, używany obecnie przy wyrobie wódek, bardzo mało zaś w kuchni, zawierać ma czasami bardzo podobny owoc rośliny japońskiej *illicium religiosum*, zawierający truciznę zwaną sikimina. Mimo licznych prób tej przyprawy, badanych tak w zakładzie, jakoteż przy rewizyach sklepów, przymieszki tej dotychczas u nas nie spotkałem. — Wanilia dawała dotychczas powód do zarzutów jedynie z powodu zbytniego wyschnięcia i zepsucia strączków, kardamomy zaś zbyt rzadko u nas pojawiają się w handlu, a w stanie sproszkowanym, nadającym się do fałszerstwa, są prawie nieznane.

Bardzo często, jak to już zaznaczono poprzednio, pojawia się w naszych handlach korzennych pieprz zafałszowany, rzadko cały, najczęściej mielony. Okaz sztucznego całego czarnego pieprzu, który uzyskałem dla zbiorów zakładu, pochodzi z pewnego handlu we wschodniej Galicyi jeszcze przed wprowadzeniem ustawy o nadzorze nad środkami spożywczymi; składa się zaś z ciasta, do którego domieszano nieco pieprzu, powierzchnię zaś zabarwiono węglem. Na powierzchni tego pieprzu jest siatka regularna i po tem odróżnić go można już przy dokładniejszem oglądaniu od produktu naturalnego. — Z powierzchni wysuszonej jagody pieprzu oddziela się, zwłaszcza w produkcie nie sortowanym, zewnętrzna część owocu, zawierająca prawie wyłącznie składniki, złożone z drzewnika, bardzo zaś mało składników (olejku i piperyny), stanowiących wartość pieprzu, jako przyprawy korzennej. Jeżeli przy małej ilości takich odpadków w pieprzu handlowym uważać go należy za prawidłowy, to już znaczniejsza ilość tych łupek nakazuje go uważać za produkt mniej wartościowy, zaś ilość obfita (jeżeli stanowi połowę) nadaje mu cechy produktu zafałszowanego tembardziej, że w takim towarze spotyka się zazwyczaj wiele ciał mineralnych, piasku, pochodzących z zanieczyszczenia błotem i kurzem. Taki pieprz spotyka się nierzadko w naszych handlach korzennych, zwłaszcza drobnych i prowadzonych niestarannie. Nie spotykałem natomiast nigdy mimo bardzo licznych badań rzekomo nierzadkiego u nas zafałszowania pieprzu jałowcem, ani też owocem *piper cubeba*.

Bardzo często natomiast podlega mielony pieprz czarny zafałszowaniu. Najczęstszą domieszką (na 65 prób 46 razy) jest dodatek mielonego makucha z oliwek, którego szarawozielonkawa barwa znakomicie nadaje się do fałszerstwa pieprzu. Obok tego pojawia się zafałszowanie makuchem z nasienia palmy olejnej (*semen elaeis guinensis*), otrębami, uzyskanemi przy mieleniu ryżu i mąką żytnią. Fałszerstwa te pojawiają się bądź jako czyste, bądź w połączeniu. Z rzadkich fałszerstw, napotkanych u nas, wymienić należy domieszkę mielonego chleba, — którego dodatek tłómaczył kupiec „koniecznością złagodzenia zbyt ostrego smaku pieprzu" —, zafałszowanie grysikiem ze szklistego bielma nasienia zębu końskiego i mielonym owocem *phytelephas macrocarpa*, używanego do wyrobu guzików t. zw. rogowych do ubrań — oczywiście odpadkami, otrzymanymi przy wyrobie guzików. W pieprzu białym napotykałem domieszkę papryki mielonej. — Zafałszowanie papryki mielonej nie zdarza się u nas tak często, jakby tego spodziewać się należało na podstawie ogólnie rozpowszechnionej opinii. Z zakwestyonowanych 14 prób papryki sproszkowanej większość była ze-

psutą, spleśniałą, pozbawioną smaku, zapachu właściwego i koloru żywo czerwonego, niektóre próby stoczone przez rodzaj drobnego pajęczaka z rodziny *acarinae;* 2 próby były sztucznie podbarwione, inne zaprawione mąką kukurydzianą, zaś jedna obciążona nadto barwikiem okrowym. Nigdy natomiast dotychczas nie spotkałem rzekomo tak częstego zafałszowania papryki cegłą tłuczoną.

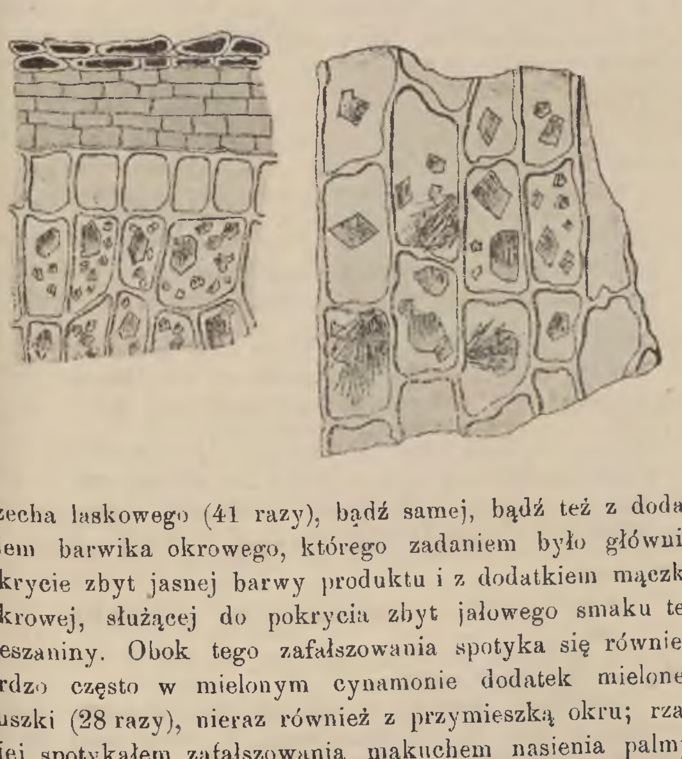
Gałka muszkatołowa i kwiat muszkatołowy nie pojawiają się u nas w postaci sproszkowanej, a zatem i zafałszowań się nie spotyka.

Kora cynamonowa, pojawiająca się w handlu w stanie zmielonym, rzadko kiedy jest zupełnie czysta. Z 98 prób badanego w zakładzie cynamonu tylko 12 znalazłem czystych, natomiast 86 było zafałszowanych. Najczęstszem spotykanem tu fałszerstwem był dodatek mielonej skorupy

Ryc. 1. — Owoc oliwki.



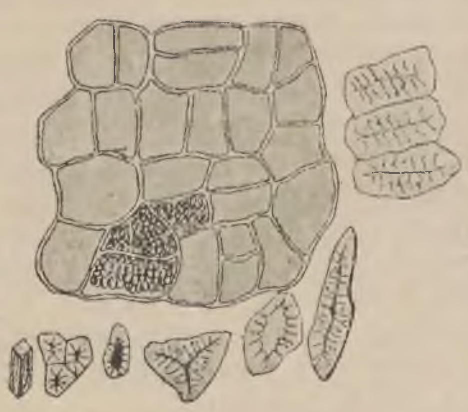
Ryc. 2. — Owoc palmy olejnej.



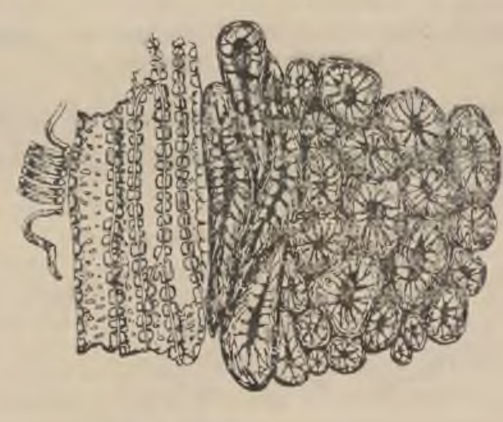
orzecha laskowego (41 razy), bądź samej, bądź też z dodatkiem barwika okrowego, którego zadaniem było głównie pokrycie zbyt jasnej barwy produktu i z dodatkiem mączki cukrowej, służącej do pokrycia zbyt jałowego smaku tej mieszaniny. Obok tego zafałszowania spotyka się również bardzo często w mielonym cynamonie dodatek mielonej gruszki (28 razy), nieraz również z przymieszką okru; rzadziej spotykałem zafałszowania makuchem nasienia palmy olejnej, otrębami z ryżu, którym towarzyszą nieraz barwik okrowy, mielona skorupa orzecha kokosowego, nadto zafałszowanie delikatnemi trocinami drzewnemi, skrobią, oraz mielonym makuchem z rzepaka.

Rozpoznanie tych zafałszowań opiera się, jak już powyżej wskazałem, na badaniu mikroskopowem, oraz w części chemicznem. Obrazy mikroskopowe najczęstszych środków roślinnych, służących do fałszerstwa, dołączam; niemniej jednak pragnę zwrócić uwagę, że już i na podstawie zewnętrznych cech proszkowanych korzeni, a mianowicie przedewszystkiem barwy produktu, smaku i zapachu, można w bardzo wielu przypadkach przypuszczać zafałszowanie, zwłaszcza przy zafałszowaniach znacznych. Zafałszowania, dokonane na mniejszą skalę i wymagające do stwierdzenia i rozpoznania badania mikroskopowego, kryją się zazwyczaj w opakowaniach, małych paczkach, na których umieszczone etykiety zapewniają, że produkt jest czysty „pod gwarancyą bez domieszek“; — na niektórych tego rodzaju etykietach umieszczono dodatek, że produkt badano w rządowym zakładzie badania środków spożywczych, lub że odpowiada przepisom austryackiej ustawy o obrocie handlowym tych produktów.

Ryc. 3. — Owoc gruszki.



Ryc. 4. — Podłużny przekrój skorupy orzecha kokosowego.



Stwierdziwszy obecny stan zafałszowań przypraw korzennych w Galicyi na podstawie dotychczasowej praktyki zakładu, należy jeszcze wspomnieć o źródłach, skąd zafałszowane korzenie pojawiają się u nas w handlu, oraz o środkach zapobiegawczych przeciw nieuczciwemu handlowi.

Mielenie korzeni praktykuje się na małą tylko skalę w Galicyi, u niektórych kupców, i to przeważnie pokryjomu, stąd też i źródeł galicyjskich, z których zafałszowane korzenie rozchodziłyby się po kraju, jest mało, a wskutek braku osobnego stałego nadzoru nad obrotem handlowym produktów spożywczych w miastach większych źródła te nie zostały dotąd wykryte. W korzenie mielone zaopatrują Galicyę przeważnie Węgry i zachodnie prowincye austryackie, dostarczając bądź produktu, w małym stopniu zafałszowanego, ale z „gwarancyą czystości“ na etykiecie (Czechy, Austrya dolna, Tryest), bądź też zafałszowanego w stopniu bardzo

wybitnym (Węgry — szczególnie firmy w Rjece, zajmujące się wyłącznie mieleniem korzeni).

Wyrób i sprzedaż zafałszowanych produktów spożywczych podlega w Austryi, jak wiadomo, od czasu ustawy z 16 stycznia 1896 karze sądowej, a zatem i ocena karygodności tych czynów—uznaniu sędziów. Jakkolwiek podnieść należy, że nie brak sędziów, którzy, oceniając społeczne i sanitarne znaczenie tej ustawy, przekroczenia przeciw niej należycie karzą, to jednak nie brak też może i liczniejszych dowodów, że sądy nasze nieraz uwalniają winnych sprzedaży produktu zafałszowanego, jako produktu tego nie wyrabiających, nie zadając sobie trudu, by sprawą tak pokierować, aby ręka sprawiedliwości dosięgła właściwych winowajców. Jeżeli dodam, że kary, wymierzane dziś za zafałszowania korzeni, (za które w wiekach średnich karano — n. p. w Norymberdze torturami, a nawet śmiercią), w sądach zachodnich prowincyi Austryi nierzadko wynoszą setki, a przynajmniej dziesiątki koron, gdy zaś kary naszych sądów są zbyt często niższe od najniższego ustawą określonego wymiaru kary, to łatwo zrozumieć, że taka działalność sądów naszych jest przynętą dla obcych firm do zasypywania naszego kraju produktami zafałszowanymi, szczególnie zaś dla firm węgierskich, których nie krępuje żadna, do austryackiej podobna ustawa. Jednym przeto z najważniejszych środków zapobiegawczych przeciw sprzedaży korzeni zafałszowanych jest ściślejsze stosowanie ustawy przez sądy. Ile zaś w poprawie stosunków tej gałęzi handlu zależy od działalności władz administracyjnych i zakładu, pomijam jako rzecz, nie nadającą się tutaj do roztrząsania.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie (prymaryusz dr. Bogdanik).

O przekrwieniu biernem według Biera ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej.

Podał
Dr. Artur Frommer
I sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy).

3) Doleczanie po sekwestrotomii. Podane poprzednio dobre wyniki skłoniły nas do bezskutecznych zresztą prób zastosowania przekrwienia biernego także przy wytworzeniu się centralnych martwaków, otoczonych twardą i zbitą trumienką. W przypadkach tych w toku stosowania przekrwienia biernego powstawały po pewnym czasie ropnie w częściach miękkich, albo też chory po kilku lub kilkunastu dniach, doznawszy pewnej ulgi, opuszcza oddział, nie chcąc zgodzić się żadną miarą na operacyę pomimo istniejących przetok, przez które wprowadzony zgłębnik natrafiał na obnażoną kość.

Otóż w przypadkach tych po kilku bezskutecznych próbach otwieraliśmy już potem odrazu jamę szpikową i usuwaliśmy martwaki. Co do techniki tej operacyi zachodzą do dzisiaj jeszcze znaczne różnice w zapatrywaniach poszczególnych autorów. Jedni, oszczędzając jak najwięcej wytworzoną naokoło martwaka trumienkę, rozszerzają tylko przetoki *(Kloaken)*, wydobywając martwaki kawałkami (König). Drudzy chcąc uniknąć tak często zdarzających się nawrotów, otwierają trumienkę jak najszerzej, usuwając możliwie doszczętnie zmienioną kość, starają się tylko o utrzymanie ciągłości. Pozostała zaś znaczna rana wypełnia się powoli ziarniną. Aby uniknąć tego długiego gojenia się rany, podawano cały szereg sposobów, mających przyspieszyć wyleczenie. I tak radził Schede, aby brzegi skóry i okostnej ściśle zespolić, przyczem jama w kości ma się wypełnić skrzepami krwi. Do tego celu służyć mają osteoplastyczne operacye, podane przez Biera i Lückego, jak też w ostatnich latach podana przez Mosetig-Moorhofa plomba jodoformowa. Wszystkie te sposoby jednak natrafiają na jedną przeszkodę, a mianowicie: jamy te, zawierające ropę, przez długi czas zalegającą, bardzo trudno całkowicie odkazić. To też bardzo często znajdujemy w piśmiennictwie wzmianki o następowem ropieniu i o koniecznej potrzebie rozluźnienia założonych szwów i wytamponowania jamy celem usunięcia ropienia.

Wszystkie te okoliczności, oraz dawne już spostrzeżenie, że pod wpływem przekrwienia biernego jamy w kości wypełniają się bardzo szybko, skłoniły mnie do zastosowania tego sposobu w doleczeniu po sekwestrotomii. W ośmiu przypadkach osiągnęliśmy wyniki w doleczaniu po operacyi jak najlepsze. Z reguły postępowaliśmy w następujący sposób: Po szerokiem otwarciu zajętej kości i usunięciu części, chorobowo zmienionych, zeszywaliśmy całkowicie okostną i skórę, zostawiając nieznaczny otwór dla odpływu wydzieliny. W otworze umieszczaliśmy sączek lub seton z gazy, a na to wszystko opatrunek aseptyczny uciskowy, układając kończynę na szynie. Po kilku dniach zdejmowaliśmy opatrunek, usuwaliśmy seton lub sączek, przykrywając ranę wyłącznie grubą warstwą aseptycznej gazy i stosowaliśmy zwykłym sposobem przekrwienie bierne przez kilka godzin dziennie. W większej części przypadków początkowo wydzielała się obficie ropa, której w miarę postępów gojenia wydzielało się coraz mniej. We wszystkich przypadkach, nawet najuporczywszych, nastąpiło zagojenie się całkowite rany ze znacznem skróceniem czasu gojenia. Różnica ta była jeszcze widoczniejszą w tych przypadkach, w których po dłuższem stosowaniu dotychczasowego zwykłego leczenia z bardzo miernym wynikiem, uciekliśmy się do leczenia zapomocą przekrwienia biernego. Wejrzenie rany zmieniało się już po kilkudniowem zastosowaniu opaski, przyczem jama w wydłutowanej kości bardzo szybko się wypełniała. W tych przypadkach zaś, w których zaszyliśmy całą ranę, pozostawiając tylko otwór dla odpływu wydzieliny, po zastosowaniu przekrwienia biernego już w kilka dni po operacyi zrastały się zeszyte brzegi rany. I wyniki sprawności kończyny były znacznie lepsze, aniżeli przy dawnym sposobie leczenia następowego.

Z tej grupy przytoczę następujące przypadki:

1) K. Paweł, lat 24, przybył 28/IV, wyszedł 2/VI. *Osteomyelitis femoris dextri recidiva.*

Operowany przed 3 laty. Od tego czasu pozostała ropiejąca przetoka na udzie. 28/IV. Stan obecny: W dolnej części uda prawego po stronie przedniej blizna pooperacyjna, a po stronie tylnej mniejsza blizna z przetoką, wydzielającą ropę. Kość udowa zgrubiała. Wprowadzony zgłębnik napotykał na kość obnażoną, chropowatą. 30/IV. Ranę po stronie tylnej rozszerzono, otwarto zmienioną kość, tkwiący w niej martwak wydobyto, a następnie ranę prawie całkiem zaszyto, zostawiając w dolnej części otwór dla odpływu wydzieliny. 4/V. Założono opaskę Biera na 4 godziny dziennie. 13/V. Zaszyta część rany skórnej zagojona doraźnie, z pozostawionego w dolnym kącie rany otworu wydzieliny bardzo mało. Chory czuje się zupełnie dobrze, — ruchy bierne i czynne prawie prawidłowe.

2/VI opuszcza szpital z nieznacznem tylko zgrubieniem kości i zupełnie zagojonemi ranami.

2) E. Tobias, lat 12, syn handlarza, przybył 16/III, wyszedł 12/IV 1905. *Osteomyelitis femoris dextri.*

Przed 6 miesiącami udo prawe przygniotło mu koło wozu. 16/III. Stan obecny: Udo prawe obrzękłe, po stronie przedniej i tylnej liczne przetoki, z których wydziela się gęsta ropa. 22/III. Części miękkie po stronie przedniej rozcięto w kierunku przetok, oddzielono okostnę, szeroko otwarto rozdętą kość. Jama szpikowa wypełniona martwakami, oraz szarą ziarniną. Martwaki usunięto, ziarninę wyskrobano, przetoki, znajdujące się od tyłu, rozszerzono. Górną część rany zaszyto, dolną wytamponowano. 22/IV. Udo ciągle jeszcze obrzmiałe. Z rany wydobywa się jeszcze znaczna ilość ropy. 2/V. Wobec coraz gorszego wejrzenia rany, oraz zatrzymywania się wydzieliny, zastosowano przekrwienie bierne przez 10 godzin dziennie, z bardzo dobrym wynikiem. 12/V. Obrzęk się zmniejsza, wydzielina skąpa. 21/V. Rana prawie zupełnie zgojona. 12/VI. Chory opuszcza oddział z ranami zupełnie zagojonemi i nieznacznem zgrubieniem kości.

3) K. Rozalia, lat 30, wyrobnica, przybyła 17/III, wyszła 11/VIII. *Osteomyelitis femoris sinistri.* Chora od 3 lat. Stan obecny 17/III. Udo lewe w dolnej połowie obrzękłe. Nad stawem kolanowym tak po stronie zewnętrznej, jak i wewnętrznej 2 przetoki, drążące głęboko do jamy szpikowej. Kość udowa cała rozdęta, zgrubiała. W okolicy przetok liczne blizny, zrosłe z kością. 3/IV. W uśpieniu chloroformowem rozszerzono przetoki z obu stron, po szerokiem otwarciu jamy szpikowej usunięto kilka większych martwaków. Wydłutowano dużo zmienionej kości. Ranę częściowo zeszyto. 20/IV. Udo jeszcze znacznie obrzękłe, ruchy w stawie kolanowym utrudnione, rana ma mało dążności do gojenia się. Tampony usunięto i założono opaskę Biera na 10 godzin dziennie. 5/V. Wydzielina znacznie mniejsza, ruchy w stawie możliwe, brzegi rany skórnej prawie zrosłe, chora czuje się znacznie lepiej. Opaska na 1 godzinę dziennie. 11/VIII. Chora opuszcza szpital z ranami zagojonemi.

4) H., lat 12, przyszedł 1/V, wyszedł 24/VII. *Osteomyelitis tibiae sin.* Chory od kilku miesięcy. 1/V. Stan obecny. Goleń lewy obrzękły, skóra pokryta bliznami. Liczne ropiejące przetoki. Kość piszczelowa zgrubiała. 24/V. W uśpieniu chloroformowem odsłonięto podłużnem cięciem zajętą prawie całą kość piszczelową. $^2/_3$ części kości z pozostawieniem tylnej ściany usunięto, pozostałą część kości oraz jamę szpikową, wypełnioną ziarniną, wyskrobano. Ranę częściowo zaszyto. 28/V. Chory gorączkuje, cały goleń obrzmiały. Chory nie zgadza się żadną miarą na założenie opaski, wobec czego zaniechano stosowania przekrwienia biernego. 10/VI. Stan chorego gorszy, obrzęk części miękkich ciągle się utrzymuje, wydzielina ropna obfita. Chory gorączkuje. 14/VI. Wobec coraz gorszego stanu zastosowano za zgodą chorego przekrwienie bierne na 10 godzin dziennie. 18/VI. Ciepłota spadła, obrzęk mniejszy, stan chorego lepszy. 24/VII. Chory opuszcza oddział z ranami zagojonemi.

5) N. Kazimierz, lat 10, przybył 13/V, wyszedł 15/VIII. *Osteomyelitis tibiae dextrae.* Chory od kilku miesięcy. 13/V. Stan obecny. Goleń prawy obrzękły, skóra sino zabarwiona, pokryta licznemi bliznami. Na skórze 8 przetok o brzegach blado-czerwonych. Z przetok wydziela się gęsta ropa. Wprowadzony zgłębnik wchodzi do jamy szpikowej. Staw skokowy obrzękły, chełboczący. 23/V. W uśpieniu chloroformowem odsłoniono szeroko zajętą kość piszczelową. Wobec znacznego zniszczenia usunięto prawie $^3/_4$ części kości. Ze stawu skokowego wydobyto treść ropną i wstrzyknięto do stawu mieszankę jodoformową. Brzegi rany zbliżono szwami. 30/V. Zastosowano przekrwienie bierne przez 10 godzin dziennie. 9/VI. Wydzielina z rany jeszcze obfita, w okolicy stawu skokowego znaczne obrzmienie z wyraźną bolesnością. 10/VI. Otwarto ropień w okolicy stawu skokowego; przekrwienie bierne w dalszym ciągu. 15/VI. Jama wypełnia się szybko, wydzielina mniejsza. 15/VIII. Chory opuszcza szpital z ranami wygojonemi.

6) P. Jan, lat 12, syn rolnika, od 19/VI do 13/X. *Necrosis mandibulae sinistrae.* Choroba zaczęła się przed $1^1/_2$ rokiem po wyjęciu zębów. 19/VI. Stan obecny: Policzek lewy w całości obrzękły, żyły rozszerzone, szczęka dolna zgrubiała, przy dotknięciu bolesna. Przez przetokę, która komunikuje z jamą ustną, wydobywa się ropa. Rentgenogram stwierdza znaczne zgrubienie żuchwy po stronie lewej w okolicy kąta szczęki. Zastosowano przekrwienie bierne na 4—6 godzin dziennie. 10/VIII. Chory uczuwa pewną ulgę w bólach; z przetoki wydziela się wciąż ropa, zgrubienie kości nie ustąpiło. 19/VIII. Wobec bezskuteczności leczenia przekrwieniem przystąpiono do operacyi. W uśpieniu chloroformowem odsłonięto rozdętą kość. Przednią ścianę oddłutowano. Jamę wyskrobano i ranę skórną częściowo zaszyto. 23/VIII. Zastosowano przekrwienie na 4—6 godzin dziennie. 24/VIII. Zeszyta część operacyjnej rany skórnej zagojona; z pozostałej przetoki wydziela się ropa, zgrubienie kości nie ustąpiło. 25/VIII. Ponieważ pomimo wykonanej poprzednio operacyi leczenie następowe przekrwieniem nie odnosiło należytego skutku, przeto w uśpieniu chloroformowem odsłonięto ponownie zgrubiałą część szczęki, którą zresekowano. Ranę częściowo zaszyto. Po 4 dniach zastosowano ponownie przekrwienie bierne. 12/X. Rana zgojona. Obrzęk ustąpił, stan chorego dobry. 13/X. Chory opuszcza oddział wyleczony.

7) K. Andrzej, lat 18 od 4/V, 1905. *Osteomyelitis humeri sinistri.* Chory od kilku lat. 4/V. Stan obecny: Ramię lewe w okolicy stawu barkowego obrzękłe, na skórze blizny, zrosłe z kością; dwie przetoki po stronie przedniej i tylnej, ropiejące, drążące do jamy szpikowej kości. Kość ramieniowa zgrubiała. Przez kilka tygodni stosowano wstrzykiwanie mieszanki jodoformowej bez skutku. Wobec tego 20/VI zastosowano przekrwienie bierne na 2 godziny dziennie. 30/VII. Stan chorego podmiotowo lepszy. Po stronie tylnej wytworzył się ropień opadowy, przetoki oraz zgrubienie kości utrzymują się w górnej $^1/_3$ ramienia. Chory posługuje się kończyną górną wcale dobrze i bez bolu i prosi o odroczenie zabiegu operacyjnego, który był konieczny wobec tego, że stan przedmiotowo się nie poprawił. 19/X. W uśpieniu chloroformowem odsłonięto zajętą kość, znaleziono martwak, tkwiący w jamie szpikowej kości i ten usunięto; granulacyi nie znaleziono. Ropień opadowy otworzono, ranę częściowo zeszyto. 25/X. Zastosowano przekrwienie bierne na 1 godzinę dziennie. Obecnie (grudzień) rana pooperacyjna w skórze prawie zagojona.

4) Ropienie ostre wyrostka sutkowego po zapaleniu ucha środkowego.

I tutaj stosowaliśmy leczenie, analogiczne do postępowania przy ostrem zapaleniu szpiku kostnego [1]). Przypadków takich leczyliśmy trzy, przysłanych przez kolegów otyatrów dla wykonania operacyi. U chorych tych wśród ropienia ucha środkowego powstało zapalenie wyrostka sutkowego z wytworzeniem się ropnia podokostnego. Ropień nacięto, poczem zastosowano przekrwienie bierne przez mniej więcej 10 godzin dziennie. Wynik był zupełnie zadowalniający. Rana zabliźniała się bardzo szybko, bolesność wyrostka sutkowego ustępowała, pozostawała tylko jeszcze wydzielina ropna z ucha. Chorzy jednak, czując się dobrze, niechcieli pozostać dłużej w szpitalu. Przypadek trzeci, najcięższy, streszczam, bo zasługuje z tego względu na uwagę, że trepanacya wyrostka sutkowego, wykonana po dłuższem stosowaniu opaski, dowiodła, iż przekrwienie bierne działało skutecznie.

M. Jan, lat 30, rolnik. Chory od dwu tygodni. 30/VI. Stan obecny. Chory dobrze odżywiony i zbudowany, zmian w narządach wewnętrznych stwierdzić nie można. Poza małżowiną uszną w okolicy wyrostka sutkowego obrzęk, sięgający aż do kąta żuchwy. Skóra zaczerwieniona. Z ucha prawego wydziela się nieznaczna ilość ropy. Błona bębenkowa zniszczona. Po usunięciu wydzieliny widać obnażone ściany jamy bębenkowej. Porażenie nerwu twarzowego. Ciepłota wieczorem 39·0. 30/VI. W uśpieniu eterowem nacięto ropień w okolicy wyrostka sutkowego, oraz pod kątem szczęki. Okostna była oddzielona od wyrostka sukowego przez nagromadzoną ropę. Trepanacyi nie wykonano, postanawiając wprzód spróbować, jak działać będzie przekrwienie bierne. Zastosowano opaskę Biera na 10—20 godzin dziennie. 5/VII. Ciepłota mimo stosowania przekrwienia biernego utrzymuje się wieczorami jeszcze wysoko 39—39.6°. Stan ogólny lichy, bole jednak znacznie mniejsze. 7/VII. Ciepłota spadła, wydzielina z ucha obfitsza, porażenie n. twarzowego utrzymuje się. Przekrwienie stosuje się stale przez 4 godziny dziennie. 20/VII. Stan bezgorączkowy, bole znacznie mniejsze, porażenie ciągle się utrzymuje, chory żąda sam operacyi, by pozbyć się cieczenia z ucha; żądanie to spełniono, aczkolwiek, jak się przy operacyi okazało, leczenie przekrwieniem, o ile chodziło o wyrostek sutkowy, byłoby

[1]) Technika przekrwienia biernego głowy, podana przez Biera, polega na założeniu wązkiej tasiemki gumowej o długości 28—36 cm., opatrzonej w kilka odpowiednich klamerek. Opaskę tę stosujemy w ten sposób, aby klamerki przypadły na kark w miejscu, w którem mięśnie są najbardziej rozwinięte. (Co do miary stosowania przekrwienia, to obowiązują już poprzednio podane prawidła).

wystarczyło, a trepanacya byłaby już zbyteczna. 21/VII. W uśpieniu chloroformowem poprowadzono cięcie równolegle do małżowiny, oddzielono okostną i otwarto jamę sutkową. Kość wyrostka okazała się przerzedzoną, dobrze unaczynioną, ropy nie znaleźliśmy. Wobec ujemnego wyniku zaszyliśmy okostną i skórę, pozostawiając tylko mały seton w wydłutowanej jamie. Po czterech dniach seton wyjęliśmy, stosując przekrwienie na dwie godziny dziennie. 1/VIII. Rana prawie całkowicie zgojona. 20/VIII. Chory czuje się zupełnie dobrze, wydzielina z ucha nieznaczna, porażenie nerwu twarzowego utrzymuje się ciągle. Chory pozostaje w oddziale do dnia 11/IX. Stan ten sam.

5) Zapalenie przewlekłe wyrostka sutkowego.

W sprawach przewlekłych, toczących się w wyrostku sutkowym, w których na podstawie wyników badania przypuszczaliśmy obecność martwaków, ziarniny lub ropy, z góry było rzeczą pewną, że leczenie przekrwieniem nie odniesie skutku, a odwlekając operacyę, może tylko zwiększyć niebezpieczeństwo rozszerzenia się sprawy na zatoki lub opony; toteż przystępowaliśmy odrazu do otwarcia wyrostka sutkowego. Chcąc jednak skrócić tak zwykle długie leczenie pooperacyjne, zbliżaliśmy brzegi rany skórnej i okostnej szwem węzełkowym, podobnie, jak po otwarciu kości długich kończyn. U dołu rany pozostawialiśmy sączek dla odpływu wydzieliny z rany, a po kilku dniach sączek usuwaliśmy, stosując przekrwienie bierne po kilka godzin dziennie. Wyniki takiego doleczania były zupełnie zadowalniające. Zaszyta część rany skórnej goiła się doraźnie, a wydzielina wydobywała się przez pozostały otwór. Zastosowanie przekrwienia biernego nie dozwala, jak to Bier dowiódł, na zasklepienie się otworu, przeznaczonego dla odpływu wydzieliny. Korzyści, jakie to leczenie w przeciwieństwie do zwykłego setonowania rany przedstawia, ocenimy najlepiej na dwu niżej podanych spostrzeżeniach, w których po wykonaniu operacyi stosowano dłuższy czas zwykłe leczenie. Jednego z tych 2 chorych operowano w klinice chirurgicznej z powodu znacznych zmian w wyrostku sutkowym.

1) S., 7. VI. Stan obecny: poza uchem lewem rana, ziejąca na 3 cm., o brzegach nacieklych; z ucha obfity wypływ ropny. Z rany wyjęto seton z gazy jodoformowej, nasiąkły ropą. Wprowadzony zgłębnik wchodzi blizko 3 cm. w głąb i napotyka na obnażoną kość; w okolicy rany kilka sączków gumowych. Założono opatrunek aseptyczny i opaskę Biera na szyję na 20 godzin dziennie, setony i sączki całkowicie usunięto. 10. VI. Chory czuje się lepiej, rana mniej wydziela, z ucha również mniejszy wypływ. 12. VI. Rana poza uchem zasklepiona, nic nie wydziela, z ucha wypływ bardzo mały, chory czuje się dobrze i nosi opaskę chętnie. 14. VI. Rana zgojona, wypływ ropny z ucha mniej obfity. 19. VI. Stan chorego dobry; chce opuścić oddział. 21. VI. Badanie ucha, wykonane przez Dra Nowotnego, stwierdza: W przewodzie zewnętrznym nieznaczna ilość ropy, ściana tylna przewodu zewnętrznego wpuklona ku wnętrzu, ucha środkowego nie widać.

2) B., operowany 24. IV. 1905. z powodu daleko sięgającego próchnienia wyrostka sutkowego, z następowem porażeniem nerwu twarzowego. Przy operacyi znaleziono rozległe zniszczenia wyrostka sutkowego. Słuch zniesiony. Ranę leczono tamponami z gazy, napojonej mieszanką jodoformową, oraz przepłukiwaniem ucha środkowego. Stan obecny 7. VI.: poza małżowiną rana długości 4 cm., ziejąca; z ucha i z rany wydziela się ropa. Wprowadzony zgłębnik napotyka na obnażoną kość. Założono opaskę Biera na szyję na 20 godzin, setony usunięto. 10. VI. Wydzielina z rany ustała zupełnie, z ucha wypływa ropy znacznie mniej, chory znosi opaskę bardzo dobrze. 14. VI. Rana zgojona, ropy w uchu bardzo mało. 19. VI. Stan chorego zupełnie dobry. 21. VI. Badanie ucha, wykonane przez Dra Nowotnego, stwierdza: Błony bębenkowej brak, w uchu środkowem polipy; wydzielina ropna nieznaczna.

Równie dobre wyniki uzyskaliśmy w doleczaniu po operacyi u innych takich chorych.

6) Zapalenie ropne stawów, tkanki podskórnej i ścięgien. Leczyliśmy przypadków 22. Ciekawsze z nich przytaczam.

a) Zapalenie ropne stawu kolanowego.

R., lat 27, rolnik, przybył 22/IV, wyszedł 7/VII. *Gonitis suppurativa.* Przed tygodniem skaleczył się siekierą w okolicy lewego stawu kolanowego.

22/IV. Stan obecny: Chory dobrze odżywiony i zbudowany. Zmian w narządach wewnętrznych stwierdzić nie można. Kończyna dolna lewa w całości obrzękła, skóra zaczerwieniona. Obrzęk ten jest najwybitniejszy w dolnej połowie goleni, staw kolanowy także obrzękły, chełbotanie w całej okolicy stawu kolanowego wyraźne. Powyżej stawu kolanowego na przedniej powierzchni uda rana wielkości fasoli, wypchana gazą jodoformową. Po wyjęciu gazy i uciśnięciu uda wylewa się przez ranę obficie ropa. Ciepłota 38·5. Przez ranę, łączącą się ze stawem, wprowadzono kleszczyki (Drainzange) i otworzono w kilku miejscach zaułki w mięśniach uda, wypełnione ropą. Przeż otwory wprowadzono sączki gumowe. Opatrunek wilgotny, przeciwgnilny. 6/V. Z otworów wydziela się obficie ropa, chory gorączkuje wysoko, stan chorego coraz gorszy, coraz większy obrzęk całej kończyny. Ruchy bierne i czynne w stawie kolanowym zniesione. 16/V. Wobec coraz większego upadku sił chorego i gorszego stanu miejscowego zastosowano przekrwienie bierne. Sączki usunięto. Założono na 1—2 godzin dziennie opaskę Biera, którą chory z początku niechętnie znosi. 28/V. Stan chorego znacznie lepszy, bole ustąpiły, wydzielina z ran jeszcze obfita, ciepłota podgorączkowa, chory dopomina się sam o opaskę, którą nosi przez 8—10 godzin dziennie. 10/VI. W dolnej $^1/_3$ części uda po stronie zewnętrznej wytworzył się ropień, który otwarto. 15/VI. Cała kończyna sklęsła, chory podnosi kończynę sam, ruchy w stawie kolanowym powoli wracają. Wydzielina z ran skąpa 7/VII. Chory opuszcza oddział z ranami zagojonemi, ruchy w stawie kolanowym swobodne.

b) Zapalenie ropne ścięgien i tkanki podskórnej.

1) M. *Phlegmone manus.* Choroba rozpoczęła się przed tygodniem dokuczliwym bolem na dłoni w okolicy kości śródręcza III na ręce lewej. Ból ten, połączony z obrzękiem dłoni, stale się powiększał, poczem na 4 dni przed przyjęciem na oddział powstało prawie zupełne zesztywnienie palców wraz z pogorszeniem się ogólnego stanu chorego. W tych dniach pojawiły się także dreszcze i brak apetytu. Stan obecny: Osobnik 20-letni, dobrze zbudowany i odżywiony, dłoń i grzbiet ręki lewej, oraz palce deskowato obrzękłe, zaczerwienione, przy dotyku bolesne. U nasady palca II i III skóra zmieniona, barwy białawo-żółtej, przy dotyku bardzo bolesna. Przedramię także obrzękłe. Założono opaskę powyżej stawu łokciowego, w następstwie czego powstał znaczny obrzęk i zaczerwienienie kończyny aż do miejsca uciśniętego opaską, przyczem bole ustąpiły. Ciepłota wieczorem 37·6°. 27/IV. Odtąd nosi chory opaskę stale 12—24 godzin na dobę. Chory czuje się lepiej, domaga się sam założenia opaski. Przy nasadzie zajętych palców coraz wyraźniejsze chełbotanie. Ciepłota spada. Trzeciego dnia w miejscu chełboczącem wytworzył się otwór, przez który obficie wylewa się ropa; chory czuje się dobrze, ruchy palców swobodniejsze, miejsce chore nie bolesne. 6/V. Kończyna zupełnie sklęsła, ruchy palców zupełnie swobodne, w miejscu największego nacieku ropnego nieznaczny ubytek, drążący w głąb na $^3/_4$ cm., który rychło zupełnie się zagoił.

2) J., lat 30, robotnik, od 4/V do 15/V. *Phlegmone manus et antibrachii dextri.* Spadający kilof przygniótł mu rękę prawą przed tygodniem. 4/8. Stan obecny: Cała ręka prawa obrzmiała, zaczerwieniona, skóra deskowato napięta, na przestrzeni około 6 cm. obumarła. Ruchy palcami zniesione. Obrzęk sięga prawie po staw łokciowy. Na całem przedramieniu liczne postronki naczyń limfatycznych, zaczerwienione. Ciepłota 38·9°, język suchy, obłożony. Stan chorego ciężki. Założono opaskę 4/V, przyczem wystąpiło silne zasinienie kończyny, bolesność ręki się zwiększa. Opaskę zwolniono, poczem kończyna przybrała barwę czerwoną; pozostawiono opaskę na 10 godzin. Ciepłota wieczorem 38°. Ból ustąpił. Po 10 godzinach opaskę przesunięto nieco wyżej, chory czuje się lepiej. Opaskę pozostawiono 20 godzin. 5/V. Zmiany na skórze ograniczają się, zajęcie naczyń limfatycznych nie posuwa się dalej, chory czuje się znacznie lepiej. Założono opaskę na 20 godzin. Ciepłota wieczorem 37·6°. 6/V. Pod zmienioną częścią skóry wyraźne chełbotanie. Ropień otwarto, poczem wypłynęła znaczna ilość ropy. Ciepłota wieczorem 37°. Ruchy palcami i w stawie nadgarstkowym wracają do stanu prawidłowego. 7/V. Ciepłota prawidłowa, chory czuje się zupełnie dobrze, ręką porusza swobodnie. 15/V. Chory opuszcza oddział z raną granulującą.

3) L. A., lat 30, służąca. *Panaritium osseum.* 20/II. 1905. Przed 3 miesiącami zraniła się widelcem w palec wielki prawej ręki. W kilka dni potem palec opuchł, odtąd codziennie dreszcze i gorączka. W dniu przybycia na oddział palec obrzmiały, zaczer-

wieniony, bolesny, ruchy palcem zniesione. Naciek po stronie dłoniowej nacięto. Bolesność utrzymywała się pomimo szerokiego nacięcia, zaułki wypełnione ropą wytwarzały się kilkakrotnie. Gdy pomimo kilkorazowego otwarcia zaułków ropnych stan zapalny oraz znaczne obrzmienie nie ustępowały, założono opaskę na 10 godzin dziennie. 10/IV. Bolesność ustąpiła zupełnie w ciągu tygodnia. 16/IV. Stan chorej poprawił się znacznie, z palca w miejscach dawniejszych nacięć wydzielała się obficie ropa, zmieszana z krwią, a nadto wydostał się z rany martwak, który odpowiadał połowie podstawy falangi. Bole ustąpiły, obrzmienie nieznaczne, chora włada palcem zupełnie dobrze. 18/V. Palec prawie zgojony. 30/V. Palec zgojony całkowicie, chora posługuje się nim zupełnie dobrze, ruchy palca prawidłowe. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

O wrotach zakażenia.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

A. Wrzosek.

Gdy mówimy o wrotach zakażenia wogóle, należy przedewszystkiem odróżnić wrota zakażenia u płodów i wrota zakażenia w życiu pozamacicznem.

Jak wiadomo, choroby zakaźne żadnego wieku nie oszczędzają: nawet płód w łonie matki zakażeniu uledz może. Spostrzegano mianowicie przeniesienie zarazków wąglika z ustroju matki na płód, w jej łonie będący. Opisano kilka przypadków odry i płonicy wrodzonej, w których matki przed porodem choroby te przechodziły. Niejednokrotnie stwierdzono również, że dzieci na świat przychodzące nosiły na sobie niewątpliwe oznaki ospy naturalnej. Na szczególną w tym względzie uwagę zasługuje przypadek, opisany przez Kaltenbacha, w którym niewiasta, chora na ospę, powiła trojaczki, przyczem u dwóch noworodków były krosty ospowe, a trzeci ich nie miał. Znane są przypadki, w których niewiasty, chore na zimnicę, rodziły dzieci z powiększoną śledzioną, miewające napady zimnicze o tej samej godzinie, co i matki. Dalej stwierdzono przechodzenie krętków Obermeyera, zarazków durowych, gruźliczych i zapalenia płuc z ustroju matki do płodu. Wreszcie nie można by nawet zliczyć przypadków, w których dzieci rodzą się z wyraźnemi oznakami kiły. Z doświadczeń, na zwierzętach wykonanych, wynika, że to przechodzenie zarazków może się odbywać dość prędko. Chantemesse i Widal wstrzyknęli ciężarnej śwince morskiej prątki durowe, poczem te zarazki znaleziono w płodzie, który się urodził w 46 godzin po zakażeniu matki. Co się tyczy wrót zakażenia u płodów, to, sądząc na zasadzie badań doświadczalnych, jest niemi najczęściej pępowina, do której przechodzą zarazki z ustroju matki przez łożysko, zwłaszcza przez łożysko chorobowo zmienione. Dotąd przynajmniej nie mamy zupełnie pewnych dowodów, że u ludzi zarazki dostają się do płodów jakąkolwiek inną drogą. Albowiem dotychczas nie zostało bezpośrednio udowodnione przypuszczenie, że zarazki u ludzi mogą przechodzić z ustroju rodzicielskiego do potomnego bądź to za pośrednictwem elementów płciowych męskich, bądź też za pośrednictwem elementów płciowych żeńskich, jak to się n. p. zdarza u ptaków, u których zarazki mogą się znajdować w jajku, lub jak to stwierdzono w chorobie jedwabników, zwanej *»pebrine«*, w której, jak to Pasteur dowiódł, zarazki przenoszą się za pośrednictwem jajek.

Daleko ważniejsze jednak znaczenie mają poszukiwania wrót zakażenia w życiu pozapłodowem. Już oddawna wskazywano jako na wrota zakażenia przedewszystkiem na przewód pokarmowy, narząd oddechowy i skórę, atoli ściślejsze w tym kierunku badania zostały dopiero w ostatnich dziesiątkach lat wykonane. Mówiąc o wrotach zakażenia w życiu pozapłodowem, trzeba mieć na uwadze wrota zakażenia przypadkowe, patologiczne i wrota zakażenia stale istniejące, a więc fizyologiczne.

Nie ulega wątpliwości, że, jeżeli zarazki dostaną się do rany, czy to rany w skórze, czy błonie śluzowej, może nastąpić zakażenie całego ustroju. Będą to wrota zakażenia przypadkowe, patologiczne. Atoli w chorobach zakaźnych, osobliwie nagminnie panujących, przypadkowe wrota zakażenia zdają się odgrywać jeno drugorzędną rolę. Wiele rzeczy przemawia jednak za tem, że prócz przypadkowych wrót zakażenia istnieją i inne, stale dla mikrobów otwarte. W przeciwnym bowiem razie trudno byłoby pojąć łatwość, z jaką zarażają się ludzie zdrowi, stykając się z chorymi na choroby zakaźne, lub tylko wskutek zetknięcia się z zarazkami, n. p. w pracowni. Aczkolwiek krótkie są dzieje bakteryologii, to jednak zapisały one niejeden już przypadek zakażenia się badaczów, którzy mieli do czynienia z zarazkami. Dość wspomnieć tragiczną śmierć Müllera, Sachsa, Wyżnikiewicza, którzy, zaraziwszy się w pracowni dżumą, badania swoje śmiercią przypłacili.

Poszukiwanie stale istniejących w ustroju wrót zakażenia przedstawia niemałe trudności. Albowiem jeśli w rzeczy samej istnieją fizyologiczne wrota zakażenia, to dla zbadania ich w wielu przypadkach nie mogą wystarczyć poszukiwania tylko anatomiczne, gdyż zarazki, przechodząc przez takie wrota, mogą tam oczywiście żadnych zaburzeń, a tem bardziej widocznych zmian anatomicznych nie wywoływać. Do wyjaśnienia zatem sprawy, czy wogóle istnieją fizyologiczne wrota zakażenia i gdzie się w ustroju znajdują, potrzeba często nadto badań doświadczalnych.

Najwięcej badań doświadczalnych poświęcono wyświetleniu roli przewodu pokarmowego, narządu oddechowego i skóry, jako fizyologicznych wrót zakażenia.

Był czas, kiedy powszechnie niemal sądzono, że zarazki w głąb ustroju dostają się przeważnie przez rany w skórze, choćby to były rany bardzo drobne. Przypuszczano przytem, że rany ziejące służyć mogły za wrota zakażenia jedynie tlenowcami, że natomiast przez takie rany wobec dostępu powietrza, a więc i tlenu, nie może nastąpić zakażenie beztlenowcami. W ostatnich jednak czasach udowodniono, iż tak zwane bezwzględne beztlenowce mogą nietylko żyć, ale i rozwijać się dobrze i wobec dostępu powietrza: jeżeli n. p. do zwykłej pożywki, do której dostęp powietrza nie jest utrudniony, włożymy kawałek świeżej jałowej tkanki zwierzęcej i zaszczepimy do takiej pożywki beztlenowce, to rozwijają się one wcale dobrze. Wobec tego faktu trudno utrzymywać nadal, że tylko tlenowce, dostawszy się do rany ziejącej, mogą zakazić ustrój. Raczej godzi się przypuszczać, że również i dla beztlenowców może służyć za wrota wejścia do ustroju każda rana, bez względu na to, czy to będzie rana zakryta, czy też ziejąca. O możliwości zakażenia przez ranę w skórze nikt obecnie nie wątpi. Atoli należało jeszcze zbadać, czy mikroby i przez nieuszkodzony naskórek przechodzić mogą. Liczne doświadczenia, w celu tym przedsięwzięte, dowiodły, że istotnie przez nieuszkodzony nabłonek skórny mikroby przechodzić mogą, a nawet wywołać ogólne zakażenie. Do wywołania jednak zakażenia nie wystarcza proste zetknięcie się mikrobów ze skórą; potrzeba, aby mikroby zostały w skórę do pewnego stopnia wtarte. Tak n. p. posmarowanie skóry czystą hodowlą gronkowca złocistego ropnego nie wystarcza, aby sprawę ropną w skórze wywołać; powstaje ona tylko wtedy, gdy się wspomniane zarazki w skórę niejako wetrze. Prócz tego zauważono, że przez nieuszkodzoną skórę można wywołać u zwierząt chorobę zakaźną takimi tylko zarazkami, które dla danego gatunku zwierząt są najjadowitsze. Tak świnki morskie, a więc zwierzęta na zakażenie wąglikiem bardzo wrażliwe, padały zawsze po zakażeniu ich przez skórę prawidłową lasecznikami wąglika, jak tego dowodzą doświadczenia Machnoffa, oraz badania Wasmutha. Natomiast Schimmelbusch na królikach otrzymał inne wyniki, gdyż z 14 zwierząt, do doświadczeń użytych, padły tylko trzy, u których w rzeczy samej nastąpiło śmiertelne zakażenie wąglikiem przez nieuszkodzoną skórę. Podobnież Schimmelbusch oraz Wasmuth stwierdzili, że u ludzi zawsze można wywołać ropienie gronkowcami i paciorkowcami ropnymi przez nieuszkodzoną skórę, lecz nigdy nie można było wywołać w takiż sposób ropienia u świnek morskich i królików.

Badania nad przepuszczalnością skóry prawidłowej dla mikrobów posiadają dla patologii ludzkiej spore znaczenie i z tego względu, że wykonano je nietylko na zwierzętach, lecz i na ludziach. Stąd otrzymane wyniki można uważać za całkiem pewne, gdy natomiast wyniki doświadczeń na zwierzętach prawie nigdy nie mogą mieć dla patologii ludzkiej wartości bezwzględnej. Na to, że istotnie przez nieuszkodzoną skórę ludzką mikroby mogą przechodzić, posiadamy dowody bezpośrednie. Pewien badacz niemiecki człowiekowi młodemu, umierającemu, wcierał w skórę hodowlę gronkowców, w następstwie czego w skórze powstały sprawy ropne. W 24 godziny potem chory zmarł. Badacz, o którym mowa, przystąpił niezwłocznie do histologicznego zbadania miejsc skóry, do których wcierał był gronkowce. Okazało się, że naskórek był nieuszkodzony, a tylko w torebkach, naokoło włosów, znajdowały się liczne gronkowce. A więc doświadczenie wspomniane, którego w taki sam sposób ze względów łatwo

zrozumiałych nikt nie powtarzał, przemawia za tem, że istotnie zarazki mogą dostawać się przez skórę ludzką, wtedy nawet, gdy naskórek nie uległ żadnemu uszkodzeniu.

Pogląd o przepuszczalności skóry prawidłowej dla mikrobów na zasadzie powyższych wyników badań doświadczalnych został prawie powszechnie przyjęty. Lecz całkiem inaczej ma się rzecz ze sprawą przepuszczalności prawidłowej błony śluzowej przewodu pokarmowego dla mikrobów. W tej sprawie mimo licznych badań dotąd zupełnej zgody między badaczami niema. Chociaż już dawniejsze badania przemawiały poniekąd za tem, że błona śluzowa przewodu pokarmowego może przepuszczać mikroby w głąb ustroju, to jednak badania rzeczone nie znalazły wśród uczonych wielkiego posłuchu. Miały one bowiem tę słabą stronę, iż prowadzono je dość jednostronnie. Jednostronność zaś rzeczonych badań polegała na tem, że uczeni, jak Wesener, Orth i inni, którzy doświadczenia wykonywali w celu zbadania przepuszczalności błony śluzowej przewodu pokarmowego dla mikrobów, podawali zwierzętom z jadłem wyłącznie zarazki gruźlicze, a więc mikroby jadowite. Badacze ci utrzymują, iż w doświadczeniach tych zdołali stwierdzić zakażenie zwierząt gruźlicą, chociaż w przewodzie pokarmowym zmian nie było. Doświadczeń ich jednakże nie można uważać za wystarczające do wysnucia wniosku, że mikroby w warunkach prawidłowych mogą przechodzić przez błonę śluzową przewodu pokarmowego; albowiem wprowadzali oni zwierzętom do przewodu pokarmowego prątki gruźlicze, a więc takie mikroby, które mogą wywoływać miejscowe zmiany w przewodzie pokarmowym. Zmiany te mogą być tak nieznaczne, iż łatwo można ich nie zauważyć. A że istotnie w błonie śluzowej przewodu pokarmowego zwierząt, którym podawano wraz z jadłem prątki gruźlicze, mogą łatwo zmiany powstawać, na to zdają się wskazywać badania Baumgartena, który mniema, że i u zwierząt, na których wykonywali doświadczenia poprzedni badacze, były również bardzo nieznaczne zmiany w błonie śluzowej przewodu pokarmowego, przez nich jednak nie spostrzeżone. Wobec przeto niezgodności wyników doświadczeń rozmaitych badaczów, którzy podawali zwierzętom wraz z jadłem prątki gruźlicze, nie można było rozstrzygnąć sprawy, czy mikroby mogą przechodzić przez błonę śluzową przewodu pokarmowego w warunkach prawidłowych. Na szczególną jednak uwagę zasługują niezmiernie ścisłe badania Dobrokłońskiego, ogłoszone w 1890 r. Zauważył on niejednokrotnie w skrawkach z jelita świnek morskich, którym wprowadzał był do przewodu pokarmowego prątki gruźlicze, rzeczone zarazki w kosmkach, tuż pod warstwą nabłonkową lub w pewnej od niej odległości. Dobrokłoński znajdował w niektórych preparatach prątki gruźlicze między komórkami nabłonka kosmkowego, przyczem część prątka do światła jelita wystawała. W samej warstwie nabłonkowej można było stwierdzić zarazki gruźlicze tylko w nader nielicznych preparatach; były one tam albo wolne, lub wewnątrz leukocytów. Dobrokłoński ze szczególnym naciskiem zaznacza, że warstwa nabłonkowa błony śluzowej jelit była zupełnie prawidłowa, nie wyłączając tych miejsc, w których prątki gruźlicze znajdowały się tuż pod tą warstwą. Doświadczenia Dobrokłońskiego nie znalazły wielkiego uznania i w dalszym ciągu uważano sprawę przechodzenia mikrobów przez prawidłową błonę śluzową przewodu pokarmowego za nierozwiązaną. Świadczy o tem dowodnie okoliczność, iż w ostatniem dziesięcioleciu pojawił się cały szereg rozpraw, poświęconych sprawie wchłaniania mikrobów w przewodzie pokarmowym. Jedni badacze, jak Nocard, Porcher i Desoubry utrzymywali, że mikroby bardzo łatwo zostają wchłaniane w przewodzie pokarmowym w czasie trawienia, zwłaszcza jadła tłustego. Według badaczów wspomnianych wchłonięte w jelicie mikroby przechodzą z mlecza do krwi, skąd dalej do płuc i innych narządów. Drudzy natomiast badacze, mianowicie Neisser i Opitz, twierdzili, również na zasadzie doświadczeń na zwierzętach, że błona śluzowa przewodu pokarmowego mikrobów wcale nie przepuszcza. Ponieważ jednak poszukiwaniom tak pierwszych badaczów, jak i drugich, można było niejedno zarzucić, jak tego dowiódł między innymi Rogoziński, przeto i po tych badaniach sprawy przepuszczalności dla mikrobów prawidłowej błony śluzowej przewodu pokarmowego za rozstrzygniętą żadną miarą uważać nie było można. Do wyjaśnienia wspomnianego zagadnienia przyczyniły się w pewnej mierze doświadczenia, wykonane w krakowskim Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej, przedewszystkiem przez Rogozińskiego, a później i przez innych. Doświadczenia te wykonano na zwierzętach, należących do rozmaitych gatunków, a mianowicie na żabach, gołębiach, świnkach morskich, królikach, kotach i psach. Zwierzętom dawano z jadłem różne gatunki mikrobów, jako to: *b. prodigiosum*, *b. kiliense*, *b. mycoides*, *b. fluorescens n. liq.*, *b. pyocyaneus*, *b. violaceus*. Najczęściej dawano zwierzętom *b. prodigiosum*, *b. fluorescens n. liq.* i *b. kiliense*. Okazało się, że mikroby, wprowadzone zwierzętom do przewodu pokarmowego, w pewnej liczbie przypadków przechodziły w głąb ustroju. U zwierząt ciepłokrwistych najczęściej można było wyhodować mikroby, wprowadzone do przewodu pokarmowego z gruczołów krezkowych, rzadziej z gruczołów oskrzelowych, płuc, szpiku kostnego, wątroby, śledziony, nerek, nigdy zaś nie wyhodowano ich z moczu, żółci i ze krwi, czerpanej bądź z żyły wrotnej, bądź z żył krezkowych.

Co się tyczy poszczególnych gatunków zwierząt ciepłokrwistych, to stwierdzono, iż najczęściej mikroby przechodziły z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych u psów, najrzadziej zaś u królików. Ponieważ zwierzęta, do doświadczeń użyte, były zdrowe i w przewodzie pokarmowym tych zwierząt nie zauważono żadnych zmian chorobowych, przeto wspomniane wyżej wyniki badań doświadczalnych można było uważać za dowód, że mikroby w warunkach prawidłowych mogą przechodzić przez błonę śluzową przewodu pokarmowego. Badaniom, o których mowa, uczyniono jednak pewne zarzuty, streszczające się w zdaniu, że w doświadczeniach wspomnianych przechodzenie mikrobów przez błonę śluzową przewodu pokarmowego nie odbywało się w warunkach prawidłowych. Z taką krytyką wystąpił Klimenko, który, na zasadzie własnych badań, doszedł do cokolwiek innego wniosku, a mianowicie, że »przechodzenie mikrobów przez zdrową, nieuszkodzoną ścianę jelit może się odbywać co najwyżej tylko u zwierząt chorych«. Nie wdając się nawet w szczegółową krytykę badań Klimenki, można dowieść, że zarzuty Klimenki, uczynione badaniom krakowskim, nie mogą być uważane za bezwzględnie słuszne. Klimenko twierdzi, że w doświadczeniach, w krakowskim Zakładzie patologii wykonanych, przechodzenie mikrobów przez ścianę jelita nie odbywało się w warunkach prawidłowych, gdyż po pierwsze, zwierzętom wprowadzano do przewodu pokarmowego mikroby jadowite, a do nich zaliczyć należy zdaniem Klimenki nawet prątki krwawe (*b. prodigiosum*), ponieważ niedawno ogłoszone badania Bertarelliego stwierdziły, że mikrob ten jest jadowity dla królików, świnek morskich, a osobliwie dla szczurów białych i myszy białych; powtóre, że do doświadczeń użyto takich zwierząt, jak psy, króliki i świnki morskie, które, zdaniem krytyka, w przeważnej części należy uważać za zwierzęta chore, gdyż wśród nich całkiem zdrowe mają się znajdować tylko nader rzadko. Co się tyczy pierwszego zarzutu, to zaznaczyć należy, że zwierzęta, na których wykonano doświadczenia w krakowskim Zakładzie patologii, dostawały z jadłem nietylko mikroby jadowite, lecz także niejadowite, jak n. p. *b. fluorescens non liq.*, które jednak przez błonę śluzową przechodziły. Rzecz godna podkreślenia, że prątek krwawy (*b. prodigiosum*) przechodził najczęściej przez ścianę jelita u psów, lubo nikt dotąd nie stwierdził, aby właśnie dla psów rzeczony mikrob był jadowity. Czy słuszne jest twierdzenie Bertarelliego, które Klimenko za pewnik niemal przyjmuje, że mikrob ten może wywołać rozmaite zaburzenia u królików, świnek morskich, białych szczurów i myszy, że więc jest to mikrob jadowity, to dopiero późniejsze badania ostatecznie rozstrzygną. Dotąd bowiem prątka krwawego powszechnie uważano za mikroba zgoła nieszkodliwego. Doświadczenia, wykonane w krakowskim Zakładzie patologii, stwierdziły, że prątek ten nie wywołuje żadnych zaburzeń u królików i świnek morskich, gdy się go wprowadza do przewodu pokarmowego. I tak króliki dostawały wraz z jadłem codziennie hodowle prątka krwawego w ciągu 4 do 30 dni, a świnki morskie w ciągu 2 do 60 dni. Przez cały ten czas zwierzęta wyglądały zupełnie zdrowo. Łaknienie nie było upośledzone. Prawie wszystkim na wadze przybywało. Nie można było u nich zauważyć za życia żadnych zaburzeń ani jelitowych, ani ogólnych. Badanie pośmiertne nie wykryło także żadnych zmian.

(Dok. nast.)

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Doc. Braunsztein. **Znaczenie drożdży** (*blastomycetes*) **w powstawaniu złośliwych nowotworów.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 13). Braunsztein (z Instytutu imienia Morozowych w Moskwie) na podstawie danych z piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń, poczynionych na chorych na złośliwe nowotwory przy leczeniu surowicą Własjewa, doszedł do następujących wniosków: 1) Pod wpływem wstrzykiwań do tkanek

hodowli drożdży rozwija się ziarniniak w postaci nowotworu, nie zwiększającego się, lecz z biegiem czasu rozpadającego się zupełnie lub zabliźniającego się. 2) Żadna z opisanych dotąd postaci drożdży nie wywołuje nowotworu, podobnego utkaniem do raka lub mięsaka. 3) Histologiczna budowa nowotworów, sztucznie wywołanych przez wstrzykiwania drożdży, charakter przerzutów, brak charłactwa rakowego, obecność drożdży w narządach zdrowych ludzi, — wszystko to przemawia przeciwko uznaniu drożdży za czynnik, sprowadzający nowotwory złośliwe. 4) Surowica Własjewa nie jest swoistą dla złośliwych nowotworów, czego dowodem są ujemne wyniki, które otrzymał autor przy leczeniu nią chorych na raka.

Z. Orłowski (Ptbg.).

Baron. **Cukrzyca nadnerczowa.** (*Wraczebnaja gazieta* 1906, Nr. 1). Baron (z patologicznego zakładu prof. Afanasjewa w Dorpacie) starał się dociec istotę cukrzycy nadnerczowej. Cukrzycę wywoływał autor adrenaliną (Pohl), suprareniną (z fabryki w Höchst), wyciągami z nadnercza — całego, lub jego części — korowej lub rdzennej oddzielnie. Te przetwory autor wstrzykiwał pod skórę, do żył i do jamy brzusznej. Wnioski autora są następujące: 1) Cukromocz pod działaniem przetworów nadnercza zjawia się zawsze, nawet wtedy, kiedy kawałki nadnercza wszywano do jamy brzusznej zwierzęcia. 2) Odwrotny skutek wywołuje nietylko pierwotny wyciąg z nadnercza, lecz i wtórny, chociaż w słabszym stopniu. 3) Od rodzaju pokarmu zależy natężenie, lecz nie zjawienie się cukrzycy. 4) Jeżeli w kilka godzin po pierwszem wstrzyknięciu zrobić drugie, ilość cukru w moczu nie zwiększa się, jeżeli dodać do wyciągów przetwory, które przeszkadzają szybszemu ich rozpadowi. (naprz. fenol, tymol). 6) Wyciąg z prawdziwego ciałka żółtego nie wywołuje cukrzycy. Przy cukrzycy znajdujemy zawsze cukier we krwi (*glycaemia*), oprócz tego zwiększenie białych (rzeczywista eozynofilia) i czerwonych krwinek. 8) Przy jednoczesnem wprowadzeniu przetworów nadnercza i jodotyryny lub tyreoidyny, cukier w moczu zjawia się w mniejszej ilości. 9) Wstrzyknięcie przetworów nadnercza wywołuje obniżenie sprawy utleniania, za czem przemawia zjawianie się cukrzycy, obniżenie ciepłoty i zmniejszenie ilości cukru w moczu przy jednoczesnem wprowadzaniu przetworów nadnercza i sperminy. 10) Cukrzyca nadnerczowa przedstawia tylko rodzaj cukrzycy trzustkowej. 11) Wyciąg z istoty korowej nadnercza wywołuje cukrzycę, a z istoty rdzennej, stosowany nawet w niewielkich ilościach, wywołuje śmierć. 12) Przez usta podane przetwory nadnercza nie działają; nie działa też i odwłókniona krew zwierząt, którym uprzednio wstrzyknięto wyciąg z nadnercza. 13) Wstrzykiwanie przetworów nadnercza w ciągu dłuższego czasu wywołuje u zwierząt niestałą, lecz przemijającą cukrzycę. 14) Śmiertelną dawkę adrenaliny dla psa stanowi 1,5—1,8 ctm. środka na 1 kilogr. wagi, dla królka 1—1,4 (na kilogr.).

Z. Orłowski (Ptbg.).

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Dawydow. **Przypadek choroby Adams-Stokesa z objawami** *allorythmia atrio-ventricularis.* (*Medicinskoje obozrenie*, Nr. 4, 1906). Chory, l. 57, włościanin, wstąpił dnia 30/III 1905 do szpitala, skarżąc się na ogólne osłabienie, zawroty głowy z następową niekiedy utratą przytomności. Żadnych chorób nie przechodził; przez dwadzieścia lat (od 27-go r. ż.) znacznie nadużywał wyskoku. W 30 r. ż. cierpiał na obłąkanie opilcze i przebył wówczas kilka miesięcy w szpitalu; w ostatnich dziesięciu latach zupełnie pić przestał. Początek choroby datuje się od 1898 r.; wówczas doznał chory po raz pierwszy nagle bardzo silnego zawrotu głowy, poczem przez kilka miesięcy czuł się zupełnie dobrze. W 1900 r. zawroty głowy zaczęły się pojawiać w coraz krótszych odstępach, a w 1901 po raz pierwszy chory stracił przytem przytomność; takie napady powtarzały się w następnych latach z kilkumiesięcznemi przerwami. Badanie przedmiotowe stwierdziło znaczną bladość powłok skórnych, sinicę warg i języka, nieznaczny niedowład jelit, rozedmę płuc. Uderzenie koniuszkowe serca nie widoczne, tony serca głuche, a przedewszystkiem uderza ich rzadkość, co do ilości bowiem odpowiadają liczbie uderzeń tętna w tętnicy sprychowej, która wynosi 25 na minutę. Tętno dosyć silnie napełnione, dobrze napięte, w obu tętnicach sprychowych współczesne; w pozycyi leżącej dość wybitne tętnienie żył szyjnych, zwłaszcza po stronie prawej, które po wstrzymaniu oddychania nie ustępuje; ilość tych pulsacyi żylnych na minutę przewyższa 3—4 razy ilość uderzeń tętna w tętnicy sprychowej. Przy badaniu promieniami Roentgena doskonale można było widzieć skurcze obu komór, które były równoczesne z tętnem tętnicy sprychowej, 25 uderzeń na minutę; skurcze przedsionków nie widoczne, natomiast bardzo wybitnie rysowały się ruchy tętniące zstępującej aorty. Badanie krwi: hemoglobiny 90 prc., krwinek czerwonych 5,600.000, ilość krwinek białych nie powiększona. Układ nerwowy: wybitny dermatografizm, odruchy wzmożone, skłonność do pocenia się w znacznym stopniu, chłodność kończyn, zawsze się utrzymująca, czucie prawidłowe, wzrok dobry (*presbyopia*), dno oka bez zmian, źrenice szerokie, lewa rozszerza się trochę więcej, niż prawa, stan psychiczny prawidłowy. Chory nie skarżył się nigdy na duszność i wogóle ani razu nie spostrzegano u niego objawów niedomogi serca. — Chory najlepiej czuje się, gdy leży, przy chodzeniu bowiem natychmiast występują u niego zawroty głowy z następową utratą przytomności. Przebieg takiego napadu, których autor spostrzegał bardzo wiele, bo niemal przy każdej próbie siadania lub wstania, cechował się następującymi objawami: najpierw pojawiał się zawrót głowy, chory blednie, źrenice nadmiernie się rozszerzają, gałki oczne zwracają się ku górze, język zwisa na zewnątrz i sinieje, występują skurcze drgawkowe w mięśniach kończyn górnych i dolnych; rozpoczęcie samego napadu poprzedza głęboki wdech, poczem oddychanie zupełnie ustaje, tętno słabnie, uderzenia jego stają się bardzo rzadkie, a czasem niewyczuwalne; wszystko to trwa $^1/_4$—$^1/_3$ minuty, potem drgawki ustępują, chory zaczyna oddychać, a z pierwszym oddechem wraca przytomność, która podczas całego napadu jest zupełnie zniesiona. Napady te przypominają lekkie postacie padaczki. Na pierwszy plan podczas całego przebiegu napadu występują zmiany w zakresie serca, układu naczyniowego i nerwowego. Liczba tętna przez cały czas pobytu chorego w szpitalu w przeciągu trzech miesięcy wynosiła najwyżej 30 (tylko dwa razy), a zwykle 27, 25, 20, a podczas napadu 19, 18 na minutę. Przypadek ten uważa autor za przejściowy między bradykardyą wrzekomą, a rzeczywistą, rozumiejąc przez bradykardyę rzeczywistą stan, przy którym skurcze serca są bardzo rzadkie i odpowiadają w zupełności liczbie tętna w tętnicach obwodowych, przyczem przez pojęcie skurczu należy rozumieć tak skurcz przedsionków, jak i komór; wrzekomą zaś bradykardyą nazywa autor stan, przy którym tętno w naczyniach obwodowych jest rzadsze od skurczów serca, bez względu na to, czy to skurcze są całkowite, czy częściowe. W opisanym przypadku, jak wyżej wspomniano, występuje przy leżącem położeniu tętnienie żył szyjnych, nie ustępujące przy zatrzymaniu oddechu i na minutę 3—4 razy przewyższające liczbę uderzeń tętna w tętnicy sprychowej, które należy odnieść do skurczu przedsionków tak, że na jeden skurcz komór przypada 3—4 skurcze przedsionków. Przypadek swój zalicza autor do typowych rzadkich obrazów, opisanych pod nazwą choroby Adams-Stokesa. Co do etyologii danego przypadku, to autor wyłącza zatrucie, podawane jako jeden z częstych powodów bradykardyi, (chory wyskoku nie używa już lat dziesięć, nie pali, narządy moczowe prawidłowe) i za główną przyczynę choroby uważa najprawdopodobniej zmiany miażdżycowe w rdzeniu przedłużonym, za których istnieniem przemawia miażdżyca tętnic obwodowych, tętnicy głównej i prawdopodobnie tętnic wieńcowych serca, oraz stopniowe wzmaganie się choroby, jej powolne przejście od słabych zawrotów głowy, w rzadkich odstępach czasu występujących, do coraz częstszych napadów z następową utratą przytomności. Jako środka leczniczego autor używał jodu, jednak tylko z bardzo nieznacznem polepszeniem opuścił chory szpital.

Bolesław Swolkień (Ptbg.).

Dufourt. **Jakim wskazaniom podlega żywienie chorych na kamicę wątrobną.** (*Presse méd.* Nr. 22, 1906). Warunki chemiczne, przy których cholesteryna utrzymuje się w roztworze w żółci, są następujące: mała ilość cholesteryny, obecność kwasów tłuszczowych, jaknajwiększa ilość kwasów żółciowych, znaczna ilość sodu i potasu, wapna jaknajmniej, jaknajmniej innych kwasów organicznych (poza kwasami żółciowymi), odczyn jaknajbardziej zasadowy. Biorąc te dane za punkt wyjścia, autor sądzi, że żywienie chorych na kamicę wątrobną ma odpowiadać czterem następującym wskazaniom. I. Dyeta powinna przeszkadzać zakażeniu dróg żółciowych, co spełnimy, podając chorym jako pokarm — mleko; przy dyecie mlecznej gnicie w jelitach jest najmniejsze, przy dyecie mięsnej największe, jaja stoją w pośrodku. II. Drugiem wskazaniem jest utrzymanie prawidłowego składu żółci. Stan zapalny zwiększa ilość cholesteryny i żółci i z tego zatem względu należy przeciwdziałać zakażeniu. Natomiast niepodawanie jaj, móżdżku, krwi, z obawy, że pokarmy te zawierają dużo cholesteryny, jest nieuzasadnione, gdyż obecność cholesteryny w pokarmach niema wpływu na zwiększanie się jej ilości w żółci. Ponieważ mydła i sole zasadowe kwasów żółciowych rozpuszczają cholesterynę, należy podawać łatwo ulegające zmydleniu tłuszcze, dużo soli potasowcowych, a dla zwiększenia wytwarzania kwasów żółciowych mięso w skromnej ilości, gdyż w większej ilości podane zwiększa mięso wytwarzanie nietylko kwasów żółciowych, ale i barwików, drugiego zasadniczego składnika kamyków żółciowych. Wapno, wprowadzone z pokarmami, niema wpływu na zwiększanie się jego ilości w żółci; jeśli mimoto nie należy podawać wód wapiennych, to głównie dlatego, że szkodzą one często przewodowi pokarmowemu. III. Należy

wywołać jaknajobfitsze wydzielanie żółci. Najlepiej pod tym względem działa mięso (przez obfite wytwarzanie kwasów żółciowych); tłuszcze raczej zmniejszają ilość żółci, należy je zatem tylko jako lek, a nie jako pokarm podawać. Węglowodany o wiele słabiej działają od mięsa. Nadto skrobia nie wywiera wpływu na wydalanie żółci do dwunastnicy. Według Pawłowa bowiem, zwieracz ujścia przewodu stale jest zamknięty, a tylko przy przechodzeniu pokarmów przez odźwiernik odruchowo się otwiera, przyczem różne pokarmy z różną siłą odruch ten wywołują — najsilniej białko; słabiej mleko, tłuszcze; jeszcze słabiej materye wyciągowe; skrobia zaś wcale nie działa na wydalenie żółci. IV. Ponieważ jednak pobranie pokarmów ma tak ważne działanie na odpływ żółci, należy pokarmy podawać jaknajczęściej, nie prędzej jednak, aż żołądek zupełnie się opróżni po posiłku poprzednim, przez co żółć podczas tej przerwy w odpływie może się odnowić w pęcherzyku. W ten sposób odpływ żółci uczynimy niemal stałym. — Streszczając swe poglądy dla celów praktycznych, radzi autor w kamicy żółciowej z częstemi kolkami podawać mleko w małych ilościach, a często, także w nocy, później dodawać węglanów potasowców i świeżego masła. W kamicy zaś z rzadkimi napadami należy unikać nadmiaru pokarmów, podawać mięso w skromnej ilości raz dziennie, na wieczerzę zastąpić mięso jajami. Ilość węglowodanów ze względów wyżej podanych ograniczyć jaknajbardziej, ilość chleba i bułek ograniczyć także ze względu na ich znaczną zawartość kwasu fosforowego, który zwiększa kwaśność soku. Nieszczędzić łatwo przechodzących w zawiesinę tłuszczów, natomiast usunąć trudno przechodzące w zawiesinę, jak masło topione, słoninę, oliwę, tłuste mięso. Resztę dań dopełnić zielonemi jarzynami, cennemi ze względu na dużą ilość potasowców i cellulozy, przyspieszającej ruchy robaczkowe jelit, śmietaną, grochem, ziemniakami, soczewicą. Wyskok i korzenie usunąć ze względu na przekrwienie wątroby. Posiłki powinny być częste.

Dr. Mostowski.

A. Schmidt. **Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 13, 1906). Autor, powołując się na pomysł Brauera, który w przypadku gruźlicy jednego płuca wprowadził do jamy opłucnej wyjałowiony azot, podaje w krótkości swoją metodę, zastosowaną w kilku przypadkach, zastrzegając sobie dalsze jej rozwinięcie i omówienie jej znaczenia leczniczego. Polega ona na wprowadzeniu wyjałowionych gazów (czystego tlenu lub powietrza) w gruźlicy jednego szczytu, a wyjałowionych płynów (roztworu soli lub oliwy) w przypadkach gruźlicy jednostronnej dolnych płatów do jamy opłucnej zapomocą tępego, rurkowatego trójgrańca, przeprowadzonego przez 1 ctm. długą, ostrą pochwę. Wyników tego postępowania autor nie podaje.

Maciąg.

Schiassi. »*Splenocleisis*« **w niedokrwistości śledzionowej** (*anaemia splenica*) **i chorobie Bantiego.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1906, Nr. 11). Niedokrwistość śledzionowa cechuje się powoli postępującą niedokrwistością przy znacznie powiększonej śledzionie, bez zmian białaczkowych we krwi i bez powiększenia gruczołów. Chorobą zaś Bantiego nazywamy postać chorobową, która rozpoczyna się pierwotnem powiększeniem śledziony przy stałej niedokrwistości, w przebiegu której powstaje marskość wątroby, puchlina brzuszna, gruczoły zaś limfatyczne żadnej nie ulegają zmianie. Tak w jednym, jak i w drugim przypadku zmianą pierwotną i przyczyną niedokrwistości jest powiększenie się śledziony. Badanie krwi stwierdza znaczne zmniejszenie się liczby ciałek białych, i to wielojądrzastych, wskutek zajęcia śledziony jako jednego z narządów krwiotwórczych. Inne zaś narządy krwiotwórcze zastępczo działać nie mogą z powodu ogólnego schorzenia i osłabienia. Wskutek powiększenia się śledziony krew dłużej się w śledzionie zatrzymuje i wystawioną jest na działanie fermentu proteolitycznego (*lienasis*). Chcąc zatem ilość krwi w śledzionie zmniejszyć i temsamem obieg krwi przyspieszyć, podaje autor zabieg, który nazwał: *splenocleisis*. Polega on na wytworzeniu grubej, włóknistej warstwy, poprostu torebki około śledziony przez ścisłe tamponowanie gazą jodoformową. Po dniach pięciu tampony się wydobywa i ranę zaszywa. Dla leczenia choroby Bantiego poleca Schiassi kombinacyę przyszycia sieci (*omentopexis*) i obecnie podanej operacyi (*splenocleisis*). Pierwszy zabieg ma usunąć puchlinę i poprawić czynność wątroby, drugi — zmniejszyć przekrwienie śledziony.

Łapiński.

PEDYATRYA. Babonneix. **Urojenia wielkości w porażeniu postępującem wieku młodego.** (*Revue des mal. de l'enf.*, marzec, 1906). Autor zestawia około 100 przypadków porażenia postępującego w wieku dziecięcym, znanych z piśmiennictwa. Autor zwraca się przeciw utartemu zapatrywaniu, że urojenia wielkości są u dzieci wyjątkowe, gdyż spostrzegano je w 12 do 14 prc. przypadków. Myślenie dziecięce wyciska na nich piętno: są to małe, naiwne urojenia wielkości. Dziecko twierdzi, że ma nieskończenie wiele wybornych rzeczy do jedzenia, lub że potrafi jeść więcej, aniżeli inne — do 100 dań, wogóle wyobraża sobie, że jego żołądek jest środkiem świata, inne, że posiada wielki majątek, dosięgający kilku groszy, że ma 500 gorylów, lub że zna inspektora itp. U dzieci starszych urojenia mogą być bardzo podobne do tych, które się spostrzega u dorosłych. Oprócz porażenia postępującego jeszcze tylko otępienie przedwczesne może wchodzić w rachubę jako przyczyna urojeń wielkości przed 20 rokiem życia. Inne przyczyny są bardzo rzadkie.

Łewkowicz.

Terrien. **Usiłowania i wyniki żywienia osesków polewkami słodowanemi.** (*Revue des mal. de l'enf.*, marzec, 1906). Autor po licznych niekorzystnych wynikach polewkami, sporządzonemi według różnych przepisów, osiągał stale wyniki dobre zapomocą polewki, w której skrobia pod wpływem słodowania ulega tylko rozpuszczeniu, a nie ulega przemianie w cukier. Wskazanie do stosowania tej polewki stanowią przedewszystkiem sprawy żołądkowo-jelitowe przewlekłe, lub okres zdrowienia po sprawach ostrych.

Lewkowicz.

Tschernow. **Niedrożność jelit u dzieci; zawęźlenie pętli esowatej.** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 63, marzec, 1906). Opis przypadku zawęźlenia pętli esowatej u chłopca 10-letniego. Cierpienie to zdarza się u dzieci bardzo rzadko. Do powstania zawęźlenia konieczne są: utrudnienie przechodzenia kału do odbytnicy (zagięcie) i zmiany bliznowate krezki, zwężające podstawę pętli.

Lewkowicz.

Helena Stoelzner. **Gęstość osmotyczna najużywańszych pokarmów niemowlęcych.** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 63, marzec, 1906). Gdy gęstość drobinowa mleka kobiecego i krowiego równa się stale gęstości drobinowej krwi, to w rozmaitych sztucznych pokarmach dla niemowląt waha się ona od — 0,17 do — 1·70. Najbardziej hipotoniczne są czyste odwary mączne, najbardziej hipertoniczne mieszaniny zgęszczonego mleka szwajcarskiego. Gęstość ta waha się także w jednem i temsamem pożywieniu bardzo znacznie zależnie od wieku, dla którego pożywienie według przepisu przyrządzono. Szczegóły te niewątpliwie mogą być ważne dla trawienia i wessania. Według autorki stwierdzane dotychczas dłuższe przebywanie w żołądku drobinowo gęstszych pokarmów może być pozorne, gdyż muszą one wywoływać większe wydzielanie z błony śluzowej.

Lewkowicz.

Hedinger. **Mors thymica u noworodków.** (*Jahrb. für Kinderh.* t. 63, marzec, 1906). Autor opisuje 10 przypadków czystego przerostu grasicy i siedem przypadków, w których obok przerostu grasicy znaleziono powiększenie gruczołu tarczowego. Przebieg kliniczny był następujący: Po porodzie prawidłowym, rzadziej sztucznym, omdlały noworodek albo wogóle nie przychodzi do siebie, albo oddychanie staje się na razie prawidłowe, ale potem po kilku godzinach mniej lub więcej niespodziewanie ustaje. Czasem spostrzegano napady duszenia się przez kilka dni (Somma). Sekcya stwierdza zwykle sinicę i przekrwienie górnej połowy ciała. Grasica jest powiększona, niekiedy jednak powiększenie niewiele przekracza wymiary, uważane za prawidłowe. Mimoto zapomocą stwardnienia narządów szyjnych i piersiowych w formolu można stwierdzić niewątpliwe zaciśnięcie tchawicy, zwykle na miejscu skrzyżowania z tętnicą bezimienną. Narządy chłonne, narząd krwionośny, nadnercza były prawidłowe, co dowodzi, że powiększenie grasicy nie należy tu do obrazu *status lymphaticus*.

Lewkowicz.

Pater. **Dwie rzadkie postacie anatomiczne gruźlicy u niemowląt.** (*Rev. mens. des mal. d'enf.*, luty 1906). 1) Gruźlica płuc z wytworzeniem jamy i obfitem krwiopluciem u dziecka dwuletniego; 2) Obustronne zapalenie opłucnej z wytworzeniem grubych pokładów, częściowo serowatych — »*pachypleuritis*« — u oseska czteromiesięcznego.

Lewkowicz.

Roux i Josserand. **Gruźlica płuc i gruczołów oskrzelowych u dzieci w Cannes.** (*Revue des mal. de l'enf.*, styczeń 1906). Badania przedsięwzięto na materyale szkół i zakładów „kropli mleka". Posługiwano się oprócz sposobów zwykłych także radyoskopią, któremu to sposobowi dla stwierdzenia utajonych zmian w gruczołach oskrzelowych i płucach u dzieci przypisują autorowie bardzo wielkie znaczenie. Częstość w poszczególnych miesiącach życia i latach przytaczają autorowie w tablicach. Zmiany w gruczołach zawsze wskazywały zmiany płucne. Prawie zawsze oba szczyty były zajęte równocześnie, wyjątkowo tylko jeden.

L.

CHIRURGIA. Lexer. **W sprawie leczenia ostrych spraw zapalnych przekrwieniem zastoinowem.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 14, 1906). W czasach obecnego zapału do leczenia spraw zapalnych sposobem Biera za bardzo pożądaną uznać na-

leży pracę Lexera, omawiającego tę sprawę na zimno i bez zaślepienia. Lexer ogólny skutek przekrwień dzieli na 4 grupy spraw chorobowych. 1) Sprawy, gdzie naciek ustępuje zupełnie. Są to przypadki bez gorączki, lekkie, w których wczas zaczęto stosować przekrwienie. 2) Sprawy, w których szybko dochodzi do ropienia, ropa toruje sobie drogę na zewnątrz, gorączki niema. 3) Sprawy, w których naciek mięknie, lecz szerzy się i powiększa stale w głąb i na boki, gorączka nie opada, albo nawet wzrasta, a nieraz dołącza się różowate zajęcie skóry. 4) Sprawy, w których naciek szybko się powiększa i mimo przekrwienia występuje zajęcie naczyń limfatycznych, a nawet żylnych, gorączka ciągle wzrasta, a nieraz drobnoustroje przechodzą do krwi. Stosowanie przekrwienia przy zajęciu jam lub ich otoczenia, n. p. stawów, nieraz powoduje zgubne następstwa, jak n. p. przebicie się wysięku kołostawowego do samego stawu. Bier usiłuje zapobiegać temu z pomocą małych cięć, lub i nakłuć. Autor na mocy swego doświadczenia jest jednak zdania, że małe nacięcia wtedy nie wystarczają i trzeba wracać do dużych. Przekrwienie wywołuje zmiany w tkankach, które wyrażają się głównie w zmienionem wchłanianiu, tworzeniu się ciał ochronnych i fermentów proteolitycznych i w przesięku. Przy stosowaniu przekrwienia wadliwie, dołącza się nieraz skłonność do zakrzepów, zmiany w odżywianiu tkanek lub nawet ich obumarcie. Wchłanianie przy stosowaniu przekrwienia jest zwolnione, ale za to po zdjęciu opaski przyspieszone. Zmniejszone wchłanianie wyłącza ustrój z walki z zakażeniem, a tymczasem w miejscu chorobą dotkniętem zbierają się stale wydzielane przez drobnoustroje toksyny i powstałe z rozpadu mikrobów endotoksyny, a ciała te dla sąsiednich tkanek obojętnemi być nie mogą. Po zdjęciu opaski nagromadzone substancye dostają się do krążenia. To więc, co z pomocą cięć i sączkowania usuwamy na zewnątrz, tu zostawiamy w ustroju, skazując go na to, by sam tylko niszczył trucizny. W przypadkach lekkich przekrwienie spełni swe zadanie, w ciężkich zawiedzie pokładane w niem nadzieje. Laqueur twierdzi, że przy zastoinie 2-godzinnej zwiększa się znacznie bakteryobójcza siła krwi, a według Nötzela ilość ciałek białych krwi. Wielu twierdzi, że tkanka poddana zastoinie, jest jałową, tak jednak nie jest i aż do wyleczenia sprawy chorobowej zawsze można w niej znaleźć liczne drobnoustroje. Bezwątpienia mikroby ulegają w tkance, poddanej zastoinie, rozpuszczeniu, wywiązują się jednak przytem endotoksyny, a oprócz tego mikroby rozwijają się dalej. Ciągłe nasycanie organizmu temi endotoksynami wywołuje poprostu nadmierną wrażliwość ustroju i z tego też może powodu nieraz do przekrwień Biera dołącza się róża, lub różowate zajęcie skóry, rozchodzące się po danej kończynie aż dó miejsca, gdzie leży opaska. Pod wpływem przekrwienia naciek ustępuje, lub przeciwnie ulega zropieniu, a to pod wpływem proteolitycznych fermentów, tworzących się z rozpadu ciałek białych. Przekrwienie działa tu więc podobnie, jak kataplazm. W przypadkach takich przekrwienie ropienia się wstrzyma, a doświadczenie uczy, że szerokie nacięcie i tamponada nieraz to zdoła sprawić, n. p. w początkach dużych ropowic. Wysięk i przesięk zwiększa się przy przekrwieniu znacznie i może wprawdzie zbawiennie działać, jeżeli jest odprowadzany na zewnątrz, działa bowiem wtedy jako naturalny sączek, w razie jednak zamkniętego leczenia rany jest wprost szkodliwy, wywołuje bowiem nieraz przebijanie się wysięku do jam ciała, do stawów, podminowanie okostnej i t. d. Zdanie swe o przekrwieniu zastoinowem streszcza Lexer w końcu następująco: 1) zmienione stosunki wessania nie sprawiają szkody tylko w przypadkach lekkich, natomiast w cięższych stosować należy przy przekrwieniu rozległe nacięcia, by uchronić ustrój od zalania substancyami, nagromadzonemi podczas stosowania przekrwienia. 2) Wzmożone tworzenie się ciał ochronnych w tkance, poddanej zastoinie, jest mniejszej wagi wobec uwolnienia się wielkich ilości endotoksyn. 3) Wzmożone tworzenie się proteolitycznych zaczynów działa w otwartych ranach dobrze, w zamkniętych zaś może szkodzić innym tkankom, n. p. ścięgnom i wywołać ich obumarcie lub przebicie się ropy do sąsiedztwa. 4) Wzmożony przesięk i wysięk działać może korzystnie li tylko w ranach otwartych, w zamkniętych tylko szkodzi i jedynie szerokie nacięcia mogą wtedy jego wpływ korzystny przywrócić. 5) Leczenie przekrwieniem stosować można w przypadkach lżejszych, w cięższych zaś tylko jako pomocniczy leczniczy czynnik po zastosowaniu rozległych cięć. 6) Stosowanie wczesne ruchów również nie jest dobre, bo naraża ustrój na nawrót choroby; podobnie energiczne wyciskanie ropy. 7) Przyrządy Klappa działają korzystnie w lekkich bezgorączkowych przypadkach lub w ograniczonych początkowych sprawach ropnych, przedłużają jednak bardzo czas leczenia, a nacieki po wygojeniu pozostają znacznie dłużej, niż przy stosowaniu nacięć i sączkowania. — Lexer stosuje obecnie leczenie przekrwieniem w przypadkach ciężkich jedynie po wykonaniu rozległych nacięć, które tamponuje tylko celem zatrzymania krwotoku, a potem zaraz sączki usuwa. Przyrządami Klappa leczy tylko czyraki, początkowe zapalenia na palcach i zropiałe już nacieki. *A. E. Klęsk.*

Kuhn. **Wilcza paszcza i intubacya przez usta.** (*Münch med. Wochs.* Nr. 14, 1906). Autor poleca gorąco stosowanie intubacyi przez usta przy zeszywaniu podniebienia. Stosuje wziernik O'Dwyera, który umieszcza w lewym kącie ust, a rurę tubusa w prawym. Język spycha ku tyłowi i jamę gardła tamponuje. Operuje z głową w dół zwieszoną podług Rosego. W ten sposób operować można pewnie, dokładnie i szybko, unikając niemiłych przerw, koniecznych przy operowaniu zwykłym sposobem. *A. Klęsk.*

Weinberg. **Nowe urządzenie celem bezpiecznego wykonywania wstrzykiwań podskórnych i śródżylnych.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 14, 1906). Autor podaje nową strzykawkę (firma Dewitt & Herz — Berlin), której igłę przez odpowiednie ustawienie łączyć można raz z cylindrem, a raz ze światem zewnętrznym, przez co po wkłuciu do żyły z początku krew odchodzi obok, co daje pewność, że jest się w żyle. Potem ustawia się kurek inaczej i płyn wstrzykuje do żyły. *A. Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. A. Baumgarten i H. Popper. **O pojawieniu się ciał acetonowych przy zmianach części rodnych kobiecych.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr. 12). Autorowie na podstawie 100 przypadków dochodzą do przeświadczenia, że aceton, kwas acetooctowy i β-oksymasłowy w moczu w pewnych chorobach narządu moczowopłciowego, jakoto: w toku spraw zapalnych w przydatkach macicznych, ropni, gorączki połogowej, spraw nowotworowych, wogóle się nie pojawiają. Natomiast w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej z krwotokiem i krwistekiem z innych powodów, dodatnia próba Legala wskazywała stale na obecność acetonu. Kwasu β-oksymasłowego nie stwierdzono. Z siedmiu opisanych przypadków 3 dotyczyły ciąży jajowodowej z następowem poronieniem i znacznym krwotokiem do jamy otrzewnej, 4 krwistoku, usuniętego następnie operacyjnie. Co do przyczyny wydzielania acetonu w tych przypadkach, to zwykłe powody, zaburzenia wymiany materyi, można było wyłączyć. Stale w 2—3 dni po operacyi acetonurya znikała, co dowodzi, że nie pochodziła ona z wycieńczenia, bo przecież po zabiegu chore są osłabione więcej, niż przedtem. Że brak węglowodanów nie jest powodem acetonuryi, świadczy przypadek, w którym pomimo podania 100 gr. cukru trzcinowego aceton z moczu nie zniknął. Gorączki za przyczynę uważać nie można, bo przeważna część przypadków przebiegała bez gorączki. Śmierć płodu także w tej sprawie roli nie odgrywa, — co przedtem za główny powód acetonuryi uważano, — bo przypadki autorów były świeże i bezpośrednio operowane. Za przyczynę tego pojawienia się acetonu uważają autorowie wspólny wszystkim opisanym przypadkom krwotok i wytwarzanie się acetonu w ustroju z ciał białkowatych. Nie sprzeciwia się to badaniom chemicznym: stwierdzono to »*in vitro*«, a badacze nowsi, Lorenz, Palma, Weintraud, Satta, przyjmują wytwarzanie się acetonu z ciał białkowatych. W przypadkach, w których trudno rozstrzygnąć, czy się ma do czynienia z guzem części dodatkowych, lub torbielą z jednej, a krwistekiem z drugiej strony, przemawia stałe pojawienie się acetonu i kwasu acetooctowego w moczu za krwistekiem; jeżeli zaś wywiady i objawy kliniczne przemawiają za krwistekiem, badanie zaś moczu acetonu nie wykrywa, nasuwa się przypuszczenie ciąży zewnątrzmacicznej świeżej bez krwotoku do jamy otrzewnej. *Łapiński.*

C. Hein. **Przypadek ureterocystoneostomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 13). 26-letnią pierwiastkę rozwiązał lekarz, po 72-godzinnej pracy porodowej, kleszczami. Płód nieżywy, w pologu gorączka. Od 1. dnia pologu zupełna niemożność zatrzymania moczu, po 4 tygodniach zaś chora częściowo mocz zatrzymuje; stan ten nie ulega w późniejszym czasie poprawie. W 5 miesięcy po porodzie stwierdza badanie: nieżyt pęcherza, wyprysk na sromie, wysokie przedarcie szyi po stronie lewej, blizna w sklepieniu lewem; macica zwinięta, ruchoma; przydatki zdrowe; przetoka dla wzroku niedostępna; próba mleczna z wynikiem ujemnym. Badanie kilkakrotne cystoskopem pozwalało jedynie na przypuszczenie przetoki moczowodowej i to po stronie prawej, nie lewej. Rozpoznanie ułatwił częściowo krążek (*pessarium occlusivum*), obejmujący szczelnie część pochwową i połączony z drenem, gdyż okazało się, że przetoka znajduje się w szyi, nie w pochwie, i że odpowiednia nerka wydziela 580 gr. moczu, gdy drogą naturalną oddawała chora z drugiej nerki 500—800 gr. moczu. Celem rozstrzygnięcia pytania, który moczowód uległ uszkodzeniu, założono na $1^1/_2$ godziny przed laparotomią kleszczyki Muzeux po obu bokach części pochwowej, w nadziei wywołania tą drogą sztucznego rozszerzenia odnośnego moczowodu. Przewód szyi pozostał drożny, co na wypadek gromadzenia się moczu w jamie macicy było konieczne. Po otwarciu jamy

brzusznej rzeczywiście znaleziono zgrubienie prawego moczowodu, mierzącego 2—3 cm. średnicy. Po zdjęciu kleszczyków zapadł się on szybko, aczkolwiek pozostał grubszym od lewego. Wszczepienie moczowodu metodą Rissmanna powiodło się zupełnie. Dla uniknięcia zbytniego napięcia pęcherza usunięto przydatki prawe i zaopatrzono kikut pozaotrzewnie. Przypadek ten wskazuje na trudności rozpoznawcze, napotykane niekiedy przy przytokach moczowodowych i konieczność uciekania się do oryginalnych metod badania.

B. Wojciechowski.

L. Pincus. **O niebezpieczeństwach przyżegania gorącem powietrzem i parą** (*atmokausis i zestokausis*). (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 13). Metody te pociągają za sobą, podobnie jak inne sposoby leczenia śródmacicznego, niekiedy ciężkie powikłania, oczywiście o ile co do techniki lub wskazania zaszły niedokładności. To nie uprawnia jeszcze do potępienia metody. Pomysł tych metod pozostanie własnością Snegirewa, lecz dodać należy, że przypadki nieszczęśliwe odnoszą się do okresu, kiedy operowano według jego przepisów, zanim przyrząd został udoskonalony, a wskazania ściśle określone i ścieśnione. Z metodą tą powinien praktyk zapoznać się teoretycznie, pozostawiając wykonanie specyalistom. Ropotok trąbki i włókniak podśluzowy stanowią przeciwwskazanie do tych metod. Wycięcie macicy z powodu niepowikłanych krwotoków nie jest dozwolone, zanim nie spróbowano przyżegania gorącem. Wobec wyskrobania jest przyżeganie parą zabiegiem uzupełniającym, a łączenie obu tych sposobów należy w okresie przejściowym do reguły, w wieku młodszym do wyjątków. Zabiegi powinny następować po sobie po przerwie 6—8 dniowej, gdyż przyżeganie gorącem działa dokładnie wtedy jedynie, gdy jama macicy nie zawiera strzępów i skrzepów. Perhydrol, adrenalina i ensemina służą skutecznie do skrócenia tego okresu, a nawet pozwalają niekiedy na bezpośrednie zastosowanie jednej metody po drugiej. Silne rozszerzenia naczyń i krwotoki do miąższu macicy zdolne są działanie przyżegania gorącem osłabić. Przed zabiegiem stwierdzić należy drożność całego systemu rur. Uśpienie jest wogóle zbyteczne, tylko u histeryczek i osób młodych konieczne: przy cukrzycy przeciwwskazane. Zasadniczo powinno się unikać zarośnięcia jamy macicy bez względu na okres życia płciowego. Służą do tego zapobiegawcze zgłębnikowanie i tamponowanie jamy macicznej gazą.

B. Wojciechowski.

O. Wienskowitz. **Nowy sposób pomocniczy przy wydobywaniu za pośladki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 13). Praktyka kliniczna i prywatna posiadają w pewnych przypadkach swe odrębne właściwości. I tak na bardzo długie wyczekiwanie przy porodzie pośladkowym, gdzie pośladek już ustalony, a jeszcze nie zstąpił, gdzie zatem na sprowadzenie nóżki za późno, a pociąganie za pośladki bardzo trudne, zgodzi się łatwiej lekarz, prowadzący poród w zakładzie, aniżeli otoczenie wyczerpanej rodzącej w domu prywatnym. Zresztą występują nierzadko w tym okresie wskazania naukowe do ukończenia porodu ze strony matki lub płodu. Palec, założony do pachwinki, zbyt szybko się nuży, tępy hak grozi okaleczeniem matce i płodowi, nad zakładaniem kleszczy na pośladki przejść można do porządku dziennego, oprowadzenie miękkiej pętli jest trudne mimo pomysłów, mających ułatwić to zadanie. W. używał w 6 przypadkach z doskonałym wynikiem drenu t. zw. wodociągowego, którego ściana składa się z gumy i z tkaniny nieprzedatnej. Dren taki średnicy $1^1/_2$ cm., długości $^3/_4$ metra, a grubości ściany 3 mm. daje się łatwo wyjałowić, a ponieważ jest dość sztywny, bez większych trudności pod nadzorem palca oprowadzić dokoła pachwinki. Pociąganie łatwe, a wywiązaniu odpowiedniej siły nic nie stoi na przeszkodzie. Jako jedyny ślad użycia tego prostego narzędzia pozostaje szeroka, czerwona pręga w pachwinie płodu.

B. Wojciechowski.

P. Seegert. **Przypadek tężca połogowego po poronieniu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 14). U wieloródki (po 8 porodach i 2 poronieniach) usunięto podczas 3. poronienia jaje palcem. W chwili zabiegu stan zupełnie dobry; przedtem chorej nie tamponowano. W 7. dniu po poronieniu wystąpiły u chorej pierwsze objawy tężca, które potęgując się, doprowadziły po 3 dniach do śmierci. Dwukrotne wstrzyknięcie surowicy Behringa pozostało bez skutku. Ze strzępów utkania łożyskowego, wyskrobanego z macicy w dniu wystąpienia objawów cierpienia, udało się S. przez doświadczenia na zwierzętach uzyskać prątki tężca w okresie zarodnikowym. Sekcya wykazała w brudno zabarwionej jamie macicy strzęp łożyska wielkości orzecha laskowego. Badanie bakteryologiczne pośmiertne wypadło ujemnie. A zatem może tężec występować w postaci odrębnego zakażenia połogowego. W przyszłości należałoby w podobnym przypadku rozważyć obok leczenia surowicą, sprawę natychmiastowego wycięcia macicy. *B. Wojciechowski.*

E. Martin. **Tężec pooperacyjny.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 14). Przy zachowaniu zwykłych zasad antyseptyki wykonał Prof. Martin następujący zabieg: *abrasio, op. m. Emmet, colpotomia ant., solutio adhaes. perimetrit., vaginifixatio, colporrh. ant. et post.* W 5. dniu po operacyi wystąpiły u chorej pierwsze objawy tężca, który po kilku godzinach przedstawiał typowy ciężki obraz. Mimo dwukrotnego wstrzyknięcia surowicy (po 100 jednostek) i stosowania innych środków umarła chora nazajutrz wśród napadu. Sekcya nie wykryła wyraźnych zmian. Po pierwszych objawach tężca wyjęto kawałek nitki katgutu kumolowego ze sklepienia przedniego i zaszczepiono nim 2 myszy, które po 24 i 32 godzinach zginęły wśród typowych objawów tężca. Katgut ten sam używany był bez szkody u 2 następnych operowanych. M. przypuszcza, że prątki tężca znajdowały się przed operacyą w wydzielinie pochwy. Rzecz to bardzo rzadka, lecz w położnictwie znana. Szczepienie wydzieliny pochwy 100 kobiet myszom sprowadziło śmierć tylko u 3 myszy, i to bez objawów tężca. *B. Wojciechowski.*

H. Rotter. **Wydobycie oderwanej i w jamie macicy pozostałej główki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 14). U kobiety, która 5 razy rodziła łatwo, przeciągał się 6. poród. Akuszerka sprowadziła nóżkę, nie zdołała jednak płodu wydostać. Przywołany lekarz wydobył tułów, lecz główka się urwała. W klinice stwierdzono: objawy zakażenia, macica silnie skurczona, szyja drożna dla 2, ujście wewnętrzne dla 1 palca. Użyciu metody Martin-Wieganda przeszkadzał ciągły skurcz macicy, a ostrożnie na kręgosłup założony hak Brauna ześliznął się. Ponieważ tymczasem poddało się ujście na 2—3 palców, postanowiono wykonać wymóżdżenie. Wśród szukania odpowiedniego miejsca na czaszce, trafił palec do otworu potylicznego; po palcu założono kranioklast i wydobyto ostrożnie główkę rozmiarów prawidłowych. Ręką wyjęto łożysko; macicę i pochwę przestrzykano sublimatem 1: 6000. Przez 3 pierwsze dni połogu gorączka, potem stan dobry i szybkie wyzdrowienie.

B. Wojciechowski.

DENTYSTYKA. Prof. Sachs. **Mechaniczne umocowanie zębów, chwiejących się wskutek ropienia zębodołu** (*pyorrhoea alveolaris*). (*Vierteljahrschr. f. Zahnhk.*, 1905). Umocowanie zębów, chwiejących się wskutek ropienia brzeżków zębodołów, zapomocą odpowiednich klamer i blaszek polega na nałożeniu na zęby zdrowe, silnie siedzące, klamerek lub też koron i połączenie dostosowanych do szeregu zębów blaszek, które je stale w jednem położeniu trzymają. Blaszki te, czy druty, powinny być założone nie na samą szyjkę zębów, lecz mniejwięcej w połowie koron, gdyż jeżeli uciskają dziąsła, drażnią je jeszcze bardziej i stan chorobowy potęgują. Tu bowiem działa z jednej strony ucisk, z drugiej rozkład pokarmów, jakie się pod te umocowania dostają. Samo umocowanie jest środkiem dopomagającym, a nie jedynym, prowadzącym do celu. Przedtem powinno się zęby oczyścić doskonale z kamienia i przeprowadzić całe leczenie przedwstępne, które i później należy ponawiać. Leczenie to polega na pędzlowaniu dziąseł różnymi środkami ściągającymi. W przypadkach cięższych wstrzykuje się pod błonę śluzową dziąsła mieszankę gliceryny z jodoformem. Niekiedy musi się nacinać dziąsła, aby wywoławszy przez to bliznowate ściąganie się ich, umocnić odpowiednie zęby. Leczenie to powinno się prowadzić ustawicznie, bo gdyby się je zaniedbało, toby zęby wraz z umocowaniem wypadły. Baczną uwagę powinno się zwracać na kamień zębowy i ten usuwać bądźto mechanicznie narzędziami, bądź zapomocą odpowiedniej pasty, podanej przez Dra Herzmanna (Karlsbad), zwanej „Solvolith“. *Dr. A. Kozaczka.*

Prof. Witzel. **Ostre zmiany zapalne błony śluzowej jamy ustnej wskutek pędzlowania jodyną.** (*Corresp.-Blatt für Zahnärzte*, 1905). Autor przestrzega przed zbyt częstem i obfitem używaniem jodyny w chorobach jamy ust, a w szczególności zębów. Przytacza przypadek, gdzie chora sama na własną rękę przy bolu zęba używała kilka razy dziennie jodyny. Skutek był ten, że po dwu dniach dostała silnego zapalenia miazgi zęba i okostnej. Dopiero po leczeniu, wymagającem wielkiej cierpliwości, tak ze strony chorego, jak i lekarza, a mianowicie otwarciu ropnia, wypuszczeniu ropy, usunięciu miazgi i zaopatrzeniu przeciwgnilnem korzenia, sprawa cała skończyła się pomyślnie. Początkowo był autor zmuszony ząb, dotknięty cierpieniem, wyłączyć zupełnie od stykania się z zębem przeciwległym przez podniesienie zgryzu zębów sąsiednich i podawać morfinę. *Dr. A. Kozaczka.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Na posiedzeniu w dniu 12 stycznia 1906 przedstawił dr Pomorski chorego po doszczętnej operacyi **ropniaka opłucnej sposobem Schedego**, poczem dr Fr. Zakrzewski wykładał **„O rozpoznawaniu wrzodu żołądkowego"**. Trudności wczesnego rozpoznania wrzodu polegają na tem, że żaden z objawów wrzodu nie jest wyłącznym objawem zmian żołądka, że w wielu razach pierwszym pewnym objawem jest dopiero krwotok żołądkowy i że w połowie przypadków siedzibą wrzodu jest odźwiernik. Ból uciskowy, ściśle ograniczony w nadbrzuszu, pochodzi od samego wrzodu tylko wtedy, gdy wrzód dociera już do otrzewnej. Natomiast najczęściej ograniczona bolesność nadbrzusza jest skutkiem nadmiernej wrażliwości splotu brzusznego (*plexus coeliacus*), która wprawdzie towarzyszy większości przypadków wrzodu żołądka, lecz może też być samoistną (ciężka neurastenia, histerya) i odruchową z innych źródeł (zapalenie woreczka żółciowego, wyrostka robaczk., przydatków). Pewniejszym znakiem rozpoznawczym jest punkt bolesny Boasa (tuż po lewej stronie jedenastego kręgu piersiowego). Według doświadczenia mowcy pewniejszą od bolu uciskowego oznaką wrzodu jest ból samorodny w jakiś czas po jedzeniu lub bezpośrednio po spożyciu pokarmów drażniących. Wymioty kwaśne, zwłaszcza naczczo, są drugim ważnym objawem, gdyż dowodzą istnienia sokotoku żołądkowego, który wrzodowi bardzo często, choć nie zawsze towarzyszy. Badanie treści żołądkowej, wydobytej rano naczczo, jest zdaniem mowcy ważne głównie ze względu na wykrycie utajonego krwawienia.

Na posiedzeniu w dniu 3 lutego 1906 przedstawił dr Mieczkowski **paluch** nogi, **odjęty z powodu dny,** w której rozpoznaniu bardzo dobre usługi oddało prześwietlanie rentgenowskie; dr Krysiewicz **kamyk pęcherzowy,** który utkwiwszy w cewce chłopca wywołał jej owrzodzenie, naciek moczowy, nawet objawy mocznicy, i odszedł dopiero po zgorzeli części zewnętrznych; dr Łazarewicz **włókniak macicy,** przy którego wyłuszczeniu (z cięcia Schuchardta od pochwy) użył Ł. z pożytkiem kleszczyków Wintera, używanych przy poronieniach (dr Pomorski radzi w dyskusyi, by w takich przypadkach używać kleszczyków zgiętych, przedziurawionych i przez to miękkie mięśniaki mocno trzymających); wreszcie dr Mieczkowski mówił o obecnych zadaniach w **leczeniu chirurgicznem wrzodów żołądka.** Wskazanie operacyi jest jasne wobec przebicia wrzodu albo krwotoku, oraz wobec bliznowatego zwężenia odźwiernika z następowem rozszerzeniem żołądka; wskazaną jest gastroenterostomia, natomiast wycięcie odźwiernika mniej się zaleca. Z operacyą nie należy zbytnio się spieszyć, ale też i nie wolno zbyt długo zwlekać, aż odżywienie całkiem podupadnie.

Tegoż dnia odbyło się Walne zebranie Towarzystwa Pomocy koleżeńskiej, na którem obrano prezesem Towarzystwa dra Buskiego, i posiedzenie w sprawie nabycia wspólnemi siłami Kowanówka.

Na posiedzeniu w dniu 16 lutego 1906 przedstawił dr Święcicki przyrząd Eversmanna do wywołania przekrwienia macicy i mówił przy tej sposobności **o leczeniu przekrwieniem zastoinowem** według Biera, podnosząc wielkie znaczenie tego sposobu. W dyskusyi wyraził dr Pomorski zapatrywanie, że sposób Biera ani nie jest w zasadzie nowym, ani też nie daje zbyt zachęcających wyników; zabiegów chirurgicznych zastąpić nie zdoła. Przeciw temu oświadcza się dr Mieczkowski, przytaczając wyborne wyniki, jakie sposobem Biera otrzymał w różnych ostrych ropieniach, czyrakach i t. d. i dr Łazarewicz, opierając się na uznaniu, jakie sposób Biera zyskał sobie nietylko u chirurgów, ale u ginekologów, internistów (zapalenia gardła, cierpienia stawów) i dermatologów (poronne leczenie wiewióra). Następnie dr Mieczkowski przedstawił zgorzelinowy **wyrostek robaczkowy**, który, już zupełnie oddzielony, znalazł w ropniu przykątniczym w 20 dniu po początku napadu. W końcu dr Fr. Zakrzewski wyłożył rzecz **„O leczeniu wrzodu żołądka".** Ze względu na to, iż ogólnie zalecane »unieruchomienie« żołądka jest w rzeczywistości niewykonalne, tem więcej, że podawane równocześnie lawatywy odżywcze pobudzają, jak stwierdzono, czynność ruchową i chemiczną żołądka, dalej, że te lawatywy nie dostarczają żołądkowi ani połowy potrzebnych kaloryi, a w końcu, że wyłączne leczenie mlekiem w okresach późniejszych (Fleiner, Mehring) działa ujemnie na mechaniczną czynność żołądka i przez przepełnienie układu krwionośnego płynem przeciąża serce — mowca niejednokrotnie odstępował od tych przepisów i odrazu podawał dyetę białkowo-tłuszczową (mleko do 500 grm. dziennie, śmietanę słodką, jaja, galaretę z nóżek cielęcych z cukrem lub wyciągiem mięsnym) ze skutkiem bardzo dobrym, zwłaszcza w dwóch przypadkach wrzodu u chorych z dość posuniętą gruźlicą płuc. Po świeżem krwawieniu zalecałaby się dyeta, złożona z tłuszczu (masła, śmietany), cukru i żelatyny, jako niemniej pożywna, a mniej przeciążająca żołądek swoją objętością od dyety Lenhartza; nadto żelatyna sama przyczynia się do zatamowania krwawienia. W leczeniu dyetetycznem późniejszych okresów trzyma się mowca prawideł ogólnie znanych. Obok tego zawsze miało i mieć będzie znaczenie stosowanie we właściwej porze środków farmaceutycznych. Z nich używa mowca morfiny nietyle dla uśmierzenia bolów (które łagodzi już sama dyeta białkowo-tłuszczowa, a przy nadkwaśności lepiej od morfiny usuwa belladona i atropina), ile dla uspokojenia chorego, wystraszonego krwawieniem. Fleinerowskim wlewaniom zawiesiny bizmutowej odmawia mowca znaczenia. Cenne usługi oddawały mowcy azotan srebrowy i nowsze przetwory srebra, jak albargina i kolargol; wodom alkalicznym przyznaje znaczenie nietylko objawowe, ale także lecznicze w przewlekłych wrzodach z nadkwaśnością i w okresie wyzdrawiania po wrzodzie. Z nowszych środków okazała się przeciw bolom dobrą anestezyna. By zapobiedz powikłaniom (*perigastritis*), należy przestrzegać dostatecznie długiego leczenia po krwawieniu (3—4 tyg.). Przy wrzodach odźwiernika przepłukuje mowca pomimo krwawienia żołądek celem usuwania bądźto nadmiaru kwaśnego soku żołądkowego, bądź zalegających pokarmów i wnosi z trzech własnych spostrzeżeń, że tym sposobem będzie można nieraz zapobiedz zwężeniu odźwiernika po wrzodzie. Przy krwawieniach podczas przepłukiwania działało dobrze przepłukiwanie jednoprocentowym rozczynem sześciochlorku żelazowego. Ponieważ opadnięcie żołądka utrudnia, zdaniem mowcy, wyleczenie wrzodu, przeto w razie powikłania wrzodu z opadnięciem podpiera mowca żołądek opatrunkiem z przylepca (sposobem Rosego i Clemma).

Prezesem biura wydziału obrano ponownie dra Fr. Chłapowskiego, a sekretarzem dra Łazarewicza.

(Według »Nowin lek.« 1906 Nr 3 i 4). *R.*

Koło lekarskie w Petersburgu.

Posiedzenie dnia 21 lutego (6 marca) 1906 r.

Obecnych członków 21, gości 3.

I. Prezes dr Strawiński zawiadamia zebranie o zgonie członka koła dra L. Krassowskiego i wzywa do uczczenia jego pamięci przez powstanie — co też obecni spełniają. Dr Drzniewicz podaje szczegółowy życiorys i poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. Krassowskiemu. Na jego wniosek zebranie uchwala zwrócić się do Zarządu Tow. Dobroczynności, do którego założycieli należał zmarły, z prośbą o zawieszenie w jednej z sal podobizny zmarłego.

II. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

III. Doc. dr Witold Orłowski przed porządkiem dziennym przedstawia chorego na **raka żołądka w początkowym okresie.** Chory, 42-letni, od dwóch lat odczuwał nieznośne bole w dołku podsercowym po spożyciu pokarmu; badanie w połowie grudnia 1905 r. stwierdziło w soku żołądkowym obecność 0·2 prc. wolnego kwasu solnego; w dwa dni po badaniu chory dostał nader obfitych wymiotów czystą krwią, których omal nie przypłacił życiem. Zawezwany lekarz rozpoznał wrzód okrągły i zastosował ścisłą dyetę, bizmut i azotan srebrowy. W następstwie leczenia bole prawie ustąpiły, natomiast zaś pojawiły się wzdęcia w dołku podsercowym po spożyciu pokarmu i kwaśne odbijania. Zawezwany do chorego przed trzema tygodniami, więc w sześć tygodni po krwawych wymiotach, wykrył prelegent w położeniu chorego na lewym boku wyraźny twardy guz na lewo od linii środkowej brzucha, odpowiednio małej krzywiźnie żołądka. Rozpoznawszy przejście wrzodu okrągłego w raka, radził prelegent operacyę. Po dziesięciu dniach można było guz wymacać już wyraźnie we wszelkich położeniach chorego. Badanie soku żołądkowego po próbnem śniadaniu Boas-Ewalda wykryło tylko ślady wolnego kwasu solnego, brak kwasu mlecznego i ogólną kwaśność = 0·08 prc. H Cl.; ogólna ilość treści żołądka w godzinę po śniadaniu, oznaczona metodą Jaworskiego-Mathieu-Rémonda, wynosiła 128 ccm.; rozszerzenia żołądka niema. Przypadek jest bardzo pouczający, jako przykład szybkiego przejścia wrzodu okrągłego w raka.

W dyskusyi prof. St. Zaleski zaznacza, że stosowanie azotanu srebrowego w nadkwaśności jest nieodpowiednie, ponieważ srebro z kwasem solnym tworzy nierozpuszczalny chlorek srebrowy. Doc. dr W. Orłowski odpowiada, że azotan srebrowy mimo to zalecają we wrzodzie okrągłym, jako środek ściągający; sam mówca nie używa go w nadkwaśności już od dwóch lat, gdy przekonał się, że ten lek wzmaga kwaśność soku żołądkowego i ilość wolnego kwasu solnego. W ostatnim czasie na większym materyale udowodnił to Bajbakow. Dr Kamieński nadmienia, że Eichwald łączył zwykle azotan srebrowy z azotanem potasowym. Prof. dr St. Zaleski uważa takie połączenie za jeszcze mniej odpowiednie, ponieważ kwas azotowy zwiększa nierozpuszczalność chlorku srebrowego. Prof. dr Ziemacki stwierdza, że pomimo rozpoznania raka u chorego we wczesnym okresie, operacya może okazać się zapóźną; należy wykonać próbne cięcie brzuszne, które już wskaże, co należy robić.

IV. Dr Sowiński wygłasza rzecz p. t. **Zmiany patologiczno-anatomiczne w kilakowym okresie kiły** (patrz *Przegląd lekarski*, 1906, Nr 12). Odczyt był objaśniony okazaniem preparatów mikroskopowych. Dyskusya: dr Wolański: Dane prelegenta popierają zdanie tych, którzy przy leczeniu kiły uwzględniają nietylko obecność objawów swoistych, lecz stosują leczenie przeciwkiłowe i przy braku tych objawów, jeśli w stanie chorego nastąpiło pogorszenie. Co się tyczy stosunku wrzodów gruźliczych do objawów kiły, to, zdaniem mowcy, te sprawy nieraz kojarzą się ze sobą; w tych przypadkach leczenie przeciwkiłowe nie odnosi skutku. Niektórzy w tych razach stosowali leczenie operacyjne i uzyskawszy wyleczenie, polecali operacyę w uporczywych wrzodach kiłowych (Manassein i Gellat). Pogląd taki jest mylny, ponieważ te przypadki w istocie przedstawiają nieraz zakażenie mieszane, jakkolwiek prątka gruźliczego wykryć w tych wrzodach często się nie udaje. Mowca przed dwoma laty spostrzegał podobny przypadek, w którym dobre skutki dało jedynie leczenie Finsenowskie w połączeniu z leczeniem przeciwkiłowem.

V. Doc. dr W. Orłowski wykłada rzecz. **„Chlorek barowy, jako środek sercowy“** (patrz *Przegląd lekarski*, 1906, Nr. 7—14). Dyskusya: Prof. dr St. Zaleski: Piękny i pouczający wykład prelegenta zasługuje na szczególną podziękę, choćby tylko z tego względu, że wątpliwą, a w samem założeniu piekącą sprawę w sposób przekonywający rozstrzyga. W sprawie leczniczego zastosowania przetworów baru nie podobna przedewszystkiem nie zwrócić uwagi, dlaczego związki tego metalu, znane jeszcze alchemikom, których większa część była i lekarzami, nie zostały wprowadzone niemal aż do obecnej chwili, jako środki lekarskie, kiedy naparstnica, środek stosunkowo nowszej daty, odrazu zyskała sobie prawo obywatelstwa. Przyczyny szukać należy niewątpliwie w tej okoliczności, że 1) rozpuszczalne związki baru są nader trujące i dawkowanie ich nadzwyczaj jest trudne, gdyż w małych dawkach mało działają, a przy przewlekłem stosowaniu wywołują przewlekłe zatrucia, w większych zaś dawkach trują doraźnie i 2) że niektóre związki tego metalu, jak węglany, fosforany i siarczany, nader łatwo wytworzyć się mogą w samym ustroju przy zetknięciu się rozpuszczalnych soli baru z sokami ustrojowymi, zawierającymi węglany, fosforany i siarczany w stanie płynnym. Zaznaczyć należy, że siarczan barowy należy do najmniej i najtrudniej rozpuszczalnych związków chemicznych, jakie tylko znamy, a powstaje przytem jak najłatwiej. Z góry więc już ze stanowiska czysto chemicznego należałoby wyłączyć stosowanie chlorku barowego, jako środka leczniczego. Przy przewlekłem jego użyciu mogłyby się utworzyć, zwłaszcza w najdrobniejszych naczyniach włosowatych, zatory, powtrzymujące prawidłowość obiegu krwi i chłonienia. Wreszcie niewiadomo, jakby się względem przetworów baru zachowała wątroba, narząd, który przy przewlekłem stosowaniu metalów gra rolę swoistą i często chroni ustrój, dzięki powstawaniu trudno rozpuszczalnych białkanów i podobnych związków, od doraźnego zatrucia. (Streszczenie własne).

Doc. dr W. Orłowski: Teoryę tworzenia się pod działaniem baru zatorów, doprowadzających do zaburzeń oddychania i wreszcie do śmierci, wygłosił w 1856 r. Mialhe, następnie Onsum w 1863 r. Ten pogląd jednak został wkrótce obalony przez Cyona, który sztucznie znacznie podnosił ilość siarkanów we krwi, a potem zatruwał zwierzę chlorkiem barowym; sekcya żadnych zatorów nie wykrywała. Co do wątroby w przypadkach prelegenta, to powstawały w niej zmiany odpowiednio do zmian w pracy serca.

Prof. dr St. Zaleski: Doświadczenia Cyona wcale nie obaliły i obalić nie mogły teoryi Onsuma choćby z tego względu, że Cyon wprowadzał rozpuszczalną sól baru wprost do krwi, przyczem, rzecz naturalna, dawki mogły być tylko bardzo drobne, gdyż inaczej serce odrazu działaćby przestało. Wytworzenie się więc przy takich warunkach nierozpuszczalnych związków baru, przedewszystkiem $BaSO_4$ a następnie $BaCO_3$ i $BaHPO_4$, mogło nastąpić tylko w bardzo niewielkich ilościach, co przy rozprowadzeniu na cały ustrój nie mogło na razie utworzyć łatwo dostrzegalnych zatorów. Uwzględnić przytem należy, że osady $BaSO_4$ należą do najłatwiej przez sączek przechodzących, łatwo też przeto mogą do pewnego stopnia przechodzić i przez ścianki naczyń. Tylko doświadczenia, trwające przez czas długi i przy stosowaniu przetworu tak, jak się go stosuje w lecznictwie, t. j. przez usta, przy bacznem mikroskopowem i mikrochemicznem badaniu tkanek, mogłyby w sposób bardziej przekonywający rozstrzygnąć sprawę zatorów (streszczenie własne).

Lekarz weterynaryi Sobolewski: Chlorek barowy jest używany w lecznictwie zwierząt, jako środek pewny, działający zwalniająco w dawce 0,2—0,4 śródżylnie.

Doc. dr W. Orłowski: Do weterynaryi chlorek barowy wprowadzili Dieckerhoff, Brass i Möhring: należy jednak zachować się względem takich poleceń krytycznie; wszakże i u ludzi chlorek barowy, według zdania Schedela i innych ma działać wyśmienicie, nawet lepiej, niż naparstnica. Niestety, krytyczne rozejrzenie się w odpowiednich historyach choroby i pracach doświadczalnych wykrywa, że nie wytrzymują one poważnej krytyki naukowej. Istotnie doświadczenia na zwierzętach dowodzą, że sole barowe podnoszą znacznie ruchy robaczkowe jelit, lecz w dawkach dużych, które nie są obojętne dla ustroju.

Dr Wilamowski przypuszcza, że wobec zwężającego działania na naczynia krwionośne, chlorek barowy może mieć zastosowanie miejscowe.

Doc. dr Orłowski. W tej właśnie myśli Kobert polecał chlorek barowy w postaci maści w rozszerzeniu żył skórnych stosowano go również w Dorpackiej klinice lekarskiej w przypadku *Caput Medusae* u chorego na nowotwór nerki i w przypadkach długotrwałego rozszerzenia żył na udzie u chorego na serce, lecz bez skutku. Możliwem jednak jest, że chlorek barowy jako lek miejscowy, znajdzie zastosowanie i wyruguje o wiele droższą adrenalinę. We wszystkich zaś przypadkach, w których on wchłania się do ustroju, nie może być stosowany, ponieważ odznacza się porażającem działaniem na serce nawet w dawkach małych.

Na posiedzeniu administracyjnem 1) przyjęto sprawozdanie bibliotekarza za 1905 r.; 2) przyjęto w poczet członków koła dra Waszkiewicza. Sekretarz *Witold Orłowski*.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie szczepienia.

Za parę tygodni rozpocznie się w całej Galicyi szczepienie krowianki, na czasie więc podnieść niektóre wadliwe rozporządzenia, nie dozwalające należycie przeprowadzić szczepienia.

Ogólne rozporządzenia odpowiednio do zapatrywań lekarskich wymagają szczepienia wszystkich dzieci w pierwszym roku życia — i rewakcynacyi w dziesiątym roku życia.

Ludność inteligentna przeważnie sama troszczy się o szczepienie, najszersze warstwy zaś wzywane są przez zarządy gminne. Z latami stosunki zmieniły się na korzyść: dziś przeważnie ludność wiejska (przynajmniej w zachodniej Galicyi) chętnie z dziećmi spieszy do szczepienia, na opór pewien trafia się tylko u ludności mieszczańskiej, która niestety w wielu kierunkach niżej stoi od ludności wiejskiej. Stosunki polepszyły się jednak tylko co do szczepienia dzieci jednorocznych. Inaczej ma się rzecz z mającemi być rewakcynowanemi, t. j. z dziećmi dziesięcioletniemi; tu trafia się na opór wszędzie, a opór ten wywołany jest przesadną trwogą dzieci starszych przed szczepieniem.

Z pomocą może tu przyjść jedynie szkoła.

Że szczepienie i rewakcynacya potrzebna, udowadniać chyba nie potrzeba; stanowisko rządu w tej sprawie określają dekret kanc. nadw. z dnia 30 lipca 1840 l. 17742 i reskrypt min. spr. wewn. z dnia 2 lutego 1899 l. 2758. Szczepienie i rewakcynacyę ułatwiać jest obowiązkiem wszystkich, a szczególnie instytucyi publicznych. Do takich instytucyi należy szkoła i jej też jest szczególnym obowiązkiem w tem współdziałać.

Tylko w szkole, podczas godzin szkolnych, lekarz jest w możności wyszukać dzieci, które dotychczas wcale nie były szczepione, i stwierdzić odpowiednie wykazy, przedkładane przez nauczycieli: tylko w szkole, podczas godzin szkolnych, lekarz spotka dzieci dziesięcioletnie, przeznaczone do rewakcynacyi; gdyby lekarz czynności swe spełniał poza godzinami szkolnemi, to z dzieci szkolnych nieszczepionych lub też przeznaczonych do rewakcynacyi albo nie spotka żadnego, albo tylko niewiele, gdyż wszystkie te dzieci, nawet wezwane na oznaczoną godzinę, nie stawią się z powodu przesadnej trwogi przed szczepieniem. To też chyba w tej myśli wydany został reskrypt min. wyzn. i ośw. z 9 czerwca 1891 l. 9043, który poleca: »Podczas konferencyi powiatowych należy zalecać nauczycielom szkół ludowych, aby zarządzenia organów sanitarnych, odnoszące się do przeprowadzenia szczepienia, z całą gotowością popierali i aby wogóle usiłowania tych organów w sprawie szczepienia ile możności ułatwiali«.

Innego jednak zdania była i jest nasza Rada szkolna kraj., bo w okólniku z 23 stycznia 1883 l. 372 i z 31 października 1885 l. 7445 zawiadamia: »Szczepienie ospy, uskuteczniane przez delegowanych przez starostwo lekarzy, odbywać się może w izbach szkolnych, ale tylko w czasie wolnym od nauki«.

Rada więc szkolna krajowa okólnikiem tym, który do tej chwili obowiązuje i na który w podobnych przypadkach obecnie powołuje się (podobny przypadek zaszedł w 1905 r.), staje w sprzeczności z reskryptem min. wyzn. i ośw. z 9 czerwca 1891 l. 9043 i reskryptem min. spr. wewn. z 2 lutego 1899 l. 2758, bo nie dozwalając przeprowadzać szczepienia w szkole w czasie godzin szkolnych, nie popiera zarządzeń organów sanitarnych, odnoszących się do przeprowadzenia szczepienia, nie ułatwia usiłowań tych organów, co właśnie reskrypt wyż wspomniany przepisuje, poprostu nie przyczynia się wcale do należytego przeprowadzenia sprawy, tak ważnej dla całego społeczeństwa.

Ustąpienie budynku szkolnego poza godzinami szkolnemi jest takiem samem dobrodziejstwem, jakie każdej chwili wyświadczy karczmarz, wójt, pierwszy lepszy zagrodnik, nie żądając nawet podziękowania za to »dobrodziejstwo« i mimo, że nie obowiązują go żadne reskrypta, aninakazy.

Ważniejszemi widać od szczepienia są imieniny nauczyciela, lub dyrektora, lub różne podobne przypadki, skoro wtedy można uwalniać dzieci od nauki szkolnej przez cały nawet dzień, a na przeprowadzenie szczepienia nie wolno uronić z godzin szkolnych nawet jednej godziny, bo zazwyczaj dłuższego czasu na to nie potrzeba.

Z uwagi więc, że szczepienie i rewakcynacyę, leżące w interesie całego społeczeństwa, można należycie przeprowadzić tylko przy ścisłem i chętnem współdziałaniu szkoły, co zapewne potwierdzą wszyscy lekarze, zajmujący się sprawą szczepienia, pragnę niniejszą wzmianką zwrócić uwagę krajowej Rady zdrowia na tę sprawę, w tem przekonaniu, że uzyska od Rady szkolnej krajowej w sprawie szczepienia zarządzenia, które dla dobra społeczeństwa są konieczne.

Dr Aleksander Hicner
lekarz miejski w Jaśle.

Towarzystwo samopomocy lekarzy w r. 1905. Według wydanego właśnie sprawozdania Wydziału należało do Towarzystwa z końcem r. 1905 członków 641 (z Krakowa 145, ze Lwowa 111, z Galicyi 366, ze Śląska 8, z Bukowiny 2, z zagranicy 9). Wydział zreorganizowawszy sprzedaż znaczków receptowych i wydawszy formularze na recepty, osiągnął z tych źródeł poważne wpływy dla funduszów zapomogowych. Do Izby lekarskiej krakowskiej przeprowadziła Samopomoc swoich kandydatów. Oprócz dawniejszej lwowskiej powstała w r. 1906 reprezentacya Towarzystwa w Sanoku. Z kasy zapomogowej udzielono 13 zapomóg w łącznej kwocie 2100 koron i subwencyę dla »Głosu lekarzy« w kwocie 600 koron. Liczba członków kasy pogrzebowej wzrosła ze 186 na 200; premii pogrzebowych wypłacono cztery po 386 do 398 koron. Oddział należytości załatwił pomyślnie 13 spraw, w toku jest spraw 15; ściągnięto należnych lekarzom honoraryów na kwotę 597 koron. Ze sprzedaży znaczków receptowych wpłynęło 5607 kor., z darów 750 kor., do funduszu wdów i sierot złożono z tego źródła 3190 kor. — Ogółem wynosiły dochody Towarzystwa w r. 1905 K 16.275·08, pozostałość kasowa z końcem roku K 6182·76. Fundusze Towarzystwa wynoszą K 18.430·30. *R.*

Założenie związku państwowego organizacyi lekarskich w Austryi. Obie dolnoaustryackie organizacye zaprosiły do Wiednia na dzień 25 marca przedstawicieli różnych organizacyi lekarskich na wstępne narady w celu utworzenia związku państwowego dla obrony materyalnych interesów zawodowych (*Wirtschaftlicher Reichsverband*). Na naradzie znaleźli się przedstawiciele Czech, Karyntyi, Moraw, Krainy, Austryi niższej i wyższej, Śląska, Styryi, Tyrolu i Wiednia. Bukowina zgłosiła telegraficznie swe przystąpienie. Galicya nie miała na naradzie przedstawiciela, ani się dotąd nie oświadczyła. Zgromadzenie, które obradowało pod przewodnictwem dra Janeczka, uchwaliło jednomyślnie założyć związek państwowy wszystkich organizacyi, broniących praw materyalnych zawodu. Następnie przyjęto projekt statutu związku. Drom Janeczkowi i Nekowitschowi polecono wnieść do władz podanie o zatwierdzenie statutów, oraz załatwić wszelkie wstępne czynności. Zaznaczono z naciskiem, że do tworzącego się związku państwowego przystępować mogą tylko te organizacye, które mają na oku interesy materyalne lekarzy, gdyż nowa instytucya nie chce zgoła nigdy zajmować się żadnemi sprawami politycznemi, narodowemi, ani wyznaniowemi. Dr Janeczek donosi obecnie w Nr. 8 »Oesterr. Aerztliche Vereinszeitung«, że wniósł podanie o zatwierdzenie statutów, wzywa te kraje koronne monarchii, które dotąd lekarskich organizacyi zawodowych nie potworzyły, by się organizacya co rychlej zajęły, a po stworzeniu stowarzyszeń zawodowych, by do wspólnego związku przystąpienie swe jak najprędzej zgłosić zechciały, gdyż tylko wtedy nowy związek będzie mógł się rozwijać i skutecznie działać, jeśli będzie miał zapewniony współudział wszystkich lekarzy austryackich. Dr Janeczek uwiadamia dalej, że lekarze solnogrodzcy utworzyli 2 kwietnia organizacyę i że już do związku przystąpili.

Należy się spodziewać, że i lekarze z Galicyi, którzy już są zorganizowani, do związku ogólno-państwowego przystąpią. *E. S.*

Zatarg lekarzy dolnoaustryackich z Wydziałem krajowym nie zbliża się wcale do rozwiązania, pomimo, że nadchodzący termin szczepień wiosennych wymaga zakończenia walki, jeżeli ludność nie ma ponieść znacznej szkody. Niektóre gminy już ofiarowały nawet po jednej koronie wynagrodzenia za jedno szczepienie, oczywiście napróżno, gdyż lekarze solidarnie szczepień się nie podejmą, dopóki cała sprawa nie będzie uregulowaną. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 15 do 21 kwietnia 1906 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w 23 gminach u 72 chorych, a mianowicie w m. Lwowie 2, w powiecie Brzeżany (Glinna 1, Pławcza 1), Buczacz (Dobropole 3), Drohobycz (Dobrowlany 4), Horodenka (Żuków 14), Jaworów (Zawadów 1, Olszanica 2, Siedliska 4, Hruszów 4, Szczepłoty 2), Mościska (Chorośnica 1), Myślenice (Pcim 1, Sułkowice 1), Nadwórna (Zielona 4), Sambor (Dorożów 7), Tarnopol (Chodaczków 3), Tłumacz (Bortniki 7, Przybyłów 1, Korolówka 1), Żółkiew (Turynka 1), Złoczów (Jasionowce 1, Buzek 6); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 22 gminach u 36 chorych. *T.*

Ruch ludności w Krakowie. Od 1 do 7 kwietnia 1906 urodziło się dzieci żywo 59 (26 chłopc., 31 dziew.), nieżywo 2. Zmarło ogółem osób 66 (obcych 22), mianowicie 34 m., 32 k. Przyczyną śmierci były: rozwój niedostateczny 2 (obcy 1), gruźlica 20 (7), zapalenie płuc 8 (2), płonica 1 (1), inne choroby zakaźne 1 (1), udar mózgu 2, choroby serca i naczyń 12 (2), nowotwory 3 (2), reszta przyczyn śmierci naturalnej 17 (6).— Od 8 do 14 kwietnia urodziło się dzieci żywo 45 (23 chł., 22 dz.), nieżywo 5; zmarło osób 71 (obcych 29), a przyczyną śmierci były: gruźlica 19 (10), zapalenie płuc 8 (1), błonica 1, odra 3 (1), płonica 1 (1), cholera niemowląt 4 (1), inne choroby zakaźne 3 (2), udar mózgu 1, choroby serca i naczyń 9 (4), nowotwory 4 (2), inne przyczyny śmierci naturalnej 12 (5), przypadek 1 (1), samobójstwo 3 (1), zabójstwo 1.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 8 do 14 kwietnia zgłoszono przypadków błonicy 3 (obcych 2), krztuśca 2 (1), płonicy 5, odry 1, duru osutkowego 1 (1), duru brzusznego 4; zmarł z duru osutkowego 1.

Nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych było w Prusiech w 1905 r. przeszło 3500 przypadków z 1900 przypadkami śmierci; choroba srożyła się szczególniej w regencyi opolskiej (3100 zachorowań, 1700 śmierci). Cholery było tylko 212 przypadków z 35 przypadkami śmierci, co niewątpliwie zawdzięczać należy doskonale zorganizowanej akcyi ochronnej, zwłaszcza nadzorowi całego ruchu flisackiego we wschodnich częściach Prus zapomocą 60 stacyi nadzorczych; koszta zwalczania cholery wynosiły 600.000 marek.

* * *

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krak. odbyło posiedzenie dnia 25 b. m., na którem wykładał dr Zanietowski junior: »O wyniku swoich prac w stosunku do najnowszych prac i zdobyczy elektrobiologii«. (Dyskusyi nie było).

— Zamiast przygodnego powoływania znawców sądowych będą w Krakowie od 1 maja stali lekarze sądowi za ryczałtowem rocznem wynagrodzeniem. W sądzie krajowym karnym będą nimi: Doc. dr Horoszkiewicz, dr Jankowski, dr Schaitter, prof. dr Wachholz i dr Zoll za wynagrodzeniem po 2400 koron, a w sądzie powiatowym dr Smolarski za wynagrodzeniem 1200 kor.

— Dyrekcya kliniki chirurgicznej urządza sześciotygodniowy kurs miesienia dla lekarzy i słuchaczów medycyny. Kurs rozpocznie się 2 maja w oddziale ortopedycznym kliniki. Zgłoszenia na klinice między 9 a 10 rano. Liczba uczestników ograniczona.

— Doc. dr Chlumsky urządza jak corocznie 6—8-tygodniowy kurs miesienia wyłącznie dla lekarzy i słuchaczów medycyny. Kurs rozpocznie się 1 maja i odbywać się będzie codziennie. Zgłoszenia w Zakładzie ortopedycznym dra Chlumskyego, ulica Mikołajska 28, telefon 540. Liczba uczestników ograniczona (5 na jednym kursie).

— Nowy szpital w Zakopanem uchwaliła wybudować komisya klimatyczna kosztem 100.000 koron i w tym celu zwrócić się o subwencyę do kraju i gminy.

Lwów. VII posiedzenie naukowe Towarzystwa lek. lwowsk. odbyło się dnia 20 kwietnia 1906. 1) Dr Wilczek przedstawił chorego po zupełnem zagojeniu rozległego zmiażdżenia kości czołowej, powstałego od uderzenia kopytem końskiem. Przez otwór w rozdartej oponie twardej wydostawał się mózg na zewnątrz. Rana sama była silnie zanieczyszczona słomą, kurzem i t. d., mimo tego jednak i pomimo, że i operacyę wykonać musiano w warunkach bardzo nieodpowiednich (w domu wieśniaka), gojenie postępowało szybko i bez gorączki; raz bowiem tylko zauważono ciepłotę 38·4° C. Dziś chory ma się zupełnie dobrze, żali się tylko na różne sensacye w postaci mrowienia na twarzy, szumu w uszach, bolu zębów i t. p. W dyskusyi zabierają głos dr Obtułowicz i doc. Barącz, który stwierdza, że u wieśniaków wogóle wszystkie rany, nawet laparotomijne, goją się szczególnie dobrze. 2) Kol. Jasiński przedstawia chorą, u której po przyjęciu do szpitala rozpoznano ropne zapalenie opłucnej po stronie prawej; nakłucie bowiem, wykonane w dolnej części klatki piersiowej, wykazało płyn ropny. Dokładniejsze dopiero badanie wykryło, że to nie jest zapalenie opłucnej, ale otorbione zapalenie otrzewnej. Po otwarciu jamy brzusznej, wypuszczeniu ropy i wydrenowaniu chora ma się dziś dobrze, niejasnym tylko pozostaje punkt wyjścia całej sprawy. Kol. Jasiński przypuszcza, że sprawa najprawdopodobniej wyszła z wyrostka robaczkowego, a nie z części rodnych, na które chora nigdy nie cierpiała. 3) Kol. Nowicki przedstawia preparat jelita grubego, w którem znajduje się kilkadziesiąt uchyłków i omawia różnicę między uchyłkami prawdziwymi i fałszywymi, jak również ich sposób powstawania; *b*) przedstawia ciekawe preparaty anatomiczno-patologiczne. *T.*

— Na ósme posiedzenie naukowe Towarzystwa lek. lwow. dnia 27 kwietnia b. r. zapowiedziane były wykłady drów: Feuersteina, Nowickiego, Leńki, Gittelmacher-Wilenko i Damańskiego.

Warszawa. Ze sprawozdania kasy im. Mianowskiego za rok 1905 zasługują na uwagę dane, dotyczące popierania nauk lekarskich. Na badania naukowe prócz dawniej przyznanych, a obecnie tylko wypłaconych zapomóg (drom M. Bornsteinowi, W. Męczkowskiemu i K. Rzętkowskiemu) przyznano w 1905 r. nowe zasiłki: dr. L. Karwackiemu (na badania bakteryologiczne), An. Landauowi (badania nad kwasem moczowym), P. Pręgowskiemu, K. Rzętkowskiemu (badanie zaburzeń krążenia) i M. Stefanowskiej (badania z zakresu fizyologii). Na wydawnictwa przyznano jedyną większą kwotę, 1600 rb., dr. J. Steinhausowi (podręcznik histologii patolog.), a drobne zasiłki dr. St. Kamieńskiemu (higiena) i dr. St Orłowskiemu (podręcznik chorób rdzenia i nerwów). Suma wszystkich zasiłków, przyznanych w tym dziale, wynosi 3513 rubli, a gdyby nawet doliczyć zasiłki na badania antropologiczne (dla pp. W. Sieroszewskiego i K. Stołyhwy) oraz embryologiczne (dla p. J. Tura), to dosięgnie ona 4663 rubli, to jest około 12 prc. ogólnej sumy rozdanych w r. 1905 zapomóg (33.593·43 rbs.). — Osobno rozporządza kasa funduszem na zapomogi dla tłómaczów obcych dzieł lekarskich, wynoszącym 7931·87 rbs. Ogólny bilans kasy zamknięto w 1905 r. kwotą 502.537 rbs.

— Dr Zalewski z Tomaszowa lubelskiego zesłany został do północnych gubernii, dr Bychowski z Warszawy skazany na miesiąc, dr Grzywiński z Biłgoraja (za wygłoszenie publicznie mowy po zniesieniu pierwszego stanu wojennego) na trzy miesiące więzienia. Na cały powiat biłgorajski pozostał jedyny lekarz w Tarnogrodzie (»Czasop. lek.« Nr. 3).

— Komitet dla badania raka powstał przy warszawskich Towarzystwach lekarskiem i higienicznem z inicyatywy dra J. Jaworskiego.

— W Łodzi pojawiło się nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Z różnych stron. W uzdrowisku leśnem dla dzieci pod Charlottenburgiem, otwartem w zeszłym miesiącu, zbudowanym będzie dla dzieci krzywicą dotkniętych osobny barak sypialny, aby mogły jak najwięcej przebywać na powietrzu.

— Dla dzieci, upośledzonych umysłowo, nie nadających się ani do wychowywania z dziećmi prawidłowemi, ani też do zakładów dla idyotów, tworzy się w Niemczech drugi już zakład w Kirchrode pod Hannowerem na wzór zakładu w Zehlendorf pod Berlinem.

— Apteki szkolne, zaopatrzone w środki potrzebne przy nieszczęśliwych wypadkach i nagłych zachorowaniach, mają być utworzone w szkołach regencyi opolskiej.

— Nad oddawaniem osesków »na mamki« i dzieci na wychowanie na wieś poleciło namiestnictwo tyrolskie władzom sanitarnym rozciągnąć w przyszłości ścisły nadzór, ponieważ zdarzały się przypadki zakażenia całych rodzin kiłą przez oddane na wychowanie zakażone dziecko. Również rozciągnięty będzie w Tyrolu ścisły nadzór nad opieką nad obłąkanymi, matołkami, kalekami, głuchoniememi i t. p., pomieszczonemi w domach prywatnych i przytuliskach.

— We Wrocławiu powstaje osobne Towarzystwo naukowe, wyłącznie zajmować się mające promieniami Röntgena i ich zastosowaniem.

— Niemieckie Towarzystwo anatomiczne odbędzie w tym roku zjazd »wędrowny«, bo po obradach w Rostocku 1—5 VI. zaproszone zostało do Kopenhagi przez tamtejszy wydział lekarski, a stamtąd do Lund przez rektora uniwersytetu.

— Obok niemieckiej wyprawy pod kierunkiem Kocha zajmie się zbadaniem śpiączki afrykańskiej wyprawa francuska, którą urządza paryskie Towarzystwo geograficzne.

— Wydział lekarski paryski zorganizował w r. 1903 nieistniejący przedtem zakład medycyny sądowej; po studyach w tym zakładzie i po złożeniu osobnego egzaminu otrzymywali lekarze dyplom, wyraźnie to potwierdzający. Kandydatów do takiego dyplomu było jednak niewielu (17 w r. 1904 i 8 w 1905), tak, że francuskie ministeryum sprawiedliwości dla zachęty obecnie postanowiło, iż dyplom taki przy ubieganiu się o tytuł znawcy sądowego uwalnia od obowiązujących dotąd w tych razach 5 lat praktyki lekarskiej. »Semaine medicale« (Nr 16) podnosi, że wynikiem tego będzie powoływanie na znawców tylko lekarzy, posiadających ów osobny dyplom i upatruje w tem niebezpieczeństwo obniżenia wartości dyplomu lekarskiego we Francyi wogóle, gdyż coraz bardziej mnożą się takie specyalne dyplomy na podstawie osobnych egzaminów, bez których nie można zostać n. p. lekarzem marynarki, kolonialnym i t. p.

— Młodzież szkolna w Nancy zbadaną będzie z inicyatywy profesorów uniwersytetu co do stanu wzroku i słuchu przez tychże profesorów. (W Galicyi już dwukrotnie ofiarowali się lekarze — dr Landau J. i dr Markstein — zbadać dzieci szkolne bezinteresownie, by zastąpić brak lekarzy szkolnych. Oba razy władze szkolne odmówiły zezwolenia).

— W senacie francuskim zasiada obecnie 44 lekarzy. Wogóle we Francyi biorą lekarze bardzo znaczny udział w życiu politycznem. Clemenceau jest jednym z licznych ministrów, którzy byli lekarzami.

— Uniwersytet moskiewski ma przystąpić do zbiorowego wydania dzieł zmarłego w r. z. fizyologa Sieczenowa.

— Organizacya lekarzy ziemskich w gubernii moskiewskiej uchwaliła, że lekarze ziemscy, uwolnieni przez władze, mają prawo każdej chwili objąć te posady z powrotem; obsadzone więc one mogą być tylko tymczasowo (aż do ich powrotu) przez lekarzy, wyznaczonych przez organizacyę. Ktoby objął posadę bez jej zezwolenia, będzie bojkotowany pod względem towarzyskim. Lekarze, pozbawieni posad przez władze, otrzymują od organizacyi zasiłki.

— W Rosyi dopuszczono na uniwersytety ukończonych uczniów takich szkół średnich, które nie obejmują języków klasycznych, ale zresztą mają program gimnazyów, pod warunkiem złożenia uzupełniającego egzaminu z łaciny.

— W liczbie wyborców do sejmu państwowego rosyjskiego wybrano 90 lekarzy.

Zmarli: Dr. Vleminckx, prezes król. belgijskiej Akademii lekarskiej; dermatolog prof. Haslund w Kopenhadze w 62 r. ż.; anatom doc. Thomé w Strassburgu;

Dr. Władysław Wróblewski, wybitny laryngolog, ordynator szpitala ewangelickiego, w 46 r. ż. w Warszawie; liczne prace, z których oprócz przyczynków kazuistycznych wymienić należy prace nad gruźlicą gardzieli i krtani (1886/7, 1899), nad wyroślami adenoidalnemi (1889, 1891), o migdałku językowym (1892), o t. zw. ostrych ropniach przegrody nosa (1894), o krwotokach nosowych (1895), o późnej kile nosa (1896), o t. zw. „rhinitis caseosa" (1897), o ostrym ropotoku jamy szczękowej (1899), o nowotworach złośliwych migdałka podniebiennego (1904) ogłaszał przeważnie w „Gazecie lekarskiej", do której grona wydawniczego należał; kilka prac ogłosił także w „Medycynie" i „Przeglądzie lekarskim". Większość prac ś. p. Wróblewskiego są to wyczerpujące monografie, oparte na rozległem własnem doświadczeniu.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 15. Hewelke: O stosunku trwania ruchów do szmerów oddechowych. Dębiński: Kwestya zakażenia mieszanego w gruźlicy w świetle najnowszych badań. Biernacki (dok. z Nr. 14).

— *Medycyna* Nr. 15. Guranowski, Gałecki (c. d. z Nr. 14). — Nr. 16. Biernacki: Wskazania do leczenia karlsbadzkiego. Guranowski (dok. z Nr. 15).

— *Tygodnik lekarski* Nr. 16. Kołaczkowski: O wartości nowszych sposobów badania czynności serca. Herman: O zapobiegawczem stosowaniu przekrwienia zastoinowego. Czyżewicz jun. i Nowicki (c. d. z Nr. 15).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 3. Maybaum: O przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego. Puławski: Sprawozdanie z I roku istnienia tanich kąpieli w Nałęczowie. Pełczyński i Fidler, Mazurkiewicz, Sochacki, Łuniewski i Borowiecki (c. d. z Nr. 2).

— *Zdrowie* Nr. 4. Wernic: W sprawie gospodarki zdrowotnej stołecznego miasta Warszawy. Bregman: O celach i zadaniach propagandy wstrzemięźliwości. Jarociński: Przyczynek do sprawy odkażania wody.

— *Časopis lekařův českých* Nr. 16. Bakeš: Cholelithiasis. Mladejovsky (dok. z Nr. 15). Roubal: Kolumnisace pochwy. Zamazal: Cor fatigatum.

— *Liječnički Vijestnik* Nr. 4. † L. Rakovac. — Gutschy (c. d. z Nr. 3). Canjuga: Uporaba elektricitete u zdravstvene svrhe. Gundrum-Oriovčanin: Pucki učitelji i učiteljice i prvo hružanje pomoći kod nezgoda. — † Prof. Lobmayer.

— *Russkij Wracz* Nr. 13. Braunsztejn: Znaczenie drożdży w nowotworach złośliwych. Rybakow: Alkoholizm a dziedziczność. Iliu: Własności i chemiczne stosunki lecytyn, fityny i kwasów nukleinowych w zależności od ich chemicznego składu. Łowieniecki i Fofanow, Popow (dok. z Nr. 12).

— *Presse médicale* Nr. 30. Loeper: Trucizny, działające na tętnice i etyologia miażdżycy i stwardnienia tętnic. Dor: Sporotrichosis (mnogie ropnie podskórne). Pariset: Przedmiotowy sposób mierzenia parcia tętniczego. — Nr. 32. Dieulafoy: Kilka uwag o kiłowych zmianach tętnicy głównej. Brissaud i Moutier: „Dowolne" porażenia barku, a prawo o przypadkach wśród pracy. Landouzy: Przykurczenie palców *(camptodactylie)*, wczesne organiczne znamię skazy nerwowo dnawej *(neuroarthritisme)*. Albarran: Technika przyszywania nerki. Letulle: Pierwotne raki uchyłka Vatera. Jayle i Bender: Łuszczyca *(leucoplasie)* sromu, pochwy i macicy.

— *Semaine médicale* Nr. 16. Marinesco: Przyczynek do histologii i patogenezy wiądu. Severino: Prosty sposób wykrycia zagrażającego zapalenia jamy ustnej, nieznoszenia lub przesycenia lekiem w toku leczenia rtęcią.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 16. Bartel: W sprawie gruźlicy. Cristoforetti i Merk: Rumień lombardzki we wczesnem dzieciństwie. Guzmann: Dwa przypadki zaćmy od pioruna. Stegmann: Uwagi o leczeniu choroby Basedowa promieniami Röntgena. Ludwig, Panzer, Zdarek i Mache: Chemiczno-fizyczne badania szczawy Vita z Sulz pod Güssing.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 16. Kraepelin: Alkoholizm w Monachium. Bumke: O nieruchomości źrenic w napadzie histerycznym. Mörchen: Sprawozdanie z doświadczeń z proponalem. Dunger: O moczniczem zapaleniu nerwów. Lilienstein: W sprawie zużycia przez czynność nadmierną. Knauth: Osobliwy przebieg i obraz sekcyjny przewlekłej gruźlicy serca. Hengge: W sprawie zachowawczych operacyi mięśniaków. Küppers: Tłumik. Weichardt: Dalsze wiadomości z nowoczesnej nauki o odporności.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 16. Kolle i Wassermann: Próby uzyskania i oznaczenia wartości surowicy meningokokowej. Gutzmann: Zarys leczenia nerwowych zboczeń mowy. Jochmann: Nawrotowe porażenie nerwu okoruchowego jako powikłanie duru brzusznego. Flesch: W sprawie leczenia promieniami Röntgena w białaczce. Stuhl: Kiła wrodzona pod obrazem białaczki limfatycznej u noworodka. Rhese: Przyczynek do wiadomości o udziale ucha wewnętrznego po wstrząśnieniach głowy. Robbers: Zgorzel zastoinowa czy wskutek działania dwoinek zapalenia płuc? Classen: Przypadek krztuśca z ciężkimi objawami u dorosłego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 17. Senator: O gnilcu. Goldscheider: Przypadek nerwicy serca i stwardnienia tętnic po urazie. Krönig: Znaczenie świeżych preparatów krwi dla lekarza praktycznego. Bickel i Pincussohn: O wpływie związku kreozotu z formaliną na wymianę materyi. Wohlgemuth: W sprawie zatrucia lysolem. Bruhns: Nowsze poglądy na zmiany kiłowe narządu krążenia w kile nabytej. Pick (dok. z Nr. 16); nadto 3 wykłady ze zjazdu balneologicznego.

Redakcya otrzymała: Dr. F. E. Fronczak: Foreign body in the lung. Odb. z „Buffalo med. Journ." 1896. — XXIV. Sprawozdanie Kasy im. Mianowskiego za rok 1905. — Doc. dr. Baurowicz: Eine Cyste der unteren Nasenmuschel. Odb. z „Archiv. f. Laryngol." — Prof. Kern: Mitteilungen aus dem kgl. kroatisch-slavonischen bakteriologischen Landesinstitute in Križevci. 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 2 maja 1906 o godzinie 6 wieczorem w **Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4) z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracye. 2) Wykład dr. Nitscha: „O wściekliźnie".

VI Walne Zgromadzenie członków Towarzystwa Samopomocy lekarzy odbędzie się w Krakowie w **Domu Towarzystwa lekarskiego** (Radziwiłłowska l. 4) w niedzielę dnia 6 maja o godz. 4 popoł. Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z V Walnego Zgrom. 2) Sprawozdanie wydziału. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Dyskusya nad sprawozdaniem. 5) Wnioski wydziału: *a)* w sprawie kasy pogrzebowej, *b)* zmiana statutu. 6) Wybory. 7) Wnioski i interpelacye.

SPIS LEKARZY
ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr **Jekels, Ludwik,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr **Gabryszewski A.,** Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.

Kosów.

lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski,** właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Dębicki Klemens,** („Pod Jeleniem“).

Rabka.

Dr **Lang Otokar,** lekarz okr.

Truskawiec.

Dr **G. Gittelmacher — Wilenko.**
Dr **Krzyżanowski E.,** radca cesarski, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon,** b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.,** lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg,** (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg“).
Dr **Zeitner Józef,** (Kirchenstrasse „Stadt-Paris“).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV).

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.,** radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław,** radca ces. („Villa Wahnfried“).

Nauheim.

Dr **Łowiński.**


PHOSPHATINE
FALIÈRES



Rok XLV. Kraków 5 Maja 1906. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.
(Prymaryusz Radca ces. Dr Krokiewicz).

W sprawie rozpoznawczej wartości odczynu Widala.

Podał
Dr Maksymilian Blassberg,
sekundaryusz oddziału.

Jak wiadomo, próba Grubera-Widala stanowi niewątpliwie bardzo cenny środek rozpoznawczy w przypadkach nietypowego duru brzusznego, gdzie częstokroć brak objawów chorobowych, potrzebnych dla całokształtu rozpoznania klinicznego. Polega ona na aglutynacyi żywych prątków durowych ze świeżej hodowli wskutek zadziałania znacznie rozcieńczonej (co najmniej 1:50) surowicy, uzyskanej z krwi chorego na dur brzuszny. Jednakże odczyn ten nie jest bezwzględnie pewny i może mieć znaczenie conajwyżej tylko równe z innymi objawami, na których według dzisiejszego stanu wiedzy lekarskiej opiera się rozpoznanie kliniczne duru brzusznego.

Na dowód niech posłuży przypadek następujący:

Teodor K., liczący lat 30, krawiec z Nowej wsi narodowej, został przyjęty na oddział d. 15/II. 1906. Według wywiadów, niezbyt dokładnych z powodu odurzenia chorego i słabej inteligencyi, choroba trwa od trzech tygodni i ujawnia się ogólnem osłabieniem, gorączką i biegunką. Badanie w szpitalu w d. 15/II. stwierdziło: Budowa i odżywienie liche. Cieplota ciała 38·5° C. Na skórze tułowia i kończyn dość równomiernie rozmieszczona, nader obfita osutka plamista. Język suchy, obłożony. Klatka piersiowa prawidłowa, odgłos wypukowy wszędzie jawny, szmery oddechowe zaostrzone, pokryte nielicznemi furczeniami i gwizdami. Wymiary serca prawidłowe. Tony serca bardzo głuche, tętnice sprychowe wązkie. Tętno regularne, miękkie, 108 uderzeń na minutę. Brzuch miernie wzdęty. W okolicy jelita ślepego wyraźne kruczenie. Śledziona powiększona, twarda. Wątroba nieznacznie powiększona. Stolce płynne, nieco cuchnące, brudnożółtej barwy, podobne do zupy grochowej. Mocz wysycony; chlorki zmniejszone, wyraźny ślad białka. Odczyn dwuazowy Ehrlicha bardzo wybitny. Chory majaczy i zrywa się z łóżka; czasami tylko nieco przytomniejszy i odpowiada na pytania. W czasie pięciodniowego pobytu w szpitalu gorączka wahała się w granicach od 38·5° C. (ranna) do 39·9° C. (wieczorna), a tętno wynosiło 124—132 uderzeń na minutę. Osłabienie ogólne bardzo znaczne. Na trzeci dzień spostrzegania klinicznego w tylnych dolnych częściach klatki piersiowej, zwłaszcza po prawej stronie, wystąpiło stłumienie odgłosu wypukowego obok szmerów oddechowych oskrzelowych, pokrytych licznemi, drobnemi, dźwięcznemi rzężeniami. Chory bardzo osłabiony i odurzony.

Jakkolwiek powyższy całokształt obrazu klinicznego przemawiał za rozpoznaniem duru brzusznego, to jednak niezwyczajnie obfita wysypka plamista na całem ciele, niestosunek między niezbyt wysoką ciepłotą, a znacznem odurzeniem i osłabieniem serca, oraz równoczesne stwierdzenie objawów duru osutkowego u innego chorego w szpitalu, nakazywały wielką ostrożność w rozpoznaniu w danym przypadku. Dla ścisłości rozpoznania wykonał kol. Dr. Eisenberg, asystent przy Zakładzie bakteryologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego, d. 19/II badanie surowicy chorego co do aglutynacyi. Badanie to dało wynik zupełnie ujemny. Surowica chorego w rozcieńczeniach $^1/_{50}$—$^1/_{200}$ zupełnie nie wywoływała aglutynacyi prątka durowego. Również odczyny z *bac. paratyphi A.* i z *bac. paratyphi B.* w tych samych rozcieńczeniach dały wynik zupełnie ujemny. Ten niespodziany wynik próby Widala zamącił nieco rozpoznanie duru brzusznego. Dnia 20/II chory zmarł wśród ogólnego osłabienia i odurzenia.

Przy oględzinach pośmiertnych, dokonanych w Zakładzie anatomiczno-patologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego (Prof. Dr. Ciechanowski), stwierdzono: *Ileo- et colotyphus in stadio detersionis ulcerum. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Fragmentatio myocardii. Pneumonia lobularis lobi inferioris pulmonis utriusque praecipue dextri et partis posterioris lobi superioris dextri. Pleuritis fibrinosa dextra. Petrificatio glandularum lymphaticarum bronch. sinistr. Hypoplasia cordis et vasorum.*

Wobec dodatniego wyniku sekcyi, a ujemnego odczynu Widala w naszym przypadku nasuwa się pytanie, gdzie szukać przyczyny tego zjawiska?

Rozpatrując wartość próby Grubera-Widala w przypadkach duru brzusznego, musimy przyznać, że stanowi ona dzielny środek rozpoznawczy, ale dopiero w drugim tygodniu trwania sprawy chorobowej, to jest między 7. a 10. dniem. Odczyn ten jednak nie ma znaczenia rozpoznawczego, jeśli chory niedawno przechodził dur brzuszny; zdolność bowiem aglutynacyjna surowicy może się utrzymywać po przebyciu duru brzusznego przez bardzo długi czas, — niekiedy i przez całe życie, — chociaż zazwyczaj trwa do roku. Aglutyniny durowe znajdowano też we krwi osób, które nie przechodziły wcale duru brzusznego. Tak samo odczyn Grubera-Widala stwierdzić można w przebiegu chorób, przebiegających wśród objawów zastoju żółci i żółtaczki, co niektórzy autorowie starają się wytłómaczyć obecnością prątków durowych w drogach żółciowych. Tak np. Köhler stwierdził dodatni wynik próby Widala u sześciu (na ośmiu spostrzeganych klinicznie) chorych, dotkniętych żółtaczką. Nadto powiodło się Köhlerowi przez podwiązanie przewodów żółciowych lub wstrzykiwanie kwasu taurocholowego do żył u psów wywoływać sztucznie aglutynacyę prątków durowych przez surowicę krwi tych zwierząt. Eckhardt spostrzegał odczyn Grubera-Widala w dwóch przypadkach choroby Weila, a nadto w kamicy żółciowej, przy żółtaczce nieżytowej, jak również w rakach, przebiegających z żół-

taczką; Żupnik w czterech przypadkach choroby Weila, tudzież w kamicy żółciowej, w ropnem zapaleniu przewodów żółciowych i przy raku wątroby, przebiegającym bez gorączki. Megele opisał dodatni wynik odczynu Widala w przypadku ropnia wątroby, zakończonego śmiertelnie, w którym hodowle na pożywkach wykryły obecność gronkowców, a brak prątków durowych. Köhler spostrzegał aglutynacyę w rozcieńczeniu 1:50 u mężczyzny, dotkniętego ciężką niedokrwistością, a nadto dość często u chorych na blednicę. Również znajdowano dodatni odczyn Widala przy nieżytach kiszek, przy zakażeniach i ropniach, wywołanych przez prątki okrężnicy (*bac. coli*), przy gorączce połogowej i sprawach posoczniczych. Przy zakażeniach dwoinkami zapalenia płuc i dwoinkami zapalenia opon mózgowych nader rzadko zauważono dodatni, acz niezupełnie wolny od zarzutów wynik próby Widala. Prymaryusz Dr Krokiewicz spostrzegał na oddziale wewnętrznym krakowskiego szpitala św. Łazarza przypadek, przebiegający z objawami choroby zakaźnej, w którym rozpoznanie wahało się między durem brzusznym, a gruźlicą prosówkową, a w którym dodatni wynik próby Widala przechylał rozpoznanie na stronę duru, natomiast sekcya stwierdziła gruźlicę prosówkową.

Z drugiej strony stwierdzano niejednokrotnie w przypadkach duru brzusznego stosunkowo późne pojawianie się odczynu Grubera-Widala. Opisano przypadki (Stern, Kolle) niewątpliwego duru brzusznego, w których swoiste zmiany we krwi wystąpiły dopiero w 16. i 17. dniu choroby. Leube zauważył odczyn Widala dopiero w 18. dniu choroby i to po poprzedzającym silnym krwotoku jelitowym. Blumenthal opisał przypadek, w którym odczyn pojawił się dopiero w 29. dniu, już po zupełnem ustąpieniu gorączki. Köhler (na 88 przypadków duru brzusznego) w jednym przypadku zauważył odczyn dopiero w 22., a w drugim dopiero w 40. dniu choroby. Podobnie Brener (8. tydzień), Gruber (74. dzień od początku choroby), Fiocca (w okresie bezgorączkowym) i inni zwracają uwagę na spóźnione pojawianie się odczynu Grubera-Widala.

Ze względu na ujemny wynik próby Grubera-Widala w przebiegu niewątpliwego duru brzusznego przypadek nasz nie jest odosobnionym. W przypadku Massiniego chory z nader słabą i niewchodzącą w rachubę aglutynacyą (1:20) przebył dur brzuszny z nawrotem, stwierdzony niezbicie przez wyhodowanie prątków durowych z krwi i ze stolców. Przypadki z ujemnym odczynem przez cały przeciąg choroby spostrzegali liczni autorowie.

I tak Widal opisuje 1 przypadek (na 177 przypadków duru), Köhler 1 (na 88 przypadków), Kassel i Man 2 przypadki na dużym materyale, Durham 3 przypadki (na 8 durów o typowym przebiegu), toż samo Stern, Frankel i inni. Skutezky zestawił statystykę duru brzusznego z kliniki Prof. Jackscha za lata od 1889 do 1903, obejmującą 793 chorych (408 mężczyzn i 385 kobiet), w których odczyn Grubera-Widala był w 20·6% ujemny. Żupnik na 14 przypadków duru poronnego o typowym przebiegu w 13 otrzymał wynik ujemny. Karwacki zestawia materyał z prac rozmaitych autorów, z którego wynika, że na 8750 przypadków, przebiegających klinicznie pod postacią duru, w 398 próba Widala wypadła ujemnie. Wszelako materyał w tych pracach ze względu na używany stopień rozcieńczenia jest niejednolitej wartości.

Oczywiście, że o ujemnym wyniku próby Widala należy napewno mówić dopiero po uwzględnieniu odczynu aglutynacyjnego bakteryi, pokrewnych durowym, mianowicie *bac. paratyphi A.* i *bac. paratyphi B.*, które mogą wywoływać podobny, a nawet klinicznie identyczny obraz chorobowy, jak dur brzuszny. W każdym razie wymagane jest dla stwierdzenia, że wynik jest ujemny, wielokrotne ponowne próbowanie odczynu ze względu na możność późniejszego wytworzenia się aglutynin we krwi.

W naszym przypadku być może, że wikłające zapalenie płuc i osłabienie serca zakończyły śmiertelnie przebieg choroby, zanim odczyn aglutynacyjny mógł się rozwinąć. Być też może, że był to przedzgonny brak odczynu, podobnie jak przy leukocytozie w przypadkach ropienia, która wobec ogólnego stanu poraźnego w ustroju przed zejściem śmiertelnem już nie może się wytworzyć, a tem samem przeciwdziałać jadowi zakaźnemu. To też nasuwa się pytanie, ażali brak odczynu Grubera-Widala przy rozwiniętym całokształcie klinicznych objawów duru brzusznego, jak to było w naszym przypadku, wyłączając przypadki o przebiegu poronnym, nie jest poważnym objawem w rokowaniu, wskazującym na niepomyślny przebieg.

Szefowi mojemu Radcy cesars. Prym. Drowi Krokiewiczowi za odstąpienie mi materyału i życzliwe poparcie składam szczere podziękowanie.

Piśmiennictwo. 1) Prof. Dieudonne: Immunität, Schutzimpfung u. Serumtherapie. Leipzig 1905. — 2) T. Eckardt: Widalsche Serumreaction bei Weilscher Krankheit. (Münch. med. Woch. 1902 Nr. 27). — 3) C. Günther: Bacteriologie. 1906. — 4) M. Jacoby: Immunität und Disposition und ihre experimentellen Grundlagen. Wiesbaden 1906. — 5) Jürgens: Über die Entstehung der Typhus-Immunität. (Berlin. klin. Woch. 1905 Nr. 6). — 6) L. Karwacki: Serodyagnostyka spraw zakaźnych. (Przegląd chir. 1904). — 7) F. Köhler: Das Agglutinationsphenomen. (Klin. Jahrb. VIII Bd. Jena 1901). — 8) F. Köhler: Zur Kritik des Agglutinationsphenomens. (Zentrbl. f. Bacter. 1901 Nr. 17). — 9) F. Köhler: Die Widalsche Reaction bei Gelbsucht. (Münch. med. Woch. 1903 Nr. 32). — 10) O. Lentz: Immunität bei Typhus (Kolle-Wassermanns Handb. d. pathog. Mikroorganismen 1904 Bd. IV Th. II). — 11) R. Massini: Ein Fall von Typhus abdominalis mit mangelhafter Agglutininproduktion. (Zentrbl. f. in. Med. 1906 Nr. 1). — 12) Megele: Widal'sche Serumreaction bei Leberabszess. (Münch. med. Woch. 1903 Nr. 14). — 13) F. Neufeld: Typhus (Kolle-Wassermanns Handb. d. pathog. Mikroorganismen 1903 Bd. II). — 14) Skutezky (Referat w Berl. klin. Woch. 1905 Nr. 37). — 15) L. Żupnik: Erfahrungen über die Gruber-Widalsche Reaction und Autoagglutination bei Typhus abdominalis. (Zeitschr. f. Heilkunde Bd. XXII 1901 Heft XI). — 16) L. Żupnik: Widalsche Serumreaction bei Weilscher Krankheit (Münch. med. Woch. 1902 Nr. 31).

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie (prymaryusz dr. Bogdanik).

O przekrwieniu biernem według Biera ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej.

Podał

Dr. Artur Frommer

I sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy.)

Na podstawie tych spostrzeżeń musimy stwierdzić znaczne korzyści, jakie osiągnęliśmy, stosując w tych przypadkach leczenie za pomocą przekrwienia biernego. W przypadkach ostrych w okresie początkowym osiągnęliśmy prze-

ważnie przy nawet bardzo znacznem nasileniu choroby ograniczenie się zmian zapalnych. Bolesność ustępowała bardzo szybko, gorączka opadała, zapalenie ograniczało się najczęściej do wytworzenia się jednego lub kilku ropni. Po otwarciu ropnia i wypuszczeniu ropy, obrzęk po kilku lub kilkunastu dniach zupełnie ustępował, poczem kończyna wracała do stanu prawidłowego. Najwybitniejsze było działanie przekrwienia biernego u chorych, którzy poprzednio leczeni byli zwykłym dotychczasowym sposobem. I tak w przytoczonym przypadku ropnego zapalenia stawu kolanowego pomimo przepłukania stawu i osączkowania daleko sięgających zaułków ropnych na udzie, objawy chorobowe nie ustępowały. Owszem stan ogólny i miejscowy pogarszał się przy utrzymującej się ciągle gorączce. Zastosowanie przekrwienia biernego zmieniło już w kilka dni cały stan pomimo, że przekrwienie stosowano w tym przypadku z początku tylko na 1—2, później na 8—10 godzin na dobę. Już w kilka dni opadła ciepłota, ustąpiły bole, zmniejszył się tak znaczny przedtem obrzęk całej kończyny i równocześnie z poprawą miejscową stan ogólny chorego polepszył się znakomicie. Podobnie miała się rzecz u chorej, u której z powodu ropnego zapalenia ścięgna z równoczesnym głębokim zastrzałem (*panaratium*) wykonaliśmy kilkakrotne nacięcie części miękkich po stronie grzbietowej i dłoniowej palca wielkiego. Mimo to jeszcze po kilku tygodniach starannego opatrywania rany palec był jeszcze ciągle znacznie obrzmiały, a z ran wydobywała się obficie ropa. Pod wpływem zastosowanego przekrwienia biernego po kilkunastu dniach przez rozszerzoną przetokę wyszła obumarła kość, poczem już po kilku dniach palec wrócił zupełnie do stanu prawidłowego. W większej części tych przypadków stosowaliśmy przekrwienie bierne przez kilkanaście aż do 20 godzin dziennie. W tych przypadkach przeprowadzał kol. Stahr równocześnie badania krwi na kończynach chorych, poddanych przekrwieniu biernemu. A ponieważ badania te natrafiały na znaczne trudności przez to, że po tak długo trwającem przekrwieniu biernem powstawały znaczne obrzęki i po ukłuciu szpilką wydobywała się z tkanki krew znacznie rozrzedzona, a niekiedy nawet sama surowica, przeto stosowaliśmy w ostatnich czasach przekrwienie znacznie krócej, tylko na 2—4 godzin dziennie. Mimo tak znacznego skrócenia czasu wyniki w kilku tak leczonych przypadkach były również dobre. Wobec tego, że tylko kilka przypadków w ten sposób leczono, nie możemy twierdzić, że stosowanie przekrwienia biernego na tak krótki czas będzie wystarczającem w każdym przypadku ostrego zapalenia ropnego. Jest to jednak zachętą do dalszych prób. W każdym razie takie krótkie przekrwienie miałoby niezaprzeczone zalety w porównaniu do 20-godzinnego stosowania przekrwienia biernego. Wykonać je o wiele łatwiej, nie wymaga tak ścisłej obserwacyi i da się użyć nawet w praktyce przychodniej (ambulatoryjnej) w przypadkach lżejszych. Zaletą tego sposobu byłoby także i to, że przy stosowaniu opaski tylko przez czas od 2—4 godzin unikamy zbyt znacznych obrzęków, które powstają po wywoływaniu przekrwienia przez czas około 20 godz. na dobę. Wprawdzie w leczeniu sposobem Biera powszechnie przyznaje się ważne znaczenie właśnie powstającemu przy tem obrzękowi, niemniej jednak byłoby naszem zdaniem pożądanem uniknąć obrzęków nadmiernych i zbyt długo trwających, skoro według Noetzla właściwie wpływ korzystny wywiera tylko obrzęk świeży. Przy mniejszym obrzęku staje się obraz chorobowy jaśniejszym, a przy wyraźniejszem uwydatnieniu się zmian chorobowych łatwiej zastosować wszelką chirurgiczną interwencyę. Wyraźniejsza bolesność w danem miejscu, która następuje po zdjęciu opaski, pozwala łatwiej wyszukać powstałe ropnie, a bezzwłoczne otwarcie ropni wywiera zbawienny wpływ na dalszy przebieg leczenia. Mimo stosunkowo krótkiego czasu stosowania opaski w leczonych w ten sposób przypadkach, sprawa zapalna nie postępowała dalej, ciepłota dość szybko opadała, poczem nawet stosunkowo ciężkie przypadki prędko się leczyły.

Przytoczę tu szczegółowiej 2 przypadki (zapalenie ropne tk. podskórnej i ścięgien), leczone przekrwieniem krótkotrwałem.

1) S. Rozalia, lat 27; od 4/X. do 25/X. *Phlegmone manus et antibrachii.* Przed 7 dniami skaleczyła się w palec wielki ręki lewej. Na drugi dzień dreszcze, gorączka; ręka i przedramię aż do stawu łokciowego opuchły, znaczne bole. Leczenie okładami przeciwgnilnymi. 4/X. Stan obecny. Chora dobrze zbudowana i odżywiona; na palcu wielkim ręki lewej mała rana miażdżona, długości około 1 cm. Ręka i przedramię deskowato obrzękłe, skóra zaczerwieniona, gruczoły łokciowe i pachowe obrzękłe i bolesne. Język wysychający, ciepłota rano 38·5°. Ruchy bierne i czynne ręki i palców zniesione. Znaczne bole. Założono opaskę na 2 godz. dziennie, rano i wieczorem po godzinie. Bolesność mniejsza, ciepłota 39·6°. 5/X. Ciepłota rano 38·3, wieczorem 39·1. 6/X. C. r. 37·8, w. 39·2. 7/X. C. r. 37·7, w. 38·1. 8/X. C. r. 37·8, w. 38·3. 9/X. C. r. 36·5, w. 37·5. 10/X. Stan bezgorączkowy. Przy stosowaniu opaski na 2 godz. dziennie sprawa zapalna nie posuwała się dalej, bolesność ustępowała, powracały ruchy, tak bierne, jak i czynne. Piątego dnia ustąpiła znaczna bolesność na dłoni, u nasady palca wielkiego, oraz w dolnej $^{1}/_{3}$ części przedramienia nad palcem małym. W tych miejscach skóra podminowana przez znaczny, ale ograniczony naciek wielkości jaja kurzego. Wyraźne chełbotanie. 10/X. Otwarto obydwa ropnie, z których wylała się dość znaczna ilość brudno-czekoladowej cieczy. Opaskę stosowano w dalszym ciągu 2 godz. dziennie bez zakładania setonów do ran. 14/X. Opaska 1 godz. dziennie, kąpiele, miesienie. 25/X. Chora opuszcza oddział wyleczona.

2) T., lat 60; od 22/IX. do 10/XI. *Conquassatio manus dextrae subsequente gangraena digitorum.* Choremu zmiażdżyły rękę lewą tryby sieczkarni dnia 15/IX. Z początku stosowano leczenie wyczekujące, wobec jednak obumarcia palców przystąpiono do zabiegu. 22/IX. Stan obecny: Dłoń lewa w całości obrzękła, zaczerwieniona. Skóra palca 3-ciego i 4-tego czarna w obrębie ostatnich dwu członów — środkowe członki palca drugiego i piątego zmiażdżone, skóra częściowo utrzymana. Ciepłota ciała nie podwyższona. Wobec stanowczego żądania chorego, by pozostawić mu jaknajwięcej zmiażdżonych palców, odjęto palec 3-ci i 4-ty w połowie pierwszego członka i usunięto strzaskane środkowe członki 2-giego i 5-tego. Rany pozostawiono otwarte, opatrunek przeciwgnilny, wilgotny. 27/IX. Obrzęk ręki utrzymuje się ciągle; z rany wydziela się obficie ropa. Ciepłota podgorączkowa. 1/X. Dłoń deskowato obrzękła; skóra na dłoni zmacerowana, barwy żółtawej, przy uciskaniu dłoni w kierunku ku obwodowi wydobywa się gęsta, zielonawa ropa w znacznej ilości. Stan chorego gorszy, znaczna bolesność. Rano ciepłota 38°. 2/X. W znieczuleniu miejscowem, cięciem podłużnem w środku dłoni odsłoniono pochewkę ścięgien. Po nacięciu jej wydobyło się nieco ropy. Wieczorem ciepłota 38·6, bolesność większa, stan chorego gorszy. 3/X. Po zdjęciu opatrunku wyraźne zaczerwienienie skóry na dłoni i w dolnej części przedramienia. Obrzęk większy, wydzielina rany skąpa, ciepłota 38°. Opaska zastoinowa na 2 godz. dziennie. Wieczorem bolesność ustąpiła zupełnie; chory czuje się znacznie lepiej. Ruchy dłonią niebolesne. Chory w nocy spał. 4/X. Obrzęk mniejszy, wydzielina z rany obfitsza, zaczerwienienie skóry ustępuje. 7/X. Stan ogólny chorego dobry. Ciepłota nie podwyższona, obrzęk coraz mniejszy; z rany cuchnąca wydzielina. 9/X. Stan ogólny dobry; z rany wydobywają się obumarłe części ścięgien. Wydzielina jeszcze cuchnąca, bolesność ustąpiła zupełnie. Obrzęk bardzo mały. Opaska na 1 godz. 13/X. Rana na dłoni prawie zgojona. Wydzielina bardzo skąpa, na ranach pooperacyjnych ziarnina różowa. Wobec ustąpienia zmian zapalnych, opaska przez kilkanaście minut dziennie. 17/X. Stan chorego dobry, rany prawie zupełnie zagojone. Opatrunki zwykłe. 10/XI. Chory wyleczony.

(Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

O wrotach zakażenia.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

A. Wrzosek.

(Dokończenie.)

Również drugi zarzut Klimenki należy uważać za nieuzasadniony, gdyż jakkolwiek zwierząt idealnie zdrowych niema, to jednak te, które do doświadczeń były użyte, należy uważać za zdrowe w zwykłem tego słowa znaczeniu, gdyż ani obserwacya ich za życia, ani badania pośmiertne nie dowiodły, że zwierzęta te były chore. A więc doświadczenia, wykonane w krakowskim Zakładzie patologii, przemawiają za tem, że mikroby w warunkach prawidłowych mogą przechodzić przez błonę śluzową przewodu pokarmowego.

Gdy badania, o których wyżej była mowa, zostały już drukiem ogłoszone, wystąpił Behring z nową teoryą powstawania gruźlicy. Słynny ten badacz oparł swą teoryę na rzekomym fakcie przepuszczalności dla mikrobów błony śluzowej przewodu pokarmowego tylko zwierząt nowonarodzonych, a nieprzepuszczalności dla mikrobów takiejże błony zwierząt dorosłych. Behring przytoczył na potwierdzenie swej teoryi wyniki dwóch szeregów doświadczeń, wykonanych ze współudziałem swych uczniów. W pierwszym szeregu doświadczeń wprowadzał do przewodu pokarmowego nowonarodzonych świnek morskich oraz świnek morskich dorosłych laseczniki wąglikowe, a w drugim prątki gruźlicze. Obydwajednak szeregi doświadczeń Behringa nie dowodzą bynajmniej, że jedynie błona śluzowa przewodu pokarmowego świnek morskich nowonarodzonych przepuszcza mikroby. Wyniki wspomnianych doświadczeń wskazują tylko na to, że nowonarodzone świnki morskie łatwiej ulegają zakażeniu wąglikowemu i gruźliczemu, aniżeli świnki dorosłe. Na poparcie swego twierdzenia Behring przytacza między innymi argumentami także badania histologiczne Dissego nad budową błony śluzowej przewodu pokarmowego zwierząt młodych i starych. Disse podaje, że komórki nabłonkowe błony śluzowej żołądka zwierząt dorosłych różnią się od komórek błony śluzowej żołądka zwierząt nowonarodzonych. Według Dissego różnica polega na tem, że komórki nabłonkowe błony śluzowej żołądka zwierząt dorosłych składają się z dwóch jednolitych warstw: śluzowej, zajmującej część komórki, zwróconą do światła żołądka i protoplazmatycznej, zawierającej jądro; gdy natomiast komórki nabłonkowe błony śluzowej żołądka nowonarodzonych zwierząt nie mają jednolitej warstwy śluzowej. Grubość warstwy śluzowej u zwierząt dorosłych zajmuje połowę wysokości całej komórki. W błonie śluzowej żołądka płodów i noworodków, zamiast jednolitej warstwy śluzowej, znajdują się w komórkach tylko kulki śluzowe, nie wypełniające całej wierzchniej warstwy komórki. Disse sądzi, że ta właśnie okoliczność sprzyja przechodzeniu mikrobów przez błonę śluzową żołądka zwierząt młodych.

Z omówionych wyników badań Behringa okazuje się, że różnią się one do pewnego stopnia od wyników badań Dobrokłońskiego, o których wspominałem, i od wyników doświadczeń, wykonanych przez Rogozińskiego i innych. Doświadczeń atoli Behringa nie można uważać za uprawniające do wysnucia takiego wniosku, jaki Behring wysnuł. Tylko wtedy, gdyby Behring zwierzętom nowonarodzonym i zwierzętom dorosłym wprowadzał był do przewodu pokarmowego mikroby, całkiem dla nich nieszkodliwe i gdyby dowiódł, że mikroby takie w braku jakichkolwiek zmian w błonie śluzowej przewodu pokarmowego przechodziły w głąb ustroju tylko u zwierząt nowonarodzonych, a nie przechodziły u zwierząt dorosłych, tylko wtedy możnaby twierdzić, że prawidłowa błona śluzowa przewodu pokarmowego nowonarodzonych zwierząt przepuszcza mikroby, gdy takaż błona zwierząt dorosłych własności tej nie posiada. Takie właśnie doświadczenia wykonano w krakowskim Zakładzie patologii doświadczalnej na zwierzętach dorosłych oraz nowonarodzonych. Okazało się, iż błona śluzowa przewodu pokarmowego tak zwierząt dorosłych, jak i młodych, przepuszcza mikroby, przyczem najczęściej można było stwierdzić przechodzenie mikrobów z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych u psów i szczeniąt.

Późniejsze badania, wykonane przez Fickera i przez Uffenheimera, również dały wyniki, które niezupełnie zgadzają się z wynikami doświadczeń Behringa, a raczej z wysnutymi przez niego wnioskami. Ficker twierdzi wprawdzie, że mikroby przechodzą przez błonę śluzową przewodu pokarmowego głównie u zwierząt nowonarodzonych, lecz stwierdził on również, że mogą one przechodzić i u dorosłych królików. Uffenheimer, robiąc doświadczenia na nowonarodzonych świnkach morskich, którym wprowadzał do przewodu pokarmowego prątki gruźlicze, przekonał się, że zwierzęta zapadały na gruźlicę nawet po jednorazowej nieznacznej dawce. Lecz również świnki morskie dorosłe ulegały zakażeniu gruźliczemu po wprowadzeniu im zarazków gruźliczych do przewodu pokarmowego. Różnica w tym względzie między zwierzętami nowonarodzonemi a dorosłemi polegała jedynie na tem, że do wywołania gruźlicy potrzebne były rozmaite dawki, zależnie od wieku i wielkości zwierzęcia.

Podobnież i wyniki badań Dissego przez późniejszych badaczów nie zostały potwierdzone. Aschoff nie mógł stwierdzić żadnej różnicy w budowie błony śluzowej przewodu pokarmowego zwierząt dorosłych i nowonarodzonych. Uffenheimer także wystąpił przeciwko Dissemu, gdyż, zdaniem jego, błona śluzowa żołądka świnek morskich nowonarodzonych nie różni się niczem od błony śluzowej żołądka świnek morskich dorosłych.

Wyżej zaznaczyłem, że wyniki doświadczeń, wykonanych w krakowskim Zakładzie patologii doświadczalnej, przemawiają za tem, że mikroby przechodzą przez błonę śluzową przewodu pokarmowego w warunkach prawidłowych. Przez to nie chciałem bynajmniej twierdzić, że mikroby nie znajdują żadnej przeszkody w tem przechodzeniu i że zostają one podczas trawienia wchłaniane w jelicie w tak znacznej liczbie, iż można je wtedy ze krwi wyhodować, jak to utrzymywali francuscy badacze Nocard, Porcher i Desoubry. Gdyby istotnie tak było, to wobec olbrzymiej liczby mikrobów, stale znajdujących się w przewodzie pokarmowym, powinnibyśmy również stale znajdować je i to w liczbie sporej zarówno we krwi, jak i w rozmaitych tkankach. Tak jednak nie jest. Albowiem tylko nieznaczna część mikrobów przechodzi z przewodu pokarmowego do tkanek. W doświadczeniach, wykonanych w krakowskim Zakładzie patologii, wprowadzano zwierzętom do przewodu pokarmowego wraz z jadłem olbrzymie dawki mikrobów, a pomimo tego nie stwierdzono ich ani razu we krwi zwierząt ciepłokrwistych, branej do badania bądź to z serca, bądź to z żył krezkowych. Natomiast wprowadzone do przewodu pokarmowego mikroby można było wyhodować w pewnej liczbie przypadków z gruczołów krezkowych, a czasem i z innych narządów wewnętrznych, jak śledziony, nerek i t. d.

Że istotnie do tkanek zwierzęcych w warunkach prawidłowych dostaje się jeno nieznaczna liczba mikrobów, na to wskazują badania nad jałowością prawidłowych tkanek zwierzęcych, wykonane również w krakowskim Zakładzie patologii. Z badań tych wynika, że tylko w pewnej liczbie przypadków z prawidłowych tkanek zwierzęcych można było wyhodować mikroby, natomiast w znacznej większości przypadków tkanki zwierzęce były zupełnie jałowe.

Na zasadzie wszystkich dotychczasowych badań możemy uważać za rzecz niemal pewną, że mikroby przez błonę śluzową przewodu pokarmowego zwierząt zdrowych, a zwłaszcza psów, przechodzić mogą. Ze względu jednak na niejednakową przepuszczalność dla mikrobów błony śluzowej przewodu pokarmowego zwierząt rozmaitych gatunków, a dalej ze względu na to, że dotychczas nie zbadano jeszcze sporej liczby gatunków zwierząt ssących co do przepuszczalności dla mikrobów błony śluzowej przewodu pokarmowego — nie możemy wysnuwać wniosku przez analogię, że również błona śluzowa przewodu pokarmowego ludzkiego przepuszcza mikroby w warunkach prawidłowych. Dlatego teoryę Behringa, opartą jedynie na analogii z przepuszczalnością dla mikrobów błony śluzowej przewodu pokarmowego świnek nowonarodzonych, uważać należy za niezupełnie uzasadnioną. Dopiero wtedy, gdybyśmy z wszelką pewnością stwierdzili, że błona śluzowa przewodu pokarmowego wszystkich gatunków zwierząt ssących, do człowieka zbliżonych, mikroby przepuszcza, wtedy dopiero moglibyśmy z dość wielkiem do prawdy podobieństwem przypuszczać, że tak samo zachowuje się względem mikrobów błona śluzowa przewodu pokarmowego ludzkiego.

Rola przewodu pokarmowego, jako wrót zakażenia u zwierząt w warunkach prawidłowych, wspomnianemi wyżej badaniami została już do pewnego stopnia wyświetlona. Atoli nie

ma jeszcze prawie zupełnie zgody między badaczami co do znaczenia płuc, jako wrót zakażenia. Jakkolwiek wiele doświadczeń wykonano w celu zbadania, czy przez drogi oddechowe mogą dostawać się mikroby w głąb ustroju w warunkach prawidłowych i w ten sposób ustrój zakażać, to jednak nie rozwiązały one jeszcze należycie rzeczonego zagadnienia, głównie dlatego, że w badaniach tych stosowano niewłaściwe metody. Aby rozstrzygnąć pytanie, czy płuca prawidłowe mogą służyć za wrota zakażenia, należy następującym wymaganiom zadość uczynić. Najprzód, aby zwierzęta, do doświadczeń użyte, były zdrowe; osobliwie baczyć należy, aby nie miały one żadnych zmian chorobowych w drogach oddechowych. Dalej, aby wprowadzać mikroby zwierzętom do narządu oddechowego drogami naturalnemi, a przytem w ilości niezbyt wielkiej. Wreszcie, aby wprowadzane mikroby nie wywoływały żadnych zmian miejscowych w drogach oddechowych, dlatego w takich badaniach najlepiej posługiwać się mikrobami całkiem niejadowitymi. Dotychczasowi badacze (Buchner, Enderlen, Morse, Laehr, Orłow, Fleck, Muskatblüth, Hildebrandt, Wysokowicz, Czystowicz, Grammatczikow, Snel) zazwyczaj nie stosowali się do tych słusznych wymagań. Wprowadzali oni zwierzętom po większej części mikroby jadowite, a prócz tego nieraz nie drogami naturalnemi, lecz przez otwór w tchawicy.

Jedni badacze, a mianowicie Buchner, Enderlen, Muskatblüth, Czystowicz, a do pewnego stopnia i Hildebrandt sądzą, iż mikroby jadowite mogą przechodzić z płuc do krwi i cały ustrój zakażać. Drudzy badacze, jak Morse, Laehr, Orłow, Fleck, Wysokowicz, Grammatczikow i Snel twierdzą, że mikroby z płuc do krwi nie przechodzą, acz niektórzy zgadzają się na to, że mikroby mogą przechodzić z pęcherzyków płucnych do tkanki płucnej, a nawet do gruczołów oskrzelowych. Atoli żaden ze wspomnianych badaczów nie dowiódł, że mikroby mogą przechodzić w warunkach prawidłowych przez ściany pęcherzyków płucnych do gruczołów oskrzelowych, do krwi i do narządów jamy brzusznej. Wskutek bowiem wspomnianych okoliczności, a mianowicie wprowadzania mikrobów jadowitych, nieraz wraz z pożywką płynną, a na domiar nie przez drogi naturalne, powstawały w płucach bardzo często mniej lub więcej wybitne zmiany, wskutek czego należyte ocenienie wyników doświadczeń było bardzo utrudnione. Albowiem w tych przypadkach, w których badacze stwierdzali przechodzenie mikrobów z dróg oddechowych w głąb ustroju, gdy równocześnie były w płucach zmiany, nie można było zgoła twierdzić, że to przechodzenie mikrobów przez płuca odbywało się w warunkach prawidłowych.

Jedynie nieliczne doświadczenia Fickera, który doszedł, że przez płuca zwierząt młodych mikroby mogą przechodzić, gdy przez płuca zwierząt dorosłych nie, — odpowiadają do pewnego stopnia wymaganiom wyżej wymienionym; lecz i tym doświadczeniom można uczynić pewne zarzuty. Ficker zmuszał kilkudniowe zwierzęta oddychać powietrzem, z rozpylonemi w niem *b. kiliense* lub *b. prodigiosum*, w ciągu długiego stosunkowo czasu, bo 1—2½ godzin, a na domiar niektórym zwierzętom robił tracheotomię. Czy zaś te okoliczności nie wywołały jakich zaburzeń w płucach, o tem Ficker całkiem nie wspomina. A zatem niewiadomo, czy mikroby w doświadczeniach Fickera, wykonanych na dziewięciu tylko zwierzętach, przechodziły z płuc prawidłowych do krwi i narządów wewnętrznych, czy też z płuc nieprawidłowych.

Ponieważ wszystkie dotychczasowe w tym względzie badania nie rozstrzygały ostatecznie pytania, czy płuca w warunkach prawidłowych mogą służyć za wrota zakażenia, przeto w celu dalszego wyświetlenia tej sprawy przedsięwzięto badania w krakowskim Zakładzie patologii doświadczalnej. W tym celu wykonano pięć szeregów doświadczeń na myszach białych, świnkach morskich, królikach i psach. W pierwszych dwóch szeregach robiono zwierzętom tracheotomię i przez rurkę tchawiczną wprowadzano mikroby, a mianowicie w pierwszym szeregu mikroby w stanie wilgotnym, w drugim zaś szeregu wysuszone i sproszkowane hodowle agarowe *b. fluoresc. non liq.* i *b. prodigiosi*. Okazało się, iż w płucach zwierząt, w ten sposób traktowanych, powstawały bardzo często zmiany chorobowe, jakoto zwątrobienie, rozedma, nadmierne przekrwienie i t. p. Stwierdzono, że tracheotomia bynajmniej nie jest zabiegiem obojętnym, osobliwie dla zwierząt małych, jak świnki morskie. Albowiem śluz, nadmiernie wydzielający się w tchawicy po tracheotomii, zatyka często rurkę tchawiczną i wywołuje w ten sposób u zwierząt objawy duszności, lub nawet powoduje śmierć z zaduszenia. Mikroby, a mianowicie *b. kiliense* i *b. fluorescens non liq.*, wprowadzane zwierzętom pierwszych dwóch szeregów przez rurkę tchawiczną, przechodziły niekiedy z płuc nietylko do gruczołów oskrzelowych, lecz i do narządów jamy brzusznej, gdyż można je było z tych narządów wyhodować. Przechodzenie to odbywało się bądź co bądź w warunkach nieprawidłowych, gdyż w tych przypadkach, w których stwierdzono przechodzenie mikrobów z płuc w głąb ustroju, znajdowały się zawsze w płucach rozmaite zmiany, o których już wspominałem. Natomiast doświadczenia trzech dalszych szeregów odbywały się w warunkach prawidłowych. Zwierzęta trzeciego szeregu wdychały powietrze, w którem rozpylono hodowlę bulionową *b. kiliense*. Zwierzęta czwartego szeregu wziewały powietrze, w którem rozpylano wysuszone, sproszkowane hodowle również *b. kiliense*. Piąty wreszcie szereg doświadczeń tem tylko różnił się od trzeciego, że zamiast zwierząt starych użyto do doświadczeń zwierząt młodych — kilkudniowych lub kilkunastodniowych. Otóż w trzech ostatnich szeregach doświadczeń nie stwierdzono ani razu przechodzenia mikrobów nietylko do narządów jamy brzusznej, ale nawet do gruczołów oskrzelowych. W płucach tych zwierząt nie było, z wyjątkiem jedynie dwóch przypadków, żadnych zmian. Wynik przeto trzech ostatnich szeregów doświadczeń wskazuje, że mikroby niejadowite, a mianowicie *b. kiliense*, które dostają się do dróg oddechowych zwierząt zarówno starych, jak i młodych, nie przechodzą w warunkach prawidłowych ani do krwi, ani do narządów wewnętrznych.

A więc wyniki doświadczeń, wykonanych w krakowskim Zakładzie patologii doświadczalnej, przemawiają za tem, że narząd oddechowy różni się od przewodu pokarmowego pod względem przepuszczania mikrobów w warunkach prawidłowych. Ze wszystkich zaś dotychczasowych badań, o których wspominałem, wynika: po pierwsze, że mikroby w pewnych okolicznościach mogą przechodzić przez nieuszkodzoną skórę, zarówno zwierzęcą, jak i ludzką; powtóre, że w przewodzie pokarmowym zwierząt ssących, a osobliwie psów, mikroby mogą być wchłaniane w warunkach prawidłowych; po trzecie, że mikroby niejadowite (*b. kiliense, b. fluorescens n. liq.*) mogą przechodzić z płuc w głąb tkanek ustroju tylko wtedy, gdy w płucach są zmiany.

Wykaz rozpraw, poświęconych zbadaniu wrót zakażenia, znajdzie czytelnik w następujących pracach:

O. Lubarsch. Infektionswege und Krankheitsdisposition. Ergebnisse der allg. Pathol. u. path. Anatomie. I Jahrgang. Pag. 217—286. Wiesbaden 1896.

A. Wrzosek. Znaczenie dróg oddechowych, jako wrót zakażenia, w warunkach prawidłowych. Rozpr. Wydz. matem.-przyr. Akad. Umiej. w Krakowie. T. XLVI. Serya B. 1906.

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Bożowskij. **Rzadki przypadek miażdżycy naczyń żylnych.** (*Izwiestija wojenno-medicinskoj Akademji* 1906, Nr. 3). Chory, z zawodu krawiec, zgłosił się ze skargą na bardzo silne bole głowy, zwłaszcza w karku, stale się utrzymujące, o charakterze kołącym; w ostatnich dwóch miesiącach bole te wzmogły się do tego stopnia, że chory nie może wcale pracować. Przed dwoma laty przebył kiłę, długi czas bardzo nadużywał wyskoku i tytoniu. Badanie przedmiotowe stwierdziło bardzo wybitną miażdżycę naczyń żylnych na kończynach górnych i dolnych; najwybitniej miażdżyca występuje na żyle odgoleniowej (*v. saphena*), cała żyła przedstawia się w postaci twardego postronka bez tętnienia; naczynia tętnicze obwodowe również miażdżycowo zmienione, jednakowoż nie tak wybitnie, jak naczynia żylne. W innych narządach oprócz nieznacznego stopnia powiększenia i bolesności wątroby, zmian nie stwierdzono. W etyologii główną rolę odegrała tu kiła, a także znaczne nadużywanie wyskoku i tytoniu. Owe zaś silne bole głowy autor łączy w związek przyczynowy ze zmianami miażdżycowemi, o czem świadczy i to, że po zastosowaniu nitrogliceryny ich natężenie bardzo znacznie się zmniejszyło. Chorego poddano leczeniu swoistemu.

Bolesław Swolkień (Ptbg.).

Wierbickij. **Przyczynek do etyologii zakrzepu** (*thrombosis*) **żyły wrotnej.** (*Izwiestija wojenno-medicinskoj Akademji* 1906, Nr. 3). Chory, l. 36, z zawodu krawiec, zgłosił się na klinikę 20 października 1905 r. z bardzo silnemi bolami głowy, bolesnością wątroby i znacznem wzdęciem brzucha; przypadłości owe trwają już dwa lata. W czerwcu 1905 roku krwawe wymioty z silnymi bolami w okolicy wątroby, poczem brzuch zaczął się coraz bardziej powiększać, równocześnie rozwinęła się dość znaczna niedokrwistość;

długi czas nadużywał chory w znacznym stopniu wyskoku; kiły nie przechodził; poprzednio przebył zapalenie płuc i ostry gościec stawowy. Badanie przedmiotowe stwierdziło nieznacznego stopnia miażdżycę tętnic obwodowych, nad koniuszkiem serca skurczowy szmer z niedokrwistości, w jamie brzusznej znaczną ilość wolnego płynu; przy obmacywaniu tuż pod łukiem żebrowym czuć brzeg wątroby gładki, ostry, miernej zbitości: stłumienie śledziony zaczyna się na 8 żebrze i sięga w dół na 3 palce niżej łuku żebrowego, a w prawo do linii sutkowej; rozpoznano *hepatitis* (?). Z powodu zwiększającej się puchliny brzusznej wykonano operacyę Talmy, jednak bez skutku. Po niejakimś czasie bowiem zaczął się na nowo nagromadzać płyn w jamie brzusznej tak, że musiano zastosować nakłucie. Niezależnie od tego po pewnym czasie stan chorego nagle się pogorszył, pojawiła się wysoka gorączka (40° C.) i po kilkunastu dniach chory wśród objawów ostrego zakażenia umarł. Badanie zwłok stwierdziło następujące zmiany: w jamie brzusznej nieznaczna ilość cieczy mętnej; sieć większa zrośnięta z przednią ścianą jamy brzusznej, naczynia jej niebardzo silnie rozwinięte; śledziona bardzo duża, dolny brzeg jej sięga do grzebienia k. biodrowej, torebka zgrubiała, miąższ dosyć zbity, barwy czarnoczerwonej, rysunek zatarty; wymiary wątroby 26, 28—10, 6½, na przekroju miąższ dosyć zbity z żółtawym odcieniem, rysunek zatarty; żyła wrotna w miejscu wejścia do wątroby zarośnięta, powyżej miejsca zarośniętego zbity skrzep barwy żółtoczerwonej, ściśle do ściany naczynia przylegający; brodawkowate zapalenie zastawek tętnicy głównej. Badanie bakteryologiczne śledziony i wyrośli na zastawkach aorty wykryło znaczną ilość paciorkowców. Badanie mikroskopowe lewego płatu wątroby: miąższ prawie zanikły, tylko bliżej ku obwodowi pod torebką widoczne jeszcze resztki zrazików, z których niektóre zachowały swoją wielkość i budowę; dalej ku obwodowi budowa zrazików staje się nieprawidłowa, jeszcze dalej od obwodu na miejsce miąższu wątrobowego występuje tkanka łączna włóknista. Natomiast prawy płat wątroby zachował prawie w zupełności swą prawidłową budowę; ściany żyły wrotnej znacznie zgrubiałe i to głównie warstwa środkowa i wewnętrzna. Warstwa środkowa wyraźnie odgraniczona od wewnętrznej, a powierzchnia tej ostatniej, zwrócona ku światłu naczynia, nierówna i zgrubiała; warstwy te przeobrażone na masy jednolite, naciekłe tu i owdzie leukocytami; pośród owych bezkształtnych mas leżą obficie paciorkowce. Zmiany w śledzionie zupełnie odpowiadają zwyczajnie napotykanym przy przerwaniu krążenia w żyle wrotnej; w nerkach w kłębuszkach Malpighiego dość liczne zatory paciorkowcami. Na podstawie tego obrazu sekcyjnego autor wysnuwa następujący wniosek. Znaczne nadużywanie wyskoku dało powód do pierwotnych zmian w ścianie żyły wrotnej (wbrew mniemania wielu autorów, którzy zmiany w ścianie naczynia uważają za następowe), a w następstwie tych zmian w ścianie, które trwały dawno, powstał zakrzep w żyle wrotnej, który dał powód do zmian w śledzionie i wątrobie, usadowionych w wątrobie z niewiadomych przyczyn tylko w płacie lewym. Zmiany na zastawkach aorty, świeże zakrzepy powyżej miejsca zarośnięcia żyły wrotnej i cały szereg zatorów zakaźnych w śledzionie i nerkach należy odnieść do świeżo w ostatnich czasach choroby powstałego zakażenia paciorkowcami. *B. Swolkień* (Ptbg.).

Ziwert. **W sprawie znaczenia określenia prawej granicy żołądka przy osłabieniu jego czynności wydalniczej.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 6). Ziwert (z klin. prof. Wagnera w Kijowie) badał, o ile określenie prawej granicy żołądka może służyć dla rozpoznawczych celów. W tym celu autor określał granice żołądka (prawą i dolną) i jego czynność wydalniczą. Przypadków z prawidłową wydalniczą czynnością było 30, z osłabioną — 35; w 16 z tych osłabienie było wskutek rozszerzenia żołądka na tle zwiotczenia ścian jego, lub nadmiernego użycia pokarmów; w 19 zas — na tle zwężenia odźwiernika. Wnioski autora są następujące: 1) Przy prawidłowej czynności wydalniczej żołądka prawa jego granica znajduje się przeciętnie na 6 ctm. w prawo od linii środkowej ciała: największa odległość w prawo — 8 ctm. Dolna granica żołądka najczęściej leży o 2—5 ctm. wyżej pępka; 2) przy osłabieniu czynności wydalniczej żołądka (rozszerzeniu) prawa granica znajduje się większości przypadków (w 63 prc.) na odległości 9 ctm. w prawo od linii środkowej ciała; 3) dolna granica w tych przypadkach najczęściej (w 64 prc.) leży niżej pępka, lecz może być i znacznie wyżej pępka; 4) przy położeniu dolnej granicy niżej pępka prawa granica w większości przypadków (w 74 prc.) znajduje się na odległości 9 ctm. i więcej w prawo od linii środkowej ciała; 5) przy opadnięciu żołądka, połączonem z osłabieniem czynności jego wydalniczej, prawa granica w większości przypadków leży na odległości 9 ctm. i więcej w prawo od linii środkowej ciała; 6) przy osłabieniu czynności wydalniczej żołądka (rozszerzeniu) prawa jego granica leży na odległości 9 ctm. i więcej w prawo od linii środkowej ciała częściej (w 63 prc.), niźli dolna granica niżej pępka (w 54 prc.). Wobec tego rozszerzenie prawej granicy żołądka jako objaw, rozstrzygający częściej przy osłabieniu czynności wydalniczej żołądka, ma większe znaczenie, niźli określenie dolnej granicy żołądka, zwłaszcza w początkowych okresach choroby, kiedy rozszerzeniu ulega prawa część żołądka, leżąca przed odźwiernikiem, reszta zaś żołądka jeszcze nie przedstawia zboczeń, prowadzących do obniżenia dolnej granicy. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Liebfried. **Rzadki przypadek tętniaka lewej zatoki Valsalvy.** (*Wraczebnaja Gazieta* 1906, Nr. 5). Liebfreid opisuje (z kliniki w Charkowie) rzadki przypadek tętniaka lewej zatoki Valsalwy. Chora, 26-letnia, zgłosiła się do kliniki ze skargami na zadyszkę, bicie serca i obrzęki. Badanie chorej stwierdziło: chora nader blada, na kończynach dolnych obrzęki; tętnienie dołka nadmostkowego i tętnic szyjnych. Tętno — 100, chybkie (*pulsus celer*), jednakowe na obydwu tętnicach sprychowych; stłumienie sercowe u góry zaczyna się na 3. żebrze, z prawej strony — od prawej linii sutkowej, z lewej zaś — 2 palce w lewo od brodawki sutkowej; uderzenie koniuszkowe w VI. międzyżebrzu, silne, rozlane. Na rękojeści mostka na poziomie drugiego międzyżebrza nieznaczne stłumienie; silny skurczowy mruk koci. Nad koniuszkiem miękki szmer skurczowy i rozkurczowy. Nad tętnicą główną skurczowy szmer, o największem natężeniu odpowiednio rękojeści mostka na poziomie 3-go żebra, i silny rozkurczowy szmer. Nad tętnicą płucną skurczowy szmer i zaostrzony drugi ton; wyraźne tętnienie włosowatych naczyń; inne narządy wykazują zwykłe objawy zaburzenia wyrównania. W wywiadach gościec i zimnica. Rozpoznano niedomykalność zastawek tętnicy głównej i tętniaka części wstępującej tej tętnicy. Po 6 dniach chora umarła. Badanie zwłok wykazało: lewa połowa serca zwiększona 2½ razy; prawa prawidłowej wielkości; ściany grubsze od prawidłowych, zastawka dwudzielna stwardniała: zastawki tętnicy głównej zwyrodniałe, zmarszczone. W mięśniu lewej komory u samej podstawy serca jama wielkości orzecha włoskiego, wypełniona krwią. Jama ta jest tętniakiem workowatym, łączącym się z góry z lewą zatoką Valsalwy przez szeroki otwór o gładkich brzegach, a z dołu z lewą komorą przez niewielki otwór o brzegach rozerwanych. Długość tętniaka 4 ctm., szerokość 2.5 ctm., długość szyi tętniaka 2 ctm., szerokość 1,7 ctm. Cała jama tętniaka składa się z 3 jam mniejszych, oddzielonych przegrodami — zapomocą otworów jamy łączą się w jedną. Tętniaki zatok Valsalwy sprawiają nadzwyczajne trudności rozpoznawcze i zwykle uchodzą za tętniaki wstępującej części tętnicy głównej. Tętniak lewej zatoki zwykle przebija w mięsień lewej komory, tętniak prawej zatoki — w prawą komorę, a tętniak tylnej zatoki — w jamę przedsionków lub osierdzia. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Arinkin. **W sprawie morfologicznego składu krwi u chorych na żółtaczkę.** (*Wraczebnaja Gazieta* 1906, Nr. 1—2). Arinkin (z klin. prof. Botkina w Petersb.) zbadawszy krew w 10 przypadkach żółtaczki (3 — żółtaczka nieżytowa, 3 — zapalenia dróg żółciowych, 1 — bąblowiec wątroby, 1 — żółtaczka kiłowa i 2 — przerostowa marskość wątroby), doszedł do wniosków następujących: Leukocytoza, sięgająca nieraz do wysokich liczb (34.000 do 51.000), występowała w zapaleniu dróg żółciowych, w bąblowcu wątroby i w marskości wątroby u chorego na kiłę, przy powikłaniu zapaleniem otrzewnej. Leukocytoza ta cechuje się zwiększeniem odsetka pierwiastków wielojądrzastych i zmniejszeniem odsetka limfocytów; niekiedy przytem można znaleźć niewielką ilość (0,2—0,4 prc.) myelocytów, których autor nie spotykał w żółtaczce nieżytowej i w przerostowej marskości wątroby, więc tam, gdzie leukocytozy nie było. Na podstawie więc ilości leukocytów i erytrocytów w 1 sz. mm. krwi można odróżnić żółtaczkę nieżytową od zapalenia dróg żółciowych i przerostowej marskości wątroby. Leukocytoza przy zapaleniu dróg żółciowych i kiłowej marskości, powikłanej zapaleniem otrzewnej, niczem się nie różni od leukocytozy, towarzyszącej chorobom zakaźnym. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

K. Spengler. **Skłonność dziedziczna w powstawaniu gruźlicy, jej rozpoznanie i leczenie.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 15, 1906). Kile odziedziczonej i nabytej, będącej w okresie utajenia, przypisuje autor skłonność, nazwaną przez niego dziedziczną, do gruźlicy i zestawia objawy rozpoznawcze: najważniejsze są zdaniem autora szmery w płatach dolnych i średnim płuc, podobne do szumu (*Rauschen*), występujące między wdechem i wydechem, a mające polegać na swoistych zmianach kiłowych w tkance płucnej, oraz łuszczenie się skóry w miejscach, w których wstrzykiwano tuberkulinę w celach leczniczych. Obydwa te objawy, według autora bardzo znamienne dla utajonej kiły u gruźliczych osób, które ją odziedziczyły lub też nabyły, są ważne ze względu na późniejsze leczenie, którem powinno być leczenie przeciwkiłowe obok przeciwgruźliczego. W przypadkach swych stosował autor wcierania jothionu

z lanoliną (60: 40) na wzór wcierań rtęciowych i wstrzykiwania tuberkuliny. W niektórych przypadkach poprzedził autor leczenie jodem wcieraniami sublimatowemi (sublim. 0,002 na 1 gr. mitiny) z bardzo dobrymi wynikami. *Maciąg.*

Hager. **Najnowsze kierunki w organoterapii.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 15). Poehl w obszernem swojem dziele o organoterapii stoi na stanowisku teoryi Gautiera. Według tego autora wszystkie sprawy, toczące się w komórce, podzielić można na syntetyczne i analityczne. Pierwsze toczą się w bliskości jądra, przebiegają z odczynem kwaśnym, polegają na odtlenianiu, istotę ich stanowi tworzenie ze związków o mniejszym ciężarze drobinowym związków o ciężarze wyższym — jest to więc sprawa tworzenia materyi. Zjawiska drugiej kategoryi, czyli analityczne, toczą się bliżej obwodu komórki, przebiegają z odczynem alkalicznym, polegają na utlenianiu, związki bardziej złożone rozkładają się tu na prostsze; tu więc powstają wytwory rozpadu komórki, toczy się sprawa rozpadowa i wydzielnicza. Obie kategorye zjawisk odbywają się przy udziale pewnych zaczynów, t. zw. katalizatorów. Jako przykład katalizatora wspierającego sprawę syntezy, wymienić można adrenalinę, jako katalizator analityczny n. p. sperminę. O energii, z jaką pod wpływem odpowiednich katalizatorów odbywa się synteza i analiza w ustroju, poucza zdaniem Poehla najlepiej badanie moczu, które też powinno stanowić sprawdzian działania przetworów organoterapeutycznych. Szczególnie nadaje się do tego oznaczanie współczynnika utleniania (Poehl). Jest to stosunek odsetkowy azotu, wydzielanego w postaci mocznika, który jest wyrazem najdalej idącego utlenienia białka, do ogólnej ilości azotu; przy prawidłowej energii utleniania wynosi on 91—94: 100. Zwiększona energia utleniania odbije się oczywiście na wzroście, zmniejszona na zmniejszeniu licznika. Poehl przypisuje sperminie wpływ stanowczy na wzrost współczynnika utlenienia, przez co rola sperminy, jako katalizatora analitycznego byłaby udowodniona. — Po tych teoretycznych wywodach ogólnych, zaczerpniętych przeważnie z dzieła Poehla, przechodzi Hager kolejno ważniejsze przetwory organoterapeutyczne i rozwija głównie teoryę ich działania. *Dr. M. Godlewski.*

Mörchen. **Próby z działaniem proponalu.** (*Münchener medizinische Wochenschrift* 1906, Nr. 14). Środek nasenny, pod względem chemicznym podobny do weronalu, podobny też do niego w działaniu. Jako łatwiej rozpuszczalny, działa prędzej, wystarczają też zwykle dawki mniejsze, aniżeli weronalu, (nawet niżej 0,5). Ujemną stroną leku stanowi to, że ustrój łatwo do niego przywyka i wtedy środek zawodzi, najlepiej więc co kilka dni zmieniać go z weronalem. W kilku przypadkach miało po użyciu proponalu nastąpić przyśpieszenie czynności serca i podniesienie (?) ciśnienia. Wogóle jednak środek dobry, zachęca do dalszych prób. *Dr. M. Godlewski.*

Cousin i Costa. **Odczyn moczu chorych durowych z błękitem metylenowym.** (*Presse méd.* Nr. 21, 1906). Russo podał metodę rzekomo rozpoznawczą w durze. Przez dodanie 4 kropli roztworu błękitu metylenowego 1: 1000 do 4—5 ctm.³ moczu chorych na dur brzuszny, powstaje zabarwienie zielone; im silniejsze zakażenie, tem odczyn ten ma być wybitniejszy, ze zmniejszaniem się zakażenia zmniejsza się, wreszcie po jego ustąpieniu mocz zabarwia się na błękitno, jak mocz prawidłowy. Russo i inni włoscy badacze uważali ten odczyn za tak znamienny dla duru, jak odczyn dwuazowy Ehrlicha. Cousin i Costa udowadniają, że odczyn ten nietylko niema nic z durem wspólnego, nietylko nie dowodzi żadnego stanu chorobowego, ale warunki jego powstawania są czysto fizyczne: mieszanie się ciemnożółtej barwy moczu z barwą błękitną barwika. Każdy mocz wysycony da „odczyn" dodatni z błękitem metylenowym, odwrotnie mocz ciężko chorych na dur brzuszny, jeśli uda nam się silniej zadziałać moczopędnie, przyczem zabarwienie moczu blednie, zabarwi się z błękitem metylenowym na niebiesko. *Dr. Mostowski.*

PEDYATRYA. Hecker. **O rozpowszechnieniu i wpływie alkoholizmu u uczniów.** (*Jahrb. f. Kinderheilk.* tom 63, kwiecień, 1906). Materyału dostarczyły cztery wielkie monachijskie szkoły ludowe z 4652 dziećmi. Okazało się, że używanie wyskoku jest w Monachium wśród dzieci bardzo rozpowszechnione, (tylko 13 prc. abstynentów). Zestawienie używania wyskoku z klasyfikacyą uczniów dowodzi — podobnie jak to już stwierdził w r. 1899 Bayr w Wiedniu, — że wyskok także w małych stałych dawkach wyraźnie obniża umysłową sprawność uczniów (stopień świadectwa, pilność, zdolność pojmowania), w większych zaś dawkach znacznie ją upośledza. Na wzrost wpływa wyskok, zdaje się, w ten sposób, że w pierwszych 4—5 latach szkolnych wywołuje upośledzenie, w następnych przyspieszenie wzrostu. Alkoholizm rozpowszechniony jest przedewszystkiem u dzieci z pewnych kół zawodowych (restauratorzy, rzeźnicy, woźnice, konduktorzy, podoficerowie itd.). *Lewkowicz.*

Rehn. **Rozlany wyprysk i śmierć sercowa.** (*Jahrb. f. Kinderheilk.* tom 63, kwiecień, 1906). U 16-miesięcznego dziecka, które cierpiało na długotrwały wyprysk, było leczone maścią ichtyolową i ku końcowi gorączkowało, następuje nagle śmierć. Sekcya stwierdziła zwyrodnienie tłuszczowe serca, wątroby i nerek, ogniska zapalne w płucach i nerkach. We krwi z serca paciorkowce i gronkowce. Należy przyjąć zatrucie toksynami i zakażenie z miejsc, zajętych wypryskiem. *Lewkowicz.*

Herzog. **W sprawie zapalenia stawów pneumokokowego w pierwszem dzieciństwie.** (*Jahrb. für Kinderheilk.* tom 63, kwiecień, 1906). Autor podaje trzy własne przypadki i dokładne zestawienie piśmiennictwa (25 przypadków). Wnioski autora są następujące: Stawy u niemowląt są, podobnie jak inne błony surowicze, skłonniejsze do zakażenia dwoinką zapalenia płuc, aniżeli w wieku późniejszym. Zarazek dostaje się do stawu lub też do nasad kostnych, sąsiadujących ze stawem, przerzutowo z ognisk płucnych (szczególnie po dłużej trwających zapaleniach zrazikowych: dwa przypadki autora), albo z innych ognisk (zapalenie gardła, ucha środkowego itd.). Zajęte są zwykle poszczególne stawy większe, niekiedy kilka stawów równocześnie. Obraz kliniczny jest znamienny i różni się od zapaleń stawów, wywołanych przez inne mikroby. Rozpoznanie pewne możliwe jest jednak zwykle tylko na podstawie stwierdzenia dwoinki zapalenia płuc w ropie, wydobytej zapomocą nakłucia. Leczenie polega na nacięciu stawu i usunięciu ropy, strzępów i błon włóknikowych. Samo usunięcie ropy przez proste nakłucie, przy którem nie można usunąć błon, tych prawdziwych gniazd zarazka, może tylko w przypadkach bardzo lekkich doprowadzić do celu. Śmiertelność wynosi około 50 prc. Śmierć następuje skutkiem wyniszczenia lub powikłań. *Lewkowicz.*

Bloch. **Badania w sprawie zaniku osesków.** (*Jahrb. f. Kinderheilk.* tom 63, kwiecień, 1906). Przez nazwę zaniku osesków właściwego, pedatrofii, należy rozumieć tylko te przypadki, w których bez wybitniejszych objawów żołądkowojelitowych i mimo dostatecznego pożywienia ciężar dziecka nie wzrasta lub opada i rozwija się mniej lub więcej silne wychudnięcie. Autor zajął się zbadaniem histologicznem gruczołów trawiennych w 6 takich przypadkach. W czterech znalazł wyraźne zmiany w gruczołach Lieberkühna, polegające na braku Panethowskich komórek, napełnionych wydzieliną, coby świadczyło, że gruczoły te były zupełnie nieczynne (*achylia intestinalis*). Inne gruczoły, w szczególności trzustka, były prawidłowe; ważniejszych zmian zapalnych lub zwyrodnień nie stwierdzono. W dwóch pozostałych przypadkach były przeciwnie gruczoły Lieberkühna i inne gruczoły prawidłowe, zaś trzustka zupełnie nieczynna (*achylia pancreatica*), co objawiało się zupełnym brakiem ziarenek zymogenowych w komórkach. Patogenezę cierpienia określa autor w ten sposób, że na tle ogólnego osłabienia, wywołanego ewentualnie przebyciem nieżytów żołądkowojelitowych lub innych chorób, rozwija się niedomoga wydzielnicza pewnych gruczołów trawiennych, kończąca się zupełnem ustaniem czynności (achylią). *Lewkowicz.*

Reichard. **Operacyjne leczenie młodocianych kalek.** (*Jahrb. f. Kinderheilk.* tom 63, marzec, 1906). Zakłady dla kalek powinny być urządzone albo jako przytuliska (Krüppelheime), albo jako szpitale (Krüppelheilanstalten). Te szpitale powinny być wyposażone w dobrze urządzone oddziały chirurgiczne, jak zakład w Cracau pod Magdeburgiem. Autor przedstawia działalność tego zakładu, którego jest chirurgiem. Główny kontyngent stanowiły rdzeniowe i mózgowe porażenia dziecięce; stosowano w nich różne operacye plastyczne, przeszczepiania mięśni i ścięgien i przecięcia ścięgien. Prócz tego dość znaczny odsetek przypada na gruźlicę układu kostnego, wreszcie wady i braki wrodzone. Przytuliska i szpitale mogłyby wzajemnie materyał wymieniać. *Lewkowicz.*

Zuppinger. **O urazie intubacyjnym.** (*Jahrbuch für Kinderheilk.* tom 63, marzec, 1906). Zestawienie 399 przypadków, intubowanych w szpitalu arcyks. Rudolfa w Wiedniu. Autor przechodzi wszelkie możliwe przy intubacyi uszkodzenia, rozpoczynając od uszkodzeń warg, jamy ustnej, gardła, a kończąc na uszkodzeniach wejścia do krtani, krtani i tchawicy. Między uszkodzeniami uwzględnia także i odleżyny, wywołane przez sam tubus. Podobnie jak inni autorowie, zwraca Z. uwagę, że wszystkie cięższe uszkodzenia robią początkujący i mniej wprawni, których jednak od wykonywania intubacyi w szpitalu niepodobna usunąć. Przepis, żeby nie używać przy zabiegu siły, nie na wiele się przydaje, początkujący bowiem nie zdaje sobie sprawy z tego i zawsze twierdzi, że nie używał siły. Zmiany zapalne błony śluzowej ułatwiają naturalnie uszkodzenia, wina spada zatem nietylko na lekarza, co jest ważne pod względem sądowym. Rozpoznanie ciężkich uszkodzeń jest bardzo niepewne, objawy bowiem (niepoprawianie się oddechu, krwawienie, odma podskórna, powstanie ropni i ropowic okołokrta-

niowych lub okolotchawicznych, stwierdzenie rozstępu wziernikiem nie są stałe i przeważnie nie są niedwuznaczne. Leczenie zwykle jest bezsilne, w przypadkach wczesnych polegałoby na wykonaniu nizkiej tracheotomii, a w danym razie na nacięciu ropni. *Lewkowicz.*

Nobécourt i de Vicariis. **Flora bakteryjna prawidłowej jamy ustnej u niemowląt.** (*Arch. génér. de médecine* 1905, Nr. 51). Badanie wykonano w 16 przypadkach. Autor dzieli je na dwie seryę po 8 przypadków. Pierwsza (A) obejmuje oseski w pierwszym miesiącu życia, druga (B) oseski od 7—14 miesięcy po wykluciu się pierwszych zębów mlecznych. Badano głównie na tlenowce i beztlenowce względne. Badania dowiodły, że flora bakteryjna jest względnie skąpą w seryi A, bogatszą w seryi B. Znajdowano następujące gatunki: *b. coli commune* (częściej w B), *b. lactis aërogenes* (częściej w A), *micrococcus candicans*, *pyogenes albus*, *aureus i citreus* (w obu seryach), *streptococcus*, nie barwiący się sposobem Grama, (Doléris i Bourges), *str. salivaris* (Veillon) *i str. compactus* (w obu seryach), *str. pyogenes* (tylko w seryi B), *pneumococcus*, *micrococcus meningococcoides* (Lewkowicz), *sarcina lutea* (wszystkie trzy tylko w seryi B), wreszcie niekiedy: *leptothrix*, *b. subtilis*, pleśniawki. (Co do *micrococcus meningococcoides*, to autorzy zaznaczają, że przedstawia on pewne podobieństwo z meningokokiem, a przedewszystkiem z *micrococcus catarrhalis*, mimoto uważają go widocznie za osobny gatunek, gdyż zatrzymują nazwę, podaną przez sprawozdawcę, co podnieść należy ze względu na dyskusyę, która się toczyła w Tow. lek. krak. p. *Przegl. lek.* 1906, Nr. 6). *Lewkowicz.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. A. Dührssen. **Czy w przypadkach ogłoszonych przez Bossiego było szybkie rozwiązanie wogóle potrzebne? Obok podania przypadku białaczki ojca jako przyczyny śmierci płodu.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr. 15). Artykuł polemiczny, podnoszący zalety cięcia cesarskiego pochwowego i wady metody Bossiego, której D. rokuje przejście w krótkim czasie do historyi. *B. Wojciechowski.*

K. Elsässer. **W sprawie krótko- i długogłowia przez dowolne wpływanie na czaszkę dziecka.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr. 15). Połowę dzieci układano stale na wznak, na poduszce miękkiej, drugą połowę na bok, na twardych poduszkach włosianych. Czaszkę mierzono w 1. 3. i 13. dniu po porodzie. Krótkogłowie łatwiej sztucznie uzyskać, niż długogłowie. *B. Wojciechowski.*

A. Sippel. **Szereg zboczeń rozwojowych chłopców z jednego małżeństwa.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 15). Zdrowy mężczyzna miał z 1. żoną 7 chłopców i 5 dziewcząt; wszystkie zdrowe. Z 2. żoną, siostrą pierwszej, spłodził 3 dziewczęta i 4 chłopców. Dziewczęta z drugiego małżeństwa były zupełnie zdrowe, natomiast u chłopców były zboczenia rozwojowe, i tak: 1) rozszczepienie kręgosłupa, w następstwie śmierć: 2) niezanikła grasica, która wywołała wkrótce uduszenie; 3) urodzony nieżywy, z niewiadomej przyczyny; kształty zewnętrzne prawidłowe, sekcya nie dozwolona; 4) z wrodzonym obrzękiem śluzowatym, który wprawdzie wskutek stałego leczenia kolaczykami z gruczołu tarczowego ustąpił, lecz pozostało niedołęstwo umysłowe, a w 6. roku życia powstał wól, który musiano operować, gdyż groził uduszeniem. Kto nie chce uważać tego spostrzeżenia za prosty przypadek, musi przyjąć wpływ niekorzystny matki na te właśnie jaja, z których rozwijać się mieli chłopcy. *B. Wojciechowski.*

M. Seyffert. **Nowy wziernik pochwowy.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr. 15). Wziernik dwulistny z dźwignią, służącą do oddalenia łyżek i równoczesnego ustalenia narzędzia w dowolnem położeniu. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

OKULISTYKA. Elter i Haas. **Nowy sposób operowania ubytków na powiekach i odwinięcia powiek przez przeszczepienie płata z małżowiny usznej.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 38). Korzystne wyniki plastycznego pokrywania ubytków na skrzydełkach nosowych zapomocą przeszczepiania chrząstki z małżowiny usznej (König) dały pochop do zastosowania podobnej plastyki w okulistyce (Büdinger). Autorowie podają opis dwóch przypadków. W pierwszym został zupełny brak dolnej powieki, po wycięciu nowotworu rakowego, pokryty kawałkiem 3½ ctm. długim, wykrojonym w całej długości z przedniego obrąbka małżowiny usznej (*helix auriculae*). Brzegi skórnych powierzchni przeszczepionego płatka przyszyto z jednej strony do spojówki, z drugiej do otaczającej skóry. W drugim przypadku chodziło o usunięcie odwinięcia powieki (*ectropium*), wywołanego przez liszaj żrący. Brzeg odwiniętej powieki dolnej znajdował się na wysokości łuku podoczodołowego. Najpierw cięciem, równoległem do brzegu rzęsowego, uruchomiono powiekę i podniesiono ją ku górze, zachowując spojówkę. Ubytek skóry i chrząstki wypełniono również płatem skórno-chrząstkowym z małżowiny usznej. Tym razem jednak odpreparowano z jednej strony płata skórę, aby go chrząstką położyć na spojówce, brzegi zaś skórnej powierzchni płata zszyto z otaczającą skórą i z brzegiem powieki. W obu przypadkach ubytki na małżowinie spojono szwami i zeszpecenie ucha było nieznaczne. Wyniki, zarówno czynnościowe, jak i kosmetyczne, były bardzo zachęcające, przeszczepione płatki skurczyły się tylko nieznacznie. Technika operacyjna nie sprawia wielkich trudności. *K. W. Majewski.*

Birch-Hirschfeld. **Przyczynek do tarsoplastyki sposobem Büdingera.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1905, Nr. 4). Przy usuwaniu operacyjnem złośliwych nowotworów powiek potrzeba nieraz poświęcić część chrząstki powiekowej i przylegającej do niej spojówki. Büdinger zalecił plastyczne pokrycie takiego ubytku przez przeszczepienie z małżowiny usznej płata skórnochrząstkowego. Sposób ten jednak mało jest używany. Na podstawie pięciu przypadków, operowanych tym sposobem w lipskiej klinice okulistycznej, przekonał się autor o jego zaletach: chrząstka dobrze i łatwo się przyjmuje, nie obumiera, a co najwyżej wywołuje w otoczeniu mierny odczyn zapalny, lub też powstanie ubytków na spojówce, które się jednak wkrótce goją. W każdym razie wskazana jest czujność ze względu na niebezpieczeństwo zadrażnienia rogówki. W przypadkach, w których przeszczepiona chrząstka miałaby po dłuższym czasie uledz częściowemu, lub nawet całkowitemu wessaniu, przypuszcza autor, że zostałaby ona w takim razie zastąpiona zbitą tkanką łączną, nadającą powiece większą sztywność, niżby to można uzyskać zapomocą przeszczepienia samej tylko skóry i błony śluzowej. *K. W. Majewski.*

Sachsalber. **Przyczynek do etyologii tłuszczyka i skrzydlika.** (*Wiener klin. Wochs*, 1905, Nr. 29). Autor stara się wytłómaczyć powstanie tłuszczyka (*pinguecula*), oraz skrzydlika (*pterygium*) drażnieniem, wywołanem przez obecność drobnych włosków (*lanugo*) w wewnętrznym kąciku oka. Bezpośredniem następstwem tej swojego rodzaju *trychiasis* jest przewlekłe zapalenie spojówki w kąciku wewnętrznym (*conjunctivitis angularis*). Dalszym skutkiem jest zgrubienie spojówki gałkowej i jej zwyrodnienie (*pinguecula*), a wreszcie wytwarza się w niektórych razach zdwojenie warstwy spojówkowej, wkraczające aż w obręb rogówki, czyli t. zw. skrzydlik. *K. W. Majewski.*

Stargardt. **O działaniu promieni Roentgena na ziarna jaglicze.** (*Zeitschr. f. Augenheilk.* 1905, T. XIV, Z. 3/4). Autor naświetlał zapomocą promieni Roentgena z odległości 5 ctm. przez 12 minut załamki, pokryte ziarnami jagliczemi. Następnie po upływie 16 godzin, 30 godzin i 14 dni wycinał naświetlone załamki. Zmiany, które można było odnieść do działania promieni, ograniczały się do samych tylko ziarn i najwyraźniejsze były w załamkach, wyciętych po 16 godzinach. W załamkach, wyciętych po 14 dniach, nie było już z nich prawie ani śladu. Najbardziej zwracały uwagę bezpostaciowe bryłki, silnie barwiące się i rozsiane wśród utkania poszczególnych ziarn. Autor uważa je za szczątki rozpadłych jąder komórkowych. Grudki te są najrozmaitszej wielkości i postaci i leżą częścią pomiędzy komórkami, częścią zaś w ciele fagocytów. Fagocyty i komórki olbrzymie Villarda występują w zwiększonej liczbie. Figury karyokinetyczne spotykał St. w załamkach naświetlanych znacznie rzadziej (1 : 8), niż w załamkach nienaświetlanych. Mimo tych zmian, jakie promienie Roentgena wywołują w ziarnach jaglicznych, autor zapatruje się sceptycznie na ich wartość leczniczą. *K. W. Majewski.*

Scholtz. **Wyniki i koszta walki z jaglicą na Węgrzech.** (*Archiv f. Augenheilk.* Tom LIII, 1905, Z. 1). Autor ogłasza statystykę jaglicy i wyników walki z nią w r. 1883, którą pozostawił po sobie krajowy inspektor sanitarny węgierski, zmarły prof. Feuer. Statystyka, którą autor przytacza, obejmuje tylko trzy powiaty południowo-węgierskiego komitatu Torontál, które były wówczas najciężej przez jaglicę nawiedzone. Zwalczanie epidemii polegało w pierwszym rzędzie na przymusowem leczeniu chorych na jaglicę bądźto ambulatoryjnie, bądź też w osobnych szpitalach. W r. 1883 została przez okulistów zbadana cała przeszło 100-tysięczna ludność wymienionych powiatów (ściślej poddało się badaniu 89 prc. ludności). Po szesnastu latach, w r. 1889, powtórzono takie ogólne badanie. Skutki zwalczania epidemii wykazuje różnica odsetka chorych na jaglicę przy pierwszem badaniu 4·5 prc., a przy drugiem 1·2 prc.; odsetek zatem jaglicą dotkniętych zmniejszył się o 3·3 prc. Są to liczby średnie. Najlepsze wyniki uzyskano w powiecie Pancsowa, gdzie odsetek chorych na jaglicę z 5·1 spadł na 1·1, czyli o 4 prc. Roczne koszta, jakie rząd węgierski ponosi na walkę z jaglicą, są mniejsze, niż roczne wydatki rządu niemieckiego na zwalczanie jaglicy w Prusach wschodnich. W r. 1903 wydano na ten cel w Prusach wschodnich 398.740 Mk., gdy na Węgrzech 340.212 K. = 283.510 Mk., przy ludności z górą dwakroć liczniejszej. Przytem wyniki, uzyskane w Prusach, podane przez Doepnera i Jannsena, są mniej korzystne od węgierskich, co autor tłómaczy

większymi rozmiarami i większą złośliwością endemii, panującej w Prusach wschodnich. *K. W. Majewski.*

Seeligsohn. **Wodoocze** (*hydrophthalmus*) **z wytworzeniem chrząstki wewnątrz oka, wywinięcie jagodówki** (*ectropium uveae*), **pigmentacya siatkówki oderwanej.** (*Archiv für Augenheilk.* T. LIII, Z. 1, 1905). Do pracowni kliniki ocznej w berlińskiej Charité przysłano gałkę oczną, wyłuszczoną u 10-letniego chłopca z powodu przypuszczenia glejaka. Badanie anatomiczne stwierdziło wodoocze wrodzone w okresie zanikowym, *chemosis cornea globosa*, zarośnięcie obwodowego kącika przedniej komory i przestrzeni Fontany, zanik tęczówki i wyrostków rzęskowych, wywinięcie jagodówki, zaćmę torebkową, całkowite lejkowate oderwanie siatkówki, oderwanie się rąbka zębatego, oderwanie się naczyniówki od twardówki, nagromadzenie barwika w oderwanej siatkówce od strony ciała szklistego, wytworzenie tkanki chrząstkowej w oderwanej siatkówce. Jak widać z tego wyniku badania anatomicznego, nie było w tym przypadku glejaka siatkówki. Pierwotną zmianą było wrodzone wodoocze. Ono to dało powód do dalszych zmian gałki ocznej. Jako najciekawszy szczegół anatomiczno-patologiczny w tym przypadku podnosi autor obecność chrząstki w przedniej części oderwanej siatkówki. Ognisko to chrząstkowe miało 2 mm. przekroju. Powstanie chrząstki w gałce ocznej należy do zjawisk bardzo rzadkich. Nierównie częściej zdarza się skostnienie niektórych tkanek ocznych, zwłaszcza w gałkach zanikłych. Na uwagę zasługuje także w przypadku autora nagromadzenie się barwika w przednich warstwach oderwanej siatkówki. Autor sądzi, że pigmentacya ta pojawiła się już po oderwaniu się siatkówki, i to jest właśnie szczególne, zazwyczaj bowiem wnika barwik od strony *tapetum nigrum.* *K. W. Majewski.*

HIGIENA. Prof. Reichenbach. **Wartość odkażania przy użyciu formaliny.** (*Zeitschr. f. Hyg.* t. 50, str. 451, 1905). Reichenbach broni wartości odkażania formalinowego mieszkań wobec zarzutów rozmaitych badaczy, stwierdzając i udowadniając błędy w użytej przez nich metodyce badania. Do porównania wartości poszczególnych formalinowych przyrządów odkażających nie można się również posługiwać odsetkowym wynikiem odkażenia prób zarazków, wystawionych na odkażenie, gdyż odsetek ten zależy od warunków, stworzonych przy doświadczeniu, a te różne są nieraz bardzo w doświadczeniach poszczególnych badaczy. Zalecane przez Mayera i Wolperta parowanie roztworu formaliny w zwykłych garnkach nie może zastąpić właściwych przyrządów i nie pozwala odkażać mieszkania z zewnątrz przez drzwi, służyć zaś może tylko wyjątkowo w razie braku odpowiedniego przyrządu. (W końcu roztrząsa R. pracę i wartość przyrządu Proskauera i Elsnera, czyniąc im tesame zarzuty, które podnosiłem z powodu artykułu Dr. Pisarskiego — ob. „Przegl. lek.“ 1905, Nr. 46 i 52, oraz 1906, Nr. 7, — a więc nieznajomość tabelki Flüggego, brak odpowiedniej metodyki badania, rozrzutność przez użycie zamiast 5 gr. na 1 m.³ przestrzeni 8 gr. formaldehydu, dodając w końcu: „nur soll man nicht zu Gunsten eigener Constructionen Fehler an dem Apparat (Flügge) bemängeln, die nicht dem Prinzip, sondern der schlechten Ausführung einzelner Exemplare oder falscher Handhabung zur Last fallen“. *Przyp. spraw.*). *L. Bier.*

Liefmann. **Przyczynek do znajomości choroby tęgoryjcowej.** (*Zeitschr. f. Hyg.* t. 50, str. 349, 1905). Wypowiedziane w r. 1896 przez zoologa Lossa przypuszczenie, że poczwarki tęgoryjca przechodzić mogą przez nienaruszoną skórę człowieka, że mogą przedostawać się do naczyń żylnych i limfatycznych, a stamtąd przechodząc przez pęcherzyki płucne, drobne i większe oskrzela do tchawicy i krtani w górę, dostają się dalej przez przełyk, żołądek do dwunastnicy, — przypuszczenie to miało wielu przeciwników, mimo że je Loss udowodnił preparatami, przedstawionymi na zjeździe zoologów w Bernie. Doświadczenia, podjęte przez L. na psach i z poczwarkami tęgoryjca psa, stwierdziły, że poczwarki tegoż robaka giną już w 15 minut po wyschnięciu podłoża, na którem się znajdowały, że przechodzą, zwłaszcza u zwierząt młodych, przez skórę w tejsamej ilości do przewodu pokarmowego, w jakiej je na skórze umieszczono (przy wyłączeniu oczywiście zakażenia przez przewód pokarmowy). Tęgoryjec ludzki swoistym jest dla człowieka, nie przenosi się na zwierzęta, psy, koty, małpy; odpowiednio zachowuje się i tęgoryjec psa — Wobec rozmaitego tłómaczenia przyczyn niedokrwistości tęgoryjcowej starał się L. rzecz tę rozstrzygnąć doświadczalnie i stwierdził, że niedokrwistość ta nie jest następstwem trucizn, wytworzonych przez tęgoryjce, działających hemolitycznie i utrudniających krzepnięcie krwi, natomiast bardzo prawdopodobnie jest ta niedokrwistość skutkiem utraty krwi wskutek ukłuć pyszczka robaków, utraty, przekraczającej ilość krwi, potrzebnej do wyżywienia tęgoryjców. *L. Bier.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Haemostan, wyrabiany w postaci ocukrzonych kołaczyków przez laboratoryum apteki „Austria“ w Wiedniu, jest przetworem gorzknika (*hydrastis*) i oczaru (*hamamelis*). Poleca się przeciw krwotokom, którym zapobiega lub je osłabia. Ponieważ środek ten nie działa trująco, przeto można go używać miesiącami, a nadaje się przy **krwotokach macicznych,** zbyt obfitej miesiączce i niezupełnem zwinięciu się macicy. Wyniki mają być dobre i trwałe. *A.*

Arhovinę do wewnętrznego **leczenia wiewióra** poleca O. Hernfeld, asystent oddz. dla chorób skórnych i płciowych w ambulatoryum Doc. Dra Ullmanna w Wiedniu (*Therapie der Gegenwart,* 1906. Nr. 4, Berlin). Działanie arhoviny przeciw wiewiórowi polega na tem, że składniki tego łatwo rozpuszczalnego przetworu przechodzą łatwo do moczu, odkażają go i działają swoiście zabójczo na dwoinki wiewiórowe. Ponieważ już w 15 minut po zażyciu składniki arhoviny pojawiają się w moczu, więc działanie jest prawie natychmiastowe. H. stwierdził, lecząc około 50 przypadków, że przy wyłącznem podawaniu arhoviny ustępują ostre objawy zapalne, jak obrzęk ujścia, bolesność cewki, trudności w oddawaniu moczu. Chorzy znoszą lepiej ten środek, aniżeli olejek sandałowy. Wydychane powietrze nie zdradza, jak to się dzieje przy olejku, rodzaju leczenia. Przy zapaleniu gruczołu krokowego uzyskiwano dobry wynik, podając 6 kapsułek dziennie. Przy nieżycie pęcherza działa dobrze łączenie leczenia arhoviną z przepłukiwaniami pęcherza. Przy zapaleniu najądrza ustępują pod wpływem arhoviny zawsze objawy zapalne. Wyniki te są skutkiem działania chemicznego arhoviny, uśmierzającego zapalenie. W przypadkach podostrych i przewlekłych, gdzie tak często zdarzają się zaostrzenia i nawroty, przekonał się H., że arhovina zmniejsza znakomicie wydzielinę i że skraca przebieg leczenia. W szeregu przypadków fosfaturyi sprowadzała arhovina wprost wyjaśnienie moczu. *Hr.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 3 kwietnia 1906.

1) Kazimierz Chełchowski wygłosił rzecz p. t. **„Epidemia włośnicy“.** Źródłem epidemii były dwie młode świnie chowu miejscowego. Mięso i szynki z nich zawierały nieliczne, dość świeże, po części jeszcze nie otorbione włośnie. W kiełbasie włośni nie znaleziono. Epidemia była łagodna. Z 52 osób nikt nie zmarł, ciężko chorowało 19 osób. Blizko w $^1/_3$ przypadków przebieg choroby był poronny. Kilka osób jadło zakażone mięso bez żadnych złych następstw. Osoby młodsze chorowały lżej. Najczęstszy typ zachorowań stanowiła gorączka zwalniająca, podobna do durowej, blizko dwutygodniowa, dochodząca do 39° i 40°. Zjawiała się ona bez wstępnego okresu zaburzeń w trawieniu po paru dniach silnego obrzęku powiek i spojówek gałek ocznych. O ciężkości przebiegu stanowiła raczej długość, niż wysokość gorączki. Gorączce towarzyszyły: podniecenie, bezsenność, często obfite poty, wyprysk, pokrzywka, przedewszystkiem zaś dotkliwe bole mięśniowe, które niekiedy utrudniały żucie i uniemożliwiały wszelki ruch czynny. Nacieczenia mięśniowe zdarzały się rzadko. Ani objawu Kerniga, ani braku odruchu kolanowego nie spostrzegano. U czterech osób bardzo silne obrzęki kończyn dolnych, a nawet dolnej części tułowia, bez sinicy, rozszerzenia żył i oziębienia. Mocz zwykle dawał odczyn dwuazowy. Ciałka eozynochłonne stanowiły 5—80 prc. wszystkich ciałek białych. Żadnej zależności pomiędzy stopniem eozynofilii, a ciężkością choroby lub jej okresem nie stwierdzono. Rozpoznanie było utrudnione wskutek braku zakażonego mięsa, rozsprzedanego zupełnie. Stwierdzenie eozynofilii ułatwiło rozpoznanie.

Pogląd niektórych autorów, że włośnica w Królestwie jest podobnie częsta, jak w Niemczech, jest błędny. O włośnicy u nas donoszono tylko z pogranicza pruskiego (Łodzi, Kalisza i in.). W Warszawie na kilkadziesiąt tysięcy sekcyi nie spotkano ani razu włośnicy ostrej, a stare zwapniałe włośnie w mięśniach odkryto przypadkowo pięć czy sześć razy; większość dotkniętych chorobą pochodziła z Poznańskiego. Z Galicyi o włośnicy nie donoszono nigdy. Kto wie jednak, czy epidemia t. zw. influenzy

krakowskiej w r. 1903 nie była włośnicą. Z Poznańskiego o włośnicy donoszono często.

2) Bolesław Grzankowski wygłosił odczyt p. t. **„Podstawy operacyjnego leczenia raka macicy“.** Prelegent opisał badania anatomiczno-patologiczne w sprawie przechodzenia raka tak z szyi, jak i trzonu macicy na przymacicze; określił możliwość rozpoznania klinicznego zajęcia tkanki przymacicznej na zasadzie danych statystycznych, znaczenie cystoskopii i przytoczył zdania różnych autorów w sprawie usuwania tkanki przymacicznej przy doszczętnych operacyach raka macicy. Z kolei przedstawił wyniki najnowszych prac nad przebiegiem naczyń chłonnych, wychodzących z narządów płciowych kobiecych, i podał dane statystyczne, dotyczące przerzutów na drodze naczyń chłonnych i krwionośnych, jak i przeszczepienia, wreszcie opisał rozpoznawanie kliniczne przerzutów i omówił sprawę możliwości doszczętnego wyłuszczania gruczołów. W drugiej części odczytu G. rozpatrzył wszystkie warunki, jakie sprzyjać lub szkodzić operacyi mogą.

3) Wacław Łapiński przedstawił 13-dniowe dziecko płci męskiej z wrodzonym **guzem w okolicy krzyżowo-ogonowej.** Był to **potworniak** (*teratoma*) o budowie wielce różnorodnej: obok części wypełnionych płynem mózgowo-rdzeniowym czuje się w guzie części twarde, niemal kostne. *Ign. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 17 kwietnia 1906.

1) K. Rzętkowski przedstawił tętnicę główną królika, któremu przez czas dłuższy wstrzykiwano **chlorek barowy** do żył usznych. Widać na niej bardzo wyraźne **zmiany miażdżycowe,** miejscami spostrzega się tętniakowate wgłębienia, pokryte włóknikiem. Przed kilku laty po raz pierwszy wywołano takie zmiany w t. głównej u królików pod wpływem wstrzykiwań adrenaliny do żył. Przerabiając te doświadczenia w roku zeszłym kol. Rzętkowski otrzymał podobne wyniki; wypowiedział on wtedy zdanie, że idzie tu prawdopodobnie o skutek nadmiernie podniesionego ciśnienia. Inni badacze przemawiali za swoistym wpływem toksycznym adrenaliny. — W październiku roku ubiegłego kol. Orgelbrand na propozycyę Rzętkowskiego podjął badania co do wpływu wstrzykiwań śródżylnych chlorku barowego na tętnice u królików. Wynik doświadczeń jest następujący: Jeden królik padł skutkiem ostrego zatrucia chlorkiem barowym, u trzech znaleziono bardzo nieznaczne guziczki miażdżycowe w wstępującej części tętnicy głównej, u ostatniego zaś, któremu zrobiono najwięcej wstrzyknięć, znaleziono w tętnicy głównej rozległe zmiany, które Rz. przy pomocy epidiaskopu przedstawiał. Wynik tych doświadczeń przekonywa, że miażdżycę tętnicy głównej u królików wywołać można tak niezłożonem ciałem, jak chlorek barowy, który, jak wiadomo, podnosi ciśnienie tętnicze. Stąd i adrenalinie w tym kierunku odmówić trzeba toksycznego wpływu, odgrywa tu rolę jedynie ciśnienie tętnicze, które, jak sądzić dalej można, jest tem tłem zasadniczem, na którem rozwija się doświadczalna miażdżyca tętnic u królików.

2) K. Rzętkowski odczytał rzecz p. t. **„O niektórych zaburzeniach czynności mięśnia sercowego w świetle badań najnowszych“.** Po krótkiem omówieniu ważniejszych wytycznych mięśniowej czynności mięśnia sercowego, Rz. rozpatrzył mechanizm *extrasystole*, jej stosunek do arytmii serca i znaczenie kliniczne. Z kolei opisał zaburzenia w przewodnictwie mięśnia sercowego, omówił t. zw. »Herzblock«, wreszcie wyjaśnił sprawę zaburzeń w kurczliwości mięśnia sercowego i t. zw. tętno naprzemienne. *Ign. L.*

† Piotr Curie.

Dzień 19 kwietnia żałobnemi zgłoskami zapisał się w historyi nauk przyrodniczych. Tragiczny przypadek przeciął pasmo życia człowieka, którego mimo całej jego skromności należy postawić w szeregu najznakomitszych ludzi współczesnych. Ś. p. Piotr Curie urodził się 15 maja 1859 w Paryżu i tamże odbywał studya, poświęciwszy się badaniom fizycznym. W roku 1895 obejmuje skromną posadę profesora w paryzkiej szkole fizyki i chemii, żeni się ze swoją uczennicą, panną Maryą Skłodowską i odtąd zaczyna się wspólna ich praca, tak obfita w wyniki, zadziwiające cały świat naukowy.

Nawiązując do badań Bequerela nad niewidzialnymi promieniami, wydzielanymi przez związki uranowe, prowadzą je dalej; wkrótce pokazuje się, że blenda smołowa posiada w wyższym stopniu własności promieniotwórcze, niż otrzymane z niej czyste związki uranu, że najsilniejsze w tym względzie są odpadki z blendy smołowej, pozostałe po wydobyciu soli uranowych. W tem była pierwsza wskazówka, a udoskonalenie metod mierzenia promieniotwórczości i kilka lat cichej a mrówczej pracy doprowadzają do wykrycia kilku nowych pierwiastków jak polonium, radium, aktinium — pierwiastków, których zadziwiające własności zdawały się obalać niewzruszone dotychczas kardynalne zasady zachowania energii. Zawrzały pracą światowe instytucye przyrodnicze, a o ile z dotychczasowych wyników można sądzić, niewzruszona od lat stu teorya różnorakich atomów materyi zdaje się chwiać w podstawach. Tem większa szkoda człowieka, którego geniusz mógł rozwikłać niejedną z nierozwiązanych dotychczas zagadek.

Ś. p. Piotr Curie pozostawił żonę i córkę. Żona jego, wierna towarzyszka pracy, w zupełności dzieliła trudy męża, a w pracach ich, zawsze wspólnie wykonywanych i ogłaszanych, nie podobna pociągnąć linii demarkacyjnej, które odkrycia do kogo należą. Dzięki też temu mógł się IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1900 pochlubić, że wśród prac jego, złożonych w hołdzie Wszechnicy Jagiellońskiej na jej pięciowiekowy jubileusz, królowała praca »O nowych ciałach promieniotwórczych«, przedstawiona Zjazdowi przez p. Curie-Skłodowską, a obejmująca całość świeżo dokonanych znakomitych odkryć.

Odkrycia te zjednały Curiemu najwyższe uznanie w jego ojczyźnie i w całym świecie naukowym. Mianowany członkiem Instytutu, otrzymał Curie pracownię w Sorbonie. Wspólnie z Bequerelem odznaczony został nagrodą Nobla.

I nasza Akademia mianowała prof. Curiego swoim członkiem.

Prof. Curie przebywał i w naszym kraju, jeżdżąc w odwiedziny do siostry żony dra Dłuskiej w Zakopanem. Nauczywszy się po polsku, chętnie odbywał dalekie wycieczki w towarzystwie tatrzańskich górali. Na trzeźwy umysł mieszkańca zachodu dodatnio widać działała poezya naszych gór i naszego ludu. *Seńkowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Statystyka urządzeń sanitarnych Galicyi w 1902 r. w ostatnim austryackim roczniku statystycznym przedstawia się w sposób następujący: W r. 1902 było w Galicyi 1281 doktorów medycyny, z pośród nich miało 258 posady. Na 10.000 mieszkańców przypadało w Galicyi doktorów 1·73 (w całej Austryi 3·93, w Czechach 4·48), chirurgów w Galicyi 0·15 (w Austryi 0·31), wetarynarzy w Galicyi 0·31 (w Austryi 0·59), akuszerek w Galicyi 2·83 (w Austryi 7·24), aptek w Galicyi 0·46 (w Austryi 1·34). Na 10.000 porodów było w Galicyi akuszerek 62, w Austryi 190, w Czechach 255.

Szpitali cywilnych było w roku 1902 w Galicyi 88 (31 publicznych, 57 prywatnych) o ogólnej liczbie łóżek 5.561 i leczonych chorych 88.512. Koszta utrzymania tych szpitali wynosiły 1,683.306 koron. Na jeden dzień utrzymania chorego przypada w Galicyi 1·25 K, w całej Austryi 2·03, w Czechach 2·06, na Śląsku 2·37 K. Na tysiąc mieszkańców było w Galicyi w szpitalach publicznych 0·52, w prywatnych 0·32 łóżek, w Austryi całej w szpitalach publicznych 1·29, w prywatnych 0·58 łóżek, w Czechach w szpitalach publicznych 1·30, w prywatnych 0·41 łóżek. Zakładów publicznych położniczych miała Galicya dwa (Austrya 18) o 93 łóżkach (Austrya 1946) i 1798 pacyentkach (Austrya 23.501). Koszt utrzymania tych zakładów wynosił 110.827 koron (w Austryi 1,407.412 K), na jedną pacyentkę dziennie 2·58 K (w Austryi 3·62 K).

Zakładów głuchoniemych było w r. 1902 w Galicyi dwa, a w nich 126 wychowanków (w Austryi 21 zakładów i 1848 wychowanków). Poza zakładami było w Galicyi ogółem głuchoniemych 11.244, w całej Austryi 28.051. Zakładów ciemnych było w Austryi 15, w Galicyi 1, mający 58 wychowanków (w Austryi 1.118 wychowanków). Poza zakładami było w Galicyi ogółem ciemnych 4.841, w Austryi 13.800.

Zakładów obłąkanych było w Galicyi 4 (2 publiczne i 2 prywatne) z 700 łóżkami. W Austryi było zakładów 42, miejsc 16.208. Koszta publicznych zakładów wynosiły w Galicyi 540.097 koron, w Czechach 2,919.015 K, w całej Austryi 10,409.612 K. Dzienny koszt utrzymania chorego wynosił w Galicyi 1·55 K, w Austryi 1·78 K, w Czechach 1·69 K. Poza zakładami było w Galicyi obłąkanych 2.762, w Austryi 17.311. Kretynów miała Galicya 4.159, cała Austrya 17.398.

Zakładów humanitarnych dla sierot było w Galicyi 36 (w Austryi 231), w nich utrzymywano 2.303 kosztem 561.096 K (w Austryi 16.841 dzieci kosztem 3,917.708 K). Koszt utrzymania jednej sieroty dziennie wynosił w Galicyi 84, w Austryi 82, w Czechach 61, na Śląsku 53, na Bukowinie tylko 44 groszy. Zakładów zaopatrzenia było w Galicyi 90, utrzymujących 3.427 osób kosztem 572 192 K, po 89 groszy dziennie na głowę. W Austryi było takich zakładów 1.645, utrzymujących 52.504 osób kosztem 8,380.524 K, po 80 groszy dziennie na głowę.

Zakładów kąpielowych było w Galicyi 13, gości 31.166, w Austryi było takich zakładów 258 (w Czechach 37), gości ogółem 365.324 (w Czechach 103.520).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 22 do 28 kwietnia 1906 doniesiono o nowych przypadkach ospy w 4 gminach u 9 chorych, a mianowicie: pow. Chrzanów (m. Chrzanów 2, Regulice 3, Siersza 1, Nieporasz 3); duru plamistego w 24 gminach u 128 chorych: w m. Lwowie 2, w powiatach Drohobycz (Dobrowlany 1), Horodenka (Żuków 32), Jaworów (Olszanica 2, Siedliska 1, Świdnica 2, Czaplaki 1), Mościska (Choronica 1, Krysowice 1), Myślenice (Sułkowice 8), Nadwórna (Zielona 11), Rawa (Rzeczyca 2, Biała 2, Ulhówek 6, Szczerzec 5), Sambor (Dorożów 3), Stryj (Pławie 2, Kalne 3), Tarnopol (Chodaczków 3), Tłumacz (Bortniki 29, Korolówka 4), Żółkiew (Dorożów w. 2, Turynka 1), Złoczów (Bużek 4); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 30 gminach u 53 chorych.

Ruch ludności w Krakowie. Od 15 do 21 kwietnia 1906 urodziło się dzieci żywo 72 (z poprzednich tygodni zgłoszono nadto 20), nieżywo 2. Zmarło osób 59 (obcych 17), a przyczyną śmierci były: rozwój niedostateczny 2, gruźlica 15 (4), zapalenie płuc 9 (4), płonica 2 (1), odra 2, dur brzuszny 1, cholera niemowląt 3, zakażenie przyranne 1 (1), inne choroby zakaźne 2 (2), udar mózgu 1, choroby serca i naczyń 4 (1), nowotwory 7 (2), inne przyczyny śmierci naturalnej 8 (1), samobójstwo 2 (1).

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 15 do 21 kwietnia zgłoszono przypadków: błonicy 0 (obcych 2), krztuśca 2, płonicy 4, duru osutkowego 1, duru brzusznego 2, gorączki połogowej 1, nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 3. W tymże czasie zmarło osób: z gorączki połogowej 1, z nagminnego zapalenia opon 2.

Z walki lekarzy dolno-austryackich znamienny jest następujący epizod: Jeden z lekarzy gminnych upomniał się u Wydziału krajowego o przyrzeczoną sobie subwencyę, na co otrzymał odpowiedź, że dostanie ją tylko wtedy, jeżeli zobowiąże się na piśmie: leczyć ubogich gminy i podrzutków, oraz badać włóczęgów za wynagrodzeniem wedle starej taryfy, ustanowionej przez Wydział krajowy. Lekarz ów warunki te odrzucił i zrzekł się przyrzeczonej subwencyi. *R.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 2 maja b. r. posiedzenie, na którem 1) dr Borzęcki przedstawiał rzadkie przypadki chorób skórnych, 2) dr Nitsch wyłożył rzecz: »O wściekliźnie«. W dyskusyi przemawiali prof. Reiss i dr Eisenberg.

— Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej podaje do wiadomości tych czytelników, którym kronikarska notatka o rozstrzygnięciu przez Izbę zatargu między jednym z lekarzy a pacyentem, zamieszczona w Nr 15 »Przeglądu lekarskiego« z dnia 14 kwietnia b. r. wydała się z powodu koniecznej zwięzłości nie całkiem jasną — że obszerny, szczegółowy protokół tej sprawy ogłoszony będzie, jak zwykle, w zeszycie V urzędowych »Sprawozdań Izbowych«, który wyjdzie w maju.

Sekretarz Izby: *Dr Langie.*

— Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył d. 24 kwietnia b. r. posiedzenie, na którem po przyjęciu i sprostowaniu protokołu z ostatniego posiedzenia załatwił szereg drobnych spraw administracyjnych. *L.*

— Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa podziękowanie kol. dr Adamowi Langiemu za cenny dar dla biblioteki, złożony z szeregu kompletnych roczników czasopism: »Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde«, »Archiv für Augenheilkunde« i »Recueil d'Ophtalmologie« (razem 15 tomów) i 6 dzieł treści okulistycznej i ginekologicznej, a dr. Hermanowi Hirschowi za ofiarowane czasopisma.

Bibliotekarz: *Dr Droba.*

— Wydział polskiego Towarzystwa balneologicznego odbył 29 kwietnia b. r. posiedzenie, w którem prócz członków uczestniczyli prof. dr Browicz i prof. dr St. Wróblewski, mający jako delegaci Akademii Umiejętności wziąć udział w ankiecie balneologicznej, zwołanej przez Wydział krajowy do Lwowa. Przewodniczący prof. Korczyński zdał sprawę ze starań, podjętych dla częściowego przynajmniej zrównoważenia strat, grożących przemysłowi zdrojowemu skutkiem nowego traktatu handlowego z Rosyą. Dalej zawiadomił o korzystnej dla Towarzystwa opinii krajowej Rady Zdrowia w sprawie subwencyi i o ofiarowaniu po 100 koron przez zarządy Iwonicza, Rabki, Rymanowa i Truskawca za najlepszą pracę doświadczalno-kliniczną, objaśniającą działanie tych solanek na przemianę istot azotowych. W końcu rozstrząsano obszernie sprawę ustawodawczej organizacyi zdrojownictwa krajowego, a rozprawy te dostarczyły obficie materyału do obrad ankiety zdrojowej. Do Towarzystwa przyjęto 3 nowych członków (hr. S. Drohojowskiego, dr. Gaika i dr Lewickiego).

— Zdrojowiska zagraniczne, nawet odleglejsze od naszego kraju, nie zaniedbują nadsyłać spisu gości zdrojowych pismom polskim. Przykład ten powinnyby naśladować i nasze zdrojowiska, których część przeważna nie zdobyła się dotąd na przesyłanie list zdrojowych nawet polskim pismom lekarskim. Wszak leżałoby w interesie samychże zdrojowisk, aby lekarze nasi byli o ruchu zdrojowym zawiadamiani.

Lwów. VIII posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się 27 kwietnia b. r. 1) Dr Feuerstein przedstawił przypadek *lichen ruber planus* u 27-let. mężczyzny, który zgłosił się na poliklinikę, skarżąc się na bole gardła i wysypkę, jak mniemał, kiłową, gdyż na kilka tygodni przedtem miał na prąciu wrzód, który się szybko zagoił. W jamie ust, szczególniej na błonie śluzowej policzków, widać lśniące, białe, rozmaicie rozgałęziające się smugi, pomiędzy któremi znajdują się wyspy zdrowej błony śluzowej. Na tułowiu, kończynach górnych i prąciu widać guzki, podobne do kiłowych, pokryte jednak lśniącą łuską, co je właśnie odróżnia od kiłowych. Zmianę tę możnaby łatwo wziąć za kiłową, zwłaszcza w tym przypadku — po przebyciu wrzodu na prąciu. — 2) Dr Nowicki przedstawił preparat z sekcyi 43-l. kobiety, u której za życia rozpoznano niepowikłane złamanie kostki wewnętrznej lewej i założono opatrunek gipsowy. W 3 tygodnie później, gdy chora poruszyła nogą, nastąpiła nagle śmierć. Przy sekcyi znaleziono w 2- i 3-rzędnych gałązkach tętnicy płucnej i w jej pniu skrzepy, za życia powstałe. W miejscu złamania nie było kostniny; w powierzchownej sieci żylnej znaleziono tu skrzepy, powstałe za życia, które były źródłem zatorów naprzód w drobniejszych gałązkach tętnicy płucnej; na tych zatorach narastał skrzep, a gdy dosięgnął pnia tętnicy płucnej, nastąpiła nagła śmierć. W dyskusyi przemawiali doc. Barącz, dr. Leńko i prof. Ziembicki, który zauważył, że od roku 1846, gdy Virchow pierwszy ogłosił przypadek nagłej śmierci po złamaniu kości, nie są te przypadki chirurgom obce, acz niewiele z nich ogłoszono; nagła śmierć zdarza się nietylko po niepowikłanych złamaniach, ale nawet po stłuczeniach; powstanie zakrzepu w żyłach ułatwia obok samego urazu także znaczniejszy krwiak, zwłaszcza u ludzi starszych ze skłonnością do żylaków; najczęściej spostrzegano śmierć nagłą po złamaniach kostek, rzadziej po złamaniu kości ramiennej, szyjki kości udowej, a nawet rzepki; przypadki takie zdarzają się nawet przy najlepiej założonym opatrunku. — 3) Dr Leńko przedstawił preparat z sekcyi 2 1/2-l. dziecka, u którego z powodu wynicowania pęcherza moczowego przeszczepił moczowody do pętli esowatej. Śmierć uważa dr L. albo za wynik zbyt długiego (godzinnego) chloroformowania, albo za skutek znacznego krwawienia przy operacyi. W dyskusyi przemawiał doc. Barącz. — 4) Dr Gittelmacher-Wilenko wygłosił odczyt: »Próba zastosowania reakcyi biochemicznych do badań klinicznych«. Prelegent wstrzykiwał królikom pod skórę przez szereg dni mleko lub białko kurze, a gdy się we krwi wytworzyły już swoiste precypityny, badał, czy przy pomocy surowicy z takich zwierząt (królików) nie dałoby się wykryć białka we krwi ludzkiej, gdyby ono nie zmienione do ustroju się dostało. W tym celu podawał zdrowym i chorym (rak żołądka, przekwaśność) dyetę wyłącznie mleczną lub białkową i badał następnie, jak się zachowuje surowica tych osób w styczności z surowicą wspomnianych zwierząt. Z doświadczeń swych dochodzi do wniosku, że tak kwas solny, jak i pepsyna nie są jedynymi czynnikami, które powstrzymują wtargnięcie niezmienionego białka do ustroju, że przy raku żołądka białko niezmienione łatwiej przechodzi w krążenie, niż przy innych chorobach żołądka i że w jelitach, nawet w dolnych ich

częściach, są urządzenia, chroniące ustrój od wtargnięcia weń białka. Doświadczeń swych prelegent nie uważa jeszcze za ukończone. W dyskusyi zabierają głos: prof. Beck, dr Moraczewski, doc. Marischler, prof. Wiczkowski. — 5) Dr Damański mówił »O zastosowaniu wody iwonickiej w pewnych postaciach miażdżycy tętnic«. Przed, wśród i po ukończeniu podawania wody iwonickiej mierzył D. ciśnienie krwi zapomocą sfigmomanometru Riva-Rocciego. Z badań swych wysnuwa D. wniosek, że woda iwonicka wskazaną jest w pierwszym okresie miażdżycy tętnic. Chwilowe podniesienie się ciśnienia, pojawiające się w pół godziny po podaniu wody, a mijające po 5 godzinach, nietylko nie jest szkodliwe, ale może działać korzystnie przez rozszerzenie drobnych, miażdżycowo wyrodniejących naczyń. W drugim okresie choroby, gdy miażdżyca jest już silnie rozwinięta, można stosować wodę iwonicką tylko pod tym warunkiem, że mierzy się starannie ciśnienie krwi i nie dopuszcza się, by się ono wzmogło. Prelegent zauważa, że ciśnienie krwi nie podnosiło się przy podawaniu wody łyżeczkami co pewien okres czasu. W dyskusyi przemawiał dr Pisek.

— Na posiedzeniu Towarz. lek. lwowskiego dnia 4 maja b. r. obejmował porządek dzienny wykłady drów Frankego, Bocheńskiego i doc. Sołowija.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej zajmował się na posiedzeniu w dniu 24 kwietnia b. r. następującemi sprawami: W sprawie zażaleń lekarzy sądowych w Tarnopolu co do nierównomiernego powoływania ich przez sąd przyjęto do wiadomości obszerne pismo z wyjaśnieniami ze strony sądu w T. oraz ze strony prezydyum sądu wyższego we Lwowie; postanowiono pismo to przesłać żałącym się lekarzom. — Wydano na życzenie sądu w C. opinię co do wysokości honoraryum lekarskiego. — Odczytano pismo Namiestnictwa w odpowiedzi na wyrażone ze strony Izby życzenie, by przy tworzeniu nowych okręgów sanitarnych zasięgano zawsze opinii Izby, oraz by przedłożono Izbie do zaopiniowania projekt rozporządzenia wykonawczego do noweli ustawy o organizacyi służby zdrowia w gminach; namiestnictwo przychyla się do spełnienia drugiego życzenia, natomiast co do pierwszego odpowiada, że tworzenie nowych okręgów sanitarnych nie jest sprawą, dotyczącą interesów zawodu lekarskiego, że przytem postępowanie przy tworzeniu tych okręgów jest ustawowo określone, a wreszcie, iż delegaci Izb do Rady zdrowia mają sposobność dać wyraz swym zapatrywaniom, gdyż sprawy te zawsze przechodzą przez Radę zdrowia. — Wydział krajowy zawiadamia o udzieleniu w dalszym ciągu zapomogi jednej wdowie po lekarzu okręgowym w kwocie 300 koron. — Przedłożoną przez Izbę zach.-gal. jako gospodarczą do rozważenia sprawę, czy lekarz sądowy ma prawo zdjąć opatrunek uszkodzonemu na ciele celem zbadania i kto w razie, jeśli przez to chory poniesie szkodę, obowiązany jest do odszkodowania, oddano po dłuższej dyskusyi do referatu jednemu z członków Wydziału. — Uwolniono bądź w całości, bądź częściowo 15 lekarzy od opłaty do Izby. — Rozdano zapomogi 3 lekarzom w łącznej kwocie 300 kor. — Postanowiono zwrócić się do Wydziału wykonawczego Izb, by poczynił odpowiednie kroki w sprawie zmiany projektu ustawy prasowej, jaki niebawem przyjdzie pod obrady parlamentu po przejściu już przez komisyę, która zupełnie nie uwzględniła uwag, jakie na mocy uchwały wiecu Izb w Czerniowcach przedłożono ze strony lekarskiej, mianowicie co do §§ 34, 35 i 36. — Wreszcie załatwiono, bądź rozdano do referatu szereg spraw honorowych.

— Wydział Izby lekarskiej wschod.-gal. odbył w dniu 30 kwietnia b. r. posiedzenie przy współudziale delegatów Towarz. lek. gal. w sprawie rozdania zapomóg dla wdów i sierót po lekarzach z funduszu, przypadającego Izbie ze Związku austr. Towarzystw lek. Z ogólnej kwoty Związku 20,000 kor. przypadło na wschodnią Galicyę 2,245 kor. 60 hal., z czego rozdano $^1/_3$ część t. j. 748 kor., rozdzieliwszy tę sumę na 8 zapomóg. *S.*

Warszawa. Szpitalom w Warszawie znowu grozi strajk służby niższej. Na odbytem w dniu 2 kwietnia r. b. zebraniu delegatów całej służby szpitalnej uchwalono postawić następujące żądania: 1. Płaca miesięczna dla mężczyzn i kobiet rs. 15. 2. Dwunastogodzinny dzień roboczy, od 7 rano do 7 wieczór. 3. 40 kop. dziennie na utrzymanie. 4. 40 pudów węgla miesięcznie dla żonatych. 5. Po 5 latach podwyższenie pensyi o 25%. 6. Nie wykonywanie pracy kobiet przez mężczyzn. 7. Zmianę mieszkań: dla nieżonatych jeden pokój na czterech, dla żonatych jeden pokój osobny (nie sutereny). 8. W czasie choroby wypłacanie całkowitej płacy, po chorobie dwutygodniowy odpoczynek, również płatny; lekarz i opieka na koszt szpitala. 9. Po upływie roku obowiązkowy miesiąc urlopu; przez czas urlopu zastępców opłaca szpital. 10. Pracującym w dzień nie narzucać dyżurów w nocy w salach, do czego powinna być osobna służba. 11. Wyznaczenie stałego czasu na posiłek. 12. Raz na tydzień kąpiel. 13. Ludzkie obchodzenie się ze służbą, należne dla niej uszanowanie ze strony lekarzy i zarządu szpitala. 14. Wybór jednego przedstawiciela, któryby się zajmował sprawami swych towarzyszy, a usunięcie z tego stanowiska zakonnic. 15. Przyjmowanie nowej służby do szpitali przez delegata, wybranego przez ogół pracujących. .16. Założenie biblioteki miejscowej dla służby. — W razie odmowy służba grozi powszechnym bezterminowym strajkiem we wszystkich szpitalach. Odezwę tę podpisał »Komitet warszawski Pols. Partyi Soc. Proletaryat«. *Ign. L.*

— Uwięziono dr Dobrujskiego, lekarza walcowni »Milowice« w Sosnowcu.

— Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych pojawiło się w Warszawie i najbliższej jej okolicy.

Petersburg. Porządek dzienny posiedzenia Koła lekarskiego d. $^{11}/_{24}$ kwietnia b. r. był następujący: 1) Dr Wojciech Kozłowski: »Dwa przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego, operowane przez prof. J. Ziemackiego«, z okazaniem preparatów. 2) Dr Zenon Orłowski: »Ze spostrzeżeń klinicznych nad digalenem«, a w części administracyjnej posiedzenia: Sprawozdanie sekretarza z układów z Administracyą »Przeglądu Lekarskiego«, dotyczących wzajemnego stosunku »Koła Opieki Lekarskiej« i wymienionego czasopisma.

— Okólnikiem ministerstwa oświaty zniesionem zostało rozporządzenie, wzbraniające osobom, kończącym średnie zakłady, dowolny wybór uniwersytetu.

— Ministerstwo oświaty zarządziło, że zagraniczne dyplomy na doktora medycyny dają prawo przystępować do egzaminów lekarskich nie tylko mężczyznom, lecz i kobietom.

— Jesienią powstaje w Moskwie przy wyższych kursach żeńskich za zezwoleniem władz drugi w Rosyi kobiecy instytut lekarski; potrzebne na to fundusze są już zebrane.

— Kobiecemu instytutowi lekarskiemu w Petersburgu nadano prawo wydawania dyplomów na pomocnika aptekarskiego, prowizora, magistra farmacyi i lekarzy-dentystów.

— Zarząd Pirogowskiego Towarzystwa obliczył, że represyom ze strony rządu uległo w ostatnim czasie z personalu lekarskiego 288 osób; w tej liczbie zabitych i rannych lekarzy 13, zaaresztowanych i zesłanych 155.

— Rząd wszelakimi sposobami przeszkadza komitetom, istniejącym przy Towarzystwie Pirogowskiem, w niesieniu pomocy ludności, dotkniętej głodem. *O.*

— W radzie uniwersytetu dorpackiego wniósł prof. Grabar, aby odtąd zasadniczo dopuszczono wykłady w języku niemieckim i łotewskim, utrzymując równorzędne z rosyjskiemi katedry ze środków prywatnych, gdyby rząd na to nie udzielił funduszów. Rada zażądała od wnioskodawcy szczegółowego opracowania wniosku.

— Posłami do sejmu państwowego rosyjskiego (dumy) wybrano kilku lekarzy (Dr Stroganow w Rybińsku, Fränkel w Kostromie, Kołpakow i Petrunkiewicz w Petersburgu).

— Rada uniwersytetu moskiewskiego uchwaliła, by wykłady w uniwersytecie podjęto z początkiem letniego półrocza b. r., natomiast rada uniwersytetu kazańskiego uznała to za niemożebne.

— Rosyjskie ministeryum spraw wewn. ograniczyło liczbę aptek, wyznaczając w miastach gubernialnych po jednej na 10,000, a w okręgowych po 1 na 7,000 mieszkańców; po mniejszych zaś miasteczkach będą apteki ich rozdzielone, że jedna od drugiej musi być odległa najmniej 15 wiorst.

Z różnych stron. Studentom uniwersytetu dorpackiego, z powodu zawieszenia wykładów w tym uniwersytecie studyującym w Niemczech, wyznaczyło pruskie ministeryum oświaty zapomogi na opłatę czesnego (po 75 marek dla 60).

— Przeciwko uniwersyteckim studyom kobiet oświadczył się niedawno austryacki minister oświaty br. Bienerth. Znany wiedeński ginekolog, prof. Schauta, uważa poglądy ministra Bienertha po części za uzasadnione, wyrażając zdanie, że dopuszczenie kobiet do studyum lekarskiego zgotowało rychłe rozczarowanie nawet gorącym zwolennikom tej myśli. Uzyskane wyniki nie stoją w żadnym stosunku do wyłożonej pracy. Bardzo niewiele kobiet ukończywszy medycynę, istotnie pracuje praktycznie, a przypuszczenie, że kobiety będą poszukiwane jako lekarki chorób dzieci i kobiet, okazało się błędne. Także niemiecka Kasa chorych związku oberżystów, przyjąwszy ze względu na żeński personal służebny dwie lekarki, przekonała się, że zarządzenie to chybiło celu, bo do lekarek niechętnie się chore zwracały.

— Władze Stanów Zjednoczonych stwierdziły, że wiele tak zw. »gabinetów lekarskich« trudni się zawodowo zbrodniczem spędzaniem płodu, w niektórych dokonywano dziennie do 20 operacyi«. »Semaine méd.« (Nr 17) podaje, że za najlepszy sposób zwalczania tego »przemysłu« uznały władze pozbawienie tych gabinetów« usług poczty. W ten sposób zapomocą poczty zdołano już podobno zamknąć 95 takich »gabinetów« w Bostonie, Filadelfii i N. Yorku.

Mianowani: Prof. Zoege von Manteufel dyrektorem kliniki chirurg. w Dorpacie na miejsce ustępującego prof. Kocha; doc. Roemer profesorem dentystyki w Strassburgu; dr Bottazzi profesorem fizyologii w Neapolu.

Powołani: Anatom patolog prof. Ribbert z Bonn na miejsce Recklingshausena do Strassburga; chirurg prof. Bier z Bonn na miejsce Czernego do Heidelbergu.

Zmarli: Dr Hirsch Friede w Bendzinie w 47 roku ż. na dur osutkowy; dr Andrzej Mach, lekarz miejski z Bursztyna, we Lwowie w 39 r. ż.

Dr Erazm Napieralski, o którego śmierci donieśliśmy w Nr 9., urodził się w r. 1838 w Łęczycy w Królestwie Polskiem i studyował medycynę w Petersburgu. Z ław uniwersyteckich pospieszył do szeregów powstańczych w roku 1863, biorąc udział w walce przez 18 miesięcy. Po powstaniu zmuszony emigrować, ukończył studya w Paryżu ze świetnym postępem, pracując w bardzo trudnych warunkach materyalnych. Podczas wojny 1870 r. był lekarzem wojskowym w oblężonym Paryżu. Osiadłszy w Pont-Audemer pozyskał sobie ogromną popularność jako lekarz i obywatel.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 16 Heryng: Wspomnienie pośmiertne ś. p. dr Władysława Wróblewskiego. Motz i Percarnau: Badania nad powstawaniem przerostu gruczołu krokowego Bzura: Terapia pneumatyczna.

— *Medycyna* Nr. 17 Ciąg dalszy artykułów Guranowskiego i Biernackiego. Arnstein: Spostrzeżenia terapeutyczne.

— *Kronika lekarska* Nr 8. Ciąg dalszy artykułów Hornowskiego, Sędziaka i Giedroycia z Nr. 7.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 17. Ziembicki Wit.: O wykrywaniu kwasu acetoctowego w moczu ze szczególniejszem uwzględnieniem sposobu Arnolda-Lipliawskiego. Czyżewicz jun. i Nowicki (c. d. z Nr. 16).

— *Głos lekarzy* Nr. 9. Mikołajski: Walka z gruźlicą w Galicyi. Mikołajski: Z lwowskiej komisyi przeciwgruźliczej. Mikołajski (c. d. artykułów z Nr. 8).

— *Casopis lekařův českých* Nr. 17 Skala: O inversi dělohy. Reichel: Vliv polohy a vliv místa na rozdělení krvinek v těle. Chobola: Přihojení uplně odříznutého boltce ušního. Vanýsek: Tic respirační.

— *Semaine médicale* Nr. 17. Bovis: Rozpoznawanie pęknięć macicy.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 17. Kraus i Přibram: O toksynie gronkowców i jej antytoksynie. Eisler: O przechowywaniu surowic strącających (precypitujących) na papierze. Pfeiffer: O wpływie zdobyczy nauk przyrodniczych na działalność znawców sądowolekarskich. Mattauschek: O ocenie sądowolekarskiej ostrego upojenia ze stanowiska ustawy karnej wojskowej Moll: W sprawie techniki przekrwienia sposobem Biera w leczeniu zapalenia sutka z tymczasowemi uwagami o użyciu przekrwienia do podniecenia wydzielania mleka.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 17 (zawiera wyłącznie prace z obu klinik lekarskich monachijskich): Müller: O rytmie cwałowym serca. Neubauer: O działaniu wyskoku na wydzielanie ciał acetonowych. Meyer i Heineke: O wartości barwnej (Farbeindex) krwinek czerwonych. Meyer i Speroni: O krwinkach czerwonych kropkowanych. Heineke i Deutschmann: Zachowanie się krwinek białych w czasie napadu dychawicy. Stäubli: O zachowaniu się aglutynin durowych w ustroju matki i płodu. Hoesslin i Selling: W sprawie porażenia opuszkowego wrzekomego. Selling: Ręka kaznodziejska w stwardnieniu rozsianem. Kerschensteiner: Neuromyelitis optica. Brasch: O wpływie ciepłoty na wydzielanie cukru. Rieder: W sprawie klinicznego rozpoznawania ropni płuc. May i Lindemann: Wykreślne przedstawienie odgłosu opukowego. Cremer: O bezpośredniem odprowadzaniu prądów czynnościowych serca ludzkiego i o elektrokardyogramie płodu Penzoldt W sprawie leczenia gruźlicy w uzdrowiskach ludowych. Geigel: Pierwszy ton sercowy Arneth: W sprawie zachowania się drżenia klatki piersiowej przy zapaleniu płuc włóknikowem; kilka uwag o trzeszczeniu przy temże zapaleniu. Kayser: O rurkach z żółcią jako sposobie hodowli wstępnej i o bakteryologii krwi w durze i paratyfusie. Groedel III: W sprawie wykształcenia ortodiagrafii.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 17. Eichhorst: O środkach wykrztuśnych. Brauer: Lecznicza odma piersiowa. Krehl: Kilka uwag o leczeniu chorób kątnicy. Wollenberg: O czynniku psychicznym w neurastenii. Axenfeld: O urazowej zwrotnej nieruchomości źrenic. Arneth: Równoległe badania soku żołądkowego i krwi w błednicy. Hofmeier: O rzadszych wskazaniach do przerwania ciąży wskutek chorób wewnętrznych. Rosthorn i Fraenkel: Gruźlica a ciąża. Loewenthal: Badania t. zw. ospy gołębiej (nabłoniak zaraźliwy). Koranyi: O działaniu jodu na wywołane przez adrenalinę zmiany tętnic. Zesas: Przyczynek do patologii okołostawowego tłuszczu kolana. Schüler: W sprawie działania lamp rtęciowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 18. Jaffé: O powstawaniu odosobnionych ropni w późnych okresach zapalenia okołokątniczego. Hirschfeld: O ciężkich niedokrwistościach bez odradzania się szpiku. Rollin: Przyczyny obłożenia języka. Goldbaum: Przyczynek do ważnego zagadnienia okulistycznego. Poehl: Zalety łączenia organoterapii z fizycznodyetetycznymi i balneoterapeutycznymi środkami. Marx: Morfiniści przed trybunałem karnym. Pick (c. d. z Nr. 17); nadto wykłady ze zjazdu balneologów.

Redakcya otrzymała: Eberson (Tarnów): „Die Fusszange, ein neues geburtshilfliches Instrument. Odb. z „Ther. Monatsh." 1906. — Gizelt: Über den Einfluss des Alkohols auf die sekretorische Tätigkeit u. die Verdauungsfermente der Bauchspeicheldrüse. Odb. z „Arch. f. ges. Physiol." 1906. — XXXIII Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 9 maja 1906 o godzinie 6 wieczorem w **Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4) z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracye. 2) Wykład dr. Biera: „Gruźlica w Krakowie".

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr **Jekels, Ludwik,** właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan,** b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Damański Emanuel.**
Dr **Gabryszewski A.,** Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Staniszewski Julian,** b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).

Dr **Czop Zygm.,** kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.

lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski,** właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Aronsohn Julian,** („Krakus“).
Dr **Cercha Maksymilian,** („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens,** („Pod Jeleniem“).
Dr **Lewicki Stanisław,** b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr **Wąsowicz Zygmunt,** („Pod Orłem“).
Dr **Zarzycki Emanuel,** („Witoldówka“).

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.

Dr **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Rabka.

Dr **Lang Otokar,** lekarz okr.

Rymanów.

Dr **Dukiet.**

Szczawnica.

Dr. **Górski Ksawery,** lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu („Miedziuś“), ordynuje od 26 lat.

Truskawiec.

Dr **G. Gittelmacher — Wilenko.**
Dr **Krzyżanowski E.,** radca cesarski, lekarz zakładowy.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon,** b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.,** lekarz zakładowy.
Dr **Wobr,** lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg,** (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg“).
Dr **Zeitner Józef,** (Kirchenstrasse „Stadt-Paris“).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ VI)

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).

Kissingen.

Dr **Chlapowski Fr.,** radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław,** radca ces. („Villa Wahnfried“).

Nauheim.

Dr **Jankowski Fr.,** („Hotel Europejski“).
Dr **Łowiński.**

Rok XLV. Kraków 12 Maja 1906. Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Operacya Talmy (wszywania sieci) przy puchlinie brzusznej z powodu marskości wątroby i jej skutki.

Podał

Dr Bronisław Kozłowski.

Docent chirurgii Uniwersytetu kijowskiego.

(Według odczytu na Zjeździe lek. rosyjskich w Petersburgu w r. 1904).

Na pierwszym Zjeździe chirurgów rosyjskich w Moskwie (w grudniu 1900 r.) zdawałem sprawę o chirurgicznem leczeniu puchliny brzusznej przy zanikowej marskości wątroby. Wówczas zdołałem zebrać z piśmiennictwa zaledwie 23 przypadki i wypowiedziałem się na ich podstawie za tą operacyą, a również określiłem wskazania i przeciwwskazania do niej.

Odtąd starannie gromadziłem wszystkie dalsze przypadki. Oprócz tego zwróciłem się do kolegów z prośbą, by mi donosili o swoich spostrzeżeniach. Zebrawszy obecnie 168 przypadków, pozwolę sobie znowu rozpatrzeć sprawę chirurgicznego leczenia puchliny brzusznej przy marskości wątroby na podstawie już znacznie większego materyału. Naprzód jednak przypomnę te spostrzeżenia i rozumowania, na których oparto sposoby chirurgicznego leczenia puchliny brzusznej przy marskości wątroby przez wszywanie sieci w ścianę brzuszną, ażeby za pośrednictwem sieci utworzyć poboczne drogi dla odpływu krwi z żył jamy brzusznej, omijając żyłę wrotną i wątrobę.

Tkanka łączna, rozrastająca się obficie w Laennecowskiej marskości wątroby, uciska naczynia włosowate śród- i międzyzrazikowe, tworząc znaczną przeszkodę dla przepływu krwi żylnej, utrudniając obieg krwi w wątrobie i wywołując w ten sposób wzrost ciśnienia w całym układzie żyły wrotnej. Bezpośrednim wynikiem tego jest zastój w tym układzie, który wywołuje z jednej strony rozszerzenie żył, powstawanie żylakowatych rozszerzeń w żyłach jamy i ścian brzusznych, z drugiej przesięk do jamy brzusznej i utworzenie się puchliny brzusznej. Rozszerzenie żył często dosięga takich rozmiarów, iż ściany ich pękają pod naporem krwi, wskutek czego następują krwotoki w jamie brzusznej i zawartych w niej narządach, najczęściej z rozszerzonych żył przewodu pokarmowego. Opisano przypadki olbrzymich krwotoków za wątrobę, do sieci (Charcot), powstanie żylaków i rozszerzenie żył przewodu pokarmowego (Strümpell) itp., wywołujące często śmierć wskutek krwotoku. Lecz najwięcej dolega choremu puchlina brzuszna, zazwyczaj i zmuszająca chorego żądać pomocy chirurgicznej. Pomijając szczegóły wszystkich objawów, które wywołuje puchlina brzuszna, przytoczę tylko najważniejsze: duszność wskutek zmniejszenia objętości klatki piersiowej i rozległości ruchu przepony, rozszerzenie i przemieszczenie serca, obrzęk ścian jelit i stąd pochodzące zaburzenia, zastój w nerkach, zmniejszający ilość moczu i wpływający przez to jeszcze bardziej na powiększenie się puchliny, — te wszystkie objawy tworzą błędne koło, sprzyjające zwiększaniu się puchliny brzusznej, jeżeli ona już powstała.

Dotychczas w leczeniu puchliny brzusznej rozporządzaliśmy jedynym środkiem — nakłuciem. Rzeczywiście skutek pierwszego nakłucia zawsze bywa nadzwyczaj świetny; duszność znika, ilość moczu się zwiększa itd., chory jak gdyby odżywa. Lecz niestety skutek ten nie trwa długo. Płyn znowu się zbiera i wymaga powtórnego nakłucia i doskonale wiadomo, że im dalej, tem nakłucia trzeba powtarzać coraz częściej i częściej, polepszenia zaś w przerwach między niemi coraz są krótsze. Opisano przypadki, w których chorzy robili sobie nakłucia sami, wstawiając do rany gliniane rurki lub słomki (powiat Czerkaski), jednak ostatecznie ginęli przy objawach puchliny. Nakłucie więc jest środkiem czasowym, nie wywierającym żadnego wpływu na przebieg choroby.

Z drugiej strony już dawno znane są przypadki samowyleczenia się puchliny brzusznej: opisywano je i dawniej, lecz w ostatnich czasach zwrócił na nie szczególną uwagę Talma i opisał sam 4 przypadki.

1. Chory 52-letni, choruje 2 lata. Wątroba bardzo powiększona, sięga niżej pępka; śledziona również; mierna puchlina brzuszna. Po miesiącu puchlina brzuszna znikła i chory, opuszczając szpital, miał się zupełnie dobrze. Znaczne rozszerzenie żył ścian brzusznych. Po 14 miesiącach zmarł z ostrego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc. Sekcya: Wątroba i śledziona znacznie zmniejszona: z szerokich żył około wpustu żołądka biegnie dużo grubych żył (do 1 ctm. śred.) do błony podśluzowej przewodu pokarmowego, żyły około wpustu łączą się z żyłami przepony, międzyżebrowemi i lędźwiowemi.

2. Chory 21-letni, choruje 2 lata. Śledziona powiększona, żółtaczka. Przerostowa, a potem i zanikowa postać marskości wątroby; puchliny brzusznej niema. Śmierć od rany brzucha. Wątroba duża, o powierzchni nierównej, na przekroju drobnoziarnista. Puchliny brzusznej niema. Od dolnej powierzchni wątroby wzdłuż więzadła wieszadłowego (*lig. suspensorium hepatis*) przebiega żyła, grubości małego palca. Podotrzewne i międzymięśniowe żyły są bardzo szerokie, jak również i podśluzowe żyły przewodu pokarmowego.

3. Chory 62 l., wycieńczony. Wątroba duża, o powierzchni nierównej. Śledziona niezwiększona. Puchlina brzuszna się nie odnowiła. Śmierć po miesiącu. Sekcya: Przerostowa, międzyzrazikowa i wtórna zanikowa marskość wątroby, połączona z nowotworzeniem licznych przewodów żółciowych. Wskutek rozwoju pobocznego obiegu krwi niema ani puchliny brzusznej, ani zwiększenia śledziony.

4. Przypadek Dulina (przytoczony przez Talmę). Chora 38 l., choruje pół roku. Wątroba niewielka. Puchlina brzuszna. Śledziona niezwiększona. *Caput medusae* powstała (jak się okazało po nacięciu brzucha, wykonanem ze względu na przypuszczalne zapalenie

otrzewnej) wskutek zrośnięcia się sieci ze ścienną otrzewną przez trwałe i obficie unaczynione zrosty. Puchlina brzuszna powiększa się bardzo powoli. Wynik pomyślny.

W tych wszystkich przypadkach pomimo wyraźnej marskości wątroby, puchliny brzusznej albo wcale nie było, albo znikła wskutek rozwoju obfitych dróg krążenia obocznego, których obecność stwierdzono albo przy sekcyi, albo przy operacyi Drogi te utworzyły się wskutek rozszerzenia już istniejących dróg żylnych, lub utworzenia nowych w zrostach tam, gdzie ich nie było. Na to już dawno wskazywał Charcot w swych „Wykładach o chorobach wątroby i przewodów żółciowych“ mówiąc: „rzeczą jest ciekawą, iż istnieje jak gdyby pewna współzależność pomiędzy rozwojem takiego obocznego krążenia krwi, skierowującym krew żyły wrotnej do układu żyły głównej i powstawaniem puchliny brzusznej, której nie bywa wcale, a jeżeli i była, to znika, skoro krążenie oboczne rozwija się w szerszym zakresie. Najprawdopodobniej postać zanikowa marskości nigdy nie wywołałaby puchliny brzusznej, jeżeliby rozwój wspomnianego krążenia obocznego nie spotykał zazwyczaj przeszkód, najczęściej nieprzezwyciężonych“.

Pozwolę sobie pokrótce przypomnieć te drogi, któremi się odbywa to oboczne krążenie krwi, a których oznaczenie zawdzięczamy pracom Sappeya. Drogi te są dwojakie: naturalne, istniejące w prawidłowych warunkach i patologiczne, powstające najczęściej wskutek zrostów między wątrobą i przeponą

A Naturalne drogi są następujące:

1. Górna lewa żyła wieńcowa żołądka (*vena coronaria ventriculi sup. sin.*) łączy się z żyłami przewodu pokarmowego, te zaś żyły *a*) z górnemi przepony, międzyżebrowemi, nieparzystą, a więc z żyłą główną górną; *b*) zapomocą dolnych żył przepony z żyłą główną dolną

2. Dolna żyła krezkowa (*v mesenterica inf.*) za pośrednictwem swych odleglejszych gałązek łączy się z żyłami odbytniczemi, które się łączą z żyłą główną dolną przy pomocy sromnej wewnętrznej i podlędźwiowej wewnętrznej. To połączenie wedle Charcota przedstawia jak gdyby rurkę zabezpieczającą, przez którą krew żyły wrotnej może przepływać do układu żyły głównej zawsze, gdy obieg krwi w żyle wrotnej jest z jakiegokolwiek powodu utrudniony.

3. Układ żył Retziusa, żył ścian przewodu jelitowego, które nie wpadają do układu żyły wrotnej, a skierowują się po przez niewielkie gałązki albo wprost do żyły głównej, albo do jej którejkolwiek gałęzi.

Oprócz przytoczonych 3 dróg dla obocznego krążenia odkrył Sappey jeszcze inne, nazwane przez niego „dodatkowym układem żyły wrotnej“, ponieważ każda jest jak gdyby żyłą wrotną w miniaturze, składając się po pierwsze z początkowych naczyń włosowatych, powtóre z niewielkiego naczynia żylnego, po trzecie z rozgałęzień w miąższu wątroby, jeżeli samo to naczynie żylne nie łączy się z żyłą wrotną.

B. Takich układów dodatkowych opisał Sappey 5

1) Grupa żołądkowo-sieciowa, która bierze początek w małej sieci i żołądku, wstępuje do wątroby w obrębie brózdy poprzecznej i rozgałęzia się w przestworach między zrazikami. Ponieważ jej naczynia nie łączą się z żyłą wrotną, przeto nie mogą przyczynić się do powstania krążenia obocznego.

2) Grupa żył pęcherzyka żółciowego, składająca się z drobnych żył, których część skierowuje się z dna pęcherzyka do przylegających zrazików wątroby, część zaś z przedniej połowy pęcherzyka do prawej gałęzi żyły wrotnej.

3) Naczynia odżywcze *(vasa vasorum)* żyły wrotnej, przewodów żółciowych i tętnic wątroby; te również, jak i poprzednie grupy, nie mogą się przyczynić do wytworzenia się krążenia obocznego.

Daleko większe znaczenie mają pozostałe 2 grupy, a mianowicie:

4) Żyły więzadła wieszadłowego wątroby: początkowe korzenie tych żył leżą w przeponie, gałązki w więzadle, a rozgałęzienia w przylegających do więzadła zrazikach: korzenie więc łączą się z żyłami przepony, a rozgałęzienia — z gałązkami żyły wrotnej. W stanie prawidłowym są one bardzo cienkie, jednak w jednym przypadku Sappeya dosięgały w ilości 10—12 grubości pióra wroniego, a w drugim przypadku Talmy, jak już wspomniano, grubości małego palca.

5) Najważniejsza grupa — pępkowa, czyli grupa żył okołopępkowych (*paraumbilicales*), które idą z okolicy pępkowej przedniej ściany brzusznej; korzenie zaś tej grupy łączą się z żyłą nadbrzuszną, powierzchowną nadbrzuszną i wewnętrzną sutkową, wchodzą do jamy brzusznej i biegną wzdłuż więzadła okrągłego wątroby, tworząc splot w około zarośniętej żyły pępkowej. Po wejściu do wątroby jedna część gałązek rozprzestrzenia się między zrazikami brózdy podłużnej, druga wpada do żyły wrotnej, trzecia do odcinka żyły pępkowej, który pozostał niezarośnięty. Krew, płynąca do tych żył, dąży z góry na dół i skierowuje się do żył dolnych kończyn przez żyły górne nadbrzuszne i powierzchowne nadbrzuszne, tworząc wokoło pępka tak zw. *caput medusae*, objaw, tak często spotykany przy marskości wątroby.

Poznanie tych stosunków, sprzyjających wyleczeniu się puchliny brzusznej, naprowadziło chirurgów na myśl, czyby nie można wywołać sztucznie rozwoju krążenia obocznego zapomocą utworzenia nowych dróg dla krwi, nowych połączeń żylnych, tworząc grunt dla nich przez wywoływanie zrostów wątroby, pęcherzyka żółciowego i śledziony ze ścianą brzuszną I rzeczyście obecnie już posiadamy opisy całego szeregu takich prób. Pierwszą próbę wykonał Lens w 1872; potem operowali Drummont i Morisson w 1874, w 1895 r. Morisson, w 1897 r. Ewart, Schelbklay. Jednak były to próby odosobnione i mało znane, dopóki w r. 1899 Talma nie opisał szczegółowo swego przypadku, w którym chory był dwukrotnie operowany przez Eiselsberga i Naratha. Talma poruszył tę sprawę w r. 1896 i 1899 i dał początek operacyi, która obecnie dzięki jemu pozyskała wszędzie prawa obywatelstwa. Po opisaniu przez Talmę tej operacyi pojawiły się prace doświadczalne (Talmanna, Schmitza), mające na celu sprawdzić przy pomocy doświadczeń na zwierzętach skuteczność operacyi.

Najlepszą jest praca M. M. Kuzniecowa. W doświadczeniach swych otwierał on każdemu psu w pewnych odstępach czasu 2 lub 3 razy jamę brzuszną; przy pierwszej laparotomii wszywał sieć w przednią ścianę brzucha; przy drugiej podwiązywał jedną z żył krezkowych lub obwodową część żyły wrotnej; wreszcie przy trzeciej podwiązywał pień żyły wrotnej tuż przy wątrobie. Po takiem podwiąza-

niu żyły wrotnej utrzymywano psa przy życiu przez 1—3 miesięcy, a potem zabijano chloroformem. Układy żyły wrotnej i głównej, a również i tętnicy nastrzykiwano przez tętnicę główną masami odmiennej barwy i potem badano drożność podwiązanej żyły wrotnej, określano dokładnie miejsce podwiązania i badano połączenia, za pośrednictwem których powstała komunikacya między układami żyły wrotnej i głównej dolnej. Znalezione drogi oboczne określał i w końcu rysował prof. A. K. Bielousow. Operowane zwierzęta przedstawiał od czasu do czasu prof. A. W. Reprew.

„Zupełne podwiązanie żyły wrotnej u psa bez uprzedniego wszywania sieci wywołuje rychłą śmierć“.

„Wszywanie sieci w przednią ścianę brzuszną, tworząc drogę oboczną dla odpływu krwi z żyły wrotnej, pozwala zwierzęciu przetrzymać podwójne podwiązanie żyły wrotnej; jedno zupełne w środkowej części (powyżej połączenia z żyłą żołądkowo-śledzionową) i drugie niezupełne u wejścia żyły do wątroby. Przez pierwsze dni po tem podwiązaniu żyły psy są przygnębione, cierpią na krwotoki kiszkowe i puchlinę brzuszną, lecz potem stan ich się poprawia“.

„Powierzchowne żyły nadbrzuszne po wszyciu sieci w przednią ścianę brzuszną, a szczególnie po podwiązaniu żyły wrotnej, widocznie się rozszerzają, rozciągają i przepełniają się krwią. Sieć rozszerzonych żył skórnych u psa przypomina *caput medusae*, powstającą u człowieka przy marskości wątroby. Żyły sieci dużej, zrośniętej z przednią ścianą brzuszną, również się rozszerzają i przepełniają krwią. Pomiędzy niemi, żyłami ścian brzusznych i powierzchownemi nadbrzusznemi po niejakim czasie wytwarza się połączenie“.

„Na pomoc nowoutworzonemu krążeniu obocznemu po przez wszytą w przednią ścianę brzuszną sieć dużą po podwiązaniu żyły wrotnej powstają nowe, daleko prostsze drogi łączące pomiędzy układami żyły wrotnej i głównej dolnej. Drogi te powstają z połączeń, istniejących wcześniej, lecz mało rozwiniętych i nie są widoczne w prawidłowym stanie drobnych żył, łączących jeden układ z drugim. W doświadczeniach nad podwiązywaniem żyły wrotnej powiodło się znaleźć kilka takich zespoleń, utworzonych wskutek utrudnionego przepływu krwi w żyle wrotnej i łączących różne odcinki tej żyły z żyłą główną dolną i jej gałęziami. Wykryte przezemnie zespolenia pomiędzy oboma głównymi układami żylnymi jamy brzusznej potwierdzają badania Sappeya, który dowiódł, wbrew dość rozpowszechnionemu poglądowi, iż układ żyły wrotnej nie jest zamknięty i zupełnie odosobniony, lecz posiada połączenia z układem żyły głównej dolnej“.

Dzięki takiemu klinicznemu i doświadczalnemu opracowaniu tej sprawy operacya wszywania sieci, oparta na ścisłych anatomicznych, fizyologicznych i doświadczalnych danych, bywa wykonywaną coraz częściej i dotychczas (20/XII 1903) zdołałem zebrać 161 przypadków, w tej liczbie 52 z piśmiennictwa rosyjskiego. Oprócz tego wykonałem tę operacyę w przeciągu 4 lat ostatnich 8 razy (8. spostrzeżenie dra Bogajewskiego). Z pierwszych 3 przypadków już zdałem sprawę na I Zjeździe chirurgów rosyjskich. Pozwolę sobie pokrótce przytoczyć historye choroby operowanych przezemnie chorych.

1. Włościanka 45 l., nałogowa pijaczka. Operowana 20 X 1899. Typowa zanikowa postać marskości, wątroba o powierzchni drobnoziarnistej, z ostrym brzegiem, schowana pod żebra, z trudnością wyczuwalna. Powikłań w narządach wewnętrznych niema. Sieć wszyto w ranę otrzewnej i ściany brzusznej tak, że dotyka się zarówno podotrzewnej, jak i podskórnej tkanki. Zagojenie bez powikłań. 11-go dnia (po zdjęciu szwów) zrobiono nakłucie; powtarzać potem nakłuć nie było potrzeby. W grudniu r. 1900 już wyraźnie zaznaczał się splot żył skórnych, zmierzający ku bliźnie. Na 2 miesiące przedtem nagromadził się znowu w jamie brzusznej płyn, który został wessany. Z czasem naokoło rany brzusznej utworzyła się bardzo obfita podskórna sieć żylna, która była 2 razy źródłem bardzo silnych krwotoków. Po 2 latach znowu zaczęła się wytwarzać puchlina brzuszna, którą trzeba było wypuszczać trzy razy, po 10—12 litr. za każdym razem. Potem stan ogólny się polepszył. Wątroba (po nakłuciu) nie była macalna, śledziona zaś była znacznie powiększona. Ostatnie nakłucie wykonano 18 VI 1902; wypuszczono około 12 litr. płynu. Obecnie po 4 latach (grudzień 1903) chora żyje, puchliny niema.

2. Włościanin 40 l., do nadużywania wyskoku się nie przyznaje. Puchlina brzuszna powstała 14 miesięcy temu. Wątroba duża. Po operacyi w celu szybszego nagromadzenia płynu zrobiono nakłucie 16—21 dnia. Chory żył po operacyi (bez powtórnych nakłuć) 7 miesięcy.

3. Włościanin 45-letni; chory prawie od lat 2. Olbrzymia puchlina brzuszna. Po każdem nakłuciu co dobę płyn się zwiększa o litr. Wątroba nieduża, nie wystaje z pod żeber. Śledziona powiększona (we czworo). Operacya 30 X 1900 r. Z powodu szybkiego gromadzenia się płynu robiono nakłucia cotygodniowo. Chory opuścił klinikę, dalszy przebieg nieznany, jednak z góry można było przepowiedzieć niepomyślny.

4. Włościanka 44 l., chora od 5 lat. Do nadużywania wyskoku się nie przyznaje. Puchlina brzuszna w przeciągu dwu lat ostatnich powoli się zwiększa. Wątroba nieduża, twarda, brzegi ostre, znaczne zrosty z siecią. Śmierć na 7. dzień wskutek zapalenia otrzewnej, którego punktu wyjścia nie zdołano wykryć. Sekcya: Postać zanikowa marskości ze znacznem rozszerzeniem przewodów żółciowych i wytworzeniem się jamek, napełnionych żółcią. Liczne unaczynione zrosty sieci ze śledzioną, wątrobą, ścianą brzuszną i przeponą.

5. Włościanka 50 l., chora przeszło od roku; puchlina brzuszna, znaczny obrzęk nóg. W przeciągu pół roku wykonano 12 nakłuć. Wątroba nieduża, twarda, ukryta pod żebrami, brzegi jej zaokrąglone, otrzewna zgrubiała. Śledziona mała, sieć chuda i mała, źle rozwinięta. Przebieg pooperacyjny dobry. Jedno nakłucie 14 dnia (po zdjęciu szwów). Wypisana po 45 dniach. Zrobiono jeszcze dwa nakłucia. Na dalszy przebieg operacya nie wywarła skutku i po pół roku trzeba było robić nakłucia co tydzień. Śmierć w rok po operacyi.

6. Włościanin 32 l., chory od 2 lat. W przeciągu ostatniego roku zrobiono 7 nakłuć. Puchlina brzuszna, obrzęk trzew brzusznych. Otrzewna bardzo zgrubiała; łatwo się rwie. W tkance podotrzewnej znaczny rozwój naczyń; wątroba duża, wystaje na dłoń z pod żeber, brzeg jej zaokrąglony; zgrubienie trzew brzusznych. Wypisany po 34 dniach ze znacznem polepszeniem (po operacyi zrobiono 2 nakłucia).

7. Chora 47 l., choruje od 7 lat, 6 razy była w Karlsbadzie. Nie przebywała kiły, nie nadużywała wyskoku. Puchlina brzuszna. Płyn mocno żółtej barwy, ciężar właściw. 1012, białka 12 prc. Ostra żółtaczka. Operacya 31 I 1903 r. Wątroba powiększona, brzeg jej ostry, barwa ciemnowiśniowa, powierzchnia ziarnista; ziarna od wielkości prosa do wielkości grochu pokrywają całą powierzchnię wątroby; zbitość bardzo twarda. Trzewa brzuszne są zgrubiałe, pokryte białawemi bliznami. Żadnych guzów w wątrobie się nie wyczuwa, śledziona bardzo duża, twarda. Zaotrzewne gruczoły nie są macalne, sieć dobrze rozwinięta, obfituje w tłuszcz i naczynia. Po operacyi przebieg gojenia się gładki. Nakłucia 10. i 23. dnia. Puchlina brzuszna zwiększa się stopniowo. Chorą wypuszczono w stanie znacznego polepszenia.

Sposób, którego się trzymałem przy operacyi (jak operował Eiselsberg, nie podano w pierwszym przypadku Talmy) był następujący. Cięcie między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem, długie na 10—12 ctm. Opróżnienie jamy brzusznej z płynu i wysuszenie przy pomocy serwetek. Po zbadaniu wątroby i śledziony sieć wciągałem do rany brzusznej i na nią i na ścianę brzuszną nakładałem 4—6 grubych podwiązek których jednak nie zawiązywałem. Potem otrzewnę na brzegach rany zeskrobywałem łyżką lub nożem

i zszywałem szwem ciągłym, przytem sieć między obydwoma odcinkami otrzewnej ujmowałem w ten sposób, ażeby trochę wystawała, a więc stykała się z tkanką podotrzewną. Potem szyłem rozcięgna i skórę. Po nałożeniu szwu skórnego zaciągałem pierwsze szwy węzełkowe, mające na celu przyciągnąć sieć i na dużej przestrzeni zespolić ją z powierzchnią otrzewnej. Do wszystkich szwów oprócz pierwszego węzełkowego używałem jedwabiu i szwu ciągłego. Inni chirurdzy postępowali inaczej i tak:

1. Rolleston i Turner, zrobiwszy cięcie ukośne wzdłuż prawego brzegu żebrowego, wszywali w nie sieć i brzeg wątroby, założywszy poprzednio sieć pomiędzy przeponę i wypukłą powierzchnię wątroby.

2. Drummont i Morisson wszywali sieć w cięcie brzuszne, zeskrobując naprzód powierzchnię wątroby i śledziony, a potem poniżej pępka wkładali szklany dren.

3. Talma i Eiselsberg wszywali z początku sieć i pęcherzyk żółciowy w ranę brzuszną, lecz potem Eiselsberg w klinice Mikulicza postępował w ten sposób: wszywał sieć w kieszeń, utworzoną po oddzieleniu otrzewnej w pochwie prostego mięśnia brzusznego.

4. Podobnie jak Eiselsberg w późniejszych operacyach, postępował i Pascale, przyszywając sieć wzdłuż obydwóch brzegów rany (wyciąwszy pępek) do obnażonych mięśni prostych.

5. Schiassi, zrobiwszy cięcie pionowe wzdłuż prawego mięśnia prostego, przeprowadza jeszcze i poziome i oddzieliwszy skórnomięśniowy płat od otrzewnej, wszywa podeń sieć i zaszywa ranę nad siecią

6. Terrier, otworzywszy jamę brzuszną i rozwierając szeroko ranę, rozcina sieć nad jelitami i przyszywa ją w prawym i lewym rogu jamy brzusznej i w dole rany do otrzewnej ściennej. Potem zaszywając ranę w otrzewnej chwytał szwami także sieć.

Co się tyczy miejscowych powikłań po operacyi, to często zdarzało się zapalenie otrzewnej, powstające albo jako bezpośredni skutek operacyi, albo jako skutek zakażenia za pośrednictwem sączków w tych przypadkach, gdzie stosowano sączki; dlatego też obecnie sączkowanie jamy brzusznej zupełnie zarzucono.

W przypadku Frankego wytworzyło się zwężenie odźwiernika; przy sekcyi znaleziono przegięcie okrężnicy poprzecznej przez sieć, które utworzyło postronek, uciskający i dwunastnicę. Czasami po operacyi bywały wymioty krwawe (Pal) i krwawe stolce (Pascale), co Eiselsberg tłómaczył zatorami. Jako skutek dalszy mogą wytworzyć się przepukliny brzuszne.

Co się tyczy innych zaburzeń, to zdarzają się one dość często ze strony serca; oprócz tego opisano cały szereg objawów, wywołanych przez bezpośrednie przepływanie krwi z narządów brzusznych do żyły głównej bez pośrednictwa wątroby, a podobnych do objawów, stwierdzanych u zwierząt po wytworzeniu przetoki Ekka. Drummont i Morisson pierwsi zwrócili uwagę na kolejność objawów przygnębienia i podniecenia, wspominając o tem, iż takie objawy zdarzają się czasami i bez operacyi u chorych na marskość wątroby. U jednego z chorych Schiassiego po spożyciu pokarmu, obfitującego w białko, wystąpił obfity pot. Jednak objawy te nie są wcale groźne i prędko mijają, szczególnie przy podawaniu pokarmu, składającego się z węglowodanów, z wyłączeniem białka (Alexander, Bunge).

Z kolei rozpatrzyć należy wskazania i przeciwwskazania do operacyi Talmy.

By uzyskać dobry wynik, jest przedewszystkiem niezbędny staranny dobór przypadków i wraz z Talmą muszę powiedzieć, że operacyę jego wtedy należy wykonywać, kiedy czynność komórek wątrobnych jest jeszcze zachowana, t. j. należy operować w początkowych okresach marskości, kiedy nie nastąpił jeszcze zanik komórek wątrobnych, i o ile niema powikłań w zakresie innych narządów. Innymi słowy, operacyę Talmy należy wykonywać ile możności w początkowych okresach choroby, najpóźniej po dwu nakłuciach, ponieważ nakłucia, często powtarzane, obniżają odżywianie, zwiększając stratę materyi, a zmniejszenie ciśnienia podrażnia otrzewnę. Wczesna operacya jeszcze i dlatego czyni prawdopodobniejszem powodzenie, że niewyniszczony chory ma przed sobą czas dla rozwoju drożnych i stałych dróg obocznych, ponieważ doświadczenie w zakresie chirurgii brzusznej stwierdza, iż świeże zrosty są jeszcze źle unaczynione i dla rozwoju naczyń potrzeba tygodni i miesięcy. Bunge podaje następujące wskazania do operacyi: 1) zakrzep lub ucisk żyły wrotnej przez wytwory zapalenia (blizny) albo guzy; 2) postać zanikowa marskości (na pierwszym planie); 3) marskość zastoinowa; 4) rzekoma marskość pochodzenia osierdziowego (Pick); 5) wątroba lukrowana (*Zuckergussleber*). Do tych wskazań dodać należy jeszcze 6) powtarzające się krwotoki z żył przełyku i żołądka (wymioty krwawe), jeżeli przybierają groźny charakter, co częściej się zdarza w postaci przerostowej, niż zanikowej (Leport).

Co się tyczy przeciwwskazań, to Talma podaje następujące: „Operacya jest przeciwwskazana, o ile istnieje urobilinurya, żółtaczka, brak lub niedostatek żółci (*acholia, hypocholia*), *xantoma*, albo inne barwikowe zmiany skóry, wskazujące na poważne zaburzenia czynnościowe wątroby. Przeciwwskazaniem jest również, rzecz oczywista, wycieńczenie, zaburzenia czynności serca, nerek itd.

Wnioski:

1. Spostrzeżeniami klinicznemi stwierdzono przypadki samowyleczenia się puchliny brzusznej przy marskości wątroby wskutek rozwoju unaczynionych zrostów między wątrobą, śledzioną, siecią z jednej strony, a przeponą i ścianą brzuszną z drugiej, t. j. wskutek samorodnego rozwoju krążenia obocznego (przypadek Talmy: „Postać zanikowa marskości nigdyby nie wywołała puchliny brzusznej, jeżeliby rozwój wspomnianego krążenia dodatkowego nie spotykał zazwyczaj przeszkód, najczęściej nieprzezwyciężonych (Charcot).

2. Na to też wskazują i wyniki doświadczeń na zwierzętach (Schmitz). Wszywanie sieci dużej (w doświadczeniach prof. M. M. Kuzniecowa) w przednią ścianę brzuszną, tworząc drogę oboczną dla odpływu krwi z żyły wrotnej, pozwala zwierzęciu przetrzymać podwójne podwiązanie żyły wrotnej (jedno zupełne w części środkowej i drugie niezupełne u wejścia żyły wrotnej do wątroby). Na pomoc nowoutworzonemu krążeniu obocznemu powstają nowe, daleko prostsze połączenia pomiędzy układami żyły wrotnej i głównej dolnej, które powstają z istniejących już wcześniej, lecz słabo rozwiniętych i niewidocznych w stanie prawidłowym, drobnych żył, łączących jeden układ żylny z drugim (M. M. Kuzniecow).

3. Oparta na anatomicznych, fizyologicznych i doświadczalnych danych operacya wszywania sieci w przednią ścianę brzuszną (Talma, Drummond, Morisson i inni) jest celowym zabiegiem dla usunięcia zastoju w jamie brzusznej, a więc i puchliny brzusznej przy przerostowej postaci marskości wątroby. Stwierdzają to zarówno spostrzeżenia kliniczne (Talma), jak i wyżej przytoczone wyniki doświadczeń na zwierzętach (M. M. Kuzniecow).

4. Ażeby jednak operacya odniosła skutek, należy ją wykonywać we wcześniejszych okresach marskości wątroby, kiedy czynność komórek wątrobnych może jeszcze się poprawić i kiedy wątroba uległa jeszcze stosunkowo małym zmianom, a więc w okresie przerostowym marskości.

5. Przeciwwskazaniem do operacyi są, oprócz daleko posuniętej sprawy chorobowej, znacznego zmniejszenia wątroby (postać zanikowa marskości), żółtaczka, brak lub niedostatek żółci w jelitach (*acholia, hypocholia*) (Talma, Bunge Alexander), wreszcie ogólne osłabienie, cierpienia serca, nerek.

6. Różne sposoby przymocowania sieci nie mają, jak się zdaje, poważniejszego znaczenia dla wyników operacyi; zresztą dotąd jeszcze wykonano operacyi zbyt mało, by można ściśle ocenić wartość każdego sposobu oddzielnie. Dotychczas zalecano następujące sposoby: *a*) wszywanie sieci między wątrobą i przeponą (Rolleston i Turner). *b*) wszywanie sieci pod głębokiemi warstwami skóry (Pascale — wynik niepomyślny), *c*) wszywanie między otrzewnę a mięśnie (Schiassi, cięcie kształtu litery T.); *d*) przyszywanie do samej otrzewnej wewnątrz jamy brzusznej (Terrier, Alexander); *e*) wreszcie pierwszy ze sposobów Talmy-Eiselsberga: wszywanie w kieszeń mięśnia prostego i *f*) mój sposób: wszywanie sieci w ranę brzuszną. Sączek przy operacyi jest szkodliwy (droga zakażenia); lepiej odpowiadają celowi powtarzane nakłucia. Za granicą często operują w znieczuleniu kokainą, ja przekładam znieczulenie ogólne

7. Ze względu na technikę i powikłania operacya ta nie jest ani trudniejszą, ani niebezpieczniejszą, niż próbne nacięcie brzucha (M. M Kuzniecow).

8. Na podstawie zebranego materyału — 168 przypadków — dochodzę do następujących ogólnych wyników: wyzdrowienie 28,5%, polepszenie 17.9%. — ogółem pomyślnych wyników 46,4%; bez polepszenia 10%. śmierć 39.3%, — ogółem niepomyślnych wyników 49,3%; niewiadomo 4% Razem niepomyślnych wyników o 3% więcej. niż pomyślnych.

9. Jeżeli podzielić wszystkie przypadki na 3 grupy: 1) powiększenie wątroby (t. j. w początkowym okresie), 2) wątroba zmniejszona (postać zanikowa marskości) i 3) wątroba wielkości prawidłowej — albo autor nie podaje szczegółów o jej stanie, to otrzymamy następujące wyniki (patrz tabl):

A więc przy powiększeniu wątroby (grupa 1) odsetek pomyślnych wyników prawie się równa (o 6% więcej) odsetkowi wyników niepomyślnych; przy zmniejszonej zaś wątrobie (grupa 2) stosunek ten jest odwrotny i różnica bardzo wyraźna: wyników pomyślnych o 10% mniej, niżeli niepomyślnych; wreszcie w 3 grupie, gdzie wątroba była wielkości prawidłowej, albo nie podano szczegółów o jej wielkości, odsetki wyników są równe.

10. Stąd widać, iż, by uzyskać wyniki pomyślne, należy operować wcześnie — w okresie przerostowym marskości, lecz i wtedy tylko w połowie przypadków można liczyć na po-

Wyniki	Wyzdrowienie	Polepszenie	Niewiadomo	Bez polepszenia	Śmierć	Ogółem
1) Wątroba powiększona	16	10		5	19	
Ogółem	pomyśnych 26 = 50,98%		1	niepomyśln. 24 = 47,06%		51
2) Wątroba zmniejszona	18	11		7	29	
Ogółem	pomyślnych 29 = 42,03%		4	niepomyśln. 36 = 52 07%		69
3) Wątroba prawidłowa lub nic o niej nie powiedziano	14	19		5	18	
Ogółem	pomyślnych 23 = 47.92%		2	niepomyśln. 23 = 47.92		48
Wszystkich przypadków w %	48 28.57	30 17.76	7 4.17	17 10.12	66 39.28	168 100,00
Ogółem	78		niewiad. 7	niepomyśln. 83		168 — 100.00

wodzenie. Operacya usuwa puchlinę brzuszną. Wpływu jej na sprawę w samej wątrobie jeszcze nie można ściśle określić ze względu na brak danych po temu.

Źródła. 1) Talma. Berl. klin. Wochenschrift 1900. — 2) Charcot. Wykłady o chorobach wątroby i przewodów żółciowych. Ros. tłom. 1879, str. 24. — 3) Sappey. Recherches sur un point d'anatomie pathologique relatif á l'histoire de la cirrhose. — 4) Prof. M. M. Kuzniecow. Wracz, 1900.

* * *

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie (prymaryusz dr. Bogdanik).

O przekrwieniu biernem według Biera ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej.

Podał

Dr Artur Frommer

I sekundaryusz oddziału.

(Dokończenie.)

Te pomyślne wyniki skłoniły nas do zastosowania przekrwienia biernego przy zapaleniach ropnych, połączonych ze znacznem utrudnieniem w krążeniu, mimo dawniejszej przestrogi Biera[6]), aby przy tych stanach, pociągających za sobą w następstwie zwykle obumarcie tkanek, nie stosować wcale opaski zastoinowej, lub tylko bardzo ostrożnie, aby nie pogorszyć i tak już złych warunków krążenia. Po raz pierwszy zmuszeni byliśmy zastosować to leczenie w podobnych warunkach u chorego, który się nie chciał żadną miarą zgodzić na żaden większy zabieg operacyjny.

1) C., lat 40, robotnik kamieniarski; 15/VII. do 15/VIII. *Phlegmone gangraenosa manus dextrae.* Przed kilkunastu dniami stłukł się młotkiem w palec mały ręki prawej przy obciosywaniu kamienia. Po kilku dniach palec obrzękł wraz z całą dłonią. Dreszcze, gorączka, bolesność w przegubie łokciowym i barkowym. Wezwany lekarz wykonał nacięcie palca. Stan chorego mimoto nie poprawiał się, wobec czego zgłosił się chory na oddział chirurgiczny. 15/VII. Stan obecny. Skóra ostatnich dwu członków palca małego czarna; po stronie dłoniowej palca małego rana cięta długości około 4 cm., głęboko drążąca. Na dnie rany spostrzedz można obumarłe ścięgna, oraz obnażoną kość; dłoń i przedramię w znacznym stopniu obrzękłe,

[6]) Münch. med. Wochensch. Nr. VII, 1905.

skóra zaczerwieniona, naczynia limfatyczne szczególniej po stronie dłoniowej rozszerzone i zaczerwienione. Ciepłota 38°, gruczoły łokciowe i pachowe powiększone i bolesne. Ruchy bierne i czynne palców i ręki bolesne. Zastosowano przekrwienie bierne na 10 godz. dziennie. 20/VII. Obumarłe części poczynają się wyraźnie odgraniczać, na granicy ich występuje ziarnina różowa. Obrzęk kończyny mniejszy, na dłoni w przedłużeniu palca 5-tego wyraźny naciek, wypuklający skórę. Miejsce to przy dotknięciu bolesne, skóra na niem zaczerwieniona. Stan chorego lepszy, ruchy bierne i czynne palców i ręki mniej bolesne. 21/VII. W uśpieniu eterowem nacięto ropień na dłoni i odsłonięto zmienione, żółtawo przeświecające ścięgna. Przekrwienie bierne w dalszym ciągu 10 godz. dziennie. 25/VII. Obumarłe części skóry luźnie jeszcze przyczepione; drugi człon palca częściowo utrzymany, pokryty różową ziarniną. Rana na dłoni wypełnia się szybko, ziarnina prawidłowa, wydzielina skąpa, ciepłota prawidłowa. 3/VIII. Obrzęk kończyny ustąpił, rana na dłoni prawie zagojona; na utrzymanym drugim członku rozpoczyna się od brzegów zabliźnianie ubytku. 15/VIII. Chory opuszcza oddział z nieznaczną raną na palcu, ziarnującą prawidłowo.

2) S. Marya, lat 50. Chora od tygodnia. 22/VIII. Stan obecny: Dłoń lewa obrzękła i nacieкła, między palcem 5 i 4 po stronie dłoniowej rany pooperacyjne, z których wyglądają obumarłe części ścięgien; palec piąty siny i chłodny. Obrzęk powyżej dłoni nieco mniejszy, sięga aż do łokcia. Gruczoły pachowe obrzękłe. Ciepłota rano 38·4, wieczór 39·0. Opaska na 15 godzin dziennie przez tydzień. Ciepłota 23/VIII rano 36·7, wieczorem 37·8. 24/VIII. r. 37·5. w. 39·0. 25/VIII. r. 36·4, w. 38·2. Gorączka utrzymuje się aż do 2/IX, odtąd stan bezgorączkowy. 25/VIII. Bole, oraz obrzęk z dnia na dzień mniejsze. 30/VIII. Obrzęk ręki ustępuje. Ruchy bierne i czynne wróciły. Pierwszy człon palca 5-tego utrzymany, o brzegach różowych, przechodzi w zupełnie obumarłą i usychającą resztę palca. Kość obnażona, gładka. Przekrwienie na przeciąg 4 godzin dziennie. 3/IX. Stan chorej dobry, część zgorzelinowa oddzielona, rana zabliźnia się prawidłowo 10/IX. Chora opuszcza oddział wyleczona.

Przekrwienie bierne zapomocą przyrządów Bier-Klappa, opisanych już powyżej, stosowaliśmy dość często w zapaleniu ropnem tkanki gruczołowej, tkanki podskórnej, oraz przy wązkich przetokach ropiejących. Najlepsze wyniki osiągnęliśmy w zapaleniu ropnem gruczołu sutkowego. Tutaj powiodło się nam nieraz w samych początkach choroby usunąć cierpienie, nawet bez zabiegu operacyjnego. W przypadkach dłużej już trwających stosunkowo małe cięcie przy równoczesnem zastosowaniu przyrządu ssącego wystarczało do usunięcia cierpienia w czasie stosunkowo krótszym, niż przy zwykłym sposobie leczenia. Takie same wyniki mieliśmy w czyrakach, w zapaleniu gruczołów pachwinowych na tle wrzodu miękkiego. Odpowiednio do polecenia Klappa w dalej posuniętych przypadkach nacinaliśmy skórę, podminowaną przez naciek ropny, aspirując następnie przyrządem ssącym treść ropną przez 20—40 minut z przerwami. U chorych bojaźliwych, którzy nie chcieli się zgodzić na operacyę, stosowaliśmy przekrwienie sposobem Bier-Klappa bez nacięcia, poczem zwykle wytwarzał się w zmienionem miejscu na skórze otwór, przez który wydobywała się ropa, zmieszana z krwią. I tu przy stosowaniu przekrwienia biernego zapomocą baniek zauważyliśmy szybkie ograniczanie się sprawy zapalnej, przyczem bolesność rychło ustępowała. Przy leczeniu tem uważa Bier setonowanie rany za zbyteczne; istotnie stosując się do tych przepisów, nie zauważyliśmy zatrzymania się wydzieliny ropnej, które przy tamponowaniu rany nieraz się zdarza. Korzystniejsze od dawnych są też końcowe wyniki, odróżniające się od nich stosunkowo małą blizną, z prawie całkowitem utrzymaniem tkanek. Wobec stosunkowo łatwej techniki leczenia nie przytaczam tutaj poszczególnych przypadków, których znaczną liczbę leczyliśmy na naszym oddziale.

We wszystkich przypadkach ropnego zapalenia stwierdziliśmy, że przekrwienie bierne było zawsze lub prawie zawsze skuteczne. Najwybitniej uwydatniało się to w przypadkach, już poprzednio na oddziale lub gdzieindziej leczonych, w których objawy były ciężkie, a zastosowanie przekrwienia biernego w krótkim czasie zmieniało groźny obraz chorobowy.

W przypadkach świeżych zastosowanie tego leczenia wstrzymywało rozwój sprawy zapalnej w samym zarodku.

Od czasu stosowania opaski zastoinowej nie spostrzegaliśmy już ani razu nadżarcia naczyń z następowymi krwotokami, co dawniej często się przytrafiało Nie spostrzegaliśmy również tak częstych dotąd zesztywnień stawów.

Czas trwania choroby skracał się niepomiernie. Leczenie to okazało się nadzwyczaj korzystnem w przypadku powikłanego złamania goleni, w którym pomimo stwierdzonego zakażenia, po usunięciu sterczących odłamków zaszyliśmy ranę prawie całkowicie. Wynik był znakomity, jak to objaśni następująca historya choroby:

P., lat 18, robotnik, od 6/VII do 20/IX 1905. Przed kilkunastu godzinami uległ przejechaniu przez koła wozu, ciężko naładowanego. Stan obecny: W narządach wewnętrznych zmian stwierdzić nie można. Goleń lewy w dolnej ⅓ części obrzękły, przy dotknięciu bolesny, obrzęk sięga aż do stawu kolanowego, obejmując także i stopę. Ponad kostką wewnętrzną zwiesza się płat skóry z podstawą u góry długości 10 cm, szerokości mniejwięcej 8 cm. o poszarpanych brzegach. W miejscu obnażonem, wśród zmiażdżonych mięśni wystają strzaskane odłamki kostne. Stan ogólny ciężki. Ciepłota wieczorem 38·0. 6/VII. W uśpieniu chloroformowem ranę oczyszczono, wystające odłamki odjęto, płat skórny luźnie przyszyto, pozostawiając miejsce dla odpływu wydzieliny. Założono opaskę na 20 godzin dziennie. Opatrunek aseptyczny, kończynę ułożono luźnie na szynie. 7/VII. Ciepłota rano 38·5, wieczorem 39·0. Stan chorego ciężki, język suchy. 8/VII. Ciepłota jeszcze wysoka, chory czuje się jednak lepiej. Przy zmianie opatrunku zauważyć można obfity wypływ cuchnący; opatrunek wilgotny (roczyn fizyologiczny soli). opaska na 20 godzin dziennie. 11/VII. Ciepłota podgorączkowa, stan chorego lepszy, z rany jeszcze obfita wydzielina. Szwy trzymają. Opaska 20 godzin. 20/VII. Obrzęk jeszcze ciągle się utrzymuje. Ciepłota podgorączkowa; stan podmiotowy chorego lepszy. Odłamki się zrastają. 23/VII. W połowie goleni wytworzył się ropień, który otwarto. Po otwarciu wylała się znaczna ilość cuchnącej ropy, barwy brudnoczekoladowej, z obumarłemi częściami mięśni. Opatrunek powierzchowny. Opaska na 4 godz. dziennie. 10/VIII. Chory prawie wyleczony, obrzęk bardzo mały. Rana zabliźnia się prawidłowo. Leczenie zwykłe.

Dodatni wynik w tym przypadku potwierdzałby przypuszczenie **Biera**, że wczesne zastosowanie przekrwienia biernego nie pozwala rozszerzyć się miejscowemu zakażeniu. Stosowaliśmy także przekrwienie po zabiegach czystych, gdzie w szwach wyjątkowo wytwarzał się ropień. Tam nie rozpuszczaliśmy całkowicie szwów i mimo to pod działaniem przekrwienia ropienie ustępowało.

C) Zgorzel starcza i przedwczesna.

Pomyślne wyniki, które uzyskaliśmy w stanach zapalnych z następowem obumarciem zajętej tkanki, skłoniły nas do zastosowania tego leczenia w zgorzeli starczej oraz przedwczesnej Wobec nasuwających się różnych wątpliwości i obawy, aby pod wpływem opaski zastoinowej zgorzel starcza nie posunęła się wyżej, zastosowaliśmy to leczenie z największą ostrożnością po raz pierwszy u starca z ogólną miażdżycą tętnic. Tutaj jednak w daleko posuniętej zgorzeli kończyny dolnej uzyskaliśmy po kilkugodzinnem zastosowaniu opaski wynik zachęcający. Chory, który przedtem mimo ciągłego stosowania środków nasennych nie mógł nawet pół godziny przespać i prawdziwie wił się z bólu, po kilkugodzinnem stosowaniu przekrwienia biernego uspokoił

się i usnął na kilka godzin. W tym rozpaczliwym przypadku można było zauważyć dwoiste działanie przekrwienia, a mianowicie bole ustępowały, obumarłe części tkanek rychło oddzielały się, a na granicy rana się oczyszczała, pokrywając się różową ziarniną. Zachęceni tym wynikiem, stosowaliśmy to leczenie w podobnych przypadkach, skracając jednak czas przekrwienia na jedną do dwóch godzin dziennie.

Z przypadków tych przytaczam następujące:

1) D., lat 77, od 27/IX. do 8/X. *Gangraena senilis pedis sinistri.* Chory od dwu lat. Choroba rozpoczęła się uczuciem mrowienia w kończynach dolnych i ich osłabieniem, poczem pojawiło się znaczne zasinienie palców, szczególniej palca wielkiego. Przed 6 miesiącami zgłosił się chory na oddział chirurgiczny; po kilkomiesięcznem leczeniu zachowawczem zgorzel się ograniczyła, pociągając za sobą utratę palca wielkiego. 7/VIII. Opuścił oddział z raną niezagojoną. Obecnie zgłosił się na oddział z powodu nasilenia się stanu chorobowego i znacznych bolów w całej kończynie dolnej. 27/IX. Stan obecny: Chory licho odżywiony i zbudowany. Zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdzono. W moczu ślad białka. Stopa cała obrzękła, palca wielkiego brak. Na grzbiecie stopy po stronie palca wielkiego owrzodzenie wielkości pięciokoronówki o brzegach zczerniałych, pokryte gęstą, cuchnącą wydzieliną. Ostatni człon palca 3-ciego czarny, na obu kończynach dolnych tętna wyczuć nie można. Znaczne bole utrzymują się przez całą dobę mimo środków nasennych. 27/IX. Opaska zastoinowa 2 razy dnia po $^1/_2$ godziny; bolesność już pierwszego dnia znacznie mniejsza, chory spał w nocy. 30/IX. Kończyna cieplejsza, rana się oczyściła, brzegi i dno rany różowe, trzeci członek palca środkowego oddzielił się, bole zupełnie ustąpiły, apetyt coraz lepszy, sen dobry; chory czuje się dobrze. 3/X. Rany zabliźniły się prawie zupełnie, ruchy kończyną swobodne. Przekrwienia biernego zaprzestano. 8/X. Chory opuszcza oddział.

2) F. Teresa, lat 63, wyrobnica, od 11/IX. *Gangraena senilis pedis sinistri.* Chora od kilkunastu miesięcy. Choroba rozpoczęła się mrowieniem i ziębnięciem kończyny dolnej, bolami podczas chodzenia, we dnie wśród spokoju i w nocy. Po kilku tygodniach przy wzmagających się bolach palec wielki i drugi zesiniały, a następnie zczerniały. W marcu b. r. zgłosiła się chora na oddział chirurgiczny, gdzie wykonano częściową amputacyę obu palców. W lipcu opuściła oddział z raną jeszcze niezupełnie zgojoną. Bolesność kończyny jednak nie ustępowała tak, że chora już po 2 miesiącach zgłosiła się powtórnie na oddział. 11/IX. Stan obecny: Chora dobrze odżywiona i zbudowana. Chorób zakaźnych żadnych, jak podaje, nie przebywała. Stopa lewa obrzękła, ubytek palca 1-go i 2-go, okolica blizny pooperacyjnej czerwonawa, w miejscu tem owrzodzenie wielkości halerza, o brzegach sinych, pokryte gęstą, cuchnącą wydzieliną. Tętna na kończynie wykazać nie można. Chora skarży się na ustawiczne znaczne bole W moczu ślad białka. Zastosowano przekrwienie bierne na przeciąg 1 godziny dziennie. 13/IX. Bole ustąpiły, rana się oczyszcza, chora może spać. 5/X. Rana prawie zgojona, chora chodzi, czuje się zupełnie dobrze. Zaniechano zakładania opaski. 12/X. Bolesność wróciła, jakoteż i zaczerwienienie skóry. Zastosowano opaskę zastoinową na pół godziny dziennie. Obecnie (grudzień 1905) rany zagojone, bolesność ustąpiła, sprawa się nie odnowiła.

3) K. J., lat 29, wyrobnik, od 21/X. *Gangraena praesenilis pedis dextri.* Chory od dwu lat. W wywiadach podaje. Napojów wyskokowych nie nadużywał; przymiotu nie przechodził. W dzieciństwie miał przechodzić płonicę i błonicę. Żonaty od 3 lat. Jedno dziecko zdrowe. Przed 2 laty zauważył opuchnięcie i zasinienie palca wielkiego. Wobec wzmagających się bolów udał się do szpitala w Jarosławiu, gdzie przeleżał kilka miesięcy. Nie czując żadnej poprawy, wrócił do domu. Po kilku miesiącach rozwinęły się zmiany reszty palców, wskutek czego chory zgłosił się ponownie do szpitala w Jarosławiu, gdzie utracił wszystkie palce. 21/X. Stan obecny: Chory licho odżywiony i zbudowany. Zmian w narządach wewnętrznych wykryć nie można Brak połowy prawej stopy. Rana pokryta czarnym strupem. Kończyna przykurczona w stawie kolanowym, tętno niewyczuwalne. W moczu ślad białka. Zastosowano przekrwienie bierne 2 razy dziennie na pół godziny. 22/X. Znaczna ulga w bolach. Chory spał w nocy pierwszy raz od kilkunastu miesięcy. 26/X. Rana się oczyszcza; wydzielina już mniej cuchnie, stan chorego lepszy. 28/X. Strup oddzielił się całkowicie, rana granuluje różowo. Ruchy kończyną wracają. 10/XI. Chory czuje się bardzo dobrze; rana poczyna się zabliźniać, bole ustąpiły zupełnie. Obecnie (grudzień 1905) rany prawie zgojone.

4) Z., l. 75, konduktor kolejowy. Od kilku lat odczuwał mrowienie w obu kończynach dolnych. W ostatnich czasach pojawiły się znaczne bole stóp i wzdłuż łydek, szczególnie po stronie prawej, które wzmagały się coraz bardziej. Napojów wyskokowych nadużywał, przymiotu nie przechodził. Stan obecny 25/XI, 1905. Osobnik dobrze odżywiony i zbudowany. Miażdżyca tętnic wybitna. Zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdzono. Kończyny dolne, szczególniej prawa, chłodne, tętno niewyczuwalne. Stopa prawa obrzękła powyżej stawu skokowego, końce pierwszych 4 palców sinoczarne, zasinienie to obejmuje w dalszym ciągu prawie cały grzbiet stopy. W dolnej części goleni lekkie zaczerwienienie skóry, przyczem sieć naczyń limfatycznych występuje wyraźnie. Chory skarży się na znaczne bole, które pomimo podawania środków nasennych nie pozwalają mu ani na chwilę usnąć. W moczu ślad białka. 25/XI. Założono opaskę zastoinową przedpołudniem 2 razy po $^1/_2$ godziny. Bole nieco mniejsze. Wieczorem bolesność dawna wróciła, chory mimo znacznej dawki morfiny wije się z bolu. Opaska dwa razy po pół godziny. Bolesność mniejsza. Stan ten z małą odmianą trwał 3 dni; w tym czasie musieliśmy na własne żądanie chorego stosować przekrwienie z przerwami około 2—4 godzin dziennie. 28/XI. Bolesność prawie całkowicie ustąpiła, chory spał całą noc. Kończyna dolna cieplejsza, zasinienie z grzbietu stopy wyraźnie ustępuje. Palce jeszcze czarne. Opaska dwa razy po pół godziny na dobę. 30/XI. Stan chorego dobry. Zasinienie utrzymuje się jeszcze w obrębie ostatnich członków zajętych palców, przyczem powierzchowne warstwy skóry na palcach oddzielają się. Na obnażonych miejscach buja również ziarnina. Stopa ciepła, ruchy bierne i czynne swobodne. Z powodu bolesności kończyny lewej (bez zmian zapalnych), obecnie chłodniejszej od kończyny chorej, zastosowano i tutaj przekrwienie dwa razy po pół godziny na dobę. 15/XII. Stała poprawa Chory czuje się prawie zupełnie dobrze. Ostatnie członki palców jeszcze sine. Powierzchowne warstwy skóry dalej się oddzielają. Obnażone miejsca stopniowo zabliźniają się. Opaska dwa razy na dobę przez pół godziny. Kończyna lewa również mniej bolesna.

W końcu listopada zgłosiła się na nasz oddział chora ze zgorzelą stopy lewej na tle cukrzycy i z objawami ogólnego zakażenia (*febris continua*). I u tej chorej wynik był z początku korzystny, zgorzel ograniczyła się i dalej nie postępowała mimo, że była to najcięższa postać zgorzeli. Później jednak chora ta zmarła wskutek niepowstrzymanego postępu podstawowego cierpienia. Oto jej historya:

D. Marya, l. 60. Przed dwoma tygodniami utworzył się bez wiadomej przyczyny na lewej podeszwie wrzód, który szerzył się coraz bardziej wśród codziennych dreszczów i gorączki. Bole małe. 20/XI. 1905. Stan obecny. W narządach wewnętrznych żadnych poważniejszych zmian nie stwierdzono. Ciepłota 36·5 (rano), tętno 100. drobne, regularne, miażdżyca tętnic. Miejscowo, na stopie lewej wrzód zgorzelinowy, ciągnący się od nasady palucha na podeszwie i zajmujący cały paluch. Stopa cała obrzękła, powyżej stawu skokowego skóra zaczerwieniona. Tętno na obydwu stopach wyczuwalne. W moczu ślad białka, oraz 8 prc. cukru. Opaska zastoinowa rano i wieczór po pół godziny, oraz okład z fizyologicznego roztworu soli. 23/XI. Zaczerwienienie ustępuje, demarkacya wyraźna. Ciepłota rano 37·2, wieczór 38·2. 25/XI. Ciepłota rano 37, wieczór 39·5. Odtąd opaska dwa razy dziennie po godzinie. Obrzęk mierny utrzymuje się, zgorzel palucha coraz bardziej się ogranicza na granicy wyraźna ziarnina różowa. 30/XI. Ciepłota wieczorem stale wysoka około 39. Obrzęk spory utrzymuje się pod opaską. Cukru w moczu pół prc., białka ślad. 5/XII. Palec obumarły z łatwością usunięto, dno rany różowe, wśród niego przegląda koniec kości śródstopia; obrzęk kończyny stale się utrzymuje. 11/XII. Wzdłuż ścięgien po stronie zewnętrznej stopy i goleni wyraźne chełbotanie. Wytworzone ropnie otwarto, poczem gorączka spadła. Przekrwienie na 4 godziny dziennie. 14/XII. Chora nie gorączkuje, stan miejscowy lepszy, ogólny zawsze poważny. Odtąd stan chorej zaczął się coraz bardziej pogarszać, ilość cukru w moczu znowu się podniosła na 9 prc. 25/XII. *Exitus letalis.*

Zbierając krótko uzyskane przez nas wyniki, stwierdzić należy, że w gruźlicy stawów i kości niewątpliwym był korzystny wpływ przekrwienia Biera. Najlepsze wyniki dała ta metoda w gruźlicy stawów kończyny górnej, oraz stopy. Gruźlica kolana stanowi, jak to już Bier,

a za nim inni autorowie opisują, pewnego rodzaju wyjątek o tyle, że skuteczne leczenie tego stawu napotyka na większe trudności.

Równie korzystne wyniki uzyskaliśmy w ropnych zapaleniach stawów dużych, w zapaleniu ostrem szpiku kostnego kości długich oraz w ostrem zapaleniu wyrostka sutkowego wskutek zapalenia ucha środkowego. Bardzo dobre wyniki mieliśmy w nawrotowem zapaleniu szpiku kostnego i to u chorych, wielokrotnie już poprzednio operowanych, a jeszcze nie wyleczonych, jednem słowem, w przypadkach uporczywych. Wszyscy tacy chorzy, leczeni przekrwieniem biernem, wyszli ze szpitala uleczeni.

O tych przypadkach, w których otrzymaliśmy wyniki takie same, jak Bier, zapomocą takiego postępowania, jakie on zaleca, wspomniałem tylko krótko, gdyż klasyczne historye chorób wraz z badaniem bakteryologicznem podał już w swej wyczerpującej pracy sam Bier. Nieco obszerniej pozwoliłem sobie omówić te tylko przypadki, w których stosowałem leczenie nieco odmiennie. Tyczy się to przypadków ropienia tkanki podskórnej i ścięgien, w których w ostatnich czasach stosowaliśmy przekrwienie bierne na czas znacznie krótszy, a mianowicie przez 1 do 4 godzin dziennie. Także i w tych przypadkach zauważyliśmy nadzwyczaj dodatnie działanie przekrwienia. Takie skrócone stosowanie przekrwienia przedstawia znaczne korzyści, a mianowicie nie wywołuje ono nadmiernych obrzęków, które zaciemniają obraz i przebieg choroby, i pozwala na przychodnie leczenie chorych. Ten sposób stosowania przekrwienia wystarczył do ograniczenia sprawy zapalnej, poczem mniejszy stosunkowo zabieg chirurgiczny sprawę ostatecznie goił; przytem chorzy, u których po zdjęciu opaski występowały bole, łatwiej godzili się na taki zabieg, niż chorzy, u których dwudziestogodzinne, a nieraz i dłuższe stosowanie przekrwienia nieraz zupełnie usuwało bole.

Sposób Biera stosowaliśmy także w leczeniu następowem (doleczaniu) po sekwestrotomiach na kościach długich, oraz po trepanacyach wyrostka sutkowego. W przypadkach tych sposób Biera pozwalał na prawie zupełne zaszycie rany, oraz skracał wybitnie czas leczenia.

W ostatnich czasach skłoniły nas pomyślne wyniki, uzyskane tą metodą przy martwicy, towarzyszącej daleko posuniętym ropieniom tkanek, do stosowania tego leczenia i w zgorzeli przedwczesnej i starczej. W kilku przypadkach osiągnęliśmy i tutaj wyniki bardzo dobre, a mianowicie znaczne bole prawie zaraz ustępowały, sen wracał, miejscowo następowało rychlejsze odgraniczenie się zgorzeli, kończyna cała stawała się cieplejsza, wreszcie po oddzieleniu się części zgorzelinowej rana szybko się zabliźniała. Wynik ten uważam za bardzo dobry, bo, jak wiadomo, nie mamy dotąd żadnego pewnego sposobu leczenia tej sprawy. Pozwolę sobie dodać, że w przypadkach zgorzeli, (w której, o ile mi wiadomo, nikt przedemną leczenia przekrwieniem zastoinowem nie próbował), wstrzymałem się dla ścisłości obserwacyi od wszelkiego innego tak ogólnego, jak i miejscowego leczenia.

Dobre wyniki, które uzyskaliśmy w zgorzeli, zdołają może usunąć wreszcie przesadną obawę niektórych chirurgów przed stosowaniem tej metody, tem bardziej, że chorzy nasi byli bardzo na zdrowiu podupadli (białkomocz). Należy jednak zauważyć, że u naszych chorych nie było (prócz jednego, wyżej opisanego przypadku zgorzeli cukrzycowej) objawów ogólnego zakażenia; stopy ich były lekko obrzękłe, niebardzo zaczerwienione.

Winienem w końcu dodać, że pragnąc poznać zdanie twórcy metody o użytem przezemnie nieco odmiennem postępowaniu, przesłałem rękopism niniejszej pracy prof. Bierowi, który na to w liście z 22 lutego b. r., wystosowanym do kol. Stahra, pisze co następuje:

„W pracy Frommera zajęły mnie bardzo:

1) Doleczanie (Nachbehandlung) po sekwestrotomiach, które bezzwłocznie zaraz stosować zacznę.

2) Wyniki krótkotrwających zastojów w ropowicach. Stosowałem je z początku także, ale nie byłem z wyników zadowolony. Uważam jednak za bardzo pożądane dalsze w tym kierunku próby, bo stosowanie krótkotrwającego zastoju niezmiernie uprościłoby całe leczenie.

3) Radziłbym spróbować rany przypuszczalnie zakażone całkowicie zaszywać i niezwłocznie stosować zastój. Zajmuję się właśnie teraz takiemi i podobnemi próbami.

4) Zgorzel starczą leczyłem zarówno gorącem powietrzem, jak i (2 przypadki) przekrwieniem biernem z bardzo dobrym wynikiem.

5) W gruźlicy radzę zimne ropnie otwierać zawsze jaknajwcześniej".

Urofosfometr.

Podał

Dr Franciszek Bandrowski.

(Jarosław).

Często się trafia, że praktykujący lekarz chce prędko w przybliżeniu określić ilość kwasu fosforowego w moczu chorego, a ponieważ bez szczegółowego rozbioru jest to prawie niemożliwe, niejednokrotnie musi wyrzec się wyniku. Podobnie praktyczny fizyolog i analityk nie zawsze może przekonać się natychmiast o ilości kwasu fosforowego w moczu i musi się w przypadkach nagłych zadowolnić określeniem »powiększony« lub »pomniejszony«, lecz wówczas, jak wiemy, badanie jest tylko jakościowem, przybliżonem, nie uprawniającem wcale do żadnych wniosków. Bieg oznaczeń analitycznych na drodze miareczkowej jest wprawdzie dokładny, jednak nie zawsze i nie dla każdego przystępny, wymaga on przedewszystkiem płynów mianowanych, pipety, biurety, odpowiedniej wprawy, no i czasu, jednem słowem wymaga odpowiedniego przygotowania. A tymczasem wynik takiego dokładnego rozbioru nie stoi w należytym stosunku do wymogów, ponieważ rozbiór ilościowy mniej dokładny będzie miał dla lekarza takie samo znaczenie. Wszakże lekarzowi zależy tylko na stwierdzeniu, czy ilość kwasu fosforowego jest bardzo powiększona lub zmniejszona, a gdy takie ostateczności nie zachodzą, nawet i powagi lekarskie nie przypisują wielkiego znaczenia kwasowi fosforowemu, z czego wynika, że mniej dokładne oznaczenie kwasu fosforowego na rozpoznanie wcale nie wpływa.

Przeciwnie, byłoby bardzo pożądanem, aby istniał sposób szybkiego, ale dostatecznie dokładnego oznaczenia kwasu fosforowego, któregoby można użyć zarówno w tych przypadkach, w których zależy na pospiechu, jak i w przypadkach, w których chodzi o oznaczenie tegoż kwasu w moczu jednego i tego samego chorego w pewnych odstępach czasu — albowiem koszta tak szybkiego badania są bez porównania mniejsze ,a powiększony koszt badań bywa przyczyną zupełnego zaniechania rozbioru. Rozumie się, że częstsze badania mogą zawczasu zapobiec grożącej chorobie. Aby uzupełnić lukę, istniejącą w tym kierunku, i aby umożliwić ogółowi lekarzy szybkie i dostatecznie dokładne oznaczenie kwasu fosforowego w moczu, obmyśliłem osobny przyrządzik, zwany »urofosfometrem«, przy pomocy którego można badanie moczu co do kwasu fosforowego w przeciągu 10—15 minut wykonać.

Zasada przyrządu jest prosta i opiera się na wolumetrycznem oznaczeniu osadu fosforomolybdenowego, wydzielającego się z moczu pod działaniem rozczynu molybdenowego. Urofosfometr przypomina albuminimetr Essbacha w swej zasadzie, lecz jest o tyle dokładniejszy od niego, że z powodu ziarnistości osadu inne wpływy, jak: ciepłota, stężenie płynu, ciśnienie itd. nie mają znaczenia. Prócz tego przyrządem tym posługiwać się może każdy, nawet i laik, bo sposób użycia jest łatwy i prosty. Oznaczenia można wykonać w domu przy łóżku chorego bez osobnych przygotowań i bez osobnych przyrządów, a bardzo szybko. Zamiast lampki spirytusowej wystarczy i płomień świecy celem ogrzania płynów. Sądzę, że urofosfometr będzie stanowił pożyteczny nabytek dla wszystkich, zajmujących się rozbiorami moczu, którym zależy na szybkiem, a dostatecznie dokładnem oznaczeniu kwasu fosforowego w moczu.

Opis przyrządu. Składa się on z grubościennej rurki szklanej, mającej w świetle 2 mm. — rurka jest 12 cm długa i rozszerza się u góry w lejek prostościenny o średnicy 2 cm. Wązka rurka dolna zaopatrzona jest w podziałkę milimetrową, wyrytą na szkle, a odstępy centymetrowe posiadają liczby, oznaczające kwas fosforowy w miligramach. Rurka szklana z podziałką zamknięta jest u dołu korkiem szklanym (czopkiem), łatwo dającym się wyjmować i spoczywa pionowo w odpowiedniej podstawce.

Sposób użycia. Przy pomocy pipety wlewa się od 1—10 centym. sześciennych badanego moczu (stosownie do ciężaru gatunkowego) — do zwykłej probierki szklanej, dodaje połowę objętości rozczynu molybdenowego, ogrzewa ostrożnie niezupełnie do wrzenia nad płomykiem lampki gazowej, spirytusowej lub innym — aż się nie wydzieli osad zbity, ziarnisty, barwy zielonej, a płyn nie stanie się ciemno-zielonym i przeźroczystym. Wydzielanie osadu wymaga około pół minuty czasu. Osad wraz z płynem wstrząsamy w próbówce i wlewamy szybko do górnego lejka urofosfometru, w którym on się zbija w rurce kalibrowanej w rodzaj słupa o barwie zielonej. Poczem uchylamy nieco czopek szklany u dołu, dla wypuszczenia powietrza i obniżenia słupa osadu, aż do punktu zerowego, a gdy to się osiągnie, zamykamy natychmiast czopkiem rurkę u dołu. Należy uważać, aby przytem nic z osadu nie uronić na zewnątrz. Odstawiwszy przyrządzik na bok, odczytujemy po 10—15 minutach wysokość zajętego przez osad słupa, pamiętając o tem, że 100 kresek podziałki odpowiada 7·2 miligr. kwasu fosforowego. Płyn ponad osadem powinien być zielony i przeźroczysty. Obliczenie jest następujące: podzieliwszy znalezioną ilość miligramów kwasu fosforowego przez ilość użytych centymetrów sześciennych danego moczu, otrzymujemy wprost ilość kwasu fosforowego, wyrażoną w gramach w jednym litrze moczu badanego. I tak n. p. jeżeli znajdziemy, że dwa centymetry sześcienne moczu zawierają 3.6 miligr. kwasu fosforowego, to w jednym litrze moczu znajduje się $\frac{3·6}{2}$ = 1·8 gram. tegoż kwasu jako P_2O_5.

Mocz o wysokim ciężarze gatunkowym lepiej jest rozcieńczyć wodą podwójnie, a mocz białkowy należy przed użyciem uwolnić od białka przez zagotowanie. Metoda ta jest dostatecznie dokładną i mało co ustępuje zwykłym dobrym ilościowym oznaczeniom, a cechuje ją szybkość wykonania.

Urofosfometr mego pomysłu wyrabia obecnie wyłącznie firma W. I. Rohrbeck's Nachfolger, Wien I. Kärntnerstrasse 59 i dołącza do przyrządu próbówki, pipetę i roztwór molibdenowy.

Oceny i sprawozdania.

Brunon Czaplicki (stud. med.): **Zarys bakteryologii krwi.** Łódź 1906. Stron 134.

W dziełku, zatytułowanem skromnie zarysem, przedstawia autor kolejno w części ogólnej sposoby przenikania bakteryi do krwi, zapatrywania na odporność wrodzoną i nabytą, serodyagnostykę (aglutyniny, precypityny, hemo- i bakteryolizyny), powstawanie ropnicy, posocznicy, zakażeń mieszanych, wreszcie metodykę badania krwi. W części szczegółowej znajdujemy zwięzły opis badania krwi co do wszystkich ważniejszych, napotykanych w niej w stanach chorobowych mikrobów.

Dziełko zawiera mnóstwo bardzo cennych dla klinicysty wskazówek i zasługuje na rozpowszechnienie. Dla polskiego czytelnika bardzo jest pożądaną i zasługuje na uznanie okoliczność, że autor uwzględnił piśmiennictwo polskie wyczerpująco i aż do prac najświeższych, t. j. do roku 1905. Piśmiennictwo obce nie mogło oczywiście być uwzględnione równie dokładnie. Niemile uderzają w pracy błędy językowe (»za wyjątkiem«, »przy nieśmiertelnie przebiegających zakażeniach«, »ciepłochwiejny« i »ciepłostały« w znaczeniu: wytrzymujący i niewytrzymujący ogrzania, »paciorkowce od szkarlatyny« i t. d.). *Lewkowicz.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Gilbert i Herscher. **Żółcica** (*cholaemia*) **fizyologiczna.** (*Presse méd.* Nr. 26 i 27, 1906). Za ciało barwiące, w surowicy krwi ludzkiej zawarte, uważają autorowie bilirubinę. Luteina, dotąd powszechnie za substancyę barwiącą surowicy krwi uważana, posiada charakterystyczne widmo, którego ani surowica ludzka, ani końska nie tworzą. Natomiast surowice krwi ptaków, jak gołębia, koguta i kaczki, zawierają luteinę obok małych ilości bilirubiny. Obok braku widma luteiny przemawia dalej za obecnością bilirubiny w surowicy krwi odczyn Hayema; polega on na powstawaniu obrączki błękitnej, gdy na surowicę w warstwie grubości 1 cm. nalejemy kwasu azotowego, zawierającego kwas azotawy. Autorowie stwierdzili, że odczyn Hayema jest ostatnim śladem odczynu Gmelina, gdy bilirubina znajduje się w rozcieńczeniu 1: 40.000. W takiem zatem rozcieńczeniu znajduje się bilirubina w surowicy, za czem zresztą przemawia stopień zabarwienia. W grubej warstwie, np. w cylinderku, surowica ludzka daje z kwasem azotowym typowy odczyn Gmelina. — Ilościowe oznaczenie bilirubiny w surowicy oparli autorowie na tem, że odczyn Hayema występuje przy rozcieńczeniu bilirubiny nie niższem, niż 1: 40.000. Poniżej tej granicy odczyn się nie zjawia. Rozcieńczając zatem surowicę zapomocą sztucznie sporządzonej surowicy z białka kurzego można, doprowadzając stopniowo rozcieńczenie aż do zniknięcia odczynu Hayema oznaczyć ilość bilirubiny w surowicy. Średnio surowica krwi ludzkiej zawiera bilirubiny 1: 36.500, co odpowiada 0,027 gr. bilirubiny w litrze surowicy. Także ilość bilirubiny zawarta jest w 80 gr. żółci. Najwięcej bilirubiny znajduje się we krwi rano naczczo, najniższy stopień bilirubinemii przypada między 5—7 godz. po obiedzie. W surowicy krwi ciężarnych ilość bilirubiny się zwiększa do 1: 33.000. Bilirubina ta pochodzi z ciała płodu; surowica bowiem krwi z pępowiny zawiera bilirubiny 1: 10.000, we krwi zaś noworodka ilość bilirubiny dosięga 1: 6,350. Tem też tłómaczy autor zmiany barwikowe u ciężarnych i urobilinuryę w ciąży z jednej strony, charakterystyczną zaś cerę noworodków, podobną do żółtaczkowej, choć w istocie nie żółtaczkową, z drugiej strony. *Dr. Mostowski.*

Dor. **Sporotrichosis.** (*Presse méd.* Nr. 30, 1906). Autor opisuje przypadek licznych ropni podskórnych, powstających kolejno w różnych miejscach ciała z wyjątkiem kończyn dolnych od kolana w dół i kończyn górnych od łokcia w dół. Wszystkie ropnie były usadowione w tkance podpowięziowej lub podmięśniowej, goiły się bardzo łatwo po wypuszczeniu ropy, ale równocześnie uporczywie pojawiały się w coraz to innej części ciała, tak że jedna i ta sama chora przebyła 23 ropni w przeciągu trzech miesięcy. Pomimo tego stan ogólny był stosunkowo dobry, co nie licowało z zakażeniem ropnem. Badanie bakteryologiczne wykryło jako czynnik zakaźny pasorzyta, należącego do grupy *trichomycetes*, nazywanego *sporotrichum*, stojącego w pośrodku między *streptotrix*, a *trichophyton*. Punktem wyjścia zakażenia było gardło, skaleczone połkniętą szpilką, a jeszcze więcej następowem jej wyjęciem. Jest to czwarty przypadek *sporotrichosis*, dotychczas opisany. *Mostowski.*

Prof. A. Korányi. **O wpływie jodu na adrenalinę wywołaną miażdżycę tętnic.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 17). Autor wstrzykiwał 23 królikom do żyły adrenalinę w przerwach 2—4-dniowych. Dawka każdorazowa wynosiła 0,15 adrenaliny. Jedenastu królikom ze wspomnianych 23, po każdorazowem wstrzyknięciu adrenaliny do żyły wstrzyknięto nadto pod skórę 2 lub 3 ctm.³ 10 prc. rozczynu jodypiny. — W tętnicy głównej królików, którym wstrzykiwano tylko adrenalinę, we wszystkich przypadkach były zmiany nieraz w stopniu bardzo wybitnym (duże, liczne tętniaki). Natomiast tętnica główna królików, którym wstrzyknięto także samą liczbę dawek adrenaliny, lecz prócz tego wstrzykiwano jodypinę, w 8 przypadkach nie uległa zgoła żadnym zmianom, a w 3 pozostałych powstały zmiany, które nie doprowadziły jednak w żadnym przypadku do wytworzenia się tętniaków. *A. Wrzosek.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Schüle. **O oznaczaniu dolnej granicy żołądka ze szczególnem uwzględnieniem radyografii.** (*Archiv für Verdauungskrankh.* Tom XI

Zeszyt 6). Schüle zestawia wyniki badań metodami dotychczas używanemi, t. j. zapomocą wydymania naczczo i opukiwania żołądka pełnego, z wynikami radyografii. Sprawą tą zajmował się Rieder głównie ze stanowiska fizyologii; autor ma na względzie klinikę. Przed doświadczeniem otrzymują chorzy porcyę kleiku lub purée kartoflane z bizmutem. U chorych chudszych. o budowie wątlejszej, obrazy wypadają oczywiście wyraźniej tak, że samo prześwietlenie wystarcza. O ile w pewnych przypadkach granice zdjęć zgadzają się zupełnie z granicami, oznaczonemi opukiwaniem, o tyle w niektórych błędy, wynikające z opukiwania, są nieraz bardzo znaczne. Przy wydymaniu często wprowadza się do żołądka zadużo gazu i wtedy oczywiście rozpoznaje się rozszerzenie żołądka, chociaż go właściwie niema. Dalej jest tu powodem pomyłek i to, że poprzecznica, leżąca bardzo często ponad żołądkiem, przy wydymaniu przesuwa się ku górze, dając obraz rzekomego rozszerzenia. Najpewniejsze wyniki daje dzisiaj radyografia; zapomocą niej możemy się przekonać nietylko o położeniu narządu, ale i śledzić jego sprawność mięśniową, na co żadna z metod dotychczasowych nie dozwalała. (Ryciny). *Łapiński.*

Doc. Schütz. **O obrazach radyologicznych przy raku żołądka.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr. 14). Po Riederze, który pierwszy wpadł na pomysł podawania mieszanki bizmutowej w celu otrzymania rentgenogramów, badania szybko postępowały, udoskonalone głównie przez Holzknechta i jego szkołę. Autor zestawia 11 przypadków, wyłącznie raka żołądka, stwierdzonych bądź to przez operacyę, bądź przy sekcyi. — Przy prześwietlaniu powstają rozmaite obrazy, najznamienniejsze przy zwężeniach odźwiernika. Mianowicie wypełnia się podaną mieszanką głównie trzon żołądka, dając w tem miejscu cień; zależnie od sprawy nowotworowej cień kończy się ostro lub w postaci rogów, odpowiadających krzywiźnie małej i wielkiej; przy delikatnie wykonywanem miesieniu (*effleurage*) treść bizmutowa przechodzi dalej, a radyogram się zmienia: rogi zbliżają się ku sobie, tworząc pierścień. Po zaniechaniu miesienia powraca obraz pierwotny. Zależnie od rozmiarów zwężenia widać w części, przed zwężeniem leżącej, więcej lub mniej żywe ruchy robaczkowe. — Wogóle na podstawie dotychczasowych doświadczeń można powiedzieć, że przy nowotworach trzonu żołądka powstają obrazy nierówne, wielopostaciowe; przy nowotworach części odźwiernikowej obrazy zygzakowate, przy których brak znamiennych ruchów robaczkowych odźwiernika. Dotychczasowe wyniki nie uprawniają jeszcze do rozpoznania w takich przypadkach nowotworu. Holzknecht wyraża się przezornie, mówiąc w swej pracy tylko o „raumbeengende Bildung“. Podobny obraz może powstać przy wrzodzie okrągłym, zwłaszcza o brzegach naciekłych, zgrubiałych, dalej przy zwężeniu wskutek blizny lub też wskutek ucisku od zewnątrz. Ale radyoskopia ma tę wyższość nad dotychczasowemi metodami, że: 1. pozwala nietylko rozpoznawać zwężenie w tym okresie, w którym niema jeszcze klinicznych objawów, ale i określić dokładnie jego położenie i rozmiar; 2. pozwala ocenić sprawność części przed zwężeniem leżącej, a to na podstawie ruchów robaczkowych; 3. pozwala określić dokładnie siedzibę guza i określić napewno jego związek z żołądkiem. *Łapiński.*

Calabrese. **Szmer skurczowy niepowikłanej niedomykalności zastawek tętnicy głównej.** (*Presse méd.* Nr. 28, 1906). Autor zbija zdanie Couto, jakoby szmer skurczowy w niepowikłanej niedomykalności zastawek tętnicy głównej powstawał przez wiry, wywołane dostawaniem się krwi pod wysokiem ciśnieniem z tętnicy głównej do komory lewej w okresie skurczu utajonego. Po pierwsze krew w tętnicy głównej w okresie skurczu jest pod bardzo nizkiem ciśnieniem, skoro mogła w czasie skurczu cofnąć się do tętnicy głównej, co zresztą udowodniono doświadczalnie i o czem świadczy obraz tętna; po drugie okres utajonego skurczu w wadzie wspomnianej wcale nie istnieje, na co znowu wskazuje sfigmograficzny obraz tętna, oraz to, że skurcz serca na kardyogramie i początek fali tętna na sfigmogramie równocześnie się zaczynają, która to współczesność stanowczo wyłącza obecność okresu utajonego skurczu; po trzecie, gdybyśmy nawet przyjęli tłómaczenie Couto, szmer skurczowy byłby wywołany przez ten sam czynnik, co szmer rozkurczowy, musiałby zatem charakteryzować się, jako jego nieprzerwany ciąg dalszy i mieć ten sam charakter, co szmer rozkurczowy, co nie odpowiada rzeczywistości. Również odpowiadając okresowi skurczu utajonego, mógłby trwać zaledwie $^1/_{10}$ sekundy, w rzeczywistości trwa znacznie dłużej. Wreszcie szmer skurczowy rozszerza się nietylko ku dołowi, ale i ku górze, nawet na tętnice szyi, co znowu nie zgadza się z teoryą Couto. Autor tłómaczy powstawanie szmeru skurczowego przechodzeniem krwi z pod wysokiego ciśnienia w komorze do rozszerzonej tętnicy głównej. w której panuje bardzo nizkie ciśnienie. Przy ruchu cieczy jakiejkolwiek w warunkach podobnych zawsze powstają wiry, znamionujące się pewnemi zjawiskami słuchowemi. Ten sposób tłómaczenia stoi w zgodzie z faktem, że przy hyposystolii szmer skurczowy słabnie, a nawet znika, przy zwiększeniu sprawności mięśnia sercowego znowu występuje i staje się głośniejszy. O ile niema rozszerzenia tętnicy głównej, szmer może być wywołany przez zmiany miażdżycowe wsierdzia, jak niemniej przez stwardnienie i mniejszą podatność zastawek, w którym to przypadku mechanizm powstawania szmeru jest taki sam, jak przy zwężeniu ujścia tętniczego, choć właściwe zwężenie może nie istnieć wcale. *Dr. Mostowski.*

Breton. **Kwas tyminowy.** (*Presse méd.* 1906, Nr. 27). Ponieważ sole kwasu moczowego pod wpływem kwasu węglowego stają się nierozpuszczalnemi, trudno przypuścić, aby kwas moczowy w postaci soli znajdował się we krwi w rozczynie. Szukano zatem nieznanego ciała, które kwas moczowy utrzymuje w rozczynie. Według Minkowskiego ciałem tem jest kwas tyminowy, którego substancyą macierzystą są nukleiny, a który sztucznie można otrzymać przez działanie gorącej wody na kwas nukleinowy. Ponieważ za ciało macierzyste kwasu moczowego musimy uznać także tylko nukleiny, przy rozkładzie zapomocą kwasów dają one bowiem ciała purynowe, które w ustroju utleniają się na kwas moczowy, zatem kwas tyminowy tworzyłby się z tego samego źródła i zawsze równocześnie z kwasem moczowym. Dlatego kwas moczowy w ustroju zdrowym może i w większych ilościach krążyć we krwi, nie tworząc strątów, gdyż znajduje pod dostatkiem kwasu tyminowego który go utrzymuje w rozczynie, zmieniając własności kwasu moczowego w ten sposób, że kwas solny go nie strąca, co można także sztucznie w probówce wykonać. Różnica między stanem fizyologicznym, a stanem chorobowym, nazwanym skazą moczanową, polega według Schmolla na tem, że w skazie moczanowej kwas moczowy tworzy się przez syntezę z ciał, nie dających w prawidłowych warunkach kwasu moczowego, które nadto przy rozkładzie nie oddzielają kwasu tyminowego. Takiemi ciałami są paranukleiny, które, jak np. kazeina, rzeczywiście u chorych na dnę znacznie zwiększają ilość kwasu moczowego w moczu. Tworzący się syntetycznie kwas moczowy nie znajduje dostatecznej ilości kwasu tyminowego i krąży w postaci łatwo strącalnej, wywołując znane objawy skazy moczanowej. Dlatego w ostatnich czasach zalecają kwas tyminowy jako lek przeciwko skazie moczanowej. Autor wykonał doświadczenia z kwasem tyminowym, wyrabianym przez firmę Clin pod nazwą „solurol“ w kołaczykach po 0,25 gr. Autor podawał po 3—4 tabletki dziennie w ciężkich przypadkach zmian w stawach i kolki nerkowej. Nawet u ciężko chorych zauważył znaczną poprawę, t. j. całkowite ustąpienie kolki, znikanie kwasu moczowego, tworzącego złogi, wogóle poprawa zarówno stanu ogólnego, jak i zmian miejscowych była znaczna. *Dr. Mostowski.*

Pariset. **Sposób przedmiotowego mierzenia ciśnienia tętniczego przy równoczesnem użyciu zmodyfikowanego sfigmografu Dudgeona.** (*Presse méd.* Nr. 30, 1906). Autor zmodyfikował sfigmograf Dudgeona. Palec jednej ręki, zatrzymujący bieg sfigmografu, kładzie się w otwór z przodu, palcem drugiej ręki przyciska się do tętnicy powyżej ampułkę sfigmomanometru Potaina; wychylenie wskazówki sfigmografu pozwala dokładnie ocenić, przy jakiem ciśnieniu manometrycznym właśnie ciśnienie opada do swej dolnej granicy, kreślonej przez sfigmograf. Przyrząd ten pozwala osiągnąć wyniki przedmiotowe, a nadto może być obsługiwany obu rękami, gdy przy innych przyrządach dwa palce jednej ręki muszą wykonywać różne czynności. *Dr. Mostowski.*

Krause. **Wymoczki w stolcach durowych.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 86, Z. 4 i 5). Przy rozmaitych chorobach przewodu pokarmowego znajdują się w stolcach różne pierwotniaki; wiciowcom, jakie się czasem spotyka w stolcach durowych, poświęcił osobną pracę Janowski (w *Zeitschrift f. klin. Med.* 1897). Obecnie autor opisuje nowy, nieznany dotąd rodzaj wymoczka, t. zw. *balantidium giganteum*, który spotykał w stolcach chorego na dur, a różniący się od znanego *balantidium coli* (Malmsten) lub *balantidium coli minutum* (Schaudinn) przedewszystkiem wielkością (długość 0·09—0·4 mm., szerokość 0·06—0·15 mm.) i niektórymi drobnymi szczegółami budowy. Razem z *b. giganteum* znajdowała się w stolcach w tym samym przypadku ogromna ilość rzęsistka jelitowego (*trichomonas intestinalis*) z grupy wiciowców. *Wilczyński.*

Sick. **Powstawanie kwasu mlecznego przy raku żołądka.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 86, Z. 4 i 5). W treści żołądkowej w przypadkach raka żołądka spotyka się stale długie laseczniki, jednakże obecność ich jeszcze nie dowodzi bezwzględnie raka, gdyż znajdują się one także i w innych cierpieniach żołądka, połączonych z obniżeniem się HCl. Ważniejsze znaczenie rozpoznawcze przypisywane bywa powszechnie pojawianiu się większych ilości kwasu mlecznego; znaną jest rzeczą, że przy zwykłej niedo-

modze ruchowej i wydzielniczej spotyka się długie laseczniki w znacznej liczbie, nie wykrywa się jednakże większych ilości kwasu mlecznego. Z okoliczności, że przy raku żołądka długie laseczniki tworzą kwas mleczny, w innych zaś stanach chorobowych, połączonych z niedomogą wydzielniczą i ruchową nie, — należało z góry już wnosić, że między wzrostem i rozpadem raka, a wymianą materyi i fermentacyą laseczników istnieje jakiś nieznany związek. Chcąc zbadać dokładniej biologiczne i biochemiczne własności długich laseczników, autor hodował je na różnych pożywkach. Z doświadczeń jego wynika przedewszystkiem, że do wzrostu laseczników w hodowli konieczną jest obecność ciał białkowych: przy skąpym ich dodatku wytwarza się bardzo mało kwasów i to głównie lotnych tłuszczowych, kwasu mlecznego powstaje bardzo mało; natomiast, jeśli pożywki zawierają nieco surowicy krwi, a szczególnie, jeśli zawierają wyciąg z nowotworu rakowego, wówczas kwasu mlecznego wytwarza się dużo. *Wilczyński.*

PEDYATRYA. Ganghofner. **Zastosowanie lecznicze tuberkuliny u dzieci.** (*Verh. der XXII Vers. d. Gesell. f. Kinderh.*). Autor stosował tuberkulinę u 12 dzieci, u których zapomocą wstrzyknięcia próbnego rozpoznano gruźlicę. Stosował tylko dawną tuberkulinę Kocha, rozpoczynając od bardzo małych dawek $^1/_{100}$—$^5/_{100}$ mg. i unikając wszelkiego silniejszego odczynu. Dzieci znosiły to leczenie dobrze, o czem świadczył przybytek na wadze i dobre wyglądanie. Co się tyczy samego działania leczniczego, to uważa G. statystykę swoją za zbyt szczupłą, ażeby módz coś stanowczego powiedzieć; w każdym razie uważa, iż środek ten zasługuje na dalsze próby. *T. Żeleński.*

C. Binz. **Euchinina i aristochina w krztuścu.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 15, 1906). Autor już w r. 1868 zalecał w krztuścu duże dawki chininy, jako środka, który łagodzi napady i czyni je rzadszemi. Spostrzeżenia z praktyki prywatnej, w których środek ten rzekomo zawiódł, przyjmuje B. ostrożnie, gdyż dzieci biorą chininę z powodu jej smaku niechętnie, stąd leczenie rzadko bywa przez rodziców z należytą konsekwencyą przeprowadzone. Działanie chininy tłómaczy B. bezpośrednio wpływem na nieznane nam dziś zarazki krztuśca (zatem podobnie, jak w zimnicy). nie zaś obniżeniem pobudliwości nerwowej. O ile dzieci niechętnie chininę zażywają, o tyle ją bardzo dobrze znoszą nawet w dużych dawkach i przez dłuższy przeciąg czasu, przyczem jednak trzeba pamiętać o możliwości idyosynkrazyi. Te same korzyści, co przy leczeniu chininą, stwierdził autor, podając euchininę i aristochinę, przewyższające chininę tem, że nie mają owej przykrej goryczy. Najlepszym sposobem podawania jest mieszanie leku ze sproszkowaną czekoladą lub cukrem i podawanie na sucho; nie należy podawać w kwaskowatych syropach, gdyż wówczas lek rozpuszcza się nieco i nadaje lekarstwu smak gorzkawy. *T. Żeleński.*

Roeder. **Gruźlica płuc w wieku szkolnym.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 13, 1906). Baczniejszą uwagę na gruźlicę płuc w wieku szkolnym zwrócono dopiero w ostatnich latach, przyczem już dotychczasowe spostrzeżenia stwierdziły dowodnie, iż cierpienie to w tym właśnie wieku ma szczególnie ważne znaczenie. Gdy do 5. roku życia choroba ta zajmuje czwarte z rzędu miejsce pod względem częstości jako przyczyna śmierci, to w wieku od 6—10 roku przesuwa się na trzecie, a od 11—15 na pierwsze, stając się najczęstszą przyczyną śmierci dziatwy szkolnej. Tak jak choroby zakaźne stanowią najgroźniejsze niebezpieczeństwo dla dzieci w wieku przedszkolnym, tak znowu w wieku szkolnym gruźlica płuc tworzy największe niebezpieczeństwo i wymaga najenergiczniejszego zapobiegania. Stosunek płci jest tutaj odwrotny, niż u dorosłych, gdzie gruźlica jest znacznie częstszą u mężczyzn: tutaj przeciwnie u dziewcząt jest znacznie większy odsetek śmiertelności. Objawy gruźlicy płuc w tym wieku są czasem bardzo niewyraźne i dają się stwierdzić tylko przy ścisłem i uważnem badaniu. Niekiedy przebiega cierpienie skrycie, np. pod postacią nieżytu oskrzeli lub pod pozorami objawów żołądkowych i dopiero nagle rozwijające się zapalenie opon mózgowych odsłania istotę choroby. Podmiotowe objawy również mogą być nieznaczne; nieraz lekarz ze zdziwieniem stwierdza rozległe zmiany u dzieci, które bez przerwy uczęszczały do szkoły i nie uskarżały się na żadne cierpienia. Jako źródło zakażenia można stwierdzić najczęściej gruźlicę w najbliższej rodzinie, przyczem zarażenie się przez obcowanie ma większe znaczenie, niż obciążenie dziedziczne. Szczególnie niekorzystne jest, jak statystyki Berlina dowiodły, mieszkanie większej liczby osób w jednej izbie. Bardzo sprzyja rozwojowi gruźlicy wadliwa budowa ławek szkolnych i niedostateczne przewietrzanie klas. Celem zapobiegania szerzeniu się gruźlicy w wieku szkolnym zaleca autor następujące środki: 1) Systematyczne badania wszystkich dzieci szkolnych celem usuwania gruźliczych i podejrzanych, 2) pouczanie o niebezpieczeństwach gruźlicy, 3) oddawanie dzieci chorych do zakładów leczniczych, 4) stwarzanie lecznic chorób płucnych dla dzieci, 5) umieszczanie po ukończeniu leczenia dzieci w koloniach letnich, lub w szkołach, zakładanych w tym celu na wsi lub w lesie, 6) nadzór nad choremi i podejrzanemi aż do opuszczenia szkoły, 7) badanie wszystkich uczniów przy ukończeniu szkoły i zaprowadzenie odpowiednich świadectw zdrowia. *T. Żeleński.*

Bernheim-Karrer. **Przyczynek do poznania przypadków śmierci przy wyprysku.** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 62, grudzień, 1905). Autor opisuje trzy przypadki przewlekłego sączącego wyprysku skóry czaszki i twarzy u niemowląt. W pierwszym bez jakichkolwiek ważniejszych, klinicznie stwierdzić się dających powikłań nastąpiła nagle śmierć. Badanie stwierdziło ogólne zakażenie gronkowcami (skóra policzków, gruczoły szyjne, krew z serca, wątroba, śledziona), ogniska zapalne na wsierdziu i w mięśniu sercowym. W drugim przypadku wystąpił zapad, jednak dziecko przyszło do siebie i wyzdrowiało. W trzecim zmiany sercowe i zejście śmiertelne odnosi autor do zapalenia zrazikowego płuc, wywołanego przez paciorkowce. Autor przechodzi krytycznie tłómaczenia nagłej śmierci u dzieci, dowodzi, jak mało są one uzasadnione, podnosi, że trzeba w takich przypadkach zwrócić szczególniejszą uwagę na zmiany w sercu, przyczem nie wystarcza badanie gołem okiem, lub badanie jednego tylko odcinka serca. Klinicznie w przypadkach, w których stany tężyczkowe są wyłączone, ważne jest udowodnienie, że dziecko przebyło jakąkolwiek zakaźną chorobę, (przedewszystkiem dur brzuszny lub błonicę), która mogła przejść niepostrzeżenie, a pozostawić zmiany w mięśniu sercowym. Autor podaje opis przypadku, w którym prawdopodobnie po przebyciu nierozpoznanej błonicy (siostra przebyła błonicę), nastąpiła nagle śmierć. Badanie mikroskopowe serca wykryło rozległe śródmiąższowe zapalenie mięśnia sercowego. Za chorobę zakaźną należy także uważać wyprysk sączący u niemowląt z powodu stałej obecności mikrobów ropnych w wysięku. Nierzadko też stwierdzamy w takich przypadkach powiększenie się gruczołów szyjnych, podwyższenie się ciepłoty, białkomocz, niedokrwistość. Również mogą wytworzyć się zmiany w mięśniu sercowym. *Lewkowicz.*

Cruchet i Lepage. **Prątek Kocha w stolcach dziecka: jego znaczenie rozpoznawcze.** (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, grudzień, 1905). Autor zwraca uwagę na trudności rozpoznania gruźlicy płuc u dzieci młodszych i na niemożebność zebrania plwociny do roku 7—8, dzieci ją bowiem połykają. Badanie plwociny można z dobrym skutkiem zastąpić badaniem stolca na prątki gruźlicze po dwukrotnem scentryfugowaniu sposobem Strassburgora Odrobinę stolca wielkości ziarnka grochu, rozmąca się z kilku cm.³ wody, centryfuguje przez 30 sekund, zlewa ostrożnie płyn mętny, pozostawia zaś części stałe. Na jedną część płynu dodaje się dwie części wyskoku 95 prc., centryfuguje znowu przez 30 sekund, a sporządzone z osadu preparaty barwi się na prątki gruźlicze i jak najstaranniej przeszukuje. *Lewkowicz.*

Nobécourt, Leven i Merklen. **Ciężar ciała i mocz w odrze.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, grudzień, 1905). Ciężar ciała opada w pierwszych dniach choroby, mimo że wydzielanie moczu jest zmniejszone. Po kilku dniach ilość moczu podnosi się, równocześnie podnosi się także lub utrzymuje na równi ciężar ciała. Mocznik wydziela się w małej ilości w pierwszym okresie choroby, następnie zaś w ilościach stosunkowo znacznych. Wydzielanie chlorków zależne jest od wprowadzania tych ciał z pokarmami.

Lewkowicz.

NEUROLOGIA. Plavec. **O padaczce ruchowej małej.** (*Neurolog. Centralblatt* 1906, Nr. 3, 4, 5). Autor opisuje przypadek, w którym obok typowych napadów swoistej padaczki pojawiały się od czasu do czasu skurcze stałe (toniczne) lewej połowy twarzy i języka, gdy drgawki ograniczały się do okrężnego mięśnia oka, oraz do dźwigaczy lewego kąta ust. Na podstawie długoletniej obserwacyi swego przypadku, oraz przypadków, zaczerpniętych z piśmiennictwa, dochodzi autor do wniosku, że mogą obok siebie istnieć u jednego i tego samego osobnika różne postacie padaczki, które występują jużto jednocześnie, już też każda dla siebie, zależnie od tego, jaka w danej chwili działa przyczyna. Różnica polegałaby na charakterze skurczów, oraz na bardzo rzadko występującej utracie przytomności przy padaczce korowej, czyli częściowej; natomiast w padaczce swoistej utrata przytomności jest zjawiskiem stałem. Obok nich pojawiać się jeszcze może u tego samego osobnika i padaczka odruchowa, która znowu głównie od przyczyny ją wywołującej zależy. *Schudmak.*

Näcke. **O kile i porażeniu postępującem w Bośnii.** (*Neurol. Centralblatt* Nr. 4, 1906). Badania bardzo obfitego materyału kiły w Bośnii i Hercogowinie, gdzie choroba ta jest bardzo rozpowszechniona, po największej części fałszywie lub wcale nie

leczona i gdzie postacie złośliwe nie należą do rzadkości, doprowadziły autora do wniosku, że porażenie postępujące, tak rzadko w tych krajach spostrzegane, musi mieć przyczynę nie w kile samej, tylko w odpowiedniej swoistej, po największej części wrodzonej skłonności mózgu, przy której kiła odgrywa taką samą rolę, jak np. fizyczne lub moralne urazy, wyskok itp. Zdaje się nawet, że kiła rzadko przedstawia ostateczny czynnik przyczynowy porażenia postępującego, a raczej tylko podtrzymuje lub nawet wzmacnia skłonność, osobnikowi właściwą, tak że ostatecznymi czynnikami, chorobę wywołującymi, są z reguły wpływy inne, po największej części natury psychicznej. *Schudmak.*

Kalischer. **O środku nasennym „proponalu".** (*Neurolog. Centralblatt* Nr. 5, 1906). Autor stosował proponal w kołaczykach po 0·1 gr. i doszedł do wniosku, że jako środek nasenny może mieć proponal swoje znaczenie dopiero w dawkach większych, t. j. od 0·4—0·6 gr. Sen następował zazwyczaj już po kwadransie do godziny, a trwał 4—7 godzin. Następowe działanie proponalu jest po obudzeniu się ze snu mniejsze, aniżeli weronalu, po którym nierzadko po większych nieco dawkach, oraz u osobników starszych ze zwapnieniem naczyń zdarza się uczucie zajęcia głowy i ociężałość. *Schudmak.*

Hübner. **W sprawie stosunku kiły do wiądu rdzenia i porażenia postępującego.** (*Neurolog. Centralblatt* Nr. 6. 1906). Statystyka, jaką autor zestawił co do tej sprawy, wskazuje, że twierdzenie szkoły Erb-Fourniera, jakoby wiąd rdzenia i porażenie postępujące u kobiet publicznych, dotkniętych po największej części kiłą, należały do rzadkości, nie odpowiada rzeczywistości, gdyż liczby, jakie autor przytacza, dowodzą, że choroby te są u prostytutek częstsze, aniżeli wogóle dotychczas mylnie przyjmowano. I tak n. p. przytacza H., że na 41 zmarłych w zakładzie Herzberge prostytutek stwierdzono 24 razy klinicznie, oraz sekcyą porażenie postępujące, a zatem u 58 prc., zaś wiąd rdzenia, oraz kiłę mózgowo-rdzeniową u dalszych 29 prc. — Następnie porusza autor sprawę niepłodności u kobiet, dotkniętych wiądem lub porażeniem postępującem. Częstość niepłodności u tych chorych tworzy niezbity dowód, że tak niepłodność, jak i choroby omawiane (t. j. wiąd i porażenie) muszą mieć przyczynę wspólną, t. j. kiłę. Wreszcie przytacza H. szereg historyi chorób, dowodzących, że w rodzinach, których członkowie przechodzili najrozmaitsze wstrząśnienia psychiczne, tylko ci zapadali na wiąd lub porażenie postępujące, którzy dotknięci byli kiłą; natomiast niezarażeni pozostawali zdrowi, mimo, że urazy psychiczne były u nich daleko silniejsze. *Schudmak.*

Osterwald. **Przyczynek do rozpoznania wągra w czwartej komorze.** (*Neurolog. Centralblatt* Nr. 6, 1906). Mimo zdania Küchenmeistera, że przy cierpieniu mózgowem dopiero wtedy myśleć wolno o rozpoznaniu wągra, kiedy, go w innych narządach wykryć można, usiłuje autor zwrócić uwagę na podstawie klinicznie spostrzeganych 2 przypadków na najważniejsze znamiona, wyszczególniające tę chorobę i umożliwiające rozpoznanie wtedy, kiedy brak pomocniczych danych ze strony innych narządów. Do tych znamion zalicza autor okresowe powracanie długotrwałych objawów ogólnych, znamiennych dla nowotworów mózgu, naprzemian z okresami pozornego zupełnego zdrowia, dalej związek ścisły, zachodzący między zawrotami głowy, a zmianą jej ułożenia, również brak lub niewyraźne występowanie innych podmiotowych objawów, wreszcie nagłą śmierć, która do najstalszych prawie należy zjawisk. Różnica rozpoznawcza, jakaby klinicznie zachodziła między wągrem wolnym, a wągrem, do ścian komory mózgowej przyczepionym, nie da się jeszcze na razie określić. *Schudmak.*

Dunger. **O moczniCowem zapaleniu nerwów.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 16). Przypadek o tyle godny wzmianki, że dotąd nie opisano zapalenia nerwów, jako powikłania zapalenia nerek i moczniCy. Zapalenie nerwów dotyczyło z początku całego splotu barkowego po jednej stronie, szybko jednak ograniczyło się do nerwu pośrodkowego (*medianus*). Sprawie towarzyszyła silna bolesność dotykowa pnia nerwowego, parestezye i zaniki odpowiednich mięśni. *Dr. M. Godlewski.*

Bumke. **O nieruchomości źrenic w czasie napadu histerycznego.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 16). Typowego objawu Argyll-Robertsona nie spotykamy nigdy w histeryi, natomiast w bardzo rzadkich przypadkach spotykamy zupełną, t. j. tak na światło, jak i na akomodacyę nieruchomość źrenic. W tych przypadkach częściej bywają źrenice rozszerzane, niż zwężone. Dla przekonania się, czy rozszerzenie, połączenie z brakiem oddziaływania, zależy od kurczu rozszerzacza, czy też od porażenia zwieracza, użył autor w jednym przypadku zakraplania naprzemian kokainy i homatropiny bezpośrednio przed napadem histerycznym, który zapomocą poddawania łatwo się dawał wywołać. Działanie kokainy polega na podrażnieniu mięśnia rozszerzającego źrenicę, działanie homatropiny na porażeniu zwieracza źrenicy. Ponieważ działanie kokainy sumowało się z rozszerzeniem źrenic wśród napadu, źrenice zaś rozszerzone pod działaniem homatropiny już się w czasie napadu nie zmieniały, — widocznie więc zmiany w źrenicach w czasie napadu histerycznego są niejako takie, jak te, które wywołuje homatropina. To też zahamowanie, czy też zmniejszenie pobudliwości ośrodka zwieracza źrenicy uważa autor za przyczynę nieruchomości źrenic, która, chociaż bardzo wyjątkowo, w czasie napadu histerycznego wydarzyć się może. *Dr. M. Godlewski.*

Lilienstein. **Przyczynek do nauki o zużywaniu się (nerwu) przez nadmierną czynność.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 16). Według teoryi Edingera skutkiem nadmiernej czynności może dojść nawet do zaniku pewnego nerwu i tem samem do zaniku mięśni, przez ten nerw unerwionych. Zmiany te nastąpią zwłaszcza wtedy, jeżeli już przedtem z jakichkolwiekbądź powodów nerw ten, czy wogóle układ nerwowy znajdował się w nieprawidłowych warunkach. Ciekawem jest to, że w takim razie zwyrodnieniu ulegają te właśnie nerwy, których czynność była szczególnie silna. Zaniki w wiądzie rdzenia odnosi autor również do czynnościowego nadużycia. L. popiera teoryę Edingera spostrzeżeniami na chorych. Przy porażeniu ołowiczem stale prawie zajęty bywa nerw promieniowy; natomiast w przypadku L. porażenie dotyczyło n. łokciowego, ponieważ chory wykonywał pracę, przy której wytężały się szczególnie mięśnie, przez ten właśnie nerw zaopatrywane. *Dr. M. Godlewski.*

Lewandowsky. **Uwagi o przykurczeniach przy porażeniu połowiczem.** (*Zeitschr. f. Nervenheilk.* T. 29, Z. 3—5). Według Wernickego i Manna nie podlegają wszystkie mięśnie w równej mierze porażeniu, a względnie przykurczeniu przy połowiczych porażeniach; tak n. p. może mięsień obniżający łopatkę prawidłowo działać, gdy jej dźwigacz uległ zupełnemu porażeniu; podobny stosunek zachodzi pomiędzy mięśniami dolnej kończyny. Według spostrzeżeń Manna przykurczenia dotyczą przeważnie mięśni, porażeniem niezupełnie lub wcale nie dotkniętych; Mann, van Gehuchten i autor przekonali się, iż przy zupełnem porażeniu dwóch mięśni przeciwniczych lub całej kończyny przykurczeń niema. — Podobnie, jak Mann i Wernicke, przyjmuje L. istnienie pewnych typów przykurczeń, jak przykurczenie zginaczy kończyny górnej, a przeciwnie prostowników, napotykane prawie zawsze w kończynie dolnej. Wychodząc z założenia, iż kończyny zupełnie porażone nie ulegają zwykle przykurczeniom i że z drugiej strony jakieś bodźce odgrywają rolę przy dowolnych ruchach mięśni przykurczonych, zastanawia się L., czy te bodźce natrafiają na jakiś narząd środkowy o wzmożonej pobudliwości, a jeśli tak jest, gdzie się znajduje ów narząd i co jest przyczyną tej pobudliwości nieprawidłowej? Wbrew ogólnie przyjętym zapatrywaniom sądzi L. na podstawie własnych spostrzeżeń, iż ów narząd leży w obrębie kory mózgowej i że z niego przenoszą się podniety drogą włókien torebki wewnętrznej jeszcze utrzymanych na narządy drugorzędne. Gdyby bowiem połączenie między nimi a korą było całkowicie przerwane, nie przyszłoby wcale do przykurczeń. Zbijając zapatrywanie Wernickego co do przyczyny wzmożonej pobudliwości twierdzi L., że we wszystkich porażeniach połowiczych utrzymują się zarówno włókna, rządzące ruchami prostowników, jak też i zginaczy, że więc żadne z nich nie ulegają zupełnemu zniszczeniu, mimo iż zachodzą grube różnice w czynności poszczególnych gromad mięśniowych. Prawdopodobnie i czucie mięśniowe (szczególnie u tabetyków) ma wpływ przyczynowy. Tak zboczenia tegoż czucia, jak też i bierne ułożenie kończyny mogą przyczynić się do powstania przykurczeń; to twierdzenie objaśnia L. spostrzeżeniem własnem, tyczącem się chorego ze stałem przykurczeniem prostowników kończyny górnej, u którego jednak po odpowiedniem ułożeniu tejże kończyny powstało skurczenie zginaczy, utrzymujące się później przez pewien czas. Według autora objaw ten, — odpowiadający w zasadzie zaburzeniu, opisanemu przez Babińskiego pod nazwą diadokokinezya, — nie powstaje li tylko od ruchowo, ale także wskutek dowolnej innerwacyi, choć niezupełnie świadomej. Tenże pierwiastek czynny wydaje się autorowi być jednym z ważniejszych czynników, rozstrzygających o ukształtowaniu się późniejszem porażenia, a względnie przykurczenia; drugim takim czynnikiem jest tamowanie mięśni przeciwniczych, spowodowane właśnie przykurczeniem. *Korn.*

CHIRURGIA. Romme. **Usypianie i usypianie siebie samego mieszaniną Schleicha.** (*Presse méd.* Nr. 27, 1906). Autor zdaje sprawę o najnowszym sposobie usypiania, podanym przez Schleicha. Używa się do tego mieszaniny, złożonej z 2 części chlorku etylu, 4 cz. chloroformu, 12 cz. eteru. Punkt wrzenia tej mieszaniny jest 38°, prężność pary tej mieszaniny równa się prężności powietrza w płucach. Ta właściwość mieszaniny jest przyczyną, że

mieszanina ta nie jest trującą. Chloroform bowiem działa według Schleicha dlatego trująco, że z powodu wysokiego punktu wrzenia pary jego z trudnością tylko i powoli opuszczają krew ustroju; eter zaś według Schleicha dlatego działa trująco, że posiadając nizki punkt wrzenia, uchodzi pod wysokiem ciśnieniem we krwi, przez co ma utrudniać uchodzenie bezwodnika kwasu węglowego. Na 15.000 przypadków uśpienia tą mieszaniną jeden tylko przypadek był nieszczęśliwy, a to wskutek nierozsądnego prowadzenia uśpienia. Wady serca, nawet niewyrównane, nie stanowią przeciwwskazania wobec bezwzględnej nieszkodliwości środka. Autor radzi używać tej mieszaniny do autonarkozy dla rannych na wojnie lub przy nieszczęśliwych wypadkach np. w fabrykach. Schleich sporządził w tym celu pudełka aluminiowe, szczelnie zamknięte, zawierające tampon waty, napojony 50 gr. mieszaniny. Ranny żołnierz mógłby z łatwością sam się uśpić, 50 gr. bowiem zwykle do uśpienia wystarcza. Podobnie przy wypadkach, n. p. w fabrykach lub teatrach, lekarz, czy ktokolwiek, pilnujący tych pudełek narkotycznych, mógłby uśpić rannych, oszczędzając im bólu przy przenoszeniu do szpitala i założeniu pierwszego opatrunku. *Dr. Mostowski.*

Krecke. **Czy możemy rozpoznać ciężkie przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego, wymagające niezwłocznej operacyi?** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 15, 1906). Na mocy swej statystyki autor stara się udowodnić, że niemal zawsze można z objawów klinicznych rozpoznać ciężkie zmiany wyrostka robaczkowego, wymagające niezwłocznej operacyi. Wskazówkami takiemi są pewne bardzo typowe objawy kliniczne. W pierwszym rzędzie bolesne napięcie powłok brzusznych pojawia się przy ciężkiem zapaleniu wyrostka prawie stale, a naodwrót brak napięcia pozwala wyłączyć poważniejsze cierpienie wyrostka. Na 24 przypadków ciężkiego zapalenia wyrostka, operowanych przez autora, nie było napięcia tylko w 3, lecz tutaj inne objawy dozwoliły rozpoznać ciężką sprawę. Z innych objawów tętno ponad 100 jest również według autora wskazaniem (u dorosłych) do niezwłocznej operacyi, jednakże tętno wolne nie wyłącza jeszcze ciężkiego zapalenia. Podobnie uporczywe wymioty dowodzą ciężkiego zapalenia, równie jak i silne bardzo bole, dlatego też nie należy podawać odrazu narkotyków, gdyż zacierają one obraz chorobowy. Gorączka nie daje natomiast żadnych wskazówek; bywa ona często przy łekkich zmianach wysoką, a przy zajęciu otrzewnej i przedziurawieniu nizką. Podobnież i opukiwanie nie dostarcza często żadnych danych. Natomiast oddech przyspieszony, piersiowy, towarzyszy często ciężkim sprawom. Liczeniu ciałek białych autor nie przyznaje wielkiej wagi. Jeden z wymienionych objawów niepomyślnych powinien zawsze więcej zaważyć na szali rokowania, niż reszta pomyślnych. W razie rozpoznania »*appendicitis destructiva*« należy w przeciągu 2 godzin przystąpić do zabiegu. *A. Klęsk.*

Rieder. **Przyczynek do rozpoznawania ropni płuc.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 17, 1906). Rozróżniamy 3 rodzaje ropni płuc: *a*) z zachłyśnięcia się, *b*) z zatoru powstałe, *c*) w przebiegu chorób zakaźnych jako powikłania. Autor zajmuje się tym trzecim rodzajem ropni. Charakteryzują się one ograniczonem stłumieniem odgłosu opukowego, brakiem oddechu oskrzelowego, nieregularnemi wzniesieniami ciepłoty i długiem trwaniem sprawy chorobowej. Dotąd rozpoznać mogliśmy ropień napewne jedynie tylko w przypadku przebicia się jego do jednego z większych oskrzeli, przyczem ciepłota spada, chory odkrztusza wielką ilość ropnej plwociny, w której prócz ciałek ropnych wykryć można jeszcze włókna elastyczne, cząstki tkanki płucnej i kryształki hematoidyny, cholestearyny i kwasów tłuszczowych. Po przebiciu się ropnia, w miejscu jego siedziby występują typowe objawy kliniczne jam płucnych. Często jednak sprawa tak nie przebiega i rozpoznanie napotyka na wielkie trudności. W przypadkach takich nieocenione usługi oddaje fotografia Röntgenowska, jak tego autor dowodzi na kilku rycinach spostrzeganych przez siebie 2 przypadków. W jednym z nich można było nawet spostrzegać utworzenie się drugiego ropnia w czasie obserwacyi. W rozpoznaniu różniczkowem mogą wchodzić w rachubę otorbiony wysięk opłucny lub otorbiona odma piersiowa i jamy gruźlicze, tu jednak inne objawy kliniczne przychodzą z pomocą. Ropnie tego rodzaju leczą się zwykle same bez zabiegu operacyjnego, pozostawiając po sobie blizny, które nieraz na stole sekcyjnym uważa się za pozostałości starej sprawy gruźliczej. *A. Klęsk.*

Grad. **Leczenie wymiotów po chloroformie wstrzykiwaniami ergotyny.** (*Revue franç. de médec. et de chirurg.* Nr. 6, 1905). Celem zapobieżenia nudnościom i wymiotom w uśpieniu chloroformowem i po niem poleca autor gorąco wstrzyknięcie na początku uśpienia i zaraz po niem każdym razem po 0,65 ergotyny. *A. Klęsk.*

Tomaszewskij. **W sprawie leczenia ostrych zakaźnych chorób chirurgicznych przekrwieniem zastoinowem.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 12). Autor stosował w klinice chirurgicznej (Ptbg.) przekrwienie zastoinowe według Biera w 65 przypadkach, a mianowicie: w 22 przypadkach czyraka, 2 ciężkiego czyraka (*carbunculus*), 14 ropni i zapaleń gruczołów chłonnych różnego pochodzenia, w 15 przyp. ropowicy, 5 zapalenia sutków, 5 zanokcicy, w 1 wrzodu wargi górnej, wreszcie w 1 przypadku przetoki na palcu po ranie postrzałowej. Opaskę elastyczną zakłada się na 18—20 godzin, możliwie najdalej od miejsca chorego; koniecznie jest tak zwane „czerwone“ przekrwienie w przeciągu całego czasu, bo tylko takie „czerwone“ przekrwienie działa skutecznie; przekrwienie zaś „sine“ lub „chłodne“ działa ujemnie. Ciepłota skóry części ciała, ulegającej przekrwieniu, powinna być wyższą od prawidłowej, a w żadnym razie nie niższą; po nałożeniu opaski ból powinien zupełnie zniknąć lub zmniejszyć się; posiedzenia powtarzać należy kilka dni. — Bańki i balony ssące Bier-Klappa stawia się na 5 minut, następnie zdejmuje się na 3 min. i to powtarza się kolejno w ciągu 45 minut. Otwór bańki powinien być takiej wielkości, jak powierzchnia czyraka, ropowicy i t. d. Przy używaniu baniek już najmniejsze przekłucie jest bardzo pomocne i skraca leczenie. Przeciąg leczenia, przeprowadzonego opisanym sposobem, jest bardzo krótki, mianowicie leczenie czyraka w przypadkach T. trwało średnio 3—5 dni, cięższych czyraków 6 dni, ropni i zapalenia gruczołów chłonnych 9 dni, ropowic 8 dni, zapalenia sutków 8 dni, zapalenia sutków 8 dni, zanokcicy 10 dni; w przypadku wrzodu na wardze górnej wyleczenie nastąpiło już w 12 dni, jakkolwiek choroba trwała już 5 miesięcy i używano przedtem bezskutecznie wszelkich środków, nie wyłączając radu. T. wyjaśnia wreszcie, jak właściwie działa przekrwienie zastoinowe, wykazując, że sposób ten; 1) zmniejsza lub nawet zupełnie usuwa ból; 2) niszczy drobnoustroje; 3) polepsza warunki odżywiania w tkankach; 4) działa rozpuszczająco i rozcieńczająco względem toksyn i innych substancyi trujących; wreszcie 5) obniża wchłanianie, gdy przekrwienie czynne znacznie je natomiast powiększa. Na ostatnich dwóch właśnościach opiera się leczenie zapomocą baniek, mianowicie w przeciągu pierwszych 5 min. nastaje przekrwienie bierne, które rozpuszcza i rozcieńcza szkodliwe czynniki, w następnych zaś 3 minutach (przerwy) następuje przekrwienie czynne, które sprzyja wchłonięciu rozcieńczonych jadów i szybszemu wydaleniu ich z ustroju. *Wojciech Kozłowski* (Ptbg.).

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. O. H. Petersen. **O usadowieniu łożyska i znaczeniu usadowienia dla porodu.** (*Beitr. z. Geb. u. Gyn.* t. X, z. 3, 1906). Badania swoje wykonał autor na licznym materyale porodowym kliniki w Kiel. Popłody oczyszczał ze skrzepów i stwierdziwszy, że błony odeszły w całości, zamykał zapomocą odpowiednich drewnianych zacisków otwór w pęcherzu płodowym, poczem wypełniał pęcherze płodowe wodą do średniego napięcia i dokładnie je mierzył. Badania te stwierdziły, że górny brzeg łożyska dochodzi najczęściej na jakie 1—6 ctm. do t. zw. grzebienia dna, t. j. górnej granicy między tylną, a przednią połową macicy. Tylko w 12 przypadkach (na 150) łożysko granicę tę przekraczało w mniejszym lub większym stopniu. Sądzi więc P., że przy cięciu cesarskiem należy używać cięcia przedniego podłużnego tylko w tych przypadkach, w których więzadła okrągłe przebiegają na przedniej powierzchni macicy, w przeciwnym razie lepszem jest cięcie poprzeczne w dnie macicy (Fritscha), jako omijające miejsce usadowienia się łożyska. Przy cięciu podłużnem napotykamy łożysko w całej rozciągłości, natomiast przy cięciu poprzecznem w $^3/_4$ wszystkich przypadków tylko jego mniej lub więcej wązki brzeg. Od dolnego bieguna jaja oddalone jest łożysko w przeważnej części przypadków na 8—14 ctm. Potwierdza to doświadczenie Holzapfla, że środek łożyska usadowiony bywa przeważnie w górnej połowie jaja płodowego. Odległość dolnego brzegu łożyska od dolnego bieguna jaja płodowego = 7 ctm. wystarcza, aby przy prawidłowem powiększeniu macicy nie sprawiać przypadłości łożyska przodującego. Przez łożysko trąbkowe rozumie autor łożysko tak usadowione, że pokrywa ujście trąbki. Napotkał je w 8 prc. przypadków. Usadowienie to nie daje się tak pewnie przed porodem dziecka rozpoznać, jak to często głoszono. Podobny kształt i zbitość miewa macica siodełkowata. Usadowienie trąbkowe nie wpływa zupełnie na czas trwania odejścia popłodu, nie wywołuje też żadnych zboczeń w odejściu. Objawem takiego usadowienia łożyska jest wypuklenie jednego rogu macicy z równoczesnem siodełkowatem wgłębieniem dna. Przed pęknięciem pęcherza podobny objaw daje i macica siodełkowata. Jednak i po pęknięciu pęcherza, oraz w III okresie można często stwierdzić podobny kształt macicy z powodu nierównomiernego kurczenia się mięśnia macicy, niezależnie od usadowienia się łożyska. Stanowczo można rozpoznać łożysko trąbkowe jedynie przez wydęcie jaja płodowego na urodzonym popłodzie lub autopsyę macicy ciężarnej lub też rodzącej. Powsta-

wanie brzegu (*margo*) przy t. zw. łożysku obrzeżonem nie zależy w niczem od siedziby łożyska. Usadowienie się łożyska na ścianie bocznej stwierdzono w 13 przyp. Przy usadowieniu bocznem łożysko przechodzi najczęściej wązkim paskiem na stronę przeciwną lub zajmuje obydwie ściany, a wtedy w miejscu przejścia znajduje się zazwyczaj wcięcie lub powstaje t. zw. łożysko dwudzielne (*placenta bipartita*). I boczne usadowienie nie sprawia żadnych przeszkód w odejściu popłodu. Przy ciąży bliźniaczej autor zauważył, że łożyska były względem siebie skośnie ułożone i to we wszystkich trzech kierunkach, tak że niżej usadowione równocześnie sięgało więcej ku jednej stronie, a także zachodziło więcej w przód lub w tył. Technika wypełnienia popłodów bliźniaczych jest trudniejsza z powodu większych przedarć, oraz wskutek tego, że przy niezbyt ostrożnem wypełnianiu oddzielają się od siebie kosmówki przegrody w popłodach bliźniaczych, pochodzących z 2 jajek.
Dr. Stanisław Przybylski.

M. Reeb. **O wpływie odżywienia matek na rozwój płodów.** (*Beitr. z. Geb. u. Gyn.* t. IX, z. 3, 1905). Metoda Prochownika wpływania odpowiedniem żywieniem matki na rozwój płodów spotkała się w swoim czasie z wieloma zarzutami i nie znalazła ogólniejszego zastosowania. Zarzucono jej, że opiera się na niepewnych danych, bo badania dotychczasowe nie stwierdziły dostatecznie, o ile odżywianie matek wpływa na rozwój płodów, a doświadczenie codzienne poucza, że bardzo często licho wyglądające matki rodzą duże dzieci, — że więc nie warto głodzić kobiet dla niepewnych wyników, a przytem dyeta, przez Prochownika wskazana, jest dosyć droga i trudno ją w praktyce przeprowadzić. Autor wychodząc ze spostrzeżenia, znanego dobrze hodowcom psów, że bardzo wielkie i bardzo małe psy są wytworami sztucznymi, przyczem niemałą rolę odgrywa prócz innych czynników i odpowiednia dyeta, przedsięwziął celem wyjaśnienia sprawy cały szereg doświadczeń na zwierzętach. Do doświadczeń użył królików z powodu, że ciąża u nich trwa około dni 30 i że w przeciągu roku kilkakrotnie rodzą młode, można więc w krótkim czasie otrzymać z tych samych zwierząt kilka miotów przy rozmaitej dyecie. Ponieważ w takich doświadczeniach mamy do czynienia stale z ciążą mnogą, a i ilość płodów nie jest stałą, chcąc więc wysnuwać pewne wnioski, należy oceniać całość miotu, t. j. ciężar ogólny płodów. Autor podawał zwierzętom, poddawanym doświadczeniom, strawę obfitą, lecz zawierającą mało substancyi pożywnych, a więc starał się postępować według zasad Prochownika. Przy tem odżywianiu stale podupadało odżywienie matek i to znacznie, jednak nie pociągało to za sobą żadnych stałych skutków u matek i w następnych ciążach przy prawidłowem pożywieniu przychodziły one zupełnie do siebie. Przy upośledzonem odżywianiu matek ciężar miotu był niższy, poszczególne płody były chudsze od prawidłowo otrzymanych. Odżywianie gorsze niema wpływu na skład nieorganicznych części kości płodów, również nie zauważono żadnego wpływu odżywiania na płeć i ilość płodów. Ciężar miotu jest stale niższy przy upośledzonem odżywieniu matek i to o 41 prc., ilość tłuszczu przy takiem żywieniu niższa o 61,9 prc. od prawidłowej. Liczby te dowodzą, że przy złem karmieniu matek cały miot gorzej się rozwija. Ilość azotu nie ulega zmianie. Ilość popiołów dowodzi, że nieorganiczna budowa kości nie zależy od rodzaju odżywiania. Płody matek źle odżywianych zawierają o 3,6 prc. więcej wody, natomiast o 2,1 prc. mniej tłuszczu. Przyroda dla zachowania gatunku zdaje się dbać o to, aby mimo upośledzenia odżywienia matek kościec właściwy płodów zachował tenże sam stosunek tak, że dalszy rozwój płodów odbywa się prawidłowo.
Dr. Stanisław Przybylski.

K. Knotz. **Przypadek podwójnego rozwoju części rodnych kobiecych.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr. 9). U kobiety 27-letniej, zdrowej, która odbyła dwa porody prawidłowo, znalazł autor grubą przegrodę, dzielącą pochwę na dwie części. W obu znajdowały się części pochwowe, z tych prawa posiadała wręby około ujścia. Obie części pochwowe łączyły się w górze, tworząc trzon prawidłowej wielkości. Wprowadzone równocześnie przez oba ujścia zgłębniki wchodziły na 10 ctm., lecz nie stykały się ze sobą bezpośrednio, istniała więc również przegroda macicy. Podczas miesiączkowania wydobywała się krew z obu ujść zewnętrznych macicy.
Jaworowski.

F. Lichtenstein. **W sprawie rozpoznania ciąży zewnątrzmacicznej zapomocą promieni Röntgena.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 11). Gdy rozpoznanie ciąży zewnątrzmacicznej nie jest pewne, rozstrzygnąć może sprawę badanie promieniami Röntgena, jak o tem pouczają dwa przypadki, ogłoszone przez Sjögrena i autora. Zdaniem autora nie należy nigdy zaniedbać prześwietlania promieniami rentgenowskimi w tych przypadkach guzów śródbrzusznych, w których nie można klinicznie wyłączyć stanowczo ciąży zewnątrzmacicznej. Ponieważ przy ciąży takiej błony płodowe są bardzo cienkie i wód płodowych jest niewiele lub wcale ich niema, przeto obraz na płycie bywa zwykle bardzo wyraźny i części i położenie płodu widać bardzo dokładnie.
Jaworowski.

Rühl. **O przebiegu ciąży i porodu po poprzedniem cięciu cesarskiem pochwowem.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 11). W czterech przypadkach, w których autor wykonał cięcie cesarskie pochwowe, przebiegały następne ciąże i porody prawidłowo, w trzech nawet bardzo lekko. Na tej podstawie twierdzi autor, że cięcie cesarskie pochwowe nie wpływa niekorzystnie na dalsze ciąże i porody.
Jaworowski.

Doerfler. **Dalszy przypadek pubiotomii.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 10). Przypadek wykonanej przez siebie pubiotomii ogłasza D. dlatego, że wykonał ją jako lekarz praktyczny w domu prywatnym, w warunkach dla siebie niezbyt wygodnych. Operował sposobem Döderleina, następnie ukończył poród bardzo łatwo kleszczami. W 14 dni po operacyi wytworzył się zakrzep w żyle udowej lewej, który jednak nie wywołał złych następstw. Pacyentka chodzi obecnie zupełnie prawidłowo.
Jaworowski.

OKULISTYKA. Prof. Wicherkiewicz. **Uproszczony sposób operacyi garbca rogówkowego.** (*Postęp okul.* 1905, Nr. 12). W przypadkach silnie rozdętego garbiaka rogówki używa autor zazwyczaj sposobu operacyjnego, który sam podał przed 20 laty. Polega on na tem, że wkłuwa się przez ścianę garbiaka trzy długie kabłąkowate cienkie igły, nawleczone katgutem. Następnie, wyciąwszy po przed igłami owalny poziomy kawałek ściany garbiaka, wyjmuje się igły, przeciąga nitki i spaja niemi brzegi rany. W niektórych przypadkach, gdy ściana garbiaka jest cienka i łatwo może być katgutem przedartą, a także u dzieci lub wogóle u chorych niespokojnych, u których założenie szwów napotyka na trudności, sposób ten często nie daje się zastosować. W takich przypadkach używa prof. Wicherkiewicz od pewnego czasu nowego, uproszczonego przez siebie sposobu operowania: nakłuwa ścianę garbiaka igiełką Baumana, a gdy po odpłynięciu cieczy wodnej ściana garbiaka się zmarszczy, chwyta ją w środku szczypczykami i wycina zapomocą nożyczek Cooperowskich poziomo owalny kawałek. Rana, niezamknięta wcale szwami, goi się jednak zwykle gładko w kilku dniach pod opatrunkiem bezgnilnym. Operacya ta nawet u dzieci nie wymaga uśpienia i daje zupełnie dobre wyniki. Jeżeli ze ścianą garbiaka zrośnięta jest także błona soczewkowa, wtedy jest rzeczą konieczną przeprowadzenie igieł z katgutem według dawniejszej metody prof. Wicherkiewicza. I przy nowej metodzie, jeżeli brzegi rany nie przylegają do siebie dokładnie, trzeba niekiedy następowo spoić je szwem katgutowym.
K. W. Majewski.

Fejér L. **Przyczynki do obrazu chorobowego i histologii patologicznej** *tarsitis trachomatosa*. (*Archiv f. Augenheilk.* Tom LIII, 1905, Z. 3 i 4). Autor przedstawił w peszteńskiem Towarzystwie lekarskiem 28-letniego robotnika, u którego powstało znaczne zgrubienie, powiększenie i stwardnienie chrząstki powieki górnej oka lewego w następstwie ciężkiej jaglicy przewlekłej. Według Rachlmanna zajęcie chrząstki zdarza się w $^{1}/_{3}$ przypadków jaglicy. Często kończy się na nacieku drobnokomórkowym i następowem zbliznowaceniu chrząstki. W tych atoli przypadkach, gdzie naciek zapalny obejmuje i przenika całą chrząstkę, oraz tkanki sąsiednie, następuje niejednokrotnie zwyrodnienie szkliste lub skrobiowate. Saemisch spostrzegał także zwyrodnienie tłuszczowe. Autor u swojego chorego wyciął kawałek zwyrodniałej chrząstki, w którym nie stwierdził skrobiawicy, natomiast zwyrodnienie szkliste. Za tym rodzajem zwyrodnienia przemawiała obecność niezliczonych naczyń o świetle zupełnie zarośniętem, otoczonych bezpostaciową warstwą masy szklistej, silnie światło załamującej. Autor utożsamia tę zmianę chrząstki z całkowitem jej obumarciem, za czem przemawiało także i to, że podczas operacyi cięcia w chrząstce wcale nie krwawiły, a chory nie doznawał żadnego bolu.
K. W. Majewski.

Prof. Laqueur. **Kawałki szkła jako ciała obce w soczewce.** (*Archiv f. Augenh.* Tom LIII, 1905, Z. 2). Z wyjątkiem jednego spostrzeżenia, które przytacza Praun w swem dziele „O zranieniach oka“, nie znalazł autor w piśmiennictwie ani jednego przypadku, gdzieby stwierdzono usadowienie się odprysku szkła w samejże soczewce. Przy częstych zranieniach oka szkłem zdarza się zazwyczaj, że odprysk albo się zatrzymuje w twardówce lub w rogówce, albo jeśli wnika z większą siłą w głąb, wtedy przebija nawskróś soczewkę, a następnie tylną ścianę gałki ocznej, jeśli w niej nie utkwi. Znajdowano też kawałeczki szkła w przedniej komorze, lub też w tęczówce. Na wiele tysięcy chorych ocznych spostrzegał L. tylko dwa razy odprysk szkła, uwięzły w korze przeźroczystej zresztą soczewki. W pierwszym przypadku po kilku

latach powstała zaćma, w drugim przez kilkumiesięczny czas spostrzegania soczewka nie straciła przeźroczystości. Autor przypuszcza jednak, że i tu z czasem rozwinie się zaćma, nie należy bowiem uważać szkła za ciało chemicznie obojętne. Zawarty w szkle krzemian sodowy rozpuszcza się w sokach tkanki soczewkowej, czemu sprzyja ciepłota ciała. Dzieje się to bardzo powoli, z biegiem czasu jednak rozpuszczony krzemian sodowy przenika utkanie soczewki w sąsiedztwie ciała obcego i wywołuje w niem zmiany chorobowe, wiodące ostatecznie do częściowej lub zupełnej zaćmy.

K. W. Majewski.

Trantas. **Nieżyt wiosenny w Turcyi.** (*Archives d'opht.* 1905, Nr. 12). Nieżyt wiosenny, inaczej wiosenne zapalenie rąbka spojówkowego (*catarrhus vernalis*, *phlyctaena pallida*) jest znanem i dobrze określonem, choć rzadkiem cierpieniem oczu. Głównymi jego objawami są: zgrubienie spojówki powiekowej, przypominające skórę krokodylową i pokryte sinawym nalotem, podobnym do cienkiej warstewki mleka; różowe lub żółtawe wyrośle na brzegu rogówki; swiąd i światłowstręt; wzmaganie się objawów w porze wiosennej i letniej, a zmniejszanie się lub zupełne ustępowanie w czasie pory deszczowej i w zimie. Cierpienie powraca zwykle co wiosna przez szereg lat. Nie wszędzie choroba ta jest równie częsta. W Holandyi, Anglii, Rosyi i w Ameryce północnej nie pojawia się prawie wcale. Częstszą jest w Niemczech, Austryi, Turcyi, Szwajcaryi i we Włoszech. Na podstawie statystyki, obejmującej 12,500 chorych ocznych greckiego szpitala w Konstantynopolu, oraz swej klienteli prywatnej, dochodzi autor do wniosku, że nieżyt wiosenny nigdzie nie zdarza się tak często, jak w Turcyi. W tej liczbie chorych znalazł 92 przypadki nieżytu wiosennego, co odpowiada 0·736 prc. Autor zauważył pewien nieopisany dotąd przedmiotowy objaw tego zapalenia. W większości przypadków zauważył on mianowicie pod powierzchnią wyrośli, okalających rogówkę, małe punkciki białe. Badanie mikroskopowe stwierdziło, że są to ogniska zwyrodniałego nabłonka, przedstawiające drobne bryłki bezpostaciowej masy. Niekiedy z tych ognisk zwyrodnienia tworzą się drobniutkie torbielki. Autor uważa zmianę tę za znamienny objaw nieżytu wiosennego.

K. W. Majewski.

Paul. **Przypadek przerzutowego raka gruczołowatego ciała rzęskowego.** (*Archiv für Augenh.* T. LIII, 1905, Z. 1). U 66-letniego introligatora, który zgłosił się do wrocławskiej kliniki okulistycznej z powodu bólów w oku prawem i znacznego osłabienia wzroku, znaleziono guz, wypełniający $^1/_3$ wewnętrzną przedniej komory i obrastający tęczówkę. Dalszy ciąg guza widać było poza źrenicą w tylnej komorze i w okolicy ciała rzęskowego. Na powierzchni nowotworu widoczne były liczne wybroczyny. Zresztą przedstawiało oko obraz jaskry następowej. Chory od pewnego czasu zaczął podupadać na siłach, wychudł i zmizerniał, miewał krwawe wymioty i krwawe stolce; należało przypuszczać raka żołądka. Gałkę oczną wyłuszczono. Badanie mikroskopowe wykryło, że nowotwór, wychodzący z ciała rzęskowego, był rakiem gruczołowatym, w znacznej części obumarłym, oczywiście przerzutowym. W kilka miesięcy później chory zmarł, a przy sekcyi znaleziono raka żołądka. Nowotwór oka składał się z cewek nabłonkowych, podobnych do utkania gruczołowatych raków przewodu pokarmowego. W piśmiennictwie ogłoszono dotąd 52 przypadków raka przerzutowego ciała rzęskowego. Jest rzeczą godną uwagi, że w tej liczbie 13 razy powstały przerzuty w obu oczach.

K. W. Majewski.

Lauber. **O obwodowych wydęciach rogówki.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenhk.* T. 43, Nr. 3, 1905). W wiedeńskiej klinice okulistycznej spostrzegano trzy przypadki obwodowych wypukleń rogówki, wszystkie u osób starych. Powstania ich nie można było przypisać ścieńczeniu wiotkiej blizny po przybrzeżnych wrzodach nieżytowych, bo chorzy ci wrzodów takich nie przebywali. Autor przypuszcza jednak jakąś przewlekłą sprawę zapalną, za czem przemawiały bliznowate zaćmienia, otaczające ograniczoną, przeźroczystą część wydętą, a także obecność naczyń, dochodzących do wypuklenia. Może i zmiany starcze mają pewne znaczenie. Zmiana, zajmująca we wszystkich trzech przypadkach górną przybrzeżną część rogówki, wywołała znaczny stopień nieregularnej niezborności.

K. W. Majewski.

Stoewer. **Nowy sposób operowania stożka rogówkowego.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenhk.* T. 43, 1905, Nr. 4). Wychodząc z założenia, że stożek rogówkowy powstaje wskutek rzeczywistego schorzenia środkowej części rogówki, wykonał autor w jednym przypadku operacyę w sposób następujący: Wązkim nożykiem okroił sam szczyt stożka, aby odpreparować wierzchnią warstwę rogówki, przyczem nie obeszło się jednak bez przedziurawienia bardzo ścieńczałego środka rogówki. Wskutek tego powstał ubytek okrągły, o średnicy 4 mm., który pokryto spojówką gałkową, przeciągniętą od strony nosa, z zachowaniem dwóch wązkich szypułek. Po pięciu tygodniach szypułki te przecięto, a po kilku miesiącach krzywizna rogówki zbliżona już była do prawidłowej, miejsce zaś szczytu dawnego stożka zajmowała szarawa okrągła plamka 3 mm. średnicy. Bystrość wzroku, która przed operacyą wynosiła $^4/_{50}$, podniosła się do $^5/_{20}$. W wyciętym kawałku rogówki stwierdził autor drobnowidowo przemianę łącznotkankową, małe torbielkowate jamki w warstwie nabłonkowej, ograniczone przedziurawieniem błony Bowmana i porozszerzane przestwory limfatyczne.

K. W. Majewski.

Falta. **Rad w leczeniu jaglicy.** (*Wiener med. Wochs.* 1905, Nr. 31). Autor podaje opis dwóch przypadków ciężkiej jaglicy i jednego przypadku mieszkowego zapalenia spojówki (*conjunctivitis follicularis*), w których poddał chorą spojówkę łagodnemu miesieniu zapomocą zaokrąglonego końca rurki szklanej, zawierającej 1 mg. bromku radu. Obok tego miesienia stosował F. naświetlania poszczególnych ziarn sposobem Cohna przez 1 do 2 minut. Z porównania tych dwóch sposobów okazało się, że miesienie ma conajmniej tęsamą wartość, co naświetlanie, a prócz tego posiada i tę jeszcze zaletę, że odrazu można je zastosować na większą część, lub nawet na całą spojówkę obu powiek. Przy tem leczeniu znikały nietylko ziarna, ale ustępowało także rozlane nacieczenie jaglicze. W jednym przypadku przekonał się autor o korzystnym wpływie miesienia rurką, rad zawierającą, nietylko na stan spojówki, ale także na łuszczkę, która pokrywała rogówkę. (Szkoda, że autor nie porównał miesienia z radem z miesieniem bez radu, wiadomo bowiem, że samo miesienie korzystnie wpływa na przebieg jaglicy. *Przyp. spraw.*). W jednym przypadku wszystkie posiedzenia razem trwały 162 minut, przyczem nie brano względu na gałkę oczną, która była przez jaglicę prawie zniszczona. W pierwszym przypadku z obawy powikłań rogówkowych przerwano naświetlania pomimo poprawy stanu spojówek, gdy cały czas ich trwania doszedł do 78 minut. *Conj. follicularis* ustąpiła po ośmiu naświetleniach trzyminutowych.

K. W. Majewski.

Hymmen. **Przyczynek do onkologii spojówki powiekowej.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* T. 43, 1905, Nr. 4). Autor podaje opis dwóch przypadków: 1) U 41-letniej chorej wyciął z powierzchni chrząstkowej spojówki dolnej powieki mały, uszypułowany i przypłaszczony guzek, barwy ciemno-czerwonej, sięgający w obręb szpary powiekowej. Badanie mikroskopowe stwierdziło naczyniaka limfatycznego jamistego. 2) U 80-letniej staruszki, u której już przed dwoma laty usunięto z wewnętrznej powierzchni górnej powieki mały, łatwo krwawiący guzek, nastąpił nawrót. Spojówka chrząstkowa pokryta pięcioma płaskiemi wyniosłościami, zajmującemi razem przestrzeń 14 mm. × 6 mm., a wystającemi na 2 mm. Za lada dotknięciem krwawienie. Wydzielina śluzowo-ropna, rogówka pokryta błoną naczyniową. Guzki wycięto wraz z całą chrząstką powiekową. Drugiego nawrotu nie było. Badanie mikroskopowe stwierdziło utkanie barwikowego mięsaka okrągło-komórkowego, który rozrastał się pod błoną śluzową i był bardzo silnie unaczyniony. Wśród tkanki nowotworowej były liczne przestwory torbielkowato. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na nader rzadką siedzibę mięsaka.

K. W. Majewski.

Gillivray. **Znaczenie ciepłoty rogówki, oraz mrugania powiek dla przebiegu zapalnych spraw rogówki.** (*The ophthalmoscope* 1905, Nr. 7). Rogówka posiada ciepłotę mniejwięcej o 10° niższą od ciepłoty ciała. Tej stosunkowo niskiej ciepłocie przypisuje autor pewne działanie ochronne przeciw rozwojowi chorobotwórczych mikrobów, które rozwijają się najlepiej w ciepłocie ciała. Rozrostowi drobnoustrojów przeciwdziała również, zdaniem autora, w sposób czysto mechaniczny mruganie powiek. Opaska, wyłączająca ruchy powiek, a zarazem działająca rozgrzewająco, znosi wymienione korzyści, dlatego należy ją stosować w cierpieniach rogówki jak najoględniej, a światłowstręt i inne przykre dolegliwości, występujące przy zapaleniach rogówki, należy zwalczać zapomocą atropiny i częstego stosowania maści kokainowej. *K. W. Majewski.*

Doc. Zielenkowski. **Zastosowanie promieni Becquerela do leczenia chorób ocznych, mianowicie jaglicy.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 7—9). Z piśmiennictwa, dotyczącego zastosowania radu do leczenia chorób, wysnuwa autor następujące wnioski: 1) Promienie Becquerela mają niszczący wpływ na komórki tkanek różnych typów; tkanki: łączna, sprężysta i mięsna ulegają zmianie tylko przy dłuższem działaniu promieni; 2) jak w państwie zwierzęcem, tak i w państwie roślinnem promienie te oddziaływają najsilniej w czasie wzrastania ustrojów; 3) najsilniej oddziaływają promienie Becquerela na komórki nowotworów w czasie ich rozmnażania się; 4) zmiany w nabłonku przy oddziaływaniu na prawidłową skórę są słabo wyrażone i występują tylko przy dłuższem działaniu; 5) błona śluzowa i otrzewna są szczególnie odporne na działanie promieni Becquerela; 6) promienie Becquerela

mają szczególnie silny, szybki i niszczący wpływ na tkanki i narządy limfatyczne; 7) działanie promieni Becquerela na komórki polega na wywoływaniu zmian w chromatynie jądra, albo na rozkładzie ważnej części ciała komórki — lecytyny; 8) promienie Becquerela zabijają bakterye, oddziaływając na ciała bakteryi, nie zaś na podłoże odżywcze; 9) promienie Becquerela bardzo mało lub nawet wcale nie wywierają wpływu na toksyny, enzymy i działają niszcząco na krew. — Dalej znajdują się w piśmiennictwie wzmianki, że promienie Becquerela mają szkodliwy wpływ na oko, a mianowicie: rad wywołuje zapalenie rogówki, tęczówki i siatkówki, a nawet ropne zapalenie całej jagodówki. Zielenkowski twierdzi, iż objawy tych chorób mogą być wywołane tylko wielką ilością (30—100 mlg.) radu i dłuższem działaniem (3—6 godzin); o wpływie małych dawek radu i ich działaniu w przeciągu krótkiego czasu w piśmiennictwie niema żadnych wzmianek. Co się tyczy używania promieni Becquerela przy leczeniu chorób ocznych, to zdania się rozchodzą: Cohn, Darier, Talt i Zielenkowski przyznają korzystny wpływ promieni — Uhthoff, da Gama, Pinto, Herman i Birch-Hirschfeld nie uznają go. W drugiej części pracy autor przytacza wyniki swoich doświadczeń i wyniki leczenia jaglicy, zwłaszcza w pierwszym jej okresie ziarninowym. Autor używał w szklanej rurce, mającej 2 mlm. średnicy i 11 mlm. długości, przy grubości szkła 0,2—0,3 mlm., 10 mlg. bromku radu, stosując go w następujący sposób: Odwróciwszy powiekę, dotykał spojówki w ciągu 5—10 minut, nie robiąc miesienia, ale ciągle pociągając z jednej strony w drugą; drugą zaś powieką niewywróconą ochraniał równocześnie od działania radu gałkę oczną. Pod wpływem promieni już po 2—3 posiedzeniach ziarna jaglicze spłaszczyły się i jakby topniały, nabłonek przytem pozostawał nietknięty; w ciągu następnych posiedzeń zmniejszała się ilość ziarn. Z powodu zbiorowego działania radu powtarzał autor posiedzenia nie częściej, niż co 2—3 dni. Po zniknięciu wszystkich ziarn zastosowywał Z. jeszcze od 2 do 3 razy promienie radu, a potem zaczynał leczyć nieżyt spojówki zwyczajnym sposobem, t. j. przy pomocy azotanu srebrowego, siarczanu miedziowego lub cynkowego i t. d. Na każde oko promienie radu działały od 15—20 i do 100 minut, a w jednym przypadku 180 minut. Blizny nigdy nie powstawały; czasem zjawiało się niewielkie przekrwienie spojówki; samo zaś oko nie ulegało żadnym zmianom. Takim sposobem autor leczył 25 chorych (44 oczu); niektóre przypadki autor leczył po skończonem leczeniu od 2 tygodni do 7 miesięcy: nawrotu nie spostrzegał. Autor ostrzega, aby nie stosować promieni Becquerela wprost na oko, gdyż można się spodziewać szkodliwego wpływu na rogówkę i głębsze części oka, mianowicie na siatkówkę. Zmian takich nie można rozpoznać przy klinicznem badaniu, tylko przy drobnowidowem. Z. sądzi, że promienie Becquerela w odpowiednich przypadkach jaglicy będą bardzo pożytecznym środkiem *Karol Karnicki* (Ptbg.).

A. Kraemer. **O wrodzonej pigmentacyi rogówki.** (*Centralbl. f. Augenheilk.* 1906, luty). Steiner opisując w październiku r. z. wrodzoną pigmentacyę rogówki mniema, iż ona u rasy białej należy do nadzwyczajnych rzadkości. Taki właśnie przypadek u białego opisuje autor. Plamka leżała obwodowo w powierzchownych warstwach rogówki i była od brzegu rogówki oddzielona przejrzystym paskiem. *Dr. Liebermann.*

HIGIENA. Windisch. **Przyczynek do znajomości mleka bawolego.** (*Zeitschr. f. Unters. d. Nahrg. u. Genussmittel.* 1904, str. 273). Bawoły, hodowane jako bydło mleczne we Włoszech i w Siedmiogrodzie dają według Baintnera i Ujhelego mleko, wybitnie różniące się od mleka zwierząt, z których zazwyczaj używa się mleka. W. badał na Węgrzech w lipcu i sierpniu r. 1902 mleko 3 krów bawolich w wieku 3, 6 i 12 lat, żywionych na pastwisku. Sucha pozostałość mleka tego wynosiła w mleku rannem średnio (na 42 prób) 20,12 prc., wieczornem 18,83 prc., ilość tłuszczu w rannem średnio 9,34 prc., w wieczornem 7,87 prc., ilość popiołu w rannem 0,775 prc., w wieczornem 0,831, średni ciężar właściwy przy 17° C. wynosił 1,03105 w mleku rannem, 1,03265 w wieczornem, a średnio 1,0319 w serwatce z mleka rannego, 1,0325 z mleka wieczornego. [Zestawiając te liczby z odsetkową ilością białka i cukru, znalezioną przez Baintnera w mleku bawolem i wybitną mlecznością krów bawolich (w porównaniu z mlecznością naszych krów), należałoby życzyć sobie ze względu na zaopatrzenie kraju, w tani zwierzęcy środek spożywczy, by chów bawołów rozwinął się więcej, a zarazem godziłoby się zastanowić, czy i w naszym kraju, przynajmniej w niektórych jego okolicach, nie dałby się chów ten zaprowadzić. *Przyp. sprawozd.].* *L. Bier.*

Brohm. **Wpływ ozonu na mąkę pszenną i jej zdolność do tworzenia pieczywa.** (*Zeitschr. f. Unters. d. Nahr. u. Genussmittel,* 1904, Tom 8, str. 669). W ostatnim czasie podają w Ameryce i Anglii sposoby bielenia mąk zapomocą ozonu. Z doświadczeń B. w tym celu podjętych wynika, że takie bielenie mąk można osiągnąć, poddając mąkę działaniu powietrza ozonizowanego w ciągu kilku godzin, zbielenie to nie udaje się jednak w ciemnych gatunkach mąki, zawierających wiele cellulozy. Zdolność tworzenia pieczywa w mąkach ozonizowanych spada znacznie w miarę długości ozonizacyi, a otrzymane z mąk ozonizowanych pieczywo wskutek zmian glutenu zachowuje wiele wody, jest cięższe, zapadnięte, ośródka zaś mało i niejednostajnie porowata, papkowata. Smak takiego pieczywa jest gorzki, a przy dłuższej (5-.odzinnej) ozonizacyi wstrętny. *L. Bier.*

Ottolenghi. **Jak stwierdzić w chlebie dodatek mąki kukurydzanej.** (*Zeitschr. f. Unters. d. Nahr. u. Genussmittel,* 1904, Tom 8, str. 189). Zdaniem autora (niezgodnem z doświadczeniem sprawozdawcy) nie daje badanie mikroskopowe dostatecznych podstaw do stwierdzenia domieszki mąki kukurydzanej w chlebie. Nie udało się również autorowi wytworzyć swoistej surowicy u królików, którym wstrzykiwał wyciąg wodny z chleba, zawierającego mąkę kukurydzaną, a jaką uzyskuje się, wstrzykując wyciąg wodny z niewypieczonej mąki. Natomiast stwierdził O. w chlebie, zawierającym choćby tylko 10 prc. mąki kukurydzanej, maizynę, nowe ciało białkowate, znalezione najpierw przez Donarda i Labbe. Sposób otrzymywania i odczyn maizyny polega w zasadzie na wytrawieniu ośrodki chleba 3 prc. roztworem ługu potasowego i rozpuszczeniu osadu, otrzymanego po odparowaniu, gorącym wyskokiem amylowym, który w razie obecności maizyny przesączony po oziębieniu mętnieje, szczególnie za dodaniem 3 prc. benzolu. *L. Bier.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 4 kwietnia 1906.

Obecnych członków 27; przewodniczy k. prym. Borzęcki. Protokół z poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

K. Surzycki w dłuższym wykładzie streszcza pracę swą **o artrytyzmie (dnie),** podając wiele ciekawych szczegółów, dotyczących wpływu klimatu, rasy, dziedziczności, wieku na ilość dzienną wydzielanego kwasu moczowego, następnie omawia, o ile i w jakim stopniu poszczególne pokarmy, zwłaszcza białkowe, zwiększają ilość kwasu moczowego, w końcu ocenia ze stanowiska krytycznego wartość polecanych w dnie nowych leków, dyety, kąpieli. (Rzecz ukaże się niebawem w druku).

Dyskusya: K. Herman Hirsch wspomina o doświadczeniach Minkowskiego i Kossla, które tłomaczyć mogą rozpuszczalność kwasu moczowego w prawidłowym ustroju i łatwość tworzenia się strątów w ustroju, dotkniętym skazą moczanową. Kwas moczowy rozpuszcza się w stosunku 1: 16.000 wody, w ustroju ludzkim musi więc być substancya, która ułatwia rozpuszczalność tegoż kwasu. Uwzględniając rozpad kwasu nukleinowego na kwas tyminowy i na zasady purynowe, z których powstaje w dalszym ciągu kwas moczowy, nadto, że kwas moczowy z kwasem tyminowym tworzy połączenia, z których kwasu moczowego strącić już nie można, przyjąć trzeba, że kwas tyminowy jest ową substancyą, ułatwiającą rozpuszczalność kwasu moczowego. W prawidłowym ustroju kwas moczowy powstaje przez utlenienie z zasad purynowych, względnie z kwasu nukleinowego, a przez rozpad tegoż powstaje i kwas tyminowy, który wytworzony kwas moczowy utrzymuje w rozpuszczeniu; w ustroju zaś dotkniętym skazą moczanową obok kwasu moczowego, powstałego drogą utlenienia z zasad purynowych (względnie z pokarmów nukleinę zawierających) powstaje kwas moczowy także drogą syntetyczną z innych substancyi, aniżeli z nukleinów, przyczem nie tworzy się w równej ilości kwas tyminowy, któryby mógł ułatwiać rozpuszczalność kwasu moczowego. Jeżeli więc do takiego ustroju, tworzącego syntetycznie kwas moczowy, wprowadzimy odpowiednią ilość kwasu tyminowego, możemy go uchronić od tworzenia się strątów. Tak teoretycznie rozumował Minkowski, a obecnie ogłoszono wyniki praktycznego zastosowania kwasu tyminowego (w handlu pod nazwą »solurol«) w skazie moczanowej, które do dalszych badań zachęcają. Nadto wskazuje k. Hirsch, że skazę moczanową, jako zmianę ustrojową, za mało się uwzględnia przy ocenianiu indywidualności chorego, a przecież daje ona powód do wielu cierpień następowych.

K. Doc. Seńkowski zwraca uwagę na prace Buriana, tyczące się powstawania i rozkładu istot purynowych. W przeciwieństwie do Horbaczewskiego nie uważa Burian leukocytów

za jedyne źródło istot purynowych, ponieważ odpowiednio do ilości wydzielanego kwasu moczowego musiałyby ogromne masy leukocytów ulegać w ustroju rozpadowi. Za jedno z najważniejszych źródeł istot purynowych uważa B. mięśnie (ewentualnie pochodzącą z nich karninę). Rozkład nukleoalbumin i wydzielanie się zasad purynowych odbywa się skutkiem działania swoistych enzymów, t. zw. nukleaz. Zasady purynowe znów zapomocą enzymów, zwanych purynazami, utleniają się na kwas moczowy, a innego rodzaju enzymy — oksydazy, któreby nazwać trzeba ureazami, — są w stanie kwas moczowy dalej rozłożyć. — Kwas moczowy w ustroju pochodzi z dwóch źródeł: jedno, to tkanki ustroju, o których wyżej wspomniano, — z nich pochodzi kwas moczowy endogeniczny; — drugie, to substancye nukleinowe z pożywienia, a z nich bierze początek kwas moczowy egzogeniczny.

Prof. Korczyński zaznacza, że przy omawianiu dny nasuwa się cały szereg pytań, ciekawych tak ze stanowiska ogólno-patologicznego, jakoteż ściśle klinicznego. Jako rzecz zasadniczą podnosi, że kwasu moczowego, wydzielającego się w obfitszej ilości, nie można uważać za przyczynę choroby, ale raczej za jeden z jej objawów; — przyczyna tkwi w głębszych ogólnych zboczeniach stanu i czynności tkanek. Obfitsze wydzielanie się kwasu moczowego zależeć może albo od znaczniejszego rozpadu komórek, zamożnych w nukleoproteidowe ciała, albo też od niewydolności ustroju, która sprawia, że kwas moczowy nie spala się dalej w tym stopniu, co w ustroju zdrowym. — Pod względem klinicznym zwraca uwagę na częste pojawianie się przewlekłej dny u osób, które przebywały lub przebywają gruźlicę o przebiegu łagodnym ze skłonnością do wytwarzania się tkanki włóknistej (*phthisis fibrosa*), względnie do zupełnego zabliźniania się ognisk gruźliczych. — Z pośród związków chemicznych nieorganicznych, którym przypisujemy wpływ korzystny na wydalanie złogów kwasu moczowego, wyróżnia K. sole wapniowe. Po podaniu węglanu wapniowego stwierdzał niejednokrotnie dobre wyniki nawet u takich chorych, u których istniało bardzo znaczne upośledzenie ruchów w pewnych stawach.

Sekretarz: *Wilczyński*

Posiedzenie w dniu 25 kwietnia 1906 r.

Obecnych członków 26. Przewodniczy kol. doc. Rutkowski. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

Kol. Zanietowski wygłasza rzecz: »O wyniku swoich prac w stosunku do najnowszych badań i zdobyczy elektrobiologii«. (Rzecz w całości ukaże się niebawem w druku). Dyskusyi żadnej nie było.

Sekretarz: *Wilczyński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

V. Posiedzenie naukowe z d. 16 marca 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych członków 58.

I. Kol. Prezes odczytuje nazwiska nowych członków Towarzystwa, którymi są koll.: Henryk Rump, lekarz sztabowy, Leopold Szyjkowski, lekarz sztabowy; Ludwik Daum; Emanuel Grobel.

II. Przyjęto protokoły z posiedzeń naukowych z dnia 2 i 9 b. m.

III. Kol. Bocheński przedstawił dwie chore ze znacznem **zwężeniem pochwy** po porodzie, które zgłosiły się do kliniki, skarżąc się na niemożność spółkowania. U jednej z nich kanał pochwowy miał 2 mm. średnicy, u drugiej istniały dwa przewody o średnicy 1 mm., podzielone mostkiem. W celu przywrócenia drożności pochwy prelegent używał najpierw rozszerzadeł Hegara, później rozciągał napinające się po bokach blizny na tępo, lub nacinał je i zakładał stopniowo coraz większe krążki, tak, że wreszcie krążek Hodgego Nr. 9 swobodnie się utrzymywał. Ponieważ zaś po bokach, a więc w miejscach ucisku od krążka, proces zabliźniania się nie postępował, zastosowano podłużne kule Bozemanna, rozmieszczające ucisk równomiernie we wszystkich kierunkach. Prelegent niema jednak nadziei, ażeby uzyskany wynik był trwałym.

Dyskusya: Kol. doc. Bylicki przypomina, że Święcicki podał sposób leczenia nabytych zwężeń pochwy przez przeszczepianie kiszki kociej lub króliczej, których płaty umocowywał zapomocą blaszki staniolowej. Rościszewski zaś wszczepia rozdzieloną wargę małą. Kol. B. podnosi wartość tych sposobów ze względu na znaczenie zachowania warstwy nabłonkowej w kanale pochwowym. Wobec tego, że wynik, uzyskany przez kol. Bocheńskiego będzie niewątpliwie nietrwały, radzi B. w przedstawionych przypadkach zastosować wspomniane sposoby operacyjne.

IV. Kol. Grobel przedstawił rzadki przypadek, spostrzegany w lwowskiej klinice położniczo-ginekologicznej, w którym **sprawa zapalna po porodzie** szerzyła się **wzdłuż tkanki łącznej między szyją macicy, a pęcherzem** (*paracystium*) do *cavum praeperitoneale Retzii*. Nacięto powłoki i zastosowano aparat ssący Biera z pomyślnym wynikiem.

W dyskusyi przemawia kol. Obtułowicz.

V. Kol. Czyżewicz (jun.) wygłosił odczyt: **„O przeobrażeniach narządu płciowego kobiety w czasie ciąży i porodu“.** Prelegent omawia rozwój zmian części rodnych, a przedewszystkiem macicy podczas ciąży i porodu, objaśniając swój wykład szeregiem tablic, które przedstawiają schematy stanu w poszczególnych czasach, stwierdzanego podczas badania; dalej budowę macicy i układ jej mięśni. Następnie tłómaczy powstawanie zmian, biorąc za podstawę działanie bolów i elastyczność jaja płodowego. Według tego należałoby szukać przyczyny zmian w pierwszej połowie ciąży w rozroście macicy i zwiększeniu jej ciężaru przez rozrost mięśni i jaja płodowego. Ten rozrost, wspomagany przez nieznaczne bole, występujące przez cały czas trwania ciąży, wyjaśnia dalej stopniowo powstawanie dolnego odcinka macicy, rozwieranie się ujścia wewnętrznego przy końcu ciąży, skracanie się części pochwowej, i to z powodu nierównomiernego działania siły na ścianę przednią i tylną dolnego odcinka, skracanie się szybsze tylnej ściany części pochwowej, a wolniejsze ściany przedniej. — dalej wypukłanie się przedniej ściany dolnego odcinka i przedniego sklepienia pochwy, przesuwanie się ujścia zewnętrznego i wreszcie jego rozwieranie się. Mechanizm działania ucisku ze strony jaja płodowego przy końcu ciąży i bolów porodowych jest ten sam, różnice są tylko ilościowe, nie jakościowe. — To samo tłómaczenie przeobrażeń części rodnych da się także zastosować do mechanizmu poronienia i przedwczesnego porodu, choć w obu tych przypadkach przeobrażenia te nie są doprowadzone do ukończenia i stąd przebieg jest pozornie całkiem odmienny (*Streszczenie własne*).

Dyskusya: Kol. doc. Bylicki wita bardzo sympatycznie każdą myśl nową z dziedziny badania, wymagając przytem, aby badanie miało ściste cechy przyrodnicze. Niema zamiaru wdawać się w to, czy kol. Czyżewicz przestrzegał pilnie zasad przedmiotowego badania i czy jego wnioski są prawdziwe, lub nie, ale mu wykład ten daje pochop do podniesienia niektórych szczegółów mniej uwzględnionych. Zapatrywania na stosunki anatomiczne ciężarnego narządu płciowego zawdzięczamy w pierwszym rzędzie i jedynie przekrojom zamrożonych zwłok ciężarnych i rodzących. Jak wiadomo, już pierwsze przecięcie Braunego zupełnie obaliło nasze poprzednie teoretyczne zapatrywania, a potwierdziły i uzupełniły sprawę inne liczne przecięcia, m. i. jedno jedyne polskie prof. Marsa. Opierając się na nich, nie mógłby kol. B. zgodzić się na niektóre szczegóły przedstawionych przez prelegenta rysunków. Nie mógłby też twierdzić, aby macica ciężarna miała uciskać pęcherz. Wobec pracy Sielskiego o mechanizmie ciśnienia śródbrzusznego, mógłby kol. B. dopiero wówczas przypuścić wzmożony ucisk, gdyby napięte były powłoki brzuszne, a powierzchnia tychże w ciąży przecie się także znacznie wzmaga. — Że ciężarne znacznie więcej moczu wydzielają, jest rzeczą udowodnioną i tej okoliczności nie można pomijać. — Co się tyczy umięśnienia macicy, to rzecz wiadoma, że jakotako znane uwarstwienie odnosi się jedynie do cienkiej warstwy wewnętrznej i zewnętrznej: warstwa zaś średnia właściwa, najgrubsza, jest poplątaniem włókien i pętli, otaczających naczynia, nie do rozwikłania. Jedynie drogą anatomii porównawczej można przyjąć, że pomiędzy dwie warstwy, podłużną i okrężną przewodu Müllera, dostaje się ta potężna warstwa maciczna razem z naczyniami. Teorya zaś Keulera i Rugego co do oczek romboidalnych sieci mięśniowej nie tyle polega na bezpośredniem badaniu anatomicznem, ile na tem doświadczeniu, że na wyciętym kawałku ścian macicy, rozpiętym szpilkami, w czasie naprężenia, wywołanego prądem wody, zarysowują się listewki w postaci rombów. — Co do objawu hegarowskiego, to nie tyle ograniczone na dolny odcinek macicy ścieńczenie i rozpulchnienie ścian ma odgrywać główną rolę, ile ta okoliczność, że pod uciskiem palców dolny odcinek jaja cofa się ku górze, zwiększając tem samem sprężystość części macicy, ponad tem miejscem położonych. — Co do tego przypuszczenia, że mięśnie maciczne, aby nie zaniknąć, analogicznie z innymi mięśniami,

prawdopodobnie kurczą się i w macicy nieciężarnej, niekoniecznie ma ono odpowiadać rzeczywistości. Może ta sprawa nie da się odnieść do mięśni gładkich i może w inny sposób temu zapobiega natura. — Kolega prelegent nie uwzględnił też ważnej okoliczności, mianowicie zachowania się dna macicy. Wszak to ono bywa w ciąży bardzo znacznie rozciągane, czego dowodem uczepianie się części dodatkowych niekiedy blizko połowy krawędzi macicznych, co w czasie wykonywania cięcia cesarskiego tylokrotnie stwierdzono. — Dodał wreszcie kol. B., że najdokładniej wzajemne stosunki części płciowych do siebie i do płodu na podstawie preparatów anatomicznych traktują Pinard i Varnier (*Streszczenie własne*).

Zdaniem kol. prof. Marsa wypowiedział prelegent już to myśli znane, już też poglądy, oparte na niedostatecznych podstawach. Spostrzeżenia uzyskane zmysłem dotyku, zapomocą palca, podczas badania klinicznego, jak wiadomo są tak złudne, że nie-poparte innymi ścisłymi sposobami badania nie mogą być żadną miarą podstawą do ścisłych naukowych wniosków. Podobnie także badanie anatomiczne macicy połogowej nie może być użyte do ocenienia budowy macicy i stosunku jej warstw do siebie, jaki był przed i podczas porodu. — Kol. M. nie może się zgodzić na niektóre zapatrywania, jak n. p., aby macica podczas ciąży kiedykolwiek dosięgała dnem przepony; podobnie nie może przyjąć za pewnik, aby podczas bolu porodowego wpływ działania warstw mięśniowych zewnętrznej i wewnętrznej się znosił, bo ten wpływ nietylko zależy od kierunku, w jakim one się kurczą, ale i od czasów, w których się kurczą. — Kol. prelegent nie uwzględnił pewnych ważnych zagadnień, n. p. czy niema znaczenia robaczkowe kurczenie się mięśni macicy, dalej nie dotknął sprawy tak ważnej, jak powstawanie i znaczenie pierścienia skurczowego. Niektóre poglądy wydają się sprzeczne, bo gdy podczas porodu przypisuje błonom płodowym, względnie poprzedzającej główce, wpływ rozszerzania dolnego odcinka i szyi macicy, to podczas poronienia mówi o samoistnem rozszerzaniu się szyi. — W temacie tak rozległym, w sprawie tak zawikłanej, chcąc budować hipotezy, podobnie, jak nie możemy się ograniczyć do badania klinicznego palcem i pominąć n. p. badanie przekrojów anatomicznych, tak też nie możemy tłómaczyć zjawisk n. p. rozszerzania się szyi macicy podczas porodu, jednostronnie zwykłemi prawami fizykalnemi, t. j. jedynie wpływem ciśnienia kurczącej się macicy. (*Streszczenie własne*).

Kol. doc. Sołowij nie uznaje samoistnego rozszerzania się ujścia podczas poronienia, podnosząc znaczenie ucisku, wywieranego przez jajo płodowe. Wrażenie, jakoby ucisku tego nie było, uważa za złudne, co stąd pochodzi, że badania dokonywa się podczas przerw między bolami.

Kol. Wątorek dzieli odczyt kol. Cz. na 2 części: pierwsza zawiera szereg faktów, dotyczących zachowania się macicy i pochwy w czasie ciąży i porodu, zdobytych badaniem klinicznem, — druga jest zbiorem hipotez. Co do faktów klinicznych, są one wielokrotnie stwierdzone, a podobny ich opis znajduje się w szerszych podręcznikach. Prócz tego atoli oparł kol. Cz. swe dalsze wywody na zbadaniu anatomicznem muskulatury jednego preparatu macicy połogowej, którą wyciął z powodu zmian rakowych w szyi. Wyniki jego badania anatomicznego muskulatury macicy na ogół zupełnie odpowiadają zapatrywaniom Rugego. Kol. W. powołuje się na swoje prace nad budową macicy połogowej, których prelegent nie uwzględnił, a gdzie mowca zbija między innemi zapatrywania Rugego. Kol. W. krytykuje wreszcie metodę badania, jaką posługiwał się prelegent w swej pracy, a więc metodę analityczną, podczas gdy przy rozwiązywaniu szerszych problemów w medycynie powinna mieć uzasadnienie jedynie metoda syntetyczna.

Kol. Czyżewicz jun. w odpowiedzi: *a*) kol. doc. Bylickiemu zwraca uwagę na charakterystyczny szczegół, że parcie na mocz występuje w początku ciąży i przy jej końcu t. j. wtedy, kiedy macica wciska się do miednicy małej, a prawie go niema w środku ciąży. Świadczy to o ucisku trzonu macicy na pęcherz. O zapatrywaniach na budowę macicy i o wszystkich sposobach badania dotąd znanych wspominał, nie mógł tylko mówić o nich szczegółowo, boby na to czasu nie starczyło. W swojem rozumowaniu opierał się na własnych preparatach. — Odżywieniu mięśni macicy śródmiąższowemu nie przeczy, ale sądzi, że wobec tego, iż wszystkie mięśnie ciała są w ciągłym ruchu, dla mięśni macicy nie mogą istnieć specyalne prawa i w braku skurczów musiałyby zaniknąć *ex inactivitate*. O rozciągnięciu ściany macicy, a więc i dna wspominał, sądzi tylko, że w dole ściana ta rozciąga się silniej, niż w dnie. Co do objawu Hegara, pozostaje przy swojem zdaniu, bo przy uciśnięciu n. p. w połowie części pochwowej objawu tego nie czuć, pomimo, że i wtedy usuwa się jajo ku górze. Trzeba na to specyalnie badać część, odpowiadającą ujściu wewnętrznemu.

b) Kol. Prof. Marsowi odpowiada, że za nowe uważa w swej pracy: 1) tłómaczenie całego mechanizmu przeobrażeń części miękkich naciskiem elastycznego jaja płodowego i działaniem bolów; 2) spostrzeżenie, że mięśnie trzonu macicy dochodzą aż do ujścia zewnętrznego i są do wykazania w szyi macicy; 3) zapatrywanie na mechanizm rozwierania się ujścia w ten sposób, w jaki go przedstawił; 4) zapatrywanie na przesuwanie się w ciągu trwania ciąży mięśni warstwy średniej i stąd inne ich działanie na początku ciąży, a inne na końcu; 5) zapatrywanie na powód poronienia urazowego i jego mechanizm. Stwierdza następnie, że na fotografiach przekrojów znalazł te same stosunki, które schematycznie odrysował, co potwierdza mu wyniki badań klinicznych. Tłómaczenie przeobrażeń na podstawie fizyki uważa za zupełnie dobre, bo tylko na podstawie prawideł fizyki mogą się wytworzyć w rozmaitych indywidualnych warunkach ubocznych jednakie, typowe przeobrażenia, jak to ma miejsce w rzeczywistości. Co do antagonizmu pewnych grup mięśni między sobą, zwraca uwagę, że mówił o tem, roztrząsając efekt skurczu całej macicy, a więc wszystkich mięśni równocześnie i że zresztą stwierdzono, iż ruchy robaczkowe macicy są znane tylko u zwierząt, ale u ludzi zawsze występuje odrazu skurcz całej macicy. Tłómaczenie przeobrażeń opiera zawsze na nacisku elastycznego jaja i bolach, tylko, że z powodu rozmaitego przesunięcia mięśni efekt działania tych sił jest przy poronieniu odmienny, jak przy porodzie. W przypadku pierwszym ujście rozwiera się czynnie, bo związek jego mięśni i mięśni trzonu jest dobrze utrzymany, a ujście bardzo mało rozszerzyć się ma w drugim, z powodu wyciągnięcia się mięśni ku górze uskutecznia akcyę napór części poprzedzającej. Wreszcie uważa za odpowiednie badanie macicy tuż po porodzie, bo daje ona te same obrazy, na jakich np. oparł Ruge swą ogólnie przyjętą teoryę o układzie mięśni macicy podczas ciąży.

c) W odpowiedzi kol. doc. Sołowijowi podtrzymuje swoje twierdzenie, dając za przykład, że podczas poronienia rozwiera się czasem ujście zewnętrzne u pierwiastek pomimo utrzymanego kanału szyi oraz jaja jeszcze powyżej ujścia wewnętrznego, lub, że ujścia oba pozostają szeroko rozwarte przy resztkach po poronieniu, gdzie nic na nie nie ciśnie.

d) Wreszcie kol. Wątorkowi przyznaje, że nie znał jego zapatrywań na budowę mięśni macicy, że więc wcale nie wyłącza możliwości pogodzenia tych zapatrywań ze swojemi.

W końcu przemawiali jeszcze kol. Prof. Czyżewicz (*sen.*) i kol. Prof. Mars. Sekretarz: *W. Ziembicki.*

VI. posiedzenie naukowe z dn. 30 marca 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych 72 członków.

I. Przewodniczący odczytuje nazwiska nowych członków, którymi są kol. E. Damański, J. Graf, Z. Szczepański.

II. Kol. M. Selzer przedstawia historyę choroby kobiety 70-letniej, która zgłosiła się do szpitala z napadami drgawek Jacksona. Napady przeszły z czasem w **status hemiepilepticus:** chora wkrótce zmarła z rozpoznaniem guza mózgu. Przy sekcyi wykazano w mózgu tylko przewlekłe wodogłowie i zanik; prelegent przyjmuje wobec tego w tym przypadku t. zw. *status hemiepilepticus idiopathicus*, a więc stan, odpowiadający zwykłej padaczce, z tą różnicą, że drgawki ograniczają się do jednej połowy ciała.

Dyskusya. Kol. I. Feuerstein przypomina, że w ostatnich latach mnożą się w piśmiennictwie notatki, dowodzące podobnych pomyłek w rozpoznaniu guza mózgu, jak w przypadku, opisanym przez kol. Selzera. Dlatego też w przypadkach padaczki jacksonowskiej o guzach mózgu należy myśleć dopiero na ostatniem miejscu. Co się jednak tyczy t. zw. *status hemiepilepticus idiopathicus*, to przypadki, znane kol. Feuersteinowi tak z piśmiennictwa, jak z własnego doświadczenia, odznaczały się tem, że chorzy byli wieku młodego. Szczegół, że chora, opisana przez prelegenta, liczyła lat 70, czyni rozpoznanie wątpliwem.

Kol. prof. Gluziński nie zgadza się na przymiotnik *idiopathicus* w przypadku niniejszym. Podobnie bowiem, jak u dzieci 14—16 letnich, które jednak przebyły pierwotnie wodogłowie, mogą występować objawy padaczki jacksonowskiej napozór samoistnej, tak znowu w wieku około lat 70 objawy takie nie są zbyt rzadkie, ale wiemy, że i tu sekcya częstokroć stwierdza wodogłowie (*hydroc. e. vacuo*). Obok tego zmiany zanikowe, jakoteż zmiany miażdżycowe, choćby nieznaczne, nie mogą być

lekceważone. Do przypadków podobnych zastosowałby prof. G. przymiotnik »starczy« (*senilis*).

Kol. I. Feuerstein zgadza się w zupełności na rozstrzygający wpływ wieku i na użycie w takich razach określenia »starczy«.

Przemawiają jeszcze kol. Herman i prelegent.

III. Kol. W. Ziembicki mówił następnie o **postępach w klinicznem badaniu moczu,** ze szczególniejszem zwróceniem uwagi na cukier i ciała acetonowe, przyczem przedstawił szereg odczynów i przyrządów. Prelegent zaznaczył praktyczną wartość odczynnika Hainesa, rozpowszechnionego oddawna w Ameryce, z którego pomocą szybko i pewnie możemy przekonać się o obecności cukru w moczu. Sposób ten przewyższa próbę Trommera, z którą ma to podobieństwo, że polega na własności cukru redukowania soli miedziowych w zasadowym rozczynie. Skład odczynnika Hainesa jest następujący: Siarkanu miedziowego 2 gr., wody przekroplonej i gliceryny po 15 gr., 5 prc. ługu potasowego 150 gr. Parę cm^3 tego płynu zagotowujemy w probówce, poczem dodajemy kroplami badanego moczu, gotując dalej. Większa ilość cukru wywołuje szybko strąt czerwony. Mała ilość wymaga gotowania dłuższego (do dwóch minut) i dodania około 10 kropli moczu. $^1/_4$ % cukru wykrywa się z łatwością.

Następnie zdał prelegent sprawę z doświadczeń swych, przeprowadzonych w klinice lekarskiej lwowskiej z próbą orcynową Neumanna, której przyznaje wielką wartość w odróżnianiu poszczególnych gatunków cukru w moczu. Przekonał się, że w tej samej porcyi moczu można stwierdzić równoczesną obecność cukru gronowego i owocowego na tej podstawie, że pod wpływem orcyny powstaje w miarę gotowania najpierw żółte zabarwienie, pochodzące od cukru owocowego (i to bez względu na jego ilość), a znacznie później dopiero czerwone zabarwienie od cukru gronowego. Zdaniem kol. Z. ma dalej odczyn ten znaczenie kliniczne z tego względu, że zyskaliśmy w nim sposób sprawdzania niepewnego odczynu Seliwanoffa na lewulozę. Odczyn orcynowy wykonywa się w myśl przepisu Neumanna, jak następuje: do szerokiej probówki wlewamy około $^1/_2$ cm^3 badanego płynu (moczu), nadto 5 cm^3 kwasu octowego lodowatego, kilka kropli 5 prc. wyskokowego rozczynu orcyny, poczem gotujemy, dodając kroplami ostrożnie kwasu siarkowego stężonego. Nie zadowalając się powstaniem odpowiedniej barwy (czerwonej dla dekstrozy, żółto-brunatnej dla lewulozy), możemy zapomocą kieszonkowego spektroskopu badać właściwe dla każdego z tych ciał smugi.

Prelegent okazał następnie oba najnowsze sacharometry, a mianowicie dawniejszy duży model przyrządu Lohnsteina i niedawno opisany przyrząd Wagnera, przyznając większą wartość praktyczną temu drugiemu, gdyż nie wymaga on tak mozolnego oczyszczania, jak tamten, a zbudowany do wieszania na ścianie, może być wygodnie umieszczony w sąsiedztwie pieca.

Prelegent stwierdza następnie wartość ilościowego oznaczania cukru sposobem Pavyego, zmodyfikowanym przez Sahliego (obacz *Deutsche med. Woch.* 1905, Nr 36, jakoteż referaty w *Przeglądzie lekarskim*). W końcu omawia prelegent potrzebę metod, zmierzających do wykrywania w moczu t. zw. ciał acetonowych, zwłaszcza kwasu acetooctowego. Ze sposobów, podanych do wykrycia tego ciała, za najdokładniejszy uważa prelegent sposób Arnolda, prymaryusza szpitala powszechnego we Lwowie, zmodyfikowany przez Lipliawskyego. Wykonanie jego jest następujące: 6 cm^3 1 prc. rozczynu paramidoacetofenonu i 3 cm^3 1 prc. rozczynu azotynu potasowego zlewamy z równą (a więc 9 cm^3) ilością moczu, do probówki. Po dodaniu 1—2 kropli amoniaku, wstrząsamy płynem, który przybiera barwę ceglasto-czerwoną. Z tego płynu odlewamy 0,5—2 cm^3 i dodajemy do tej ilości 15—20 cm^3 kwasu solnego stężonego (o c. g. 1.19), następnie 3 cm^3 chloroformu i 2—4 kropli sześciochlorku żelaza. Zatkawszy probówkę korkiem, obracamy nią kilkakrotnie, śledząc zabarwienie, jakie przybierze chloroform. W razie obecności kwasu acetooctowego jest ono fiołkowe, w przeciwnym razie żółto- lub czerwonawobrunatne. Prelegent kładzie nacisk na warunek, żeby użyty kwas solny miał c. g. 1,19. Próba A.-L. jest, jak zbadał prelegent, nietylko najczulszą ze wszystkich, podanych dla kwasu acetooctowego, ale najznamienniejszą z nich, gdyż żadna inna substancya nie wywołuje jej dodatniego wyniku.

IV. Kol. doc. Biernacki wygłosił odczyt: **„Jak się żywi nasza inteligencya“.** Z obliczeń, zebranych przez prelegenta śród zamożniejszej inteligencyi warszawskiej i lwowskiej wynika, że jada ona znacznie więcej, niż należy. Kiedy Rubner uważa za dostateczny pokarm o wartości 2500 kal. (netto), to u nas spotyka się zwykle liczby znacznie wyższe (do 4000 kal.) przyczem należy podnieść, że ilości węglowodanów (250—300 gr. na dobę) i białka (80—100 gr.) są przeciętnie małe, natomiast olbrzymie są liczby tłuszczu (150—170 gr.), przekraczające w dwójnasób ilości, ustanowione przez dyetetykę, czyli, że inteligencya nasza spożywa przeważnie pokarm przetłuszczony. Prelegent zwraca uwagę na szkodliwość tego rodzaju pożywienia, szkodliwość, potęgowaną przez okoliczność, że pokarm tłusty jest zwykle i pokarmem bardzo korzennym i sądzi, że powinniśmy dążyć do »ucywilizowania« naszej kuchni na wzór francuskiej i angielskiej.

V. Kol. Moraczewski zdał w krótkości sprawę z prac Emila Fischera nad **syntezą białka.**

Po posiedzeniu odbyło się wspólne zebranie koleżeńskie w celu bliższego zapoznania się z nowo przyjętymi członkami.

Sekretarz: *W. Ziembicki.*

VII. posiedzenie naukowe dn. 20 kwietnia 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych członków 32, gości 2.

Przewodniczący zawiadamia o przyjęciu nowego członka: kol. prof. Henryka Halbana.

Przyjęto protokoły z posiedzeń: dn. 16 i 30 marca b. r.

I. Kol. Wilczek przedstawił 60-letniego mężczyznę ze zupełnem **wygojeniem się rozległego zmiażdżenia kości czołowej.** Uległ on był mianowicie wypadkowi (wskutek spłoszenia się koni, które go uniosły na stos kamieni), przyczem nastąpiło zmiażdżenie kości czołowej, na szerokość dłoni, z wklinowaniem odłamków, pęknięciem kości do ciemienia i ku dołowi wzdłuż oczodołu. Z szerokiego otworu w oponie twardej wydobywał się mózg, pokryty sianem, słomą, włosami i t. d. Zabieg operacyjny polegał na usunięciu odłamków, oczyszczeniu rany, częściowem zaszyciu opony twardej, sączkowaniu. Chory był tylko w pierwszym dniu nieprzytomny, miał krwawe wymioty. Po upływie czterech tygodni dokonano operacyi plastycznej. Obecnie cały ubytek pokryty jest warstwą skóry. W ciągu całego czasu chory, nie okazujący zresztą żadnych objawów porażnych, raz tylko miał ciepłotę podwyższoną (38·6), zresztą wcale nie gorączkował, gojenie postępowało zupełnie prawidłowo, pomimo, że warunki, wśród których udzielono mu pierwszej pomocy (w chacie wiejskiej) nie dopuszczały postępowania bezgnilnego.

W dyskusyi przemawia kol. Obtułowicz, przypominający sobie podobny przypadek ze swej praktyki, jakoteż kol. doc. Barącz, który zwraca uwagę na spostrzeganą tak często u wieśniaków zdolność gojenia się ran w warunkach jak najgorszych.

II. Kol. Jasiński przedstawił chorą z oddziału chirurgicznego powszechnego szpitala (prymaryusz prof. Ziembicki), która przebyła **ropne zapalenie otrzewnej.** Badanie wykazało u niej po przyjęciu do szpitala zaczerwienienie na szerokość dwóch dłoni poniżej pępka, chołbotanie w jamie brzusznej, stłumienie przy opukiwaniu powłok brzusznych na całej przestrzeni, przy ciepłocie ciała 38·5°, tętnie 120, dreszczach, wymiotach, biegunce. Wykonano nacięcie (dług. 15 cm.) w linii środkowej, jakoteż mniejsze nacięcia po obu bokach dla ułatwienia odpływu treści otrzewnej. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że jelita usunięte są ku tyłowi i są w całości przykryte rodzajem grubej błony, powleczonej ropą. Wątrobę, śledzionę i żołądek pokrywała warstwa włóknika. Po stronie prawej zauważono rodzaj zaułka, dążącego w kierunku jelita ślepego. Jamę brzuszną przepłukiwano płynem fizyologicznym. Po dwóch tygodniach stan gorączkowy ustąpił. Następnie jednak utworzył się ropień w podbrzuszu lewem, który nacięto i oczyszczono. Obecnie rany w linii środkowej i od obu cięć bocznych są wygojone. Pozostaje jedynie rana od ostatniego cięcia (ponad więzadłem Pouparta) na którą zastosowano klosz ssący Biera, rana ta również się goi. Etyologia sprawy była niejasna. Ze strony macicy nie można było stwierdzić bezpośredniej przyczyny. Macica przed operacyą była z powodu ciśnienia płynu brzusznego obniżona i wysunięta częściowo przed srom. Po zabiegu powróciła do ułożenia prawidłowego. Prawdopodobnem miejscem wyjścia wydawałyby się kiszka ślepa, lub też wyrostek robaczkowy. Z ropy, wypuszczonej z jamy brzusznej, wyhodowano paciorkowca.

III. Kol. Nowicki wygłosił rzecz o **mnogich uchyłkach jelitowych.** Uchyłki przewodu pokarmowego mogą być wrodzone lub nabyte. Wielu autorów jedynie uchyłek Meckela uważa za wrodzony, wszystkie inne zaś za nabyte, dzieląc je na fałszywe t. j. wypuklenia błony śluzowej i podśluzowej, i prawdziwe t. j. zbudowane ze wszystkich warstw ściany jelitowej. Omówiwszy cechy charakterystyczne uchyłków jednych i drugich

przytacza prelegent swe przypadki (dwa), dotyczące ludzi starych, bo 73- i 80-letnich. Uchyłki usadowione były w jednym przypadku w ramieniu poprzecznem i zstępującem okrężnicy, w drugim tylko w pętli esowatej. Znajdowały się w większej liczbie, miały kształt dzbanuszkowaty, wielkość siemienia do orzecha laskowego, wypełnione były zbitym kałem, wchodziły zawsze w przyczepki tłuszczowe *(appendices epiploicae)*. Badanie drobnowidowe stwierdziło w jednym z tych przypadków budowę ze wszystkich warstw ściany jelitowej. Błona śluzowa okazywała zmiany zapalne. Co się tyczy sposobu powstawania uchyłków, to mogą być wielorakie. Według Hansemanna, Grasera, Klebsa występują uchyłki w miejscach, odpowiadających przechodzeniu naczyń przez błonę mięsną, a więc w okolicy krezki. Za tem przemawiają również doświadczenia; w powstawaniu uchyłków, zwłaszcza pojedynczych, odgrywają taką rolę zmiany bliznowate krezki, blizny ściany jelita, a wreszcie jego zwężenia. W jelicie grubem spotyka się uchyłki prawie zawsze u ludzi starych, gdzie z jednej strony zanikające ściany, a z drugiej ucisk zalegającego kału (nawykowe zaparcie stolca, Leube) mają tu ważne znaczenie; miejsca, odpowiadające przyczepkom tłuszczowym, są niewątpliwie najwięcej wystawione na tworzenie się uchyłków. Co do następstw, to mogą się w uchyłkach rozwijać stany zapalne, owrzodzenia, przebicia (Mertens, Bollinger) do jamy otrzewnej lub narządów (Sidney Jones), mogą tworzyć się zrosty z otoczeniem, naśladować guzy nowotworowe lub pociągnąć za sobą zwężenia przewodu pokarmowego.

IV. Kol. Nowicki przedstawił wreszcie szereg preparatów anatomiczno-patologicznych, a mianowicie:

a) Wątrobę i jelita mężczyzny 36-letniego, który zmarł w klinice lekarskiej z rozpoznaniem **ropnego zapalenia wątroby**. Za punkt wyjścia uważano wyrostek robaczkowy, za czem przemawiał przebieg kliniczny. Sekcya stwierdziła: pomiędzy jelitem ślepem, a poprzecznicą zrost, powstały od zbliznowaciałej sieci. Po jego przecięciu znaleziono wewnątrz ropień, przebijający tak do poprzecznicy, jak do jelita czczego. Wśród tego ropnia tkwiła podwiązka jedwabna. Jak wynikało z wywiadów, chory poddał się był przed siedmiu miesiącami operacyi przepukliny. Była to widocznie przyrośnięta przepuklina sieciowa, tak, że po dokonanej herniotomii sieć podwiązana cofnęła się wraz z jelitem ku górze, poczem z powodów, których prelegent nie umie rozstrzygnąć, przyszło w otoczeniu podwiązanego odcinka sieci do sprawy zapalnej, do zrostu z poprzecznicą i t. d. Następnie musiało dojść do nadżarcia jednej z żył krezkowych, tak, że sprawa ropna drogą krwi przeniosła się do wątroby, wywołując w niej zator i w końcu obraz anatomiczny, przedstawiający się jako nagromadzenie ropni, od najmniejszych począwszy, do dosięgających wielkości głowy dziecka. Wątroba waży sześć i pół kg. Z ropy wyhodowano paciorkowca.

b) Serce z przypadku z bardzo znaczną miażdżycą tętnicy głównej, na tle której przyszło do tak znacznego **zwężenia ujścia tętnicy wieńcowej lewej**, że zaledwie da się przez nie przeprowadzić cienki drucik platynowy. Przed kilku miesiącami przedstawiał k. Nowicki podobną zmianę, ale wywołaną sprawą kiłową, gdzie chory, mający lat trzydzieści kilka, leczony z powodu objawów niedomogi serca, będąc już we wcale dobrym stanie, nagle po silniejszym wysiłku fizycznym umarł. Sekcya stwierdziła wówczas znaczne zwężenie ujścia tętnicy wieńcowej lewej, ponad którem znajdowała się zgrubiała błona wewn. w postaci zastawki. Że ludzie mimo tak wielkiego zwężenia ujścia tak ważnej tętnicy żyć mogą, należy chyba tłómaczyć wytworzeniem się ubocznego krążenia między tętnicą wieńcową prawą a lewą i to dzięki połączeniom, które, jak dowiedli Hyrtl, West i inni, między niemi istnieją.

c) Macica z **nabłoniakiem kosmówkowym**, w znacznym stopniu się rozpadającym. Przypadek dotyczył kobiety 30-letniej, która umarła z powodu rozległej gruźlicy rozpadowej płuc i przewodu pokarmowego. Sprawę w macicy znaleziono jako rzecz przypadkową. Nowotwór przedstawia się jako ubytek o brzegach wyniosłych, różowych, o dnie pokrytem masami martwiczemi, pomieszanemi z krwią skrzepłą; wielkość jego dochodzi jaja gołębiego. Macica, nieznacznie powiększona, wypełniona była ciemno-czerwonym skrzepem. Badanie drobnowidowe stwierdziło utkanie typowego nabłoniaka kosmówkowego złośliwego. Zaznaczyć należy, że mimo stosunkowo daleko posuniętego rozpadu, nigdzie nie można było zauważyć przerzutów widocznych, gdy przeciwnie w innym przypadku, ogłoszonym przez kol. N. wraz z kol. Czyżewiczem jun., gdzie nabłoniak złośliwy w kształcie polipa, zupełnie nie rozpadły, owszem dość zbity, liczne dał przerzuty we wszystkich prawie narządach.

d) Preparat kości udowej z **licznymi przerzutami mięsaka w szpiku kostnym**, okazującymi w kilku miejscach zserowacenie. Sprawa dotyczyła mężczyzny 55-letniego, a zaczęła się, o ile z obrazu sekcyjnego wnosić można, na okostnej talerza biodrowego, następnie dała przerzuty na kręgach i pod czepcem ścięgnistym (*galea aponeurotica*). Kość nigdzie nie była zajęta. Nadto znajdowały się liczne przerzuty w wątrobie, powstałe najprawdopodobniej drogą krwi. Sekretarz: *W. Ziembicki.*

Koło lekarskie w Petersburgu.

Protokół posiedzenia dnia 14 27 marca 1906.

Obecnych członków 21.

I. Protokół z poprzedniego ogólnego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Doc. dr Witold Orłowski przed porządkiem dziennym podaje dane, dotyczące chorego na **raka żołądka we wczesnym okresie**, którego przedstawiał na posiedzeniu poprzedniem. Chory w dniu 8/21 marca poddał się operacyi w klinice prof. Fiedorowa. Rak (*scirrhus*) był usadowiony na małej krzywiźnie żołądka i był ograniczony; gruczoły sąsiednie nie były zajęte, rak rozwijał się na bliźnie po wrzodzie okrągłym. Wobec wielu zrostów (doc. dr Oppel) dokonano wycięcia nowotworu razem z usunięciem kiszki poprzecznej prawie na całej jej przestrzeni, następnie połączono żołądek z jelitem czczem guzikiem Murphyego, wszyto końcową część jelita biodrowego do pętli esowatej, wreszcie założono odbyt sztuczny na górnym końcu okrężnicy wstępującej. Operacya w mieszanem uśpieniu tlenowo-chloroformowem trwała 4 godziny; w czasie operacyi choremu wstrzyknięto pod skórę przeszło 1 litr fizyologicznego rozczynu soli. (Chory umarł 19 III (I/IV) wśród upadku czynności serca. — *Przypisek późniejszy prelegenta).*

III. Dr Karol Karnicki przedstawia przed porządkiem dziennym chorego na **zaćmę**, spowodowaną **zatruciem ergotyną**. M. P., włościanin 25-letni, wstąpił do ocznej lecznicy 15/28 lutego 1906 r., uskarżając się na stopniowe słabnięcie wzroku, które rozpoczęło się w silniejszym stopniu od roku, jakkolwiek pogorszenie wzroku zauważono w jesieni 1904 r., kiedy chory leczył się w szpitalu z powodu drgawek, które się zjawiły po używaniu chleba ze sporyszem. Ze słów chorego wynika, iż w okolicach jego wioski jesienią 1904 roku panowała epidemia rojnicy (*raphania*): dużo ludzi chorowało na kurcze i nawet kilka osób umarło; komisya z lekarzy po zbadaniu chleba zabroniła jego używania, jako szkodliwego.

Stan obecny chorego: Spojówka, tęczówka, rogówka bez zmian; źrenice dobrze oddziaływają na światło; lewa źrenica nieco szarawa; bystrość wzroku = liczy palce na odległość 3 metrów. Przy badaniu wziernikiem dno oka widać jakby za gęstą mgłą; soczewka mętna; w tylnych warstwach zmętnienie ma postać gwiazdy, w przednich zmętnienie rozlane; na lewem oku uległem zmętnieniu promienie są wyraźniejsze, a szpary między niemi są szersze; na prawem oku odwrotnie, szpary są węższe, promienie zaś niezbyt wyraźne; pole widzenia ścieśnione dla wszystkich barw prawie dośrodkowo, zwłaszcza na oku lewem; barwy i światło chory odróżnia prawidłowo.

17 lutego na lewem oku wykonane rozcięcie zaćmy (*discissio cataractae)*, a 23 lutego z powodu wzmożenia napięcia gałki wydobycie; obecnie oko trochę jeszcze przekrwione; bystrość wzroku ze szkłem + 11, D 0,2. Dno oka prawidłowe.

Demonstracyę prelegent uzupełnia przytoczeniem teoryi powstania zaćmy wskutek zatrucia ergotyną. *(Streszczenie własne).*

W dyskusyi przemawiali prof. dr St. Zaleski, dr Strawiński, doc. dr W. Orłowski i dr Sowiński, zaznaczając ogromne w powstaniu rojnicy znaczenie upośledzonego odżywiania, ilości sporyszu w chlebie, wreszcie świeżości przetworu.

IV. Dr B. Wilamowski odczytuje rzecz p. t.: **„Słów kilka o lazaretach Czerwonego krzyża w Irkucku“**. W dyskusyi przemawiali: dr K. Karnicki, Wojciech Kozłowski, prof. dr St. Zaleski i dr Strawiński.

V. Dr Z. Sowiński odczytuje rzecz p. t.: **„Kilka przypadków rozległych zmian kilakowych na prąciu“**, (rzecz przeznaczona do druku w »*Przeglądzie chorób skórnych i wenerycznych*«).

Dyskusya: Prof. dr St. Zaleski uważa katalityczną teoryę działania rtęci na ptomainy za fantastyczną; rtęć mogłaby działać katalitycznie tylko, będąc w najdrobniejszych cząsteczkach na wzór platyny gąbczastej; tymczasem, wchłaniając się do krwi, rtęć tworzy białkany, które nie mają własności katalitycznych. —

Dr Sowiński, zgadzając się z prof. dr St. Zaleskim, uważa za prawdopodobniejszą teoryę, według której białkany rtęciowe wchodzą w związki chemiczne z ptomainami i w ten sposób usuwają ich działanie trujące. W dyskusyi przemawiali również dr Strawiński, doc. dr W. Orłowski i dr Wierciński.

Na posiedzeniu administracyjnem 1) przyjęto w poczet członków Koła drów Swolkienia, Zajączkowskiego, Korbutta-Karaffę i magistra farmacyi p. M. Leśniewską; 2) zatwierdzono spis książek polskich do nabycia dla biblioteki Koła. Sekretarz: *Witold Orłowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Polskie Towarzystwo balneologiczne rozesłało do lekarzy we wszystkich częściach Polski następującą odezwę: »Jeśli w roku ubiegłym, skutkiem stosunków, stworzonych przez wojnę rosyjsko-japońską, poważne zachodziły wątpliwości co do przyjazdu chorych, szukających zdrowia w krajowych zdrojowiskach i uzdrowiskach, to tem bardziej obecnie lękać się trzeba o byt tych zakładów. W ciągu minionych miesięcy nietylko że nie nastała żadna poprawa, ale raczej wszystko zmieniło się na gorsze. Upadek przemysłu w granicach imperyum rosyjskiego, zupełne rozprzężenie społeczne, chaos pojęć i czynów, ogólne zubożenie — oto znamiona chwili. Byłoby rzeczą wprost nierozsądną spodziewać się, że w tych warunkach zakłady nasze będą zapełnione, że przedsiębiorstwa zdrojowe przyniosą te korzyści, jakie wobec usilnych starań o podniesienie i udoskonalenie zakładów przynieśćby mogły i powinny w innych warunkach. Ale dbać trzeba przynajmniej o to, aby krytyczne czasy, które przeżywa całe społeczeństwo polskie, nie sprowadziły strat tak wielkich, że zdrojownictwo nasze nie mogłoby ich przetrzymać. Trzebaby znów długich lat pracy w przyszłości, aby posiąść na nowo to, co dotąd z takim mozołem zdobyto.

Że rok przeszły nie był dla zdrojowisk tak niepomyślnym, jak się tego powszechnie lękano, zawdzięczać należało jedynie tylko prawdziwie obywatelskiemu działaniu lekarzy i całego społeczeństwa. W fakcie tym czerpie otuchę przemysł zdrojowy polski, liczy, że życzliwe czynne poparcie będzie ciągłe i coraz większe i w tej myśli dąży mimo trudnych warunków wytrwale po drodze postępu. A postęp ten znać w każdem niemal zdrojowisku i uzdrowisku.

Zdając sobie dokładnie sprawę z obecnego stanu rzeczy, zwraca się Wydział Polskiego Towarzystwa balneologicznego z bardzo usilną i gorącą prośbą do całego społeczeństwa polskiego, a zwłaszcza do wszystkich lekarzy polskich, aby więcej niż kiedykolwiek pamiętać zechcieli o swojskich zakładach. — Każdy grosz, wydany bez istotnej potrzeby poza granicami kraju, jest obecnie wielką szkodą i wielką krzywdą, wyrządzoną własnemu społeczeństwu i własnemu krajowi. A groszy tych pozostaje rok rocznie w zagranicznych zdrojowiskach i uzdrowiskach miliony.

Jeśli kiedy, to właśnie teraz ograniczyć trzeba liczbę osób, wyjeżdżających do obcych zakładów. Najwięcej zdziałać to mogą lekarze, a więc w ich przedewszystkiem ręce składa Polskie Towarzystwo balneologiczne byt naszego zdrojownictwa. Wydział Towarzystwa żywi nadzieję, że Pan nie odmówi Swego cennego współdziałania, słowem i czynem wesprzeć raczy usiłowania, mające za cel dobro swojskich zdrojowisk i chorych swych, o ile to tylko ze wskazaniami lekarskiemi pogodzić się daje, skieruje do krajowych zakładów i dopomoże do zwalczenia uprzedzeń, które każą szukać zdrowia raczej u obcych, pomimo tego, że w kraju równie dobrze znaleźć je można.

W Krakowie, dnia 1 maja 1906 r.

Za Wydział Polskiego Towarzystwa balneologicznego:

Prof. dr *L. Korczyński*, prezes. Dr *E. Supiński*, sekr.

Towarzystwo higieniczne warszawskie w roku 1905. Zawarte w kwietniowym zeszycie z r. b. »Zdrowia« sprawozdanie z działalności warszawskiego Towarzystwa higienicznego za rok 1905 dowodzi nietylko żywotności, ale i dalszego rozwoju tego Towarzystwa, co tem bardziej należy podnieść, że z powodu warunków ekonomicznych i politycznych rok ubiegły był dla pracy Towarzystwa bardzo niekorzystny. Prócz znacznego ruchu odczytowego w poszczególnych wydziałach Towarzystwa (ogółem 26 odczytów), licznych referatów w sprawach praktycznej działalności na polu higienicznem i wychowawczem, zaznaczyła się praca Towarzystwa naradami nad higieną pomniejszych miast i wsi przy udziale delegatów oddziałów prowincyonalnych Towarzystwa, wystawą gospodarstwa domowego i stworzeniem nowych wydziałów Towarzystwa: higieny życia domowego i przeciwalkoholicznego; dalej organizacyą muzeum higieny ludowej w Częstochowie, organizacyą walki z cholerą i stworzeniem sanitarnej opieki obywatelskiej dla skuteczniejszego przeprowadzenia tej walki. Równie czynne były i oddziały prowincyonalne Towarzystwa, szczególnie zaś lubelski, łódzki i płocki, rozwijające obok działalności przeważnie popularno-odczytowej szczególnie wydatną działalność praktyczną na polu higieny wychowawczej i wieku dziecięcego, oraz zapobiegania chorobom zakaźnym. Najlepszą miarę działalności praktycznej tych oddziałów prowincyonalnych i centralnego Towarzystwa stanowi bilans, wynoszący dla oddziału lubelskiego rb. 2536 (na samą instytucyę »Kropli mleka« 1685 rb.), kaliskiego rb. 3109, łomżyńskiego rb. 1486, dla instytutu higieny dziecięcej im. bar. de Lenwala w Warszawie rb. 8091; dochody zaś na sanatoryum ludowe dla gruźliczych wyniosły w roku 1905 rbs. 163.315. *Bier.*

Walka z gruźlicą w Galicyi prowadzoną jest bardzo słabo. Dr Mikołajski (w »Głosie lekarzy« Nr 9) uważa za przyczynę tego przedewszystkiem brak państwowych reform socyalnych w całej Austryi, o które oparło się ze znakomitym wynikiem zwalczanie gruźlicy np. w Niemczech (ubezpieczenie na przypadek choroby, przygody, na starość, na wypadek niezdolności do pracy, dobrze zorganizowana opieka nad ubogimi), niższy stopień kultury, brak funduszów i słabą ofiarność publiczną i prywatną na cele zdrowotne. Zanim państwo i kraj wprowadzą ustawy o ubezpieczeniach i opiece nad ubogimi, główny obowiązek zwalczania gruźlicy spada na gminy, zwłaszcza na miasta większe. Przykład miast stołecznych pociąga za sobą resztę miast i dlatego postarał się dr Mikołajski o stworzenie we Lwowie miejskiej komisyi przeciwgruźliczej, co ma na wniosek prof. dr Domańskiego nastąpić i w Krakowie. W komisyi lwowskiej zdał dr Legeżyński 20/III sprawę z toku prac statystycznych, dotyczących gruźlicy we Lwowie i rozwinął program walki przeciw gruźlicy w granicach środków gminy, obejmując nim: pouczenie publiczności zapomocą wydawnictw popularnych, odczytów i prasy, oraz stałej wystawy przeciwgruźliczej w muzeum przemysłowem miejskiem; założenie »Kropli mleka«, parków przeznaczonych dla osób, zagrożonych gruźlicą; budowę tanich mieszkań robotniczych, higienę szkół, pracowni, odkażanie mieszkań po suchotnikach, bezpłatne badanie plwocin w miejskiej pracowni bakteryologicznej, popieranie dyspenzatoryów gruźliczych, założenie miejskich uzdrowisk. Na następnem posiedzeniu 2/IV uchwaliła komisya, aby lekarze miejscy zbadali co do gruźlicy mieszkańców zakładów humanitarnych (ochronki, domy ubogich, domy kalek) i młodzież szkolną w pensyonatach, aby miasto założyło pracownię dla bezpłatnego badania plwocin, aby wprowadzono donoszenie o pewnych przypadkach gruźlicy i odkażanie mieszkań, wreszcie, aby nauczycielom, dotkniętym gruźlicą, zapewniono dostateczne utrzymanie po usunięciu ich od zajęć. Usunięcie to przepisuje rozporządzenie Rady szkolnej, które dopóty nie odniesie dostatecznego skutku, dopóki przypadki gruźlicy wśród nauczycieli będą zatajane, jak to dziś ze względów prostej ludzkości dla chorych, niezaopatrzonych dostatecznie nauczycieli dziać się musi. *R.*

Medycyna w Samorządzie. Pod tym tytułem wyszła w Warszawie dzieło, dające pogląd na obecny stan lecznictwo publicznego w Królestwie polskiem, jego braki i potrzeby, a roztrząsające sprawy szpitalnictwa, opieki nad obłąkanymi, podrzutkami, szkołami, pomocy lekarskiej dla położnic, ludności fabrycznej, ludności wiejskiej, walki z chorobami wenerycznemi i w końcu sprawę wydziału lekarskiego uniwersytetu. Cena dzieła 1,80 rbs.

Do walki z partactwem leczniczem wystąpiło niedawno zawiązane stowarzyszenie zawodowe lekarzy monachijskich (Standesverein Münchener Aerzte) i wniosło do rady związkowej Niemiec podanie, w którem prosi o: 1) urządzenie centralnej stacyi doświadczalnej dla środków leczniczych tajnych; 2) coroczne przeglądanie i uzupełnianie listy środków tajnych; 3) wyraźne orzeczenie, że zmiana nazwiska środka przy zachowaniu w zasadzie tego samego składu chemicznego nie znosi zakazu; 4) Zakazanie w przyszłości nietylko publicznego reklamowania jakiegoś tajnego środka, ale i »wszelakich doniesień, przeznaczonych dla szerszego koła osób«, a tyczących się tajnych leków; 5) wyraźne i niedwuznaczne orzeczenie, że takiej samej karze podlega każdy, kto zakazane reklamy zawodowo rozszerza;

(chodzi tu o ajentów, którzy po gazetach pod płaszczykiem wyleczonych z ciężkich chorób wabią publiczność i rozsyłają pochwały dla zakazanych leków); 6) zakaz ogłaszania po pismach przyrządów leczniczych, w szczególności elektrycznych; 7) zakaz ogłaszania wszelakich zagranicznych tajnych leków, względnie zakaz cłowy wprowadzania tychże leków w granice państwa.

Bo trzeba stwierdzić, że partactwo lecznicze rozwielmożniło się w Europie, szczególnie w Niemczech, w niebywały wprost dotąd sposób. I dlatego już w roku 1903 rada związkowa niemiecka wydała zakaz publicznego ogłaszania lub zachwalania tajnych leków, których spis równocześnie ogłosiła. Jednakże dotknięci tem orzeczeniem handlarze środków tajnych umieli sobie poradzić. Obeszli ustawę. Jedni ogłaszali w prasie codziennej na miejscu dawnych ogłoszeń reklamowych ostrzeżenie przed naśladownictwami swoich wyrobów — inni puścili w obieg wyroby swoje pod innemi nazwami, przyczem równocześnie czasami w drobiazgach zmieniali ich skład. I tak n. p. Bauera »Djocat« ochrzczono mianem »Diabeticum Bauera«, zachwalany na wszelkie cierpienia olej żywiczniowy (eukaliptusowy) nazwano »flukolem«, Lahra »Zambakapsle« nazwano »santalolem«, »oftalminę« »okuliną« itd. itd. Jeszcze inni poradzili sobie jeszcze inaczej. Znaleźli t. zw. »wyleczonych chorych«, w istocie płatnych ajentów, którzy za pieniądze po pismach chwalą niezwykle rychłą skuteczność leków, wyrabianych przez płacących panów p. t. fabrykantów. Tacy to »wdzięczni chorzy«, którzy mimo leczenia się u największych powag lekarskich świata nie wrócili do zdrowia, powrót zaś do zdrowia zawdzięczają jedynie temu lub owemu cudownemu lekowi, z najszlachetniejszych pobudek (czasem ślubowali) »chętnie i bezpłatnie« radzą cierpiącej ludzkości, reklamują z wielkim hałasem te lub owe fluidy, eliksiry, balsamy, oliwy, zioła, wyciągi ziołowe i wiele innych rzeczy. Nie spisałby ich na wołowej skórze.

Rok 1905 nie był gorszym od swych poprzedników; i on też uszczęśliwił cierpiącą ludzkość całym szeregiem cudownych leków. Przyniósł chudym środki na tycie, tłuściochom środki na schudnięcie, leki przeczyszczające (jak żadne dotąd) chorym na zaparcie nawykowe, łysym środki na porost włosów i t. d. Płci pięknej przyniósł cały szereg nowych środków dla »osiągnięcia pięknego, ba nawet idealnego biustu (pigułki oryentalne »Robosepillen«, Amiral, mleczko d'Apy, wschodnie czyli »t. zw. oryentalne« proszki wzmacniające). Ze środków na schudnięcie najbardziej reklamowano »antipositin«. Cierpiącym na nawykowe zaparcie stolca »pomagały« pigułki Antoniusa i flatulinowe, Califig, Scavuline i t. d. Z pośród środków, zachwalanych na porost włosów, wziął rekord czelnością reklamy środek, zwany »Hair-Hewer p. John Craven-Burleigh«. Ameryka i Anglia poszły o lepsze w zasypywaniu Europy uszczęśliwiającymi lekami. Wspomnę tylko t. zw. »Natürlicher Gesundheitshersteller«, cudowny środek na dnę i gościec stawowy »Gloria Tonic«, środek mający leczyć »przepukliny« (sic!) »Bruchheilmittel Lymphol«, a zapomnieć mogliby tylko niewdzięcznicy w Europie o szlachetnym przyjacielu ludzkości dr. Jamesie W. Kidd w Fort Wayne (Indiana), który z odległości leczy bezpłatnie wszystkie choroby. Szczególnym popytem cieszyły się elektryczne łańcuchy i pasy (Elektronigor, Herkules, Elektro-Suspensor) na wszelkie ułomności, a przedewszystkiem na niemoc płciową zachwalane, chociaż prasa naukowa nie leniła się zwracać uwagę na zupełny brak wartości wszelkich tych szalbierczych zabawek.

W roku cudownego ozdrawiania, w r. 1905, sprzedano niezliczoną moc kalendarzy, cyrkularzy, broszur, ba nawet beletrystycznych elaboratów, zachwalających leki tajne łatwowiernym chorym. Pisma te nosiły przeróżne napisy i tytuły, jak n. p. »silne nerwy«, »silna pamięć«, »osobisty magnetyzm«, »powodzenie w życiu« i t. p. karmiły łatwowiernego nabywcę za jego nieraz ciężko zapracowany grosz pustymi, a napuszonymi frazesami. »Osobisty magnetyzm« przywędrował do nas przez Atlantyk z Ameryki z innemi blagami i stał się dojną krową wyzyskiwaczy europejskich. Ofiarą ich padali przeważnie neurastenicy, chciwie czytający pisma, poświęcone magnetyzmowi i okultyzmowi, bo uwierzyli, że znaleźli prawdziwą ewangelię. Zresztą neurastenicy i śledziennicy zawsze stanowili najlepszą i najpopłatniejszą klientelę handlarzy tajnych leków.

Oto przeciwko temu na słabości i głupocie ludzkiej wyrosłemu i coraz bardziej rozwielmożniającemu się pasorzytowi występują lekarze, nie zawsze popierani przez opinię publiczną, a czasami nawet i ... władze. *Stahr.*

Lekarze jako świadkowie, a znawcy sądowi. Morawska Izba lekarska przypomina lekarzom, że wezwani do sądu na świadków, powinni bezwarunkowo odmawiać odpowiedzi na takie pytania, na jakie tylko znawca odpowiedzieć może, chybaby sąd zgodził się przesłuchać ich jako znawców. Tylko w ten sposób można położyć tamę wyzyskiwaniu lekarzy przez sądy.

W lwowskich szkołach ludowych i wydziałowych rozdała okręgowa Rada szkolna tablice, pouczające o zgubnym wpływie wyskoku celem zapobiegania szerzącemu się wśród dzieci szkolnych alkoholizmowi.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 29 kwietnia do 5 maja 1906 doniesiono o nowych przypadkach: ospy 6 przypadków w 4 gminach, a mianowicie p. Chrzanów (m. Chrzanów 2, Trzebinia m. 1, Regulice 2, Byczyna 1); duru plamistego 85 przypadków w 25 gminach, a mianowicie p. Bohorodczany (Jabłonka 2), Brzeżany (Glinna 4, Płaucza m. 1), Brzozów (Harta z Lipnikiem 1, Dynów 5), Horodenka (Żuków 19), Jaworów (Zawadów 2, Hruszów 1), Kolbuszowa (Staniszewskie 1), Mościska (Chorośnica 3), Myślenice (Sułkowice 4, Myślenice 1), Nadwórna (Łanczyn 1, Zielona 3), Przemyślany (Łahodów 1), Rawa (Kamionka w. 1, Werchrata 1), Stryj (Pławie 1, Kalne 2, Pohar 2), Tłumacz (Bortniki 11, Korolówka 3, Targowica 11), Złoczów (Jasionowce 1), Zborów (Korszytów 3); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 32 przypadki w 21 gminach.

Ruch ludności w Krakowie. Od 22 do 28 kwietnia b. r. urodziło się dzieci żywo 41, nieżywo 2; zmarło osób 81 (obcych 37), a przyczyną śmierci były: rozwój niedostateczny 6 (1), gruźlica 23 (13), zapalenie płuc 14 (6), błonica 1, płonica 1 (1), odra 1, dur brzuszny 1, cholera niemowląt 4, zakażenie przyranne 1 (1), inne choroby zakaźne 2 (2), choroby serca i naczyń 5 (1), nowotwory 4 (1), inne przyczyny śmierci naturalnej 18 (11).

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 22 do 28 kwietnia zgłoszono przypadków: błonicy 6 (obcych 2), krztuśca 4, płonicy 4 (1), odry 1 (1), duru osutkowego 1, duru brzusznego 2 (2), nagminnego zapalenia opon 1. W tymże czasie zmarło z płonicy 1, z duru brzusznego 0 (1).

W sprawie żmudzkiego wybrzeża Bałtyku.

W ostatnich latach wzrasta wśród naszych lekarzy słuszna dążność do tego, aby chorych, potrzebujących leczenia zdrojowego lub klimatycznego, skierowywać, o ile to oczywiście ze wskazaniami leczniczemi w danym przypadku jest zgodne, ile możności do zdrojowisk i miejsc klimatycznych krajowych. W roku ubiegłym i bieżącym podjęło »Polskie Towarzystwo balneologiczne« czynną w tym kierunku agitacyę zapomocą odezw, rozsyłanych do lekarzy na całym obszarze ziem polskich.

Nie ulega też wątpliwości, iż z małym wyjątkiem posiadamy niemal wszystkie rodzaje wód mineralnych i miejscowość klimatycznych, jakie dla naszych chorych mogą być potrzebne. Zbyt mało jednak zwracano u nas uwagi na to, że możemy rozporządzać po części i klimatem morskim bez oglądania się na obcych. Klimat morski uchodził dotąd za jeden z owych wyjątków, dla którego należy pewnych chorych koniecznie wyprawiać za granicę, a ani »Słownik balneologiczny« Zieleniewskiego z r. 1889, ani nawet jeszcze »Zarys balneologii« L. Korczyńskiego z r. 1900 nie opisują osobno żadnej takiej miejscowości nadmorskiej, gdzieby się chorzy nasi znaleźli wśród swoich, w otoczeniu polskiem, co w pewnej kategoryi tych właśnie chorych, których się od nas wysyła nad morze, nie ostatnie ma znaczenie.

Dla ciepłego klimatu morskiego wybrzeży Morza Śródziemnego, jeżeli on jest wskazany, i nadal wypadnie czynić ów wyjątek; ale wybrzeża te, daleko od nas odsunięte, i tak były odwiedzane mniej licznie i tylko przez najzamożniejszych. Daleko więcej chorych z kraju naszego zmierzało zawsze ku północy. Gdy kto jechał do nadbałtyckich niemieckich kąpieli, to nazywało się, że nie mając »swojego« morza, odwiedza się przynajmniej wybrzeża (niegdyś!) »słowiańskie«. A przecież zarówno w Kołobrzegu, jak i w Kole (Kranz) grosz, wywieziony z kraju, wpływał do niemieckiej kieszeni, a chorzy nasi byli poprostu osamotnieni wśród obcych. Nawet Soboty, pomimo dość znacznego zjazdu Polaków, są niezaprzeczenie niemieckie, bo miejscową ludność polską, okolicznych Kaszubów, coraz mniej znać wśród nawały przybyszów, zagarniających coraz bardziej dla siebie te kąpiele i czyniących dla naszych chorych pobyt w ostatnich latach bardzo przykrym, i to — umyślnie.

Soboty nie utracą dla chorych, od nas nad morze jadących, znaczenia i w przyszłości i pozostaną jedynemi już pono kąpielami morskiemi, przynajmniej — otoczonemi ludnością rdzennie polską. Należałoby jednak zwrócić uwagę na inną część wybrzeży nadbałtyckich, należącą niegdyś do ziem dawnej Rzeczypospolitej, gdzieby chorzy nasi mogli czuć się najwięcej jeszcze u siebie i gdzie wobec istniejących jeszcze trudności paszportowych mieliby chorzy z Królestwa Polskiego dostęp najłatwiejszy. Jest to spory pas nadbrzeżny Żmudzi w dzisiejszej gubernii kurlandzkiej. W pasie tym mógłby się utworzyć szereg morskich kąpieli i stacyi klimatycznych polskich, a już dziś znajduje się tam jeden punkt klimatyczny i kąpielisko w rękach polskich, pod zarządem spółki polskiej i gromadzi publiczność obecnie wyłącznie polską. Punktem tym jest Połąga, mająca obok gotowych już urządzeń kąpielowych tę zaletę, że leży tuż nad granicą pruską i przez to dostępna jest stosunkowo łatwo także dla chorych z zaboru austryackiego i pruskiego, a w każdym razie prawie nie jest dla nich trudniej dostępna, niż Soboty lub Koło.

Tylko od lekarzy polskich zależy dalszy rozwój Połągi, mogący z niej uczynić z czasem pierwszorzędne kąpielisko morskie i macierz całego ich szeregu w tej części wybrzeży Bałtyku wyłącznie dla naszych chorych. Byłoby to zresztą tylko odświeżeniem tradycyi z początku XIX wieku, gdy w tej stronie bawiło corocznie przez lato do tysiąca rodzin i zdawało się, że obok Połągi wyrosną na miejsca klimatyczno-nadmorskie sąsiednie wsie Kunigiszki i Święta.

Dzisiejsza Połąga nie jest doskonałością, ale ma wszelkie warunki po temu, by wkrótce odpowiedzieć większym nawet wymaganiom, do czego też usilnie zmierza. Bliskie sąsiedztwo zakładu kąpielowego z miasteczkiem tego samego nazwiska, liczącem 1500 mieszkańców, a posiadającem kościół, pocztę, telegraf, aptekę, kilku stałych lekarzy i t. d., łączy zakład ze światem. Sam zakład rozporządza nietylko parkiem zakładowym, ale co ważniejsza nadbrzeżnym lasem sosnowym i piaszczystem wybrzeżem (plażą), łącząc przez to zalety uzdrowiska nadmorskiego z przymiotami uzdrowiska leśnego. Las posiada wprawdzie i Koło, ale nie posiada ono płaskiego wybrzeża. Nad Sobotami góruje żmudzkie wybrzeże żywszą falą. Zresztą ma te same właściwości i wskazania, co obie tamte miejscowości i Kołobrzeg, z którymi je L. Korczyński w swojej Balneologii na równi stawia. Ciśnienie powietrza na wybrzeżu żmudzkiem wynosi 720—780 mm., średnia ciepłota w czerwcu 13, w lipcu 16·7, w sierpniu 17·9, we wrześniu 12° C., ciepłota wody morskiej podobno niemal ta sama, co w Schevenigen i w Ostendzie, roczna suma opadów około 700 mm., wiatry częste o średniej chyżości 5 m., deszcze głównie w październiku, najwięcej dni pogodnych w maju i czerwcu. Oprócz domu zdrojowego z czytelnią, restauracyą, drugiego z salą balową i odczytową, kilku will zakładowych i wielu prywatnych, oświetlenia elektrycznego i t. p. zwykłych w takich zakładach urządzeń, oraz stosownych urządzeń do kąpieli morskich zimnych, rozporządza zakład nowo w roku bieżącym zbudowanemi łazienkami do kąpieli ciepłych, zakładem gimnastyczno-ortopedycznym dra Skowrońskiego z Warszawy, urządzeniami do kąpieli słonecznych, mechanoterapii, zakładem kefirowym i t. p. Ceny mieszkań i utrzymanie w pensyonatach zakładowych i prywatnych zdają się być dość umiarkowane, nie wyższe, niż w innych zdrojowiskach naszych; produkta surowe są tanie.

Od żmudzkiego wybrzeża zdawało się odstraszać chorych mniemanie, że jest ono trudno dostępne. Zdaje się jednak, że w wieściach tych było bardzo dużo przesady, bo o uciążliwszej drodze możnaby mówić tylko od strony Libawy, skąd do Połągi trzeba jechać 74 wiorst drogą kołową. Ale droga na Libawę jest krótszą tylko dla tych, którzy na wybrzeże żmudzkie dążą z Litwy i ze wschodnich części Królestwa; dla chorych z innych części zaboru rosyjskiego, z Poznańskiego i z Galicyi krótszą jest kolejowa podróż do Kłajpedy (Memel), skąd do Połągi pozostaje już tylko półtorej godziny końmi.

Ćwierć wieku temu nie mieliśmy niemal pojęcia, że posiadamy i możemy wyzyskać tak potężny czynnik leczniczy, jak klimat alpejski, a Tatry były niemal odludziem, odwiedzanem jedynie przez garstkę miłośników wspaniałej ich przyrody, dla chorych niezużytkowanem i niedostępnem; trzeba było dopiero, by Chałubiński »odkrył« Zakopane, zanim naszych chorych przestano po zdrowie wysyłać do Szwajcaryi i Tyrolu i zanim się przekonano do naszych gór. Powaga i wpływ Chałubińskiego zdołały przełamać obawę niewygód, wówczas rzeczywiście znacznych i z prymitywnych naprawdę stosunków przy energicznem i rozumnem współdziałaniu lekarzy polskich podnieść Zakopane i całe Podhale na poziom dzisiejszy, a jaki to krok olbrzymi i jaki zysk dla gospodarki krajowej i dla tych naszych chorych, których na zagraniczne góry nie było stać, oceni każdy lekarz, który znał Podhale z przed lat choćby kilkunastu. Dziś niema może drugiego Chałubińskiego, któryby »odkrył« »nasze« morze, ale nauczyliśmy się tymczasem lepiej działać zbiorowo i to, co zdziałał niemal jeden człowiek, dziś zdziałać zdołają lekarze nasi wspólnem usiłowaniem. Skarb leży pod stopami; trzeba tylko chcieć po niego się schylić. Wybrzeże żmudzkie nie jest etnograficznie zapewne naszem, ale jest dziś jedynem, gdzie możemy dla naszych chorych wytworzyć zakątek, w którym będą się czuli »u siebie« i gdzie budując na gruncie, już znacznie lepiej przygotowanym, niż ten, na którym przyszło budować Chałubińskiemu, możemy polskiemu przemysłowi kąpielowemu z zyskiem dla naszych chorych stworzyć warunki do rozwoju nowej jego gałęzi.

Ciechanowski.

* * *

Wakacyjne kursa lekarskie.

W wydziale lekarskim krakowskim poruszono myśl wznowienia kursów wakacyjnych dla lekarzy, które odbywały się w miesiącu lipcu, a od dwóch lat z powodu stosunków politycznych musiały uledz przerwie.

Wyłoniły się jednak poważne wątpliwości, czy kursa te zdołają już w tym roku zgromadzić dostateczną liczbę uczestników.

Dla rozstrzygnięcia tych wątpliwości uprasza się lekarzy, którzyby mieli stanowczy zamiar uczestniczenia w tegorocznych kursach wakacyjnych w lipcu w Krakowie, by zgłosili się **najdalej** w ciągu 2 tygodni, t. j. do dnia 26 maja 1906, listownie do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« (Kraków, Wielopole 4), wymieniając zarazem przedmiot lub przedmioty, którymi na kursach zamierzają się zająć.

Od wyniku zgłoszeń, który podany będzie do publicznej wiadomości w prasie lekarskiej, zależy, czy krakowskie kursa wakacyjne dla lekarzy będą w tym roku podjęte lub zaniechane.

Uprasza się wszystkie pisma polskie o łaskawe powtórzenie tej odezwy.

* * *

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 9 maja b. r. posiedzenie, na którem dr Borzęcki przedstawił przypadek *lichen ruber acuminatus*, a dr Bier wyłożył rzecz »O gruźlicy w Krakowie«. W dyskusyi przemawiali dr H. Hirsch i Eisenberg.

— VI doroczne Walne zgromadzenie Towarzystwa Samopomocy lekarzy odbyło się 6 maja b. r. w domu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie przy udziale lekarzy krakowskich i umyślnie przybyłych z prowincyi, wogóle jednak mniej licznym, niż po inne lata. Lwowska Reprezentacya Towarzystwa wysłała 2 delegatów: dr Tatarczucha i Mikołajskiego. Po zagajeniu prezesa r. dw. prof. Jordana, który podniósł stały rozwój Towarzystwa i dodatnie skutki jego działalności (por. streszczenie Sprawozdania Towarzystwa za rok 1905 w poprzednim numerze »Przeglądu«), i nakreślił program działalności Towarzystwa na przyszłość, przyjęto protokół z poprzedniego Walnego zgromadzenia i Sprawozdanie Wydziału, uchwalając uznanie dla skarbnika i całego Wydziału za energiczną i skuteczną pracę i upoważniając Wydział, aby starał się w przyszłości zapobiedz tworzeniu zbyt drobnych odrębnych fundacyi. Następnie uchwalono zmianę § 33 statutu, zwiększając grono Wydziału o 3 członków i upoważniając Wydział do przybierania do swego grona przygodnych referentów dla spraw, które tego wymagać będą, dalej uchwalono reorganizacyę kasy pogrzebowej według projektu, przedstawionego przez doc. dr Brauna. W końcu uchwalono względem tworzących się w Galicyi kas dla chorych majstrów zająć stanowisko odporne na wzór wszystkich Izb lekarskich i stowarzyszeń zawodowo-lekarskich austryackich i w tym celu zebrać od lekarzy deklaracye, iż posad w tych niezmiernie dla stanu lekarskiego szkodliwych kasach przyjmować nie będą. Do Wydziału wybrani zostali: prezesem r. dw. prof. Jordan, I wiceprezesem prof. Ziembicki, II wiceprezesem dr Bogdanik, sekretarzem dr Langie, jego zastępcą dr Flis, skarbnikiem dr Słapa, członkami Wydziału drdr doc. Braun, Hirsch Dawid, Jaugustyn, Stahr, Jabłoński, Żydłowicz, do ko-

misyi kontrolującej drdr Bernadzikowski, Bielański, Schoengut, do sądu polubownego prof. Ciechanowski, prof. Łazarski, drdr Akerman, Lustgarten, Wojciechowski. *R.*

— Wydział polskiego Tow. balneologicznego w Krakowie ogłasza konkurs na pracę kliniczną eksperymentalną p. t. »O wpływie solanek Iwonicza, Rabki, Rymanowa, Truskawca na przemianę ciał azotowych«. Rękopisy należy nadsyłać pod adresem prezesa Tow. baln. najdalej do 1 kwietnia 1907. Nagroda konkursowa za najlepszą pracę w kwocie 400 koron zostanie przyznana na podstawie orzeczenia sądu konkursowego.

W Krakowie 3 maja 1906.

Prof. dr L. Korczyński prezes. *Dr E. Supiński* sekretarz.

Lwów. IX posiedzenie naukowe Tow. lekarskiego lwows. odbyło się 4 maja. 1) Dr Bocheński przedstawia chorą, wyleczoną ze znacznego zwężenia pochwy. Chorą tę przedstawia prelegent w Towarzystwie po raz drugi, by okazać wynik leczenia. Zbliznowacenie pochwy, powstałe po porodzie, było prawie zupełne; znajdowały się bowiem w miejscu pochwy w dolnej jej części tylko dwa włosowate przewody, łączące się w górze w jeden. Leczenie polegało z początku na zakładaniu setonów z gazy jodoformowej, a następnie na rozdzielaniu zrostów na tępo lub nożem i zakładaniu krążków i kul Bozemanna. Wyleczenie nastąpiło w 10 tygodniach tak, że dziś z łatwością można wprowadzić kulę Bozemanna średnicy 7 ctm. Przeszczepienia wobec dobrego wyniku rozszerzania prelegent nie wykonał i nie sądzi, by zbliznowacenie mogło powrócić w znaczniejszym stopniu. Odmiennego zdania jest dr Starzewski, który sądzi, że bez przeszczepienia stan dawny bezwątpienia wróci. — 2) Dr Franke przedstawia chorego, u którego w 7 dni po zranieniu palca ręki prawej wystąpił tężec. Po przyjęciu chorego do kliniki wewnętrznej bliznę na palcu zaraz wycięto i tego samego dnia wstrzyknięto śródoponowo 1 cm^3 25% rozczynu siarkanu magnowego. W 4 dni później, a następnie jeszcze w 2 dni później wstrzyknięto po 2 cm^3 tegoż rozczynu. Za każdem wstrzyknięciem stan chorego się polepszał, a dziś ma się chory zupełnie dobrze. Wynik, uzyskany w tym przypadku, zachęca do dalszych prób w tym kierunku. — 3) Doc. dr Sołowij przedstawia preparaty z macicy 41-letniej kobiety, u której musiano wyjąć macicę z powodu często powtarzających się, silnych bardzo krwotoków. Chora rodziła 3 razy, raz odbyła poród przedwczesny, a 2 razy roniła, raz w 4-tym, drugi raz w 3-cim miesiącu. W 3 miesiące po ostatniem poronieniu silny krwotok, który ustąpił po wyskrobaniu i wytamponowaniu macicy. Krwotok bardzo silny powtórzył się znowu w $1^1/_2$ roku później, a następnie jeszcze 2 razy. Po ostatnim krwotoku wobec znacznej niedokrwistości i bezskuteczności zabiegów miejscowych, zdecydował się prelegent wyjąć macicę przez pochwę. Na wyciętej macicy prócz 3 małych włókniaków spostrzedz można na tylnej ścianie skrzep krwi, wystający z naczynia miażdżycowo zmienionego. Stwardnienie naczyń uważa tu prelegent za przyczynę tak uporczywych krwotoków. Takie zmiany naczyń mogą się zjawiać w wieku starczym, lecz także już między 40—45 rokiem życia, a wtedy przyczyną pierwotną jest przewlekłe zapalenie macicy. Że krwotoki zdarzają się znacznie rzadziej, niż przewlekłe zapalenie macicy, będące sprawą bardzo częstą, to tłómaczyć możemy tem, że pozostawać one mogą w ścisłym związku z występowaniem miesiączki i łączącem się z tem przekrwieniem macicy. Gdzie miesiączkowania już nie ma, tam i krwotoki mimo zmian w naczyniach tak łatwo nie powstaną. W dyskusyi zabierają głos: dr Wein, Czyżewicz (młodszy), Starzewski, prof. Ant. Gluziński, prof. Bylicki, Schellenberg, Skałkowski, prof. Mars, Nowicki.

— Walne zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się 30 maja we Lwowie. Szczegóły w ogłoszeniu na ostatniej stronie tekstu.

— Ankieta w sprawie zdrojowisk we Lwowie d. 7. b. m. uchwaliła liczne rezolucye, wśród których najgłówniejszem jest żądanie, by naczelny nadzór nad zdrojowiskami sprawowały autonomiczne władze krajowe przez utworzoną osobną Radę zdrojową.

Warszawa. Wśród dotychczas wybranych z Królestwa polskiego posłów do sejmu państwowego (dumy) znajduje się 5 lekarzy: dr Malewski z Nałęczowa, wybrany w Lublinie, dr Paderewski z Czeladzi (w Zagłębiu dąbr.), wybrany w Piotrkowie, dr Rząd z Łodzi, dr Świerzyński z Jeleniowa, wybrany w Radomiu i dr Harusiewicz z Ostrowia, wybrany z łomżyńskiego.

— »Gazeta lekarska« (Nr 17) domaga się przyspieszenia umiastowienia szpitali warszawskich, gdyż miasto zupełnie nie ma kontroli nad pieniędzmi, które łoży na szpitale, zawiadywane przez t. zw. Miejską Radę dobroczynności publicznej i tylko od czasu do czasu musi pokrywać znaczne długi (obecnie znów 175,000 rubli). Zaufanie do gospodarki w szpitalach i ofiarność na ich cele może się obudzić w społeczeństwie dopiero wtedy, gdy do ich zarządu powołane zostaną szersze sfery obywatelskie.

— Dr Radliński z Warszawy, więziony od 3 miesięcy, został zesłany do Tobolska na 5 lat.

— Dr Giedroyć wydał zajmujący przyczynek historyczny »O przyczynach zgonu Stefana Batorego« w warszawskim »Przeglądzie historycznym« (w zeszycie za styczeń i luty 1906).

Z różnych stron. Grono wydawnicze »Münchener mediz. Wochenschrift« rozdało z czystych zysków wydawnictwa za rok 1905/6 na rozmaite cele dobroczynne (kasy wsparcia i ubezpieczenie dla lekarzy, ich wdów i sierót) 11,470 marek. Z tygodników lekarskich niemieckich jest »Münchener« jedynym, wydawanym podobnie, jak wszystkie pisma lekarskie polskie, przez grono, złożone z lekarzy, a nie przedsiębiorstwem księgarskiem. Ale mnogość naszych pism nietylko nie dozwala myśleć o zyskach, któreby szły na cele dobroczynne, lecz przeciwnie, wymagała zawsze ze strony wydawców niemałych ofiar materyalnych.

— Uniwersytety niemieckie są hojnie obdarowywane przez społeczeństwo. Na sam zakład badania raka w Heidelbergu dosięgły ofiary kwoty 708,742 marek; tamtejszy zakład anatomiczny otrzymał w darze fundacyę 20,000 m. i t. p.

— Międzynarodowy zjazd lekarski w Lizbonie przyznał nagrodę 3,000 m., wyznaczoną przez zjazd paryski, prof. Ehrlichowi za prace o leukocytozie, zaś nagrodę miasta Moskwy (5,000 fr.) prof. Laveranowi za odkrycie pasorzytów zimnicy.

Mianowani: Doc. Schneidemühl profesorem patologii porównawczej w Kiel; jestto pierwsza katedra tego przedmiotu, której nie było od połowy ubiegłego stulecia; dr Philipps profesorem ginekologii w Kings College w Londynie; dr Botazzi prof. fizyologii w Neapolu; dr Tonnini prof. psychiatryi w Bolonii.

Zmarli: psychiatra prof. Fürstner w Strassburgu; fizyolog prof. Mc. Callum w San Francisco; b. prof. anatomii Paulet w Montpellier; b. prof. chirurgii Buchanan w Glasgowie.

Dr Antoni Nowak, emer. lekarz wojskowy w Zimnej Wodzie pod Lwowem w 82 r. ż.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 17 Ciąg dalszy artykułów Bzury i Motza i Perearnau.

— *Medycyna* Nr 18. Leśniowski: W sprawie operowania brzusznego macicy, dotkniętej rakiem. Guranowski (dok. z Nr 18).

— *Tygodnik lekarski* Nr 18. Bikeles: Przyczynek do lokalizacyi komórek ruchowych w rdzeniu pacierzowym. Czyżewicz i Nowicki (c. d. z Nr 17).

— *Krytyka lekarska* Nr 5. Biegański: Pojęcie przyczynowości w biologii (c. d.). Knappe: W sprawie reorganizacyi pomocy lekarskiej w fabrykach warszawskich. Męczkowski: Kartki z niedalekiej przeszłości.

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. 1 Karwacki: Przecinki choleryczne i rzekomo cholerycznе. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. Bucelski: Dzieje budowy zakładu dla obłąkanych w Królestwie Polskiem oraz stan obecny szpitala w Tworkach.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr 2. Korczyński: Balneologia ongi a dziś — Krajowa ankieta w sprawie zdrojowisk.

— *Przegląd zdrojowy* Nr 3: Skórczewski: Historya Krynicy. Gąsiorowski: Czarnohora i Gorgany. Wajgiel: Rymanów-Zdrój.

— *Przewodnik higieniczny* Nr 5. Piasecki: W sprawie higieny płciowej młodzieży szkolnej. Panek i Szperling (c. d. z Nr 4).

— *Casopis lekařův českých* Nr 18 Kubr: Primarni tracheobronchogenni karcinom. Bakeš (dok. z Nr 17). Stock: Případ vagitu děložniho.

— *Russkij Wracz* Nr 14. Suchanow: Patologiczne rezonerstwo i obłęd rozprawczy. Baradulin: Przyczynek do kazuistyki durowych zapaleń woła. Bertenson: O rosyjskich buddystach i o t. zw. tybetańskiej medycynie. — Nr 15. Zimnicki: Przyczynek do charakterystyki enzymów bakteryjnych i ich wpływu na autolizę. Krajuszkin: W sprawie rozpoznawania wścieklizny na zasadzie ciałek Negriego. Agafonow: Dwa przypadki cięcia cesarskiego. Zeldowicz:

W sprawie techniki chirurgicznej przy ropniach wątroby. Kaplan: Urazowe porażenie połowicze z porażeniem górnej gałązki nerwu twarzowego. Sklar: Jeszcze o wpływie obecnych zamieszek politycznych na choroby umysłowe.

— *Semaine medicale* Nr 18 nie zawiera artykułów oryginalnych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 18. Müller: Przyczynek do etyologii zapalenia błony śluzowej macicy. Kraft: W sprawie możności operowania mięsaka limfatycznego. Ruff: Usunięcie mięsaka limfatycznego drogą nieoperacyjną. Stenczel: W sprawie poznania i leczenia niepowikłanego przewlekłego wiewiórowego zapalenia sierczu. Biernacki: Mikrosedymentator do klinicznych badań krwi.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 18. Leopold: Zapalenie ócz u noworodków i 1% rozczynu azotanu srebrowego. Klieneberger i Zoeppritz: W sprawie tworzenia się swoistych leukotoksyn w surowicy krwi wskutek naświetlania promieniami Roentgena w białaczce, w białaczce rzekomej i mięsaku limfatycznym. Treutlein: Pierwotniakowe choroby krwi u ludzi i zwierząt w Indyach i Afryce. Rosenbach: Dlaczego i w jakich granicach są środki znieczulające skuteczne przy sprawach zapalnych. Opitz: O znieczuleniu lędźwiowem nowokainą przy operacyach ginekologicznych. Berger: W sprawie barwienia krętka bladego. Sittler: Szerzenie się błonicy przez osoby trzecie. Simrock: Oznaczanie cukru w moczu zapomocą zmodyfikowanej próby Trommera. Michaelis: Samozatrucie przy zwężeniu odźwiernika. Bittorf: Przyczynek do kazuistyki zapalenia płuc z przeważającymi objawami mózgowymi u dzieci. Loeb: O jednodniowych zapaleniach płuc. Seeligmann: W sprawie hebotomii. Arneth (dok. z Nr 17). Rommel: Sprawozdanie z wystawy berlińskiej, dotyczącej pielęgnowania noworodków.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 18. Hoffa: Kurczowe porażenia dziecięce i ich leczenie. Lewin: O miejscowem działaniu trującem fenylhydroksylaminu. Boas: O zapobieganiu krwotokom żołądkowym. Reinecke: Zropiały bąblowiec jamy brzusznej. Löhnberg. O leczeniu oddychania przez usta i przewlekłej niedrożności trąbki przez naciąganie podniebienia sposobem Schrödera. Ringleb: Cystoskop według zasady Maisonneuvea. Heermann: O częściowej zastoinie i leczeniu uciskowem przy zapaleniach. Plesch: Wiercenie próbne jako rozpoznawczy środek pomocniczy. Marcus. Bomby do wlewań.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 19. de Renzi: O niektórych rozczarowaniach i nadziejach przy leczeniu gruźlicy. Hirschstein: W sprawie metodyki oznaczania kwasów aminowych w moczu. Langstein: Przyczynek do chemizmu ochronozy. Runge: Krwotoki maciczne. Pick, Poehl (dok. z Nr 18), nadto wykłady ze zjazdu balneologicznego.

Redakcya otrzymała: Dr Henryk Kümmerling Termy siarczane Baden pod Wiedniem.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

L. 98/1906. Walne zgromadzenie **galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie** odbędzie się d. **30 maja 1906 r.** o godzinie 6 wieczorem **we Lwowie** w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska 11, na dole).

Porządek dzienny:

1) Sprawozdanie z ubiegłego roku: sekretarz dr Lilien.
2) Sprawozdanie kasowe: skarbnik dr Schellenberg.
3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej.
4) Wybór nowego wydziału, komisyi kontrolującej i sądu rozjemczego.
5) Ewentualne wnioski członków.

W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Dr Lilien, sekretarz. *Dr Festenburg*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane

Firma J. D. Riedel A.—G. w Berlinie wydaje corocznie książeczkę nazwaną „Mentor“, (obecnie w 50. wydaniu), zawierającą nazwy, jakoteż skład, własności i użycie nowszych leków. Nadto zawiera książeczka sporo ciekawych sprawozdań naukowych. Na życzenie przesyła firma każdemu egzemplarz bezpłatnie.

Dispnon, przetwór soli teobrominowych, wyrabiany przez aptekę „Austria“ w Wiedniu, poleca się w przebiegu stwardnienia tętnic wobec dusznicy bolesnej do stałego zażywania w czasie, wolnym od napadów. Działanie ma polegać na osłabieniu napadów i rzadszem ich występowaniu, a niekiedy na usunięciu ich zupełnem. Cennem jest działanie dispnonu moczopędne przy obniżeniu ciśnienia krwi i zupełnej nieszkodliwości. *A.*

Unguentum formentoli glycerin. (maść formaldehydowa) 5 i 10 prc. „Bernatzik“ okazała się pewnym środkiem przeciw nadmiernemu poceniu się rąk i nóg. Nie jest to maść tłuszczowa, a wypróbowaną została klinicznie i bywa polecana przez wielu lekarzy. Używa się 5 prc. maści przeciw poceniu się nóg i rąk, a 10 prc. wyłącznie przeciw poceniu się nóg. Otrzymać ją można we wszystkich aptekach.

Rok XLV. Kraków 19 Maja 1906. Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej „szpitalnej“ (prof. P. I. Djakonowa) w Moskwie.

Przyczynek do techniki i kliniki ezofagoskopii.

Podał

Dr Romuald Węgłowski

docent chirurgii w Uniwersytecie moskiewskim.

Ezofagoskopia, jako sposób badania i leczenia chorób przełyku, rozpowszechniła się mniej lub więcej w ostatnich latach 10—15, dzięki pracom Mikulicza, Hackera, Rosenheima i niektórych innych. Wszelako nie wszędzie zyskała sobie uznanie i nie wszyscy chirurdzy z należytą energią zabrali się do wyzyskania i rozpowszechnienia tego nieoszacowanej doniosłości sposobu.

Polskie piśmiennictwo lekarskie posiada w tej sprawie, o ile wiem, tylko prace kazuistyczne prof. Pieniążka i dra Nowotnego. Powodem podobnego zaniedbania jest nietylko błędne wyobrażenie o technicznych trudnościach zabiegu i wysokiej cenie narzędzi, lecz także i rozpowszechnione mniemanie, że ezofagoskopia jest bezcelową i bezskuteczną. Te niekorzystne, a mylne sądy są pozostałością po dawniejszych niepomyślnych próbach ezofagoskopii.

W r. 1856 Manuel Garcia pierwszy wypowiedział przypuszczenie, że możnaby oświetlać przełyk zapomocą wziernika krtaniowego. Próby te w dalszym ciągu podejmowali Voltolini, Semeleder, Störk i inni, lecz bezskutecznie. W roku 1865 wyszła w Paryżu praca Desormeaux o badaniu cewki moczowej, macicy, pochwy, przełyku, odbytnicy etc. zapomocą rur prostych („endoskopów“). Ku końcowi 1860 roku Kussmaul wypowiedział przypuszczenie, że możnaby badać przełyk za pomocą długich, prostych rur metalowych, naśladując w tem połykaczy mieczów. Dalej Waldenburg, Störk, Leiter i Nitze, Mackenzie, Löwe, Kelling i inni zalecali najrozmaitsze ezofagoskopy, które jednak nie miały szerokiego zastosowania i używania ich zaniechali niebawem sami wynalazcy.

W roku 1881 zastosował Mikulicz do badania przełyku długie i proste rury o średnicy 12—13 mlm. Aby taką rurę wprowadzić do przełyku, należało, zdaniem Mikulicza, użyć sposobu, używanego przez połykaczy mieczów, mianowicie — wyprostować w jedną linię przełyk i jamę ustną. Praca Mikulicza stanowi niewątpliwie epokę w rozwoju ezofagoskopii i od tego dopiero czasu zaczęła ezofagoskopia dawać doniosłe wyniki. W dalszym ciągu rozwinęli ezofagoskopię Hacker, Rosenheim, Kelling, Killian, Starck i inni. Między r. 1895 a 1900 sprawę ezofagoskopii uważano za jedną z najciekawszych i rozprawiano nad nią zawzięcie na rozmaitych zjazdach, zebraniach, w towarzystwach lekarskich itd.

Dzięki pracom wymienionych autorów nauka o ezofagoskopii znacznie postąpiła i dała takie wyniki, o jakich klinicyści dawniej ani marzyli. Rozpoznawanie bowiem rozmaitych chorób przełyku stało się klinicznie możliwem tylko po odkryciu ezofagoskopii.

Mylnem byłoby jednak mniemanie, że ezofagoskop wzbogacił tylko dyagnostykę chorób przełyku, niemniejsze bowiem korzyści przyniósł on i w leczeniu tych chorób.

Niezmierną korzyść przyniósł on najpierw przy usuwaniu ciał obcych z przełyku. Gdy ciało obce nie dawało się łatwo usunąć z przełyku, pozostawała dawniej tylko — ezofagotomia, która, podług najnowszej statystyki Balacescu i Kohna, daje odsetek śmiertelności 28,5%. Posługując się ezofagoskopem, w ostatnich $3^1/_2$ latach wydobyłem z przełyku szereg obcych ciał u 23 chorych, nie tracąc ani jednego chorego i ani razu nie uciekając się do ezofagotomii, gdy przedtem w 1901/2 roku na 4 ezofagotomie straciłem 2 chorych. Podobnież Hacker w przeciągu 14 lat na 27 przypadków ciał obcych w przełyku, używając tylko ezofagoskopu, nie wykonał ani jednej ezofagotomii i nie stracił ani jednego chorego.

Dalej nieoszacowane usługi oddaje ezofagoskop przy rozszerzaniu bliznowatych zwężeń przełyku. Bardzo poważny odsetek śmiertelności przez wytworzenie fałszywych dróg i ubytków przełyku przy rozszerzeniu go zgłębnikami, znika zupełnie przy posługiwaniu się ezofagoskopem.

Wreszcie dzięki ezofagoskopowi można z łatwością usuwać nowotwory łagodne, leczyć różnego rodzaju rany, wrzody za pomocą smarowania, przypalania, wyłyżeczkowania i t. d.

W ostatnich $3^1/_2$ latach, w ciągu których kierowałem ambulatoryum kliniki chirurgicznej Uniwersytetu moskiewskiego, systematycznie posługiwałem się ezofagoskopem w przeróżnych chorobach przełyku. W tym okresie zbadałem przeszło 350 chorych na przełyk, z których znaczną większość badałem dwu- i trzykrotnie, niektórych zaś nawet ponad 10—15 razy. W pracy niniejszej streszczę wszystkie dane, uzyskane przy opracowaniu tego materyału[1]).

Najbardziej dzisiaj rozpowszechnione są ezofagoskopy Mikulicza i Rosenheima. Niema między niemi wy-

[1]) Patrz moją monografię: Ezofagoskopia. Technika jej i kliniczne spostrzeżenia. Moskwa 1906. 250 str., 23 fig., 2 tabl. (ross.).

bitnej zasadniczej różnicy; wolę jednak używać ezofagoskopu Mikulicza, gdyż jest dogodniejszy. Ezofagoskopy Mikulicza sporządzone są z białego, nieuginającego się metalu, mają w średnicy dla ludzi dorosłych 14 mlm., a dla dzieci 10 mlm. Najdogodniej używać rur trojakiej długości: 46, 36 i 26 ctm., stosownie do głębokości przełyku. Dolny koniec trąbki ścięty jest ukośnie, by zwiększyć przestrzeń, ulegającą badaniu. Światło trąbki zatyka się zapomocą metalowego rdzenia (obturatora), którego dolna część sporządzona jest z twardej gumy, górna zaś zaopatrzona w przyrząd do umocowania na rurze ezofagoskopu. Do oświetlania używa się zwyczajnego panelektroskopu Caspera, który w przyrządzie Mikulicza przymocowuje się do ezofagoskopu zapomocą stosownej tarczy stożkowej, bardzo dogodnej przy badaniu.

Oprócz tych przyrządów, trzeba się zaopatrzyć koniecznie w odpowiednie szczypczyki do usuwania ciał obcych, łyżeczki ostre *(curette)* do usuwania cząstek nowotworów, imadła do wacików dla ocierania śluzu i krwi etc. Do lampeczek panelektroskopu używa się zazwyczaj akumulatorów. Lecz są one bardzo kosztowne i niedogodne, ponieważ trzeba się z nimi bardzo troskliwie obchodzić. Ostatniemi czasy z wielką wygodą posługuję się kieszonkowymi akumulatorami, używanymi zwykle do oświetlania schodów itp. Baterya z dwóch lub trzech takich elementów daje dostateczne światło przez 3—4 tygodnie.

Przed rozpoczęciem badania niezbędnem jest znieczulenie gardła i górnej części przełyku. Zwykle używam 5% roztworu kokainy. Tym roztworem dokładnie, 2—3 razy pędzluję gardło, tylną ścianę krtani i początek przełyku. Szczególną uwagę zwrócić należy na znieczulenie przejścia gardła w przełyk, czyli na okolicę, odległą 15—17 ctm. od zębów. Miejsce to bowiem jest jedyną fizyologiczną przeszkodą dla wprowadzenia ezofagoskopu i zupełne jego znieczulenie znacznie ułatwia technikę wprowadzenia rury przełykowej.

Co do położenia, w którem powinien znajdować się chory podczas ezofagoskopii, to Mikulicz radzi układać chorego na lewy bok, Hacker i Rosenheim — na wznak ze spuszczoną w dół głową, Kilian i Einhorn badają w podstawie siedzącej i t. d. Mojem zdaniem żaden z tych sposobów nie posiada jakichś przeważnych zalet, to też korzystam z tego lub owego — w miarę potrzeby i dogodności. Postawa siedząca jest dla chorych najłatwiejszą i najprzyjemniejszą, lecz dla lekarza nie jest wcale dogodną; niedogodność ta polega głównie na tem, że ślina i śluz, ściekając do światła ezofagoskopu i do przełyku, zasłaniają badany obraz. Stosunkowo dogodniejszem tak dla lekarza, jak i dla chorego, jest ułożenie na prawym lub lewym boku. Położenie na wznak jest dla chorych najtrudniejsze i uciekam się do niego tylko wtedy, gdy wprowadzenie ezofagoskopu w innem położeniu jest niemożliwe, lub połączone z ogromnemi trudnościami. Gdy chory leży na wznak, z głową zwieszoną za brzeg stołu, najłatwiej wyrównać w jedną prostą linię — jamę ustną, gardło i przełyk przez uniesienie krtani ku przodowi zapomocą rury ezofagoskopu, która opiera się o zęby górne i działa na kształt dźwigni.

Głowę chorego powinien zawsze ustalić pomocnik. Używanie osobnych stołów lub krzeseł jest mojem zdaniem zbyteczne, ponieważ badanie ezofagoskopem można z równem powodzeniem wykonać na byle jakim stole, lub na byle jakiem krześle.

Szczegóły, tyczące się postawy chorego, operatora i jego pomocnika tłómaczą fig. 1, 2 i 3.

Przed rozpoczęciam ezofagoskopii badam dokładnie serce i płuca chorego, a również uważnie oglądam jamę ustną i zęby. Zęby sztuczne, jako też stojące na przeszkodzie korzenie zepsutych zębów usuwam.

Przed wprowadzeniem rury do przełyku badam go poprzednio zgłębnikiem, by określić stan światła przełyku i miejsce przeszkody. Jest to niezbędne dla wyboru pewnej długości rury ezofagoskopu, jak również dla uniknięcia nieostrożnych nadwerężeń i uszkodzeń. Następnie umieszczam chorego w położeniu najdogodniejszem, zaznajamiam go z całym przebiegiem badania, zalecam, by się zachował zupełnie spokojnie. Głowę powinien chory przechylić w tył w ten sposób, by szyja możliwie była wyciągnięta, a podbródek wysunięty do góry i naprzód. W tem położeniu ustala głowę



Fig. 1.

chorego pomocnik. Nareszcie wprowadzam do ust chorego ezofagoskop, opieram go o tylną ścianę gardła tak, żeby skośna część rdzenia (obturatora) była zwrócona do kręgosłupa. Teraz trzymając się ciągle środkowej linii ciała, posuwam rurę ezofagoskopu w dół, skierowując jednocześnie górny jej koniec ku głowie chorego tak, by wyrównać w jedną prostą linię gardło, przełyk i rurę ezofagoskopu. Podczas tego zabiegu każdy chory usiłuje zawsze odsunąć językiem rurę na bok, więc ciągle na to trzeba uważać i trzymać się koniecznie środkowej linii ciała.

Jak już mówiłem wyżej, jedyną fizyologiczną przeszkodę napotyka ezofagoskop w odległości 15—16 ctm. od zębów, a mianowicie w tem miejscu, gdzie się znajduje dolny zwieracz gardła. Pokonać tę przeszkodę udaje się naciskając lekko, elastycznie rurą ezofagoskopu: zwieracz ulega naciskowi i rura często prześlizguje się, jakby przez wązki, sprężysty pierścień. W dalszej części przełyku rura nie napotyka w prawidłowych warunkach żadnych przeszkód.

W razie, gdyby znowu znalazła się jakaś niespodziana

przeszkoda, trzeba niezwłocznie zmienić położenie głowy i rura rychło posunie się dalej.

Należy wogóle ściśle zachowywać następujące warunki: trzymać się ciągle środkowej linii ciała i wyrównywać ezofagoskop, gardło i przełyk w jedną prostą linię.



Fig. 2.



Fig. 3.

Gdy rura ezofagoskopu jest już należycie wprowadzoną, wyjmuje się obturator, przymocowuje się panelektroskop i rozpoczyna się badanie.

Trzeba jednak zaznaczyć, iż tylko w bardzo nielicznych przypadkach udaje się odrazu określić przyrodę choroby. Dość często otwór rury ezofagoskopu opiera się o ścianę przełyku i nie pozwala oglądać ani światła przełyku, ani części, leżących niżej.

Przyczyny niezbyt szerokiego rozpowszechnienia i niezbyt częstego zastosowania ezofagoskopii przy badaniu chorych upatrywać należy nie w trudnościach technicznych, lecz przeważnie w nieumiejętności oglądania przełyku. Nie dość bowiem wprowadzić ezofagoskop do przełyku; trzeba umieć nim tak kierować, by obejrzeć dokładnie wszystkie ściany i wszystkie części przełyku, a do tego potrzebnym jest cały szereg ruchów ezofagoskopem.

Największe znaczenie mają boczne poruszenia dolnym końcem rury w jedną lub drugą stronę; przełyk otoczony jest wiotką tkanką łączną, która znacznie ułatwia takie ruchy. Jeżeli tych bocznych ruchów nie można łatwo wykonać zapomocą samej rury, można je osiągnąć przez zmianę położenia głowy chorego. Sposób ten jest najdogodniejszy i wykonywać go powinien pomocnik podług wskazówek operatora. Jeżeli naprzykład rura ezofagoskopu i przełyk tworzą przy pewnem położeniu głowy chorego kąt, rozwarty ku przodowi, — czyli jeżeli otwór rury oparł się o tylną ścianę przełyku, wtedy światła przełyku oczywiście nie widać dopóty, aż rura i przełyk nie wyrównają się w jedną prostą linię. Nastąpić to może albo po przesunięciu dolnego końca trąbki naprzód, albo po odchyleniu głowy chorego w tył. Poruszając głową chorego w różne strony, można stopniowo i dokładnie obejrzeć światło i ściany przełyku.

Dla zbadania przełyku na różnej wysokości, trzeba wsuwać i wysuwać napowrót rurę ezofagoskopu, stosownie do potrzeby; lecz należy zaznaczyć, iż rurę wsuwać wgłąb wolno li tylko wtedy, kiedy wyraźnie widać światło przełyku, — inaczej możnaby łatwo nadwerężyć ścianę przełyku.

(C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

J. Steinhaus. **Histologia patologiczna.** Część I. Metody badania mikroskopowego tkanek i płynów patologicznych. Warszawa 1905. Część II. Histologia patologiczna ogólna. Warszawa 1906. Stron 194. 25 tablic światłodrukowych. Wydane z udziałem kasy im. Mianowskiego. Druk P. Laskauera i Sp. Cena 3 rbs. 50 kop. (75 kop. + 2 rbs. 75 kop.).

Brak podręczników oryginalnych, a choćby i tłómaczonych z zakresu anatomii i histologii patologicznej odczuwa się od dawien dawna. Prócz przestarzałego podręcznika anatomii patologicznej, wydanego jeszcze w r. 1852/53 przez Bętkowskiego, prócz doskonale rozpoczętego, lecz niedokończonego, a również już przestarzałego podręcznika Brodowskiego z roku 1869, prócz wyczerpanego i przestarzałego tłómaczenia I części niemieckiego podręcznika Birch-Hirschfelda, posiadaliśmy dotychczas tylko 1 tom dyagnostyki anatomo-patologicznej, doskonale i oryginalnie opracowanej przez Dmochowskiego, dotychczas jednak jeszcze nieukończonej i nigdy nie mogącej zastąpić kompletnego podręcznika anatomii i histologii patologicznej. Brak ten obecnie daje się odczuwać tem silniej, zwłaszcza wobec spodziewanego spolszczenia warszawskiego uniwersytetu. To też wszelkie usiłowania zaradzenia temu brakowi przyjąć należy ze szczerem uznaniem i prawdziwa wdzięczność należy się wszystkim tym, którzy podejmują podobne wydawnictwa. Obecnie leżą przed nami dwie części podręcznika histologii patologicznej, świeżo wydane przez dra Steinhausa z Warszawy.

W I części znajdujemy w krótki i w przystępny sposób przedstawione najpotrzebniejsze metody badania histo-patologicznego. Możnaby nawet powiedzieć, że część ta jest opracowaną

zbyt krótko, zawiera tylko najniezbędniejsze metody badania i z tego względu nie może zastąpić w większych pracowniach dotychczas używanych znacznie obszerniejszych podręczników niemieckich (Schmorl, Kahlden, Friedländer-Eberth); znaczną jednak korzyść może ta część oddać słuchaczom medycyny przy ćwiczeniach praktycznych z zakresu histologii patologicznej, a nawet i lekarzowi, posiadającemu podręczną pracownię a małe zasoby pracowniane. Pod tym jednak względem zwrócić należałoby uwagę na pewne braki i niedokładności, pewne niedomówienia, które zwłaszcza początkującemu sprawiać zwykły wielkie trudności: Tak n. p. autor przy opisie metody Weigerta barwienia włóknika, jak również przy opisie sposobu Grama barwienia bakteryi nie podaje zupełnie sposobu przygotowania wody anilinowej: na zasadzie wyrażenia »cedzony roztwór aniliny w wodzie« nikt nie zdoła przygotować wody anilinowej. Każdemu, kto miał z tem do czynienia, wiadomo, jak trudno jest dobrze rozpostrzeć krew na szkiełkach nakrywkowych, tymczasem autor w swym podręczniku ogranicza się tylko do wzmianki, że »dla badania suszy się krew na szkiełkach pokrywkowych i t. d.«, sposobu zaś rozpościerania na szkiełkach krwi i wogóle płynów nigdzie nie podaje. Nieodpowiedniem również wydaje się nam przytaczanie w tak krótkim podręczniku zawiłej i wymagającej dłuższego czasu metody Daddiego barwienia tłuszczu sudanem III, a pomijanie milczeniem zwykłej, bardzo prostej i szybkiej metody barwienia tłuszczu tymże barwikiem (lub szkarłatem R) w preparatach mrożonych świeżych lub ustalonych w formalinie. Uzyskane w ten sposób preparaty, zwłaszcza podbarwione po ustaleniu w formalinie hematoksyliną, dają wyniki doskonałe, częstokroć nawet pewniejsze, niż metoda Daddiego, a postępowanie jest znacznie krótsze i zwłaszcza dla początkującego o wiele łatwiejsze; metodę Daddiego należałoby stosować tylko w tych razach, gdzie przez przymrażanie nie można otrzymać dobrych skrawków. I wogóle w swym podręczniku autor bardzo mało uwzględnia metodę badania skrawków mrożonych po uprzedniem ustaleniu kawałków w formalinie: metoda ta, zwłaszcza w pracowniach anatomiczno-patologicznych, gdzie częstokroć bardzo wiele zależy na szybkiem rozpoznaniu, zyskuje coraz to szersze zastosowanie właśnie ze względu na szybkość i łatwość postępowania obok minimalnego uszkodzenia tkanek, mniejszego, rzec można, niż przy jakiejkolwiek innej metodzie badania. Również zbyt mały nacisk kładzie autor na badanie preparatów świeżych — badanie niezwykle ważne, jako jedynie pozwalające nam zapoznać się z rzeczywistą budową komórek i tkanek żywych, nie zmienionych jeszcze przez środki ustalające i inne odczynniki, stale używane przy zwykłych metodach badania. Nie mógłbym także zgodzić się z twierdzeniem autora, że »poza wyjątkowymi wypadkami obejść się można bez celoidyny« i zatapiać wszystko w parafinie: istnieje cały szereg metod badania, do których celoidyna jest odpowiedniejszą, niż parafina; każda z tych metod posiada swe zalety, posiada i swe wady, a stąd jedynie uzasadnionem jest równomierne stosowanie obu tych metod.

Co się tyczy drugiej części podręcznika Steinhausa, to i ta część, podobnie jak pierwsza, cechuje się wielką zwięzłością, z którego to powodu części tej niepodobna uważać za właściwy podręcznik, a raczej tylko za zarys histologii patologicznej do użytku słuchacza przy ćwiczeniach histologicznych celem przypomnienia najważniejszych szczegółów, usłyszanych poprzednio w wykładzie lub wyczytanych we właściwym podręczniku; przypuszczać należy, że ten właśnie cel miał autor na myśli i przyznać należy, że cel ten książka Steinhausa rzeczywiście spełnić może. I tutaj jednakże to dążenie do krótkości, nadmiernej wprost zwięzłości odbija się miejscami niekorzystnie na treści. Tak n. p. zwłaszcza rozdziały o zwyrodnieniu i nacieku tłuszczowym, o zapaleniu, grzeszą wielką niedokładnością; o sprawach nieżytowych błon śluzowych (zapaleniu kataralnem) znajdujemy tutaj tylko lekką wzmiankę; nie znajdujemy tutaj zupełnie opisu zapalenia dyfterytycznego (błoniczego) w odróżnieniu od zapalenia krupowego (dławcowego) i t. d. Nie mógłbym również zgodzić się na podane przez autora rozróżnienie tylko dwóch rodzajów martwicy: suchej (koagulacyjnej) i wilgotnej (kollikwacyjnej); pomiędzy właściwą martwicą suchą (mumifikacyjną) a t. zw. martwicą ze skrzepnięcia (skrzepową, koagulacyjną) istnieją znaczne różnice i to nawet w tak krótkim podręczniku należało zaznaczyć. Twierdzenie, iż »nekroza wilgotna« — właściwiej martwica rozpływna — »jest taką od początku, albo zjawia się wtórnie wskutek rozpuszczenia się skrzepłych mas« jest bardzo nieścisłe, ponieważ z jednej strony niepodobna uważać za rozpływną martwicę następstw innego rodzaju martwicy, z drugiej zaś strony twierdzenie takie łatwo mogłoby dać uczącemu się powód do uważania za martwicę rozpływną choćby takiego n. p. zjawiska, jak rozpuszczanie się włóknika po zapaleniu płuc włóknikowem. Niesłusznem również wydaje mi się twierdzenie autora (str. 136), że komórki, pokrywające n. p. błony surowicze są śródbłonkiem; embryologia uczy nas oddawna, że komórki te jako pochodne od mezodermy (nie mezenchymy) są w rzeczywistości nabłonkiem, a również i nowsze badania anatomiczno-patologiczne potwierdzają słuszność tego zapatrywania, gdyż w pewnych razach, zwłaszcza przy zapaleniach błon surowiczych, ten rzekomy śródbłonek nawet morfologicznie przybierać może kształt nabłonka i to nawet niekiedy rzęskowego. Oczywiście błędny pogląd na charakter komórek, pokrywających błony surowicze, jest jedną z przyczyn zamętu, panującego w nauce o nowotworach, wychodzących z tych błon surowiczych, zamętu w pojmowaniu t. zw. śródbłoniaków wogóle, którego to zamętu za przykładem wielu innych anatomo-patologów nie uniknął i autor w swym podręczniku.

Treść tej drugiej części jest obficie ilustrowana przeważnie oryginalnemi (co z uznaniem podnieść należy) zdjęciami fotograficznemi, rozmieszczonemi na 24 tablicach. Zdjęcia te i dobór preparatów na ogół są dobre, niektóre nawet doskonałe, spotyka się jednak pomiędzy niemi rysunki niewyraźne, nietylko nie objaśniające sprawy, lecz nawet ją zaciemniające, jak n. p. Tabl. I fig. 6, Tabl. IV fig 3—6, Tabl. VI fig. 1, 2, Tabl. XIII fig. 2 i t. d. Usterki te są bezpośrednim następstwem obranego przez autora sposobu ilustrowania wszystkiego zdjęciami fotograficznemi. Bezsprzecznie zdjęcia fotograficzne jako zupełnie wiernie oddające naturę, mają stanowczą wyższość nad rysunkami, które z konieczności są półschematyczne; specyalnie jednak w histologii wogóle, zwłaszcza zaś w podręcznikach, przeznaczonych dla początkujących, fotografia nigdy nie może zastąpić rysunków półschematycznych, zwłaszcza barwnych, gdyż rysunek, podkreślając ważne w danem miejscu szczegóły, ułatwia początkującemu odszukanie odpowiednich miejsc w preparatach, wbija niejako w pamięć uczącego się te najważniejsze szczegóły i zmusza go do zapamiętania ich. Przytem wskutek niedoskonałości metod fotografowania często zmiany zupełnie różne, w preparatach bardzo łatwo dające się od siebie odróżnić, w zdjęciach fotograficznych wychodzą zupełnie jednakowo. Tak n. p. w podręczniku autora doskonale możnaby zamienić rysunek 1 na tabl. IV z rysunkiem 2 na tablicy XIII, a wszakże jeden z nich ma wyobrażać mięsaka olbrzymiokomórkowego, a drugi — zmiany szkliste w włókniako-mięsaku. Z przytoczonych powyżej względów sądziłbym, że w tego rodzaju podręcznikach znacznie odpowiedniejsze są rysunki, zwlaszcza barwne, a przynajmniej połączenie zdjęć fotograficznych z rysunkami, jak to czynią n. p. Aschoff i Gaylord.

Co się tyczy języka, to znać tutaj wielkie staranie autora o czystość i poprawność w wyrażaniu się; długoletnie jednak przyzwyczajenie do używania wyrażeń i słów cudzoziemskich jest powodem, że autor, podając nawet właściwą polską nazwę pewnej sprawy lub narządu, w dalszym ciągu zapomina o niej i używa słów cudzoziemskich. Stąd to na każdym kroku spotykamy takie wyrażenia, jak: ateromat aorty, wena, arterya, pulpa, defekt, fibroblastyczna działalność, epitelioidy, fibrylarny, neurotyzować, alweola, amyloid, aktywny i t. d. Obok tego miejscami choć wogóle zrzadka, spotykają się zupełnie nieprawidłowe zwroty, jak n. p. »osiągnąć tego można« (str. 15), »zwężenia naczyń ciągną za sobą i t. d.« (str. 54), co oczywiście przypisać należy tylko przeoczeniu i mimowoli sprawiać musi wrażenie iż podręcznik ten pisany był zbyt pospiesznie.

Strona wydawnicza podręcznika zasługuje wogóle na pochwałę: zarówno papier, druk, jakoteż wykonanie rysunków są bez zarzutu.

Przytoczone powyżej usterki oczywiście nie zmniejszają zasługi autora za podjęcie żmudnej pracy. Rozpoczęte przez autora wydawnictwo nie może wprawdzie zastąpić słuchaczowi medycyny właściwych podręczników anatomii i histologii patologicznej, może mu jednak oddać rzeczywistą korzyść przy ćwiczeniach histologicznych; to też sądzić należy, że podręcznik Steinhausa, jako pisany w rodzinnym języku, potrafi wyrugować z rąk słuchacza medycyny podobne podręczniki cudzoziemskie.

Doc. dr *L. K. Gliński.*

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Lubieniecki i Fofanow. **Przyczynek do nauki o nowotworach i torbielach trzustki z opisem dwóch przypadków rozpoznania za życia raka trzustki.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 12—13). Na podstawie 2 własnych spostrzeżeń w klinice prof. Zasieckiego (Kazań) i danych piśmienniczych L. i F. omawiają nowotwory trzustki. Nowotwory te należą do spraw stosunkowo rzadkich i stanowią zaledwie 1—2 prc. wszystkich nowotworów złośliwych. Pierwotne nowotwory trzustki są jeszcze rzadsze; przynajmniej L. i F. znaleźli nie wyżej nad 300 ogłoszonych przypadków. Z pierwotnych nowotworów trzustki najczęstszym jest rak, mianowicie włóknisty (*scirrhus*); stosunkowo rzadko zdarzają się torbiele trzustki. Zwykłą siedzibą nowotworu jest głowa trzustki, skąd rak może szerzyć się na cały gruczoł, lecz i wtedy, gdy tylko wyłącznie głowa zajęta jest przez raka, reszta trzustki ulega często zwyrodnieniu tłuszczowemu lub torbielowemu. Jednym z najstalszych i najwcześniejszych objawów choroby są bole w nadpępczu o cechach kolki lub stałego bólu z chwilowemi obostrzeniami; ból rozchodzi się stąd po całym brzuchu, nawet na grzbiet. Objaw ten, świadczący o nerwobólu splotu trzewnego (*pl. solaris*), powstającym wskutek ucisku, ma wielkie znaczenie rozpoznawcze, jeśli mu towarzyszy obecność torbiela w nadpępczu lub cukromocz. Również często nowotworom trzustki towarzyszą dolegliwości w zakresie przewodu pokarmowego, mianowicie upośledzenie łaknienia, nudnosci i wymioty w zależności od nieżytu żołądka, przerzutów, rozszerzenia żołądka wskutek ucisku odźwiernika (Lotheissen zebrał do r. 1903 17 podobnych przypadków) lub wymioty wskutek odruchowego podrażnienia nerwów i splotów, wreszcie zajęcia otrzewnej; biegunka tłuszczowa i białkowa (*steatorrhaea i azotorrhoea*) wbrew teoretycznym oczekiwaniom zdarzają się w raku trzustki nader rzadko; stosunkowo częściej rak trzustki przebiega ze zwykłą biegunką, czasami naprzemian z zaparciem, lub ze stałem zaparciem; wreszcie rak trzustki może nie wywoływać żadnych zaburzeń jelitowych. Nowotwory trzustki można wymacać stosunkowo rzadko; znajdujemy je wtenczas w nadpępczu na wysokości 1 i 2 kręgu lędźwiowego w linii środkowej; od nowotworów odźwiernika, dwunastnicy i okrężnicy poprzecznej, odznaczających się wyraźnemi granicami ze wszystkich stron, guzy trzustki odróżniają się niejasnością granic bocznych, zwłaszcza lewej. Powierzchowne lub głębsze położenie guza i nieruchomość jego nie mają w rozpoznawaniu wielkiego znaczenia, ponieważ nawet guzy okrężnicy poprzecznej, choć zazwyczaj najwięcej ruchome, mogą niekiedy wskutek zrostów być nieruchome. Nieruchomość guza przy głębokich wdechach przemawia za guzem trzustki, dwunastnicy lub poprzecznicy; guzy dwunastnicy i poprzecznicy są ruchome przy głębokich wdechach tylko w razie zrostów z narządami, poruszającymi się podczas wdechu (wątroba, przepona). Guzy odźwiernika zachowują się przy głębokiem oddychaniu niejednakowo, jużto nie poruszając się, jużto poruszając nawet bez zrostów z wątrobą lub przeponą. Ogromne znaczenie rozpoznawcze ma, zdaniem L. i F., stosunek guza do pętli jelitowych: guzy odźwiernika, dwunastnicy i poprzecznicy dają przy słabem opukiwaniu odgłos przytłumiony; guzy trzustki, nerek, krezki i gruczołów zaotrzewnowych — bębenkowy na całej przestrzeni guza, jeśli guz niewielki, lub w kształcie pasma, jeśli guz duży; odgłos ten świadczy o tem, że przed guzem leży pętla jelitowa. Wreszcie guzy trzustki przy obmacywaniu po rozdęciu żołądka czuć mniej wyraźnie lub znikają, natomiast guzy odźwiernika, dwunastnicy i poprzecznicy czuć wtedy równie wyraźnie, jak i poprzednio, z tą jedynie różnicą, że guzy odźwiernika przesuwają się przy rozdymaniu żołądka ku dołowi i w prawo. Gdy na podstawie tych objawów dojdziemy do wniosku, że guz pochodzi z trzustki, należy jeszcze rozstrzygnąć, czy to jest nowotwór, czy przewlekłe zapalenie trzustki, które również sadowi się najwięcej w głowie i może przebiegać z żółtaczką i silnem wyniszczeniem chorego. Rozróżnienie tych chorób jest tak trudne, że czasami nie udaje się nawet w czasie operacyi. Za nowotworem, jakkolwiek nie bezwzględnie, przemawiają obrzmienia obwodowych gruczołów chłonnych i puchlina brzuszna; żółtaczka, zjawiająca się w przewlekłem zapaleniu trzustki, często w początkowym okresie choroby bywa niestałą, lecz występuje w napadach, którym towarzyszą bole w prawej i środkowej części nadpępcza; dopiero w dalszym przebiegu choroby staje się ona stałą. Z innych objawów nowotworów złośliwych trzustki należy zaznaczyć nader szybki rozwój charłactwa, obrzmienie gruczołów, przeważnie pachowych, nadobojczykowych i pachwinowych, skłonność do krwotoków, wcześnie rozwijającą się żółtaczkę pochodzenia mechanicznego z obrzmieniem wątroby i wyczuwalnym pęcherzykiem żółciowym i o wiele rzadszą puchlinę brzuszną. Badanie moczu niewiele jest pomocnem w rozpoznawaniu: cukromocz zdarza się rzadko. Niedawno Cammidge polecił nowy sposób rozpoznawania chorób trzustki, oparty na wykryciu w moczu gliceryny, powstającej wskutek działania soku trzustkowego na tłuszcze, lecz osądzić wartości tego sposobu jeszcze nie można, ponieważ oprócz Cammidgea nikt się tem nie zajmował. Chorzy na raka trzustki żyją średnio 6 miesięcy.

Torbiel trzustki zdarza się rzadko: odróżniają torbiele pierwotne i wtórne, z zatrzymania wydzieliny pochodzące. Pierwotne można podzielić na istotne, bąblowcowe i torbiele krwawe; ze względu wreszcie na usadowienie i kierunek rozrostu Lazarus odróżnia 5 rodzajów torbieli: *species subphrenica s. gastrohepatica*, *retro-ventricularis*, *gastrocolica* (najczęstszy), *mesocolica i praevertebralis*. Torbiele trzustki mogą być rozpoznane tylko w tych przypadkach, gdy je można wyczuć. Są to okrągławe guzy różnej wielkości, gładkie, sprężyste, usadowione podobnie, jak raki trzustki. W miarę rozwoju torbiel odsuwa okrężnicę poprzeczną ku dołowi, żołądek zaś ku przodowi i górze; bardzo duże torbiele przesuwają żołądek tylko ku górze; wyjątek stanowią jedynie torbiele z rodzaju podprzeponowych, które sadowią się między wątrobą, a żołądkiem. Przy opukiwaniu nad torbielami niezbyt dużych rozmiarów otrzymujemy odgłos bębenkowy na całej przestrzeni lub w górnym odcinku torbieli; nad dużemi torbielami odgłos wszędzie jest stłumiony, naokoło zaś bębenkowy; po rozdęciu zaś żołądka nad górnym odcinkiem torbieli występuje odgłos bębenkowy. Przy ucisku brzucha z obu stron, również przy odprowadzeniu torbiela ku tyłowi przestrzeń stłumienia znacznie się zmniejsza. Przy rozdymaniu żołądka przestrzeń odgłosu bębenkowego zwiększa się nad górnym odcinkiem torbiela, przy rozdymaniu zaś okrężnicy zstępującej nad jego lewym odcinkiem. Nakłucie torbiela dla celów rozpoznawczych jest niebezpieczne, a często nie daje jasnego wyniku, ponieważ treść torbiela z czasem traci swe własności trawiące.

Witold Orłowski (Ptbg.).

J. Ryba. **Niedomykalność zastawek tętnicy głównej i jej stosunek do kiły.** (*Sborn. klin.* Nr. 3, 1906). Autor wskazuje na szczególne zmiany tętnicy głównej, sadowiące się zwłaszcza w jej części wstępującej, różne od sprawy miażdżycowej. Zmiany te dotykają zwykle ludzi w sile wieku (30—50 lat), a w przypadkach tych można prawie zawsze stwierdzić przebycie kiły. Pomiędzy 65 przypadkami niedomykalności zastawek tętnicy głównej, badanymi na klinice prof. Thomayera w Pradze, stwierdzono w 26 przypadkach przebycie kiły. Innych chorób, które zwykle uważamy za etyologiczne czynniki niedomykalności zastawek, jak gośćca, pląsawicy, zapaleń gardła itd., w przypadkach tych nie stwierdzono. W 8 przypadkach wykonano sekcyę i znaleziono przewlekłe zmiany, które należy uważać za prawdziwą *aortitis gummosa*. Pierwsze objawy niedomykalności zauważono 15—17 lat po zarażeniu się chorych kiłą. U 18 chorych z pomiędzy 25 były objawy źreniczne, (źrenice nierówne, leniwo oddziaływające lub nie oddziaływające), bez upośledzenia wzroku. U 6 odruchy kolanowe były osłabione albo zupełnie zniesione. Oprócz tego zauważono u niektórych chorych i zmiany psychiczne, zwłaszcza w okresie końcowym, nieraz z cechami maniakalnemi. *Sch.*

PEDYATRYA. Wunsch. **Leczenie przewlekłego zaparcia stolca u osesków.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 11, 1906). Lawatyw z oliwą używa się często w praktyce; w praktyce dziecięcej jednak prawie ich dotychczas nie używano. W. poleca takie lawatywy w przypadkach przewlekłych, gdy dziecko tylko po zastosowaniu środków przeczyszczających stolec oddaje, miesienie zaś brzucha z powodu napinania powłok przy płaczu jest zazwyczaj bezcelowe. Autor podaje lewatywki z oliwą co drugi dzień z bardzo dobrym skutkiem.

W. Filipkiewicz.

Flesch. **W sprawie leczenia białaczki promieniami Röntgena.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 16, 1906). Zdania o wpływie promieni Röntgena w białaczce są bardzo podzielone. Jedni przypisują im wpływ leczniczy, drudzy temu przeczą stanowczo. Nadto nie rozstrzygnięto, czy promienie wpływają niszcząco na same białe ciałka, czy też powstrzymują ich wytwarzanie się. Autor stosował promienie Röntgena w 3 przypadkach białaczki u dzieci. W 2 przypadkach białaczki limfatycznej nie widział A. żadnej zmiany na lepsze, oba zakończyły się śmiertelnie. W przypadku białaczki szpikowej nastąpiła zrazu bardzo wybitna poprawa (po naświetlaniu w ogólności przez 826 minut) tak pod względem klinicznym, jak i hematologicznym; przy dalszem naświetlaniu zauważył autor zwiększanie się ilości limfocytów, czyli jedna postać białaczki przeszła w drugą. Przypadek ten również zakończył się śmiertelnie. Zdaniem F. promienie R. działały tutaj na sam szpik kostny: początkowo osłabiły wytwarzanie się myelocytów, które w tym przypadku prawie znikły, przy dalszem jednak naświetlaniu zadziałały podrażniająco na szpik, wskutek czego limfocyty poczęły wytwarzać się w nadmiernej ilości.

W. Filipkiewicz.

Hutzler. **Śmiertelność niemowląt, a położne.** (*Verhandl. der Ges. f. Kinderheilk.*, 1906). Autor zbadał statystycznie, w ilu przypadkach wczesne odłączenie niemowlęcia bez koniecznego wskazania, jakoteż błędne przeprowadzenie sztucznego żywienia pochodziło z winy położnej i dochodzi do następujących wniosków: 1) Dzisiejszy system wykształcenia, który sprawia, iż położna, zamiast być pomocnicą lekarza w walce ze śmiertelnością niemowląt, stanowi raczej w działalności tej przeszkodę, wymaga koniecznie zmiany. 2) Każda położna powinna otrzymać teoretyczne i praktyczne wykształcenie, *a)* w pielęgnowaniu zdrowych i chorych oseskòw, *b)* w umiejętności zapoczątkowania karmienia piersią, *c)* w przeprowadzeniu sztucznego karmienia, *d)* we wczesnem rozpoznawaniu zaburzeń zdrowia niemowlęcia. 3) Dla osiągnięcia tych wiadomości powinny położne odbyć pod kierunkiem lekarza-pedyatry sześciotygodniowy kurs na oddziale dla oseskòw i w ambulatoryum szpitala dziecięcego, zakończony obowiązkowym egzaminem.

T. Żeleński.

Engel. **O sprawności piersi kobiecej.** (*Verhandl. der Ges. f. Kinderheilk.*, 1906). Autor szukał odpowiedzi na pytanie, czy podstawa niedostatecznej sprawności piersi kobiecej jest anatomiczną, czy też jedynie czynnościową. Zdaniem E. spotyka się piersi kobiece o silnie rozwiniętej tkance łącznej, a skąpej miąższowej i odwrotnie piersi, obfitujące w tkankę miąższową, zawierające mało tkanki łącznej. Pierwszy typ należy uważać za mniej wartościowy. Obmacywaniem piersi jest niekiedy bardzo trudno rozstrzygnąć, do którego z tych typów należy, dlatego w rokowaniu często zdarzają się pomyłki.

T. Żeleński.

Biedert. **O „mleku targowem pierwszej klasy“.** (*Verhandl. der Ges. f. Kinderheilk.*, 1906). Nadzór nad mlekiem targowem musi się liczyć z tem, co można osiągnąć w drobnym przemyśle mlecznym po wsiach, który prawdopodobnie jeszcze nieprędko będzie mógł zadowolnić nawet skromne żądania. Aby jednak zachęcić do doskonalenia produkcyi, zaprowadzono w Strassburgu za staraniem autora takie wyróżnienie, iż ci dostawcy, którzy dobrowolnie poddadzą się nadzorowi o wyższych wymaganiach i zadowolnią je, otrzymują prawo sprzedawania swego produktu pod nazwą „mleka targowego pierwszej klasy“. Jest to ważny krok na drodze do tak koniecznego odłączenia mleka, przeznaczonego dla dzieci, od ogólnego handlu nabiałem.

T. Żeleński.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. A. Baumgarten i H. Poppor. **O wydzielaniu ciał acetonowych w chorobach kobiecego narządu płciowego.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr. 12). Do niedawna sądzono, że obecność acetonu w moczu kobiety ciężarnej jest dowodem obumarcia płodu. Dopiero dokładniejsze badania Merciera i Mennego wykazały, że aceton pojawia się w zwiększonej ilości podczas różnorodnych powikłań ciąży, jak: przy ciąży zewnątrzmacicznej, krwistku zamacicznym, białkomoczu, przymiocie, a szczególnie podczas rzucawki porodowej. Autorowie niniejszej pracy zwrócili uwagę na wydzielanie ciał acetonowych, głównie kwasu acetooctowego i betaoksymasłowego w chorobach narządów płciowych kobiecych. W 100 przypadkach najrozmaitszych zmian narządu płciowego, jak guzy przydatków, ropnie okołomaciczne i w zatoce Douglasa, gorączka połogowa, poronienie, rak macicy, mięśniaki, torbiele jajnikowe i t. p., próba co do acetonu była ujemną, albo wykrywała bardzo niewielką ilość acetonu; natomiast w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej tak próba Legala, jak i Gerharda, wykrywały wyraźnie obecność acetonu i kwasu acetooctowego. Rozpatrując przyczyny acetonuryi w tych przypadkach, doszli autorowie do wniosku, że powodem jej nie są nieprawidłowości w wymianie materyi, gdyż wkrótce po operacyi znikał aceton z moczu, ani też gorączka lub wycieńczenie, ani nawet obumarcie płodu, jak dotychczas sądzono, gdyż przy operacyach ciąży zewnątrzmacicznej, podczas której istniała acetonurya, wydobyto parę razy płód żywy. Autorowie dopatrują się przyczyny acetonuryi przy ciąży zewnątrzmacicznej w wytworzonych skrzepach i krwotoku, a to na tej podstawie, że w tych przypadkach, w których krwotok ten był nieznaczny, ilość acetonu i kwasu acetooctowego w moczu była również nieznaczna, następnie, że ze skrzepów z operowanego krwistku otrzymano sposobem Liebena pokaźną ilość acetonu. We wszystkich dotychczas przez autorów badanych przypadkach, w których rozpoznanie ciąży zewnątrzmacicznej było bardzo trudne, przemawiał brak acetonu i kwasu acetooctowego przeciwko jej istnieniu, co później operacya potwierdzała. Autorowie sądzą więc, że w przypadkach, w których rozpoznanie różniczkowe między guzami przydatków i torbielami z jednej, a krwistkiem zamacicznym z drugiej strony sprawia wielkie trudności, brak lub stała obecność większej ilości acetonu i kwasu acetooctowego w moczu ma znaczenie rozstrzygające.

Jaworowski.

G. Schickele. **Kilka uwag krytycznych o operacyi Aleksandra-Adamsa, zwłaszcza o jej stosunku do przepuklin pachwinowych.** (*Berl. klin. Wochs.* 1906. Nr. 12). Skrócenie więzadeł okrągłych sposobem Aleksandra-Adamsa, zmierzające do przywrócenia macicy tyłozgiętej prawidłowego położenia jest przeważnie operacyą bardzo dobrą i skuteczną; — jednakowoż dość często zdarzają się po operacyi nawroty tyłozgięcia. Przyczyną tego są najczęściej sprawy zapalne około macicy, jakoteż i w samej macicy. Częstokroć wyniki operacyi są ujemne skutkiem ropienia w ranie operacyjnej, co niestety mimo ścisłego postępowania bezgnilnego i podwiązywania naczyń krwionośnych dość często się zdarza. Ujemną stroną tej operacyi jest również stosunkowo częste powstawanie pooperacyjnych przepuklin pachwinowych. W rozmaitych pracach podają autorowie 3—14 prc. powstawania przepuklin pachwinowych po operacyi Aleksandra-Adamsa. Odsetek ten jest daleko większy w tych przypadkach, w których otwarto kanał pachwinowy, co niejednokrotnie jest rzeczą nieuniknioną, szczególnie wtedy, gdy wyszukanie więzadła sprawia trudności, lub gdy istnieje już przepuklina pachwinowa lub jej zaczątek. W przypadkach takich należy wykonać oprócz operacyi Aleksandra-Adamsa równocześnie doszczętną operacyę przepukliny. W przypadkach, w których istnieje przepuklina pachwinowa, częstokroć bardzo trudno wyszukać więzadło okrągłe, gdyż worek przepuklinowy zmienia prawidłowe warunki anatomiczne. W takich przypadkach radzi autor oddzielić worek przepuklinowy, otworzyć go i wyszukać śródotrzewną część więzadła. Przepuklinę należy operować sposobem Bassiniego, a więzadło przyszyć do pochewki skośnego zewnętrznego mięśnia brzucha, tak, by ono wzmacniało równocześnie przednią ścianę kanału pachwinowego. Tak samo radzi autor postępować w każdym przypadku, w którym kanał pachwinowy został podczas operacyi rozszerzony.

Jaworowski.

Ahlfeld. **O zaniku wód płodowych w drugiej połowie ciąży.** (*Zeitschr. für Geb. u. Gynäk.* T. LVII, Z. 1). Autor opisuje kilka przypadków, w których podczas porodu stwierdzono prawie zupełny brak wód płodowych. Przypadki te są o tyle ciekawe, że zanik wód wystąpił dopiero pod koniec ciąży przy utrzymaniu pęcherza płodowego w całości. Dzieci, urodzone przy tych porodach, odznaczały się wszystkie nadzwyczaj słabo rozwiniętą tkanką tłuszczową, przytem skóra była zupełnie sucha, w jednym przypadku zupełnie taka, jak przy rybiej łusce. Zamiast wód po urodzeniu się płodu odchodziła zawsze gęsta, ciągnąca się masa, zabarwiona nieco smółką. Że taki zanik wód wystąpił dopiero później, wnosi autor z tego, iż płody były donoszone, a nawet przenoszone przyczem nie znaleziono ani zrostów, ani znaczniejszych zniekształtnień członków płodu. Następnie wszystkie płody rodziły się żywe a w przypadkach sekcyonowanych w treści jelit znajdowano zawsze meszek, co świadczy o tem, iż dostał się on razem z wodami do przewodu pokarmowego. Co jest przyczyną tego zaniku wód, autor nie wyjaśnia, uważając to za rzecz dalszych badań, co do zmian zaś na skórze płodu, to autor przypuszcza, iż przy zupełnym braku wód płodowych ustrojowi dziecka braknie potrzebnych mu składników, zawartych w wodach i z niemi połykanych.

Dr. G. Wierzbicki.

H. W. Freund. **Uwagi do pracy Sellheima: „Magnes jako pomocniczy środek rozpoznawczy i leczniczy w ginekologii“.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 16. — Patrz sprawozd. z pracy S. w *Przegl. lek.* 1906, Nr. 16). F. odmawia badaniu elektromagnesem wszelkiego poważniejszego znaczenia. Badanie zestawione (oburęczne) zostało tak udoskonalone, że czyni najczęściej zbytecznym zgłębnik lub wziernik maciczny. Wiemy nawet, że w przypadkach trudnych, z wysiękami i zrostami, częstokroć więcej poucza badanie zestawione, niż nawet oglądanie przy otwartej jamie brzusznej. Dla określenia położenia dna macicy w trudnych przypadkach wystarcza używany dotąd zgłębnik. Ruchomość macicy daje się zazwyczaj stwierdzić znanymi sposobami, a zastosowanie magnesu w tym celu może nawet naprowadzić na błędne wnioski.

B. Wojciechowski.

H. Sutter. **W sprawie przyszywania macicy do ściany brzusznej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 16). S. zajmuje się wartością metody Rudolfa (patrz. sprawozd. w *Przegl. lek.* 1905, Nr. 44) polegającej na przeprowadzeniu szwów od jamy macicznej przez powłoki i uważa ją za błędną, a to z tego powodu, że nie można napewno uniknąć obrażeń ubocznych (jelit i pęcherza), jakoteż zakażenia otrzewnej drobnoustrojami z przewodu rodnego.

B. Wojciechowski.

A. Mueller. **W sprawie etyologii i leczenia wymiotów u ciężarnych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 16). Za teoryą M., tłómaczącą wymioty u ciężarnych podrażnieniem nerwu współczulnego, przemawia przypadek, który opisuje v. Uhle (patrz sprawozd. w *Przegl. lek.* 1905, Nr 35), gdzie uporczywe wymioty, przy macicy zgiętej ku przodowi, ustąpiły, gdy wyczerpano inne środki

dopiero po założeniu balonu do pochwy. Opierając się na licznych dalszych spostrzeżeniach, podaje M. swój obecny pogląd na etyologię wymiotów u wielu ciężarnych, że jest to mianowicie odruch podrażnienia włókien n. współczulnego, przebiegających w miąższu macicznym; włókna te, unieruchomione wskutek zmian zapalnych, stracily swą podatność i ulegają uciskowi lub naciągnięciu wskutek wzrostu i przekrwienia macicy ciężarnej. Szczególnie często zdarza się to wskutek przyklejenia tylnej ściany macicy na lewo od wzgórka kości krzyżowej, w okolicy zwoju trzewnego. Zwolnienie tych zlepów usuwa często odrazu wymioty. To samo zdarza się przy *parametritis posterior* i chorobowem przodozgięciu macicy, jakoteż przy stwardnieniu szyi i okolicy ujścia wewnętrznego. Rzadziej wychodzi podrażnienie z przydatków lub ze zrostu sieci z macicą. W takich przypadkach powinnoby leczenie dążyć rozmaitemi drogami do usunięcia zrostów, czy też do rozpulchnienia stwardniałych tkanek. Ze względu na niebezpieczeństwo poronienia konieczna oczywiście jest jaknajwiększa ostrożność wśród przeprowadzania leczenia miejscowego. *B. Wojciechowski.*

Elis Essen Möller. **Czas pojawiania się regularności w Szwecyi.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 16). Statystyka z 5000 przypadków. Najwcześniej wystąpiła regularność w 10. roku życia (0·08 prc.), w następnych latach wzrasta odsetek do 15. r. ż. (26·38 prc.), poczem spada aż do 23 r. ż. (0·06 prc.). *B. Wojciechowski.*

B. Engländer. **Zapalenie ropne sutka u karmiącej, leczone sposobem Biera, z wyleczeniem.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 16). Najwyższa ciepłota wieczorna u chorej wynosiła 37·5, tętno zawsze dobre. Wśród stosowania przekrwienia karmiła chora wyłącznie piersią zdrową. *B. Wojciechowski.*

H. v. Derera. **Przypadek zupełnego uwięznięcia okrężnicy esowatej z następowem zapaleniem otrzewnej, wywołanego skrętem szypuły torbiela przyjajnikowego.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 17). U 24-letniej osoby wystąpiły nad ranem nagłe bole w brzuchu. Wezwany nazajutrz lekarz skierował chorą do zakładu, gdzie przybyła wieczorem. Tu rozpoznano skręt guza jajnikowego. Na operacyę nie zgodziła się chora; nazajutrz objawy posokowatego zapalenia otrzewnej, któremu chora uległa dnia następnego. Sekcya stwierdziła stosunki, określone w tytule. Objawy otrzewne, występujące przy guzach jajnikowych, wymagają jak najszybszego przystąpienia do operacyi. *B. Wojciechowski.*

P. Richter. **W sprawie zapobiegania nieżytowi pęcherza po cewnikowaniu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 17). Od 5 lat używa R. z dobrym wynikiem cewnika metalowego własnego pomysłu, grubości 5 mm., z 2 małemi okienkami o tępych brzegach, posiadającego w odległości 5½ ctm. od końca płytkę, zapobiegającą głębszemu wprowadzeniu narzędzia. Część zewnętrzna łączy się z pionową rurką, przeznaczoną do wprowadzania płynu dla przepłukania pęcherza; w miejscu połączenia rurek znajduje się kurek, zapomocą którego można naprzemian opróżnić pęcherz lub go napełnić, nie poruszając narzędzia. R. przepłukuje pęcherz przy sposobności każdego cewnikowania. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Neisser, (Siebert i Schucht). **Próby przeszczepienia kiły na małpy.** Część IV. (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 13). Ze względu na dotychczasową niepewność co do zaraźliwości zmian kiłowych trzeciorzędnych, starał się Neisser przy pomocy wspomnianych w tytule współpracowników rozstrzygnąć tę sprawę przez szczepienie zmian trzeciorzędnych na małpy jawańskie (*macacus i cercopithecus*). W tym celu dokonano 17 szczepień z różnych zmian późnej kiły, powstałych w 10—17 lat po zakażeniu. Na mocy spostrzeżeń, poczynionych po szczepieniu, które dało 5 razy wynik dodatni, dochodzi Neisser do wniosku, że kilaki świeże, nierozpadłe skutkiem martwicy lub ropienia, zawierają pasorzyty żywe, które mogą wywołać w skórze małp typowe zmiany kiłowe pierwotne. Obojętnem jest zatem, czy te postacie rozpadowe powstały w krótszym czy dłuższym czasie po zakażeniu; tkanki ich mogą zakazić. N. stwierdza jednak zarazem, że żywego jadu kiłowego musi być w tych zmianach mniej, niż w zmianach wczesnych, gdyż niektóre części tych zmian są zakaźne, gdy natomiast inne części tego samego guza nie wywołują kiły. — Praktycznie mają te doświadczenia bardzo doniosłe znaczenie, bo obecnie uważać musimy każdą zmianę kiłową, a zatem i do okresu późnego należącą, za zaraźliwą. Różnice jednak pozostają dość wybitne. Zmiany wczesne przenoszą się łatwo, a niebezpieczeństwo przeszczepienia powiększa i ich usadowienie się: części płciowe, wargi ust, jama ustna. Dalej zmiany te mogą być bardzo drobne i można je wtedy łatwo przeoczyć, a z drugiej strony nieznaczne, a tak często przeczosy na wymienionych części ciała mogą stanowić łatwo wrota zakażenia. Zmiany trzeciorzędne rzadko pojawiają się w tych miejscach i mają tak wybitne znamiona, że trudno je przeoczyć, a doświadczenia autorów dowodzą, że o ile części nierozpadłe kilaków dawały wynik dodatni, o tyle zmiany otwarte (rozpadłe) nie dały się przeszczepić. — Praktycznie wynikałoby także z otrzymanych przeszczepiań, że chorych, dotkniętych zmianami późnemi, należy poddawać bardzo energicznemu leczeniu rtęcią. — Szczepienia w trzech przypadkach kiły wrodzonej dowiodły, że w tych przypadkach jad rozchodzi się po całym ustroju, gdyż szczepienia krwi ze serca i tkanek różnych narządów (nerki, płuca, wątroba, jajnik) dały wynik dodatni. Podobnie wrzód, wywołany przez szczepienie śluzu z nosa dziecka, dotkniętego kiłą wrodzoną, wskazuje, że w ten sposób może powstać bardzo łatwo zakażenie przypadkowe. *Krzyształowicz.*

Lohnstein. **O alypinie w zastosowaniu do zabiegów urologicznych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1905, Nr. 13). Alypina pod wielu względami przewyższa kokainę, nie jest bowiem tak silnie trująca, nie działa szkodliwie na serce, nie wywołuje gwałtownych omdleń, tak częstych przy stosowaniu kokainy, — a ponieważ przy przegotowaniu nie ulega rozkładowi, można ją dokładnie wyjałowić. Autor stosując alypinę przy rozmaitych zabiegach w toku chorób cewki i pęcherza przekonał się, że tak samo, jak chlorek kokainy, tak i alypina, będąca również w związku chemicznym z chlorem, tworzy z azotanem srebra strąty, co wpływa ujemnie tak na działanie azotanu srebra na błonę śluzową cewki, jak i na działanie znieczulające alypiny. Wobec tego polecił autor sporządzenie soli azotanowej alypiny, a ten przetwór, nie tworząc strątów z azotanem srebra, okazał się o wiele lepszym do wkraplań zwykłej alypiny w mieszaninie z azotanem srebra. Przy operacyach stulejki, kłykcin kończystych napletka i żołędzi, rozszerzaniu zwężonego ujścia cewki i alypina wywołuje zupełne znieczulenie. Oprócz tego używał autor alypiny do znieczulania cewki moczowej przy wprowadzaniu wzierników i zgłębników cewkowych i przekonał się, że działanie znieczulające alypiny jest równie silne, jak i kokainy, tylko znieczulenie następuje dopiero po 5 minutach, gdy kokaina znieczula znacznie szybciej, bo w 2 minuty po zastosowaniu. *Stopczański.*

E. Bender. **Przyczynek do leczenia łysiny plackowatej promieniami Röntgena.** (*Derm. Zeitschr.* Nr 3, 1906). W przypadku autora, dotyczącym siedmioletniego chłopczyka, zastosowano, gdy wszelkie próby leczenia zawiodły, naświetlanie promieniami Röntgena. Do naświetlania użyto lamp średniej miękkości, a naświetlano pięć razy po sześć minut, w celu usunięcia włosów, całą owłosioną część głowy, aby nie pominąć żadnego miejsca chorego. Po pierwszych 10 dniach nastąpił odczyn w postaci lekkiego rumienia, po następnych 10 dniach wypadły wszystkie włosy z wyjątkiem małego nie naświetlanego miejsca na szczycie głowy, gdzie włosy okazały się zupełnie zdrowemi. Wynik jednak ostateczny tego sposobu leczenia był bardzo niepomyślny, gdyż wbrew oczekiwaniom włosy nie odrosły wcale, chociaż po słabem naświetlaniu, jakiego w tym przypadku użyto, zawsze po wypadnięciu włosów następuje silniejszy i obfitszy porost włosów. Wobec tego ostrzega autor przed naświetlaniem całej głowy przy łysinie plackowatej; naświetlanie należy ograniczyć tylko do miejsc, pozbawionych włosów, resztę zaś skóry owłosionej chronić przed działaniem promieni zapomocą przykrycia blachą ołowianą. *Stopczański.*

Doc. Šamberger. **Trądziki gruźlicze** (*Tuberculid acneiformis*). (*Čas. lek. česk.* Nr 13, 1906). Po dziś dzień co do niektórych zmian skóry istnieją wątpliwości, czy są natury gruźliczej. Pierwowzorem takich zmian są t. zw. gruźlicze trądziki skóry. Nazwy *»tuberkulid«* używają Francuzi dla tych zmian skóry, które wywołane zostały przez toksyny prątka gruźliczego, usadowionego gdzieś indziej w ustroju. Nazwa ta oznacza to samo, co nazwy *toxidtuberkulid* lub też *parabacillide*. Autor rozróżnia dwa gatunki zmian: 1) takie, które z gruźlicą nie mają nic wspólnego prócz tego, że pojawiają się u ludzi, gruźlicą płuc dotkniętych, 2) zmiany istotnie gruźlicze, prątkowe lub toksynowe. Do tej kategoryi należy liszaj zołzowy (*lichen scroph.*) i t. zw. gruźlicze trądziki skóry. Teoryi toksynowej nie rokuje autor długiego trwania, do niej bowiem uciekano się tam, gdzie nie zdołano znaleźć prątka gruźliczego. Niełatwo atoli dowieść, że niektóre zmiany istotnie wywołane zostały przez same prątki Kocha. Dla stwierdzenia tego wymaga Jadassohn następujących dowodów: 1) istnienia prątków gruźliczych w wytworach chorobowych, 2) możności wywołania tymi wytworami gruźlicy u zwierząt do tego podatnych, 3) znamiennej budowy histologicznej, 4) znamiennych cech klinicznych i przebiegu choroby, 5) kombinacyi z innemi sprawami, napewno gruźliczemi obok obciążenia dziedzicznego, 6) dodatniego

odczynu tuberkulinowego. Żądania te idą jednak zbyt daleko. Tak jak nie zawsze można wykryć prątki gruźlicze, tak też i budowa histologiczna nie zawsze jest cechą pewną, ponieważ przy zmianach skórnych nie zawsze dochodzi do wytworzenia się typowych gruzełków prosówkowych. Raczej należałoby tu oprzeć się na zapatrywaniu Unny w kierunku t. zw. gruźliczego plasmomu. Dowód, że trądziki gruźlicze, (nie wliczając *acnitis* Barthélemyego, który sam jej nie zalicza do zmian gruźliczych), są prątkowemi schorzeniami skóry, powiódł się prócz *folicl̄is*. Pod nazwą tą opisał Barthélemy zmiany, pojawiające się po stronie mm. prostujących przedramienia, rąk i palców, w postaci stwardniałych guzków w skórze, oraz w tkance podskórnej, które następnie w środku obumierają i rozpadają się. Autor zastanawia się dalej nad pytaniem, czy do grupy gruźliczych trądzików skóry można także zaliczyć *acne telangiectodes* Kaposiego i czy ten rodzaj trądzika jest identyczny z *lupus follicularis disseminans* Foxa, czy zatem jest zmianą, wywołaną przez prątki gruźlicze, czy też zmianą innego pochodzenia. Finger udowadnia identyczność obu chorób, Schlossberg-Pick zaś twierdzi przeciwnie. Spór nie jest dotąd rozstrzygnięty, autor atoli skłania się do zapatrywania Fingera, że *acne telangiectodes* Kaposiego nie jest w gruncie rzeczy niczem innem, jak *lupus follicularis disseminans* Foxa, przyznaje atoli, że istnieją pewne różnice tak co do obrazu klinicznego, jak co do budowy histologicznej, zależne od różnej jadowitości prątków. — Dowodu istnienia prątków gruźliczych nie dostarczono dotąd wprawdzie we wszystkich postaciach t. zw. gruźliczych trądzików, ale też nie udowodniono nic przeciwnego, nie popełnimy zatem błędu, jeżeli je zaliczymy wszystkie do zmian gruźliczych. *Sch.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

IX posiedzenie naukowe dnia 27 kwietnia 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych 60 członków i 1 gość.

Przewodniczący zawiadamia o przyjęciu nowych członków, którymi są kol.: Leon Feuerstein, S. Meisels, Bronisław Owczarski, Antoni Sabatowski. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I. Kol. L. Feuerstein przedstawia 27-letniego mężczyznę, który zgłosił się do polikliniki na oddział kiłowy dra Tatarczucha, z dolegliwościami w gardle, podając, że przed paru tygodniami przebył wrzód weneryczny na prąciu. Jak chory podaje, co do rozpoznania tego wrzodu zachodziły pewne wątpliwości, tak że polecono mu dalej zwracać na stan swój uwagę i po wystąpieniu jakichkolwiek podejrzanych objawów poddać się oględzinom lekarskim, co też uczynił. Okazało się, że zmiany w gardle są jednak **liszajem płaskim** (*lichen ruber planus*). Szczególniej typowo wystąpił on na błonie śluzowej policzków. Tu i owdzie widoczny też jest na skórze ciała. Prelegent podnosi ważność znajomości zmian, właściwych tej chorobie, co, jak w tym przypadku, może uchronić od fałszywego rozpoznania.

II. Kol. Nowicki omawia ze stanowiska anatomiczno-patologicznego przypadek z oddziału chirurgicznego szpitala powszechnego we Lwowie, gdzie u osoby 43-letniej w trzecim tygodniu **po prostem złamaniu kostki** (*fractura simplex malleoli interni sin.*) nastąpiła nagła śmierć. Przy sekcyi znaleziono odłamki zupełnie nie zrastające się, w częściach miękkich prócz lekkiego obrzęku stopy i goleni żadnych zmian nie było, w powierzchownej siatce żył goleni skrzepy za życia powstałe, wreszcie **w tętnicy płucnej skrzep,** za życia powstały, **zamykający zupełnie jej światło,** i wystający wypukłą powierzchnią ku komorze prawej. Prelegent sądzi, że powodem tego znacznego zatoru były skrzepy w żyłach goleni, odrywające się i tworzące zator jednej z większych gałązek tętnicy płucnej, poczem wskutek następowych skrzepów przyszło do zupełnego zamknięcia tej tętnicy. Przyczyną skrzepów w żyłach goleni (żylaków nie było) mógłby być, zdaniem prelegenta, ucisk od opatrunku. (Okazanie preparatów).

Dyskusya. Kol. prof. Ziembicki stwierdza, że nagła śmierć wskutek zaczopowania tętnicy płucnej po złamaniach, i to zwłaszcza po złamaniach, jak w opisanym przypadku, w okolicy kostki, jest rzeczą znaną. Sprawę opisał najpierw Virchow (1846), następnie Velpeau (1862) zaznajomił z nią chirurgów, a wreszcie Bruns (1886) zestawił 37 podobnych przypadków. Mowca zna z własnego doświadczenia 4 przypadki. Pierwszy z nich zdarzył się u prof. Tillaux w Paryżu (1874): kobieta, w 4 tygodnie po złamaniu powyżej kostki, zmarła nagle przy zmianie opatrunku. W drugim przypadku mężczyzna dorosły, w 6 tygodni po prostem złamaniu powyżej kostki, wstając po zdjęciu gipsu, nagle skonał. Trzeci przypadek dotyczył 50-letniej otyłej kobiety, która również w parę tygodni po podobnem złamaniu zmarła nagle, leżąc z nogą w opatrunku gipsowym. Ostatni wreszcie przypadek, przedstawiony przez kol. N., należy do tej samej kategoryi. Zmarła zgłosiła się była w drugim dniu po złamaniu na oddział chirurgiczny. Z powodu dość silnego obrzęku trzymano kończynę zrazu na bucie. Siódmego dnia założono gips niecyrkularny, lecz szynowy, metodą francuską, z pozostawieniem wolnych szczelin, tak, że o jakimś znaczniejszym ucisku od opatrunku nie mogło być mowy. Po dwóch tygodniach zupełnie prawidłowego przebiegu chora nagle posiniała i zmarła (w łóżku). — Jakkolwiek najczęściej są to złamania w okolicy kostki, miał prof. Tillaux przypadek nagłej śmierci po pęknięciu rzepki, a opisano też przypadki, w których nagła śmierć nastąpiła po silnem uderzeniu (kontuzyi). Faktem jest, że w razach tych sekcya stwierdza zaczopowania tętnicy płucnej. Tłómaczono to wpływem urazu; następnie wielkością krwiaka; uciskiem powięzi, które na goleni silnie mogą ugniatać naczynia, zwłaszcza wobec obrzęku; wreszcie w danym razie żylakami, ułatwiającemi zaczopowanie żylne. Mowca podnosi wielką ważność znajomości podobnych przypadków w praktyce. Nie należy o nich zapominać przy rokowaniu wobec rodziny chorego, jakoteż w danym razie wobec sądu. W końcu zwraca mowca uwagę, że zaczopowania mniejszego stopnia mogą prowadzić do powstawania zawałów krwotocznych w płucu, co zdarzyło mu się spostrzegać w ostatnich dniach u pewnej chorej.

Kol. prof. Barącz podkreśla rzadkość podobnych spostrzeżeń i dlatego przestrzeganie rodziny chorego uważałby za zbyteczne.

Kol. Leńko przypomina sobie chorą, która w piątym tygodniu po złamaniu w okolicy kostki nagle zmarła po krótkotrwałem krwiopłuciu. Był to prawdopodobnie przypadek podobny.

III. Kol. Leńko przedstawia preparat z przypadku zupełnego **wierzchniactwa** (*epispadiasis*) i **wynicowania pęcherza** u dziecka 3-letniego, operowanego doszczętnie w dn. 21 IV br. Z trzech głównych grup sposobów doszczętnego leczenia wynicowania pęcherza moczowego, a mianowicie: 1) bezpośredniego połączenia brzegów pęcherza i zabiegów chirurgicznych pomocniczych; 2) plastycznych operacyi z użyciem skóry, zapożyczonej błony śluzowej lub surowiczej, 3) odwodzenia moczu od pęcherza (*derivatio*) — wybrał prelegent z ostatniej grupy sposób Maydla, jako mogący w najkrótszym czasie i przy najmniejszem narażeniu sił dziecka dać korzystny wynik. Dziecko zmarło jednak w 24 godzin po operacyi. Sekcya nie wykryła właściwej przyczyny śmierci. Narządy wewnętrzne były niedokrwiste. W okolicy szwów nigdzie nie znaleziono ropy. Bądźcobądź prelegent postanawia na przyszłość sposobem tym operować dopiero 6- do 10-letnie dzieci, jak to radzą niektórzy autorowie.

Dyskusya. Kol. prof. Barącz zaznacza, że sposób Maydla ma swoje złe strony. Są niemi możliwość zakażenia otrzewnej i łatwo wystąpić mogące zakażenie dróg moczowych. Mowca zwraca uwagę na udoskonalenie tej metody przez Petersa (Kanada) w r. 1901. Jego myślą przewodnią było uniknięcie otwarcia otrzewnej. Wszczepia on więc moczowody, każdy z osobna, wraz z otaczającą je tkanką wprost do odbytnicy, do czego otwarcie otrzewnej jest niepotrzebne. Przez wszycie zaś moczowodów w ten sposób, żeby końce ich, wprowadzone do odbytnicy, sterczały w niej na jeden i pół cm., zmniejsza niebezpieczeństwo wstecznego zakażenia dróg moczowych. Zdaniem kol. B. należałoby nadal operować tylko tym sposobem.

Kol. Leńko, stwierdzając, że sposób Maydla cieszy się największą statystyką, uważa go w przypadkach podobnych, jak przedstawiony, za najlepszy.

IV. Kol. Gittelmacher-Wilenko przedstawia wyniki doświadczeń, wykonanych na II oddz. wewn. szpitala powsz. we Lwowie, przez prof. Wiczkowskiego, kol. M. Selzera i prelegenta, a zmierzających do **wyzyskania odczynów precypitynowych dla celów klinicznych.** W pierwszej seryi badań, tyczących się chorych, dotkniętych cierpieniami żołądkowemi, stwierdzono, że przy zmianach nowotworowych białko pokarmowe w 50 prc. przypadków przechodzi do krwi, biochemicznie niezmienione.

W innych chorobach żołądka nie można było tego stwierdzić. Związek pomiędzy kwaśnością treści żołądkowej a przechodzeniem pokarmowego białka do krwi nie da się wykazać. Druga serya badań polegała na podawaniu lawatyw odżywczych. W 75 prc. przypadków zostało białko pod względem biochemicznym zupełnie przyswojone. Te wyniki dowodzą, że wbrew dotychczasowym przypuszczeniom kwas solny i pepsyna nie są jedynym środkiem, zapomocą którego ustrój broni się przed wtargnięciem biologicznie obcego białka do krwi. Dotychczasowe wyniki pracy (mającej być nadal prowadzoną) streszczają się w następujących zdaniach: 1) przy nowotworowych zmianach żołądka można często stwierdzić we krwi białko pokarmowe, biochemicznie niezmienione; 2) pepsyna i kwas solny nie są jedynym czynnikiem, pozbawiającym białka pokarmowe ich cech swoistych; 3) białko jaja kurzego łatwiej przechodzi niezmienione do krwi, niż kazeina; 4) lawatywami odżywczemi nie narażamy ustroju na dostawanie się do krwi białka ustrojowi obcego.

Dyskusya. Kol. prof. Beck nie dziwi się wnioskowi, do jakiego przyszedł prelegent, że kwas solny i pepsyna nie są jedynymi środkami, z których pomocą ustrój radzi sobie z wprowadzonem białkiem, jest bowiem rzeczą wiadomą, jak ważna rola przypada w trawieniu białka trypsynie, i jak ważne znaczenie ma w tej zawiłej sprawie ściana jelitowa. Sokowi żołądkowemu nie należy tedy przypisywać zbyt wielkiej wagi. Jeśli mimo braku prawidłowego soku żołądkowego uległo białko rozszczepieniu, to równie dobrze mogło się to stać dzięki trypsynie, jak na odwrót, pojawienie się tego białka we krwi mogło być wynikiem schorzenia lub nieczynności trzustki, której wydzielanie (a zwłaszcza wydzielanie trypsyny) odbywa się prawidłowo tylko pod warunkiem, że prawidłowy sok żołądkowy (kwaśny) styka się z dwunastnicą (jak wykazały doświadczenia Pawłowa, a głównie Popielskiego). Wogóle zaś — podkreśla mowca — w wysnuwaniu wniosków ogólnego znaczenia dla fizyologii ze spostrzeżeń, poczynionych na chorych, należy być bardzo ostrożnym, a przedewszystkiem należy się starać o stwierdzenie ich drogą doświadczalną na osobnikach zdrowych i zwierzętach, co i w dalszej pracy prelegenta jest wskazanem.

Kol. Marischler znajduje podobieństwo między pojawieniem się białka pokarmowego we krwi w przypadkach prelegenta, a t. zw. peptonuryą pokarmową, t. j. pojawianiem się w moczu peptonu, podanego wewnętrznie, w przypadkach owrzodzeń przewodu pokarmowego. Być może, że chorzy prelegenta, u których dawało się we krwi wykazać białko pokarmowe, mieli takie owrzodzenia (*ulcus, carcinoma*). Radziłby więc, żeby w tym kierunku poczynić dalsze badania.

Kol. Moraczewski nazywa metodę, użytą przez prelegenta, nieścisłą, a kapryśną; do uzyskania pewniejszych wniosków wymagałby wielkiej ilości spostrzeżeń.

Kol. prof. Wiczkowski podnosi, że właściwym celem doświadczeń, z których zdawał sprawę prelegent w imieniu swojem, kol. M. Selzera i mowcy, było wyzyskanie odczynu precypitynowego, jako odczynnika na białko do celów klinicznych, i rozstrzygnięcie pytania, czy pewne stany chorobowe, dotąd ciemne, nie dałyby się wytłómaczyć dostawaniem się do ustroju obcego białka. Zachętą ku temu były dotychczasowe prace licznych autorów. Tak n. p. zobojętniano kwas żołądkowy zapomocą dwuwęglanu sodowego, poczem znajdowano we krwi precypityny na spożyte białko kurze. Za pomocą odczynu precypitynowego wykrywano we krwi białka, właściwe bróździogłowcowi szerokiemu (*bothriocephalus latus*), czemby się tłómaczyło zatrucie ustroju białkami, a w następstwie tego niedokrwistość złośliwa. Liepman wywoływał precypityny na białka łożyskowe, korzystając z doświadczeń, dowodzących, że białka kosmków łożyskowych przedostają się do krwi i mogą być przyczyną drgawek porodowych. Może i w mocznicy białka, obce ustrojowi, miałyby znaczenie przyczynowe. Będzie więc rzeczą dalszych badań śledzić losy i znaczenie dla ustroju białka, wprowadzonego jako pokarm, a stającego się dzięki wadliwemu działaniu błony śluzowej przewodu pokarmowego trucizną.

Kol. Gittelmacher-Wilenko oznajmia, że w badaniach swych dlatego nie zwracał uwagi na trypsynę, bo, jak dowiodły doświadczenia *in vitro* (Oppenheimer i Michaelis), trypsyna pomimo energicznego trawienia białka nie atakuje grup, stanowiących o odrębności biologicznej białek.

V. Kol. Damański zdał sprawę ze swych badań nad **działaniem wody iwonickiej w miażdżycy tętnic** (z oddz. wewn. II. szpit. powsz. we Lwowie). Dziesięciu chorym podawał prelegent przez szereg dni wodę iwonicką jużto łyżkami, jużto szklankami (do 8 szklanek dziennie), oznaczając ciśnienie tętnicze w czasie tego i przedtem zapomocą przyrządu Riva-Rocciego. Przekonał się, że w dwie godziny po wypiciu wody ciśnienie się podnosi, w pięć godzin po wypiciu wraca do wysokości pierwotnej, co potwierdza prace Strickera i Friedricha, dowodzące, że po wypiciu wody mineralnej ciśnienie podnosi się w pierwszej godzinie i utrzymuje się parę godzin. Prelegent przekonał się, że głównym czynnikiem, wpływającym na ciśnienie tętnicze, jest ilość wody, do ustroju wprowadzonej. Z faktem tym należy się tedy liczyć stosownie do stopnia rozwoju miażdżycy. Ostateczny wniosek, jaki wysnuwa z swej pracy, brzmi: Do leczenia w zdrojowiskach w jod obfitujących (Iwonicz) nadają się chorzy na miażdżycę tętnic i to w pierwszym okresie chorobowym, kiedy zależy na wzmożeniu ciśnienia tętniczego (Erlenmayer). W późniejszych okresach miażdżycy powinna być woda jodowa podawaną tylko przy nadzorowaniu parcia tętniczego.

W dyskusyi kol. Pisek zwraca uwagę prelegenta na pracę Dunina z Warszawy, który na podstawie wielkiego materyału wykazuje błędność wielu utartych zapatrywań na parcie krwi w miażdżycy. Nawiązując do wzmianki prelegenta o Erlenmayerze, który twierdzi, że wzmożone ciśnienie w miażdżycy ma do pewnego stopnia znaczenie lecznicze, gdyż zapobiega zamykaniu się najdrobniejszych tętniczek, przypomina kol. P. zasadę Krehla, że u chorych na miażdżycę nie powinno się parcia obniżać. Dzięki temu leczenie tej choroby weszło w nową fazę. Co do doświadczeń prelegenta, rozporządzającego zresztą, jak dotąd, zbyt skromnym materyałem, to, zdaniem mowcy, nie przemawiają one ani na korzyść wód jodowych, ani przeciw temu. Nie zawartość jodu bowiem, ale ilość wody wpływa tu na podwyższenie parcia krwi. Wartości zaś jodu w tych razach dowiodły dopiero badania lepkości krwi (*viscositas*). W postępowaniu lecznicznem kieruje się kol. Pisek następującemi zasadami: w miażdżycy o małem parciu podaje według Eulenburga solanki dla podwyższenia parcia krwi; w przypadkach o miernem parciu uważa za wskazany jod (Iwonicz); przy parciu znacznie podwyższonem niewiele można zdziałać. Jod jest wówczas przeciwwskazany. Kol. Pisek ucieka się wtedy do upustów krwi. Do oceniania wysokości parcia używa kol. P. przyrządu Gärtnera.

Sekretarz: *W. Ziembicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

O kasach majsterskich, oraz zarejestrowanych kasach zapomogowych.

Zbiór ustaw, rozporządzeń i innych przepisów w sprawach przemysłowych (Compendium der auf das Gewerbewesen bezugnehmenden Gesetze, Verordnungen und sonstigen Vorschriften«[1]) wydany przez Belę bar. Weigelsperga, szefa sekcyi w ministerstwie handlu, zawiera na str. 243 t. zw. statut wzorowy dla kas majsterskich, który to statut ułożono w tym celu, aby służył za podstawę chcącym kiedykolwiek ułożyć statuty dla kasy chorych majsterskiej. W tekście tego wzorowego statutu znajdujemy dość częste klamry, które wedle załączonych objaśnień mają oznaczać, że słowa w klamrach zawarte można wedle danych okoliczności albo pozostawić w układanym statucie, albo skreślić, albo też i zmienić.

§ 1 tego statutu mówi o celu instytucyi i brzmi:

»Kasa chorych (majsterska) ma na celu wspieranie swych »członków na przypadek przemijającej niezdolności zarobkowa»nia, spowodowanej chorobą i to przez udzielanie zasiłków pie»niężnych (Krankengeld)« — a w klamrach czytamy: [»a nadto »przez udzielanie pomocy lekarskiej i leków na koszt kasy. Nadto »wypłaca kasa w razie śmierci członka koszta pogrzebowe«].

Już z wyraźnego brzmienia § 1 wynika, że każda utworzona kasa majsterska musi wspierać zasiłkami pieniężnymi swoich chorych i do pracy niezdolnych członków, jednak pomocy lekarskiej i leków, a nawet i kosztów pogrzebowych wcale nie jest obowiązana dawać. Słowa, tyczące się pomocy lekarskiej, leków i kosztów pogrzebowych mogą być zaraz przy układaniu statutu z § 1 wykreślone.

[1]) Wien 1897. Manz'sche k. u k. Hof-, Verlags- und Universitäts-Buchhandlung, I Kohlmarkt 20.

§ 6 określa prawa, jakie mają członkowie kas majsterskich i zaraz pierwsze zdanie tego paragrafu znajdujemy w klamrach, co znaczy, że może być zupełnie wykreślone. Zdanie to brzmi: »Członkowie kasy mają od samego początku płacenia wkładek do kasy prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej i do bezpłatnego otrzymywania leków«.

Cały § 7 znowu znajdujemy w klamrach, bo tyczy się świadczeń kasy tylko na ten wypadek, gdyby kasa chciała swoim członkom zapewnić pomoc lekarską, leki i koszta pogrzebowe.

§ 9 mówi o prowadzeniu ksiąg i zamknięciu rachunkowem i tam znowu w dziale wydatków objęte są klamrami słowa: »wydatki na leki, koszta leczenia szpitalnego i zapłacone koszta pogrzebowe«.

Jednem słowem mogą istnieć kasy majsterskie i nie dotykać zupełnie interesów stanu lekarskiego, bo mogą dawać swoim chorym członkom tylko zasiłki pieniężne, albo zasiłki pieniężne i za darmo leki, albo zasiłki pieniężne, leki i koszta pogrzebowe, albo wreszcie tylko zasiłki i koszta pogrzebowe, a nawet leków nie dawać. Jednak, jak dotychczasowe doświadczenie uczy (Wiedeń), kasom chodzi także i o leczenie bezpłatne, a ta sprawa wnika głęboko w interesa całego zawodu lekarskiego, bo zabiera praktyce prywatnej lekarzy wielkie bardzo grono ludzi, którzy dotąd, lecząc się, lekarzy płacili, a przeważnie nawet wcale przyzwoicie go płacić mogli. Jeżeli lekarze dotąd ułatwiali władzom zadanie w sprawach kas chorych dla robotników, to czynili to z poczucia ludzkości, bo chcieli służyć najgorzej finansowo sytuowanej warstwie społecznej, która, jak długo kas nie było, niejednokrotnie nawet wcale się nie leczyła; tutaj działali lekarze nawet wbrew własnym interesom, które, jak się z latami okazało, doznały znacznie większego uszczerbku, niż to sobie lekarze z początku w swej filantropijnej gorączce wyobrażali. Jednak wspierać ludzi zamożnych z własną szkodą, leczyć za marne wynagrodzenie nieraz bogatych majstrów, nie widzą lekarze żadnej potrzeby i dlatego podejmują w tej sprawie walkę przeciw wszelkim usiłowaniom, mającym na celu powołanie do życia kas dla majstrów.

Osobnej ustawy, powołującej do życia specyalne instytucye kas chorych majsterskich nie ma; opierają się one na ustawie z 16 lipca 1892 Dz. p. p. Nr 202, tyczącej się zarejestrowanych kas zapomogowych (registrierte Hilfskassen). Zarejestrowaną kasę zapomogową założyć może każde stowarzyszenie, na wzajemności oparte, a mające na celu zabezpieczenie swych członków, byle się postarało u władzy o wpisanie w rejestr kas zapomogowych i tą drogą uzyskało specyalne prawa. Taka zapomogowa kasa może ubezpieczać swych członków w różnych kierunkach, przedewszystkiem na wypadek choroby. Członkiem zwyczajnym takiej kasy może zostać każdy, kto po opłaceniu wkładek chce uzyskać prawo do statutem zapewnionych świadczeń. W niektórych kasach członkiem może zostać tylko ten, kto jest członkiem innego stowarzyszenia, ale wtedy obowiązek ten odnosi się do wszystkich członków kasy. Jako przykład przytoczyć można krakowską kasę chorych dla katolickiej młodzieży handlowej. Ubezpieczać w niej może swój personal tylko taki kupiec, który należy do t. zw. gremium kupieckiego. Jest to stowarzyszenie katolickich kupców krakowskich. Kupiec zatem krakowski, który do gremium kupieckiego nie należy, w kasie tej personalu swego ubezpieczyć nie może — musi przedtem stać się członkiem gremium. Jednakże kasy zapomogowe nie koniecznie muszą czynić zależnem przyjęcie w swe grono od tego, czy ktoś należy do jakiegoś innego stowarzyszenia.

Kasy zapomogowe mogą swym członkom w chorobie dawać (§ 17 powyż. ustawy) zasiłki, pomoc lekarską, leki, płacić za nich szpital, jakoteż dostarczać wszelkich odpowiednich środków do ulżenia cielesnych cierpień. Krewni członków — ustawa w tem miejscu mówi o »Angehörige«, nawet nie »Verwandte«, co także jest bardzo elastycznem pojęciem — mogą, o ile sami nie są członkami kasy, mieć w chorobie za darmo lekarza i leki, bo lekarz i tak już jest, niech więc służy krewnym członków, nie kosztując więcej.

Otóż na mocy tej ustawy o zarejestrowanych kasach zapomogowych mogą założyć sobie majstrowie jakiegoś zawodu, n. p. majstrowie malarscy, albo i kilka zawodów razem, n. p. malarscy, krawieccy i szewscy kasę, którą będziemy nazywali kasą majstrów n. p. malarskich, albo n. p. malarskich, krawieckich i szewskich. Musi tylko dany zawód czyli korporacya na walnem zgromadzeniu majstrów uchwalić założenie kasy, lub przystąpienie do jakiejś już istniejącej kasy zapomogowej, ale wtedy wszyscy majstrowie już będą musieli korporatywnie do tej kasy przystąpić.

Jest więc ta różnica między zwykłą kasą zapomogową zarejestrowaną a kasą majsterską, opierającą się na tej samej ustawie, że tam członkowie mogą należeć, ale nie muszą, natomiast majstrowie jako korporacya (Genossenschaft), raz kasę otworzywszy, muszą do niej należeć wszyscy.

Bardzo wyraźnie i niedwuznacznie brzmią w tym względzie przepisy ustawy. I tak n. p. orzeczenie trybunału administr. z 9 listopada 1900, L. 6764, B. 14.765 (obacz: Amtliche Nachrichten 1901, str. 16) tak wyraźnie powiada: »Statut zarejestrowanej kasy zapomogowej nie może nigdy przepisywać przymusowej przynależności do tej kasy, pominąwszy naturalnie wypadki korporatywnego przystępowania do tych kas przez stowarzyszenia przemysłowe (§ 121 ustawy przemysłowej z r. 1883)«. Orzeczenie trybunału administracyjnego z dnia 6 lutego 1892, L. 425, B. 6415 (Amtliche Nachrichten 1900, str. 165) powiada, że stosownie do § 121 ustawy przemysłowej tylko stowarzyszenie przemysłowe jako takie może przystępować do istniejącej już kasy chorych, nie zaś pojedynczy jego członkowie.

Kasy majsterskie istnieją dotąd wyłącznie w Wiedniu, a istnieją dopiero od siedmiu lat. Kiedy je majstrowie wiedeńscy postanowili potworzyć, zajęła się tą sprawą Izba lekarska wiedeńska, słusznie przewidując w kasach majsterskich groźne niebezpieczeństwo dla całego stanu lekarskiego. Kiedy nie udało się osiągnąć tego, by kasy majsterskie członków swoich tak ubezpieczyły, żeby z tego nie wynikła szkoda dla całego stanu lekarskiego, bo kasy postanowiły świadczyć swoim chorym członkom także i bezpłatną pomoc lekarską w chorobie, wtedy zajęli się tą sprawą lekarze wiedeńscy sami, bo Izba nie mogła wzbronić swym członkom przyjmowania posad w instytucyi, opierającej się na prawie. Sprawą tą jednak pokierowano w ten sposób, że lekarze wiedeńscy zwołali wiec, na którym uchwalili, że przyjęcie posady w j a k i e j k o l w i e k p o s t a c i, nawet w postaci »wolnego wyboru lekarzy«, w kasie majsterskiej jest niegodne lekarza, że się sprzeciwia godności zawodowej. I wtedy Izba, w y k o n u j ą c u c h w a ł ę w i e c u, zażądała od poszczególnych lekarzy zobowiązania się pod słowem honoru, że posady w kasie majsterskiej nie przyjmą, a tych lekarzy, którzy mimo zobowiązania się później posady takie poprzyjmowali, pozywała o złamanie słowa honoru. Jednakże tym kolegom, którzy słowa nie dali i posady przyjęli, Izba nic nie mogła i nie może zrobić. To już należy do organizacyi.

Przy tej sposobności należy dla dokładności wspomnieć, że przed dwoma laty powstały w Wiedniu dwie kasy zarejestrowane zapomogowe, a że to są takie instytucye, które m o g ą istnieć, ale n i e m u s z ą, więc przeciw nim już Izba sama wystąpiła i zabroniła przyjmować posad w tych kasach lekarzom, orzekła, że to nie godzi się z honorem lekarza i że dlatego będzie lekarzy, którzyby posady w tych kasach zarejestrowanych przyjęli, karać. Mimo to znalazło się ośmiu lekarzy, którzy posady przyjęli, a od orzeczenia karnego Izby odwołali się do Namiestnictwa. Namiestnictwo nie zgodziło się na zapatrywanie Izby i zniosło orzeczenie Izby, upatrując w niem dlatego bezprawie, że przeszkadza obywatelom spełnić to, na co zezwala ustawa. Ustawa bowiem pozwala tworzyć zarejestrowane kasy zapomogowe, a orzeczenie Izby uniemożliwia ich istnienie. Wśród tej walki z Namiestnictwem już dwa razy składała Izba wiedeńska swoje mandaty, a ministeryum, do którego się Izba odwołała, dotąd rekursu nie załatwiło. Sprawa jest więc jeszcze wciąż nie rozstrzygnięta.

Kasy majsterskie o tyle się różnią od zarejestrowanych zapomogowych, że one właściwie są instytucyą, wymaganą przez ustawę i to przez tę ustawę z r. 1883, ustawę przemysłową, która powołała do życia stowarzyszenia przemysłowe, zalecając im staranie się o pomoc dla swych członków w chorobie. Ustawę tę wprawdzie na papierze jeszcze w r. 1883 wydrukowano, ale nigdy władze nie przestrzegały jej w tym kierunku, by stowarzyszenia przemysłowe przynaglać do tworzenia jakichś kas zapomogowych na przypadek choroby. Dopiero przed siedmiu laty przypomnieli sobie majstrowie wiedeńscy, że im ustawa każe tworzyć kasy chorych i dlatego to właśnie, że ściśle rzecz biorąc ustawa istotnie wymaga tworzenia kas chorych od stowarzyszeń przemysłowych, Izby lekarskie nie mogły *de jure* przeciw nim występować.

Bardzo łatwo być może, że za przykładem Wiednia pójść zechcą kiedy stowarzyszenia przemysłowe (majsterskie) i innych miast monarchii, bardzo być może, że duch organizacyjny, coraz szersze masy przenikający, zechce wciąż tworzyć nowe kasy zarejestrowane — i dlatego to lekarze zawczasu wiedzieć powinni, co to są za instytucye, które im posady może kiedy zaofiarują.

Zdaje nam się więc, że jedyną drogą, wiodącą do celu, jest objaśnianie kolegów, czem są kasy majsterskie, czem kasy zarejestrowane, że tak jedne, jak i drugie głęboko wnikają w interesy całego stanu lekarskiego i że dlatego przyjmowanie w nich posad przez kolegów jest zbrodnią, popełnioną wobec całego zawodu. Proszę zważyć, że do kas majsterskich należą majstrowie, a więc w ogromnej większości ludzie, napewno mogący płacić za pomoc lekarską; o ileby zaś między majstrami znajdowali się ludzie finansowo podupadli, to niechaj ich koledzy zawodowi wspierają, ale ze swojej, nie lekarza kieszeni. Zresztą kasy majsterskie mogą być tak urządzone, żeby lekarzom nie szkodziły, mogą ubezpieczać swych członków tylko na t. zw. zasiłek czyli wsparcie pieniężne w chorobie; niechby ten zasiłek był większy, a niech sobie majster sam opłaca lekarza. A jeżeli majstrowie twierdzą, że chcą tworzyć kasy właśnie dla swych podupadłych kolegów, to niech je utworzą (ale tylko do wypłacania zasiłków), ale niechaj sami, o ile są bogaci, z nich nie korzystają — a wtedy będą zasiłki dla chorych tak wielkie, że na pewno bez uszczerbku będą mogli biedni majstrowie płacić lekarzy i jeszcze może lepiej na tem wyjdą. Każdy uczciwy człowiek musi się na to zgodzić, że bogaty majster nie może żądać od lekarza porady za kilka centów.

Lekarzom należy w sprawie kas zarejestrowanych zwracać na to wyraźnie uwagę, że one już istnieć wcale nie muszą, ale tylko mogą, i że przyjmować mogą na członków ludzi nawet i najbogatszych. Dlatego powinni lekarze, przyjmujący posady w takich kasach, być napiętnowani. Proszę sobie uprzytomnić, że kasę zapomogową zarejestrowaną może sobie urządzić każde stowarzyszenie, n. p. każde bractwo kościelne, do którego mogą należeć ludzie, wyznający jeden obrządek, ale do którego mogą należeć i najbogatsi bankierzy i kupcy.

Przecie chyba w takich kasach chorych, tem bardziej, że one **n i e m u s z ą** istnieć, nie powinni lekarze, strzegący zarówno swego honoru, jak i interesu materyalnego, przyjmować posady.

A kiedy będziemy mieli uświadomionych kolegów, to w danym razie nie tak trudno będzie skłonić ich nie groźbą, ale życzliwą radą do zobowiązania się, że posad ani w majsterskich, ani w zarejestrowanych kasach nigdy nie przyjmą. I zdaje mi się, że byłoby na czasie, żeby przedewszystkiem organizacye lekarzy już zaczęły w tym kierunku działanie i żeby zbierały od wszystkich kolegów takie zobowiązania na piśmie teraz, kiedy mamy na to sporo czasu. Gromochrony powinniśmy budować przed burzą; kiedy się zaczną na horyzoncie pokazywać groźne chmury, wtedy już może być za późno. *S.*

Ankieta w sprawie zdrojowisk galicyjskich, zwołana wskutek uchwały Sejmu przez Wydział krajowy, odbyła się we Lwowie 7 i 8 maja b. r. pod przewodnictwem członka Wydziału p. Onyszkiewicza. W ankiecie uczestniczyli: członek Wydziału krajowego dr Wereszczyński, kraj. inspektor szpitali dr Łuszczkiewicz i sekretarz Wydziału kraj. Bronisław Schworm; ze strony Namiestnictwa: protomedyk r. dw. dr Merunowicz i starosta Grodzki; z Towarz. lekarskiego we Lwowie prof. dr Mars; z politechniki prof. Syroczyński; z Akademii Umiejętności, jako właścicielki zakładu zdrojowego w Szczawnicy, prof. dr Browicz i prof. dr Marchlewski; z Tow. technicznego prof. Sikorski i inżynier Maślanka; jako delegaci Tow. balneologicznego w zastępstwie właścicieli zdrojowisk i lekarzy: bar. Brunicki, dr Cercha, dr Chramiec, dr Kaden, prof. dr Korczyński, dr Edward Krzyżanowski, p. Grabowski, dr Supiński, p. Mazurkiewicz, Jan hr. Potocki, dr Wąsowicz, dr Wróblewski.

Ankiecie przedłożono kwestyonaryusz, na podstawie którego obradowano co do: poparcia materyalnego zdrojowisk; ulg podatkowych i ulg w taryfach kolejowych; utworzenia subwencyonowanych składów wód mineralnych; utworzenia centralnego biura porady technicznej, oraz co do ułatwienia kredytu dla zdrojowisk w instytucyach finansowych.

Uchwalono rezolucye następujące:

Ankieta udaje się z usilną prośbą do Wydziału krajowego o objęcie w swą opiekę wszystkich zdrojowisk krajowych, jako nader ważnej gałęzi przemysłu krajowego, dotychczas sobie samemu pozostawionego. Opieka ta miałaby się rozciągać na dopilnowanie tego, aby wszystkie powołane czynniki w granicach istniejących ustaw wykonywały swe obowiązki, o ile one się odnoszą do zdrojowisk krajowych, a więc prosi ankieta o dopilnowanie ścisłego wykonywania ustawy drogowej, budowniczej, gminnej i t. d.

Nader ważną pomoc może Wydział krajowy udzielić zdrojowiskom przez rozszerzenie zakresu działania istniejącego przy Wydziale krajowym biura melioracyjnego na melioracye w zdrojowiskach i to w kierunku asanacyjnym i balneo-technicznym w myśl uchwały sejmowej z 1905 r.

Ankieta uprasza usilnie Wydział krajowy o popieranie interesów zdrojowisk wobec Sejmu, władz rządowych i autonomicznych, urzędów podatkowych, pocztowych, kolejowych i t. p.

Ponieważ zakłady kąpielowe są głównie przedsiębiorstwami przemysłowemi rozwijającemi się, a — według zdania ankiety — pewniejszemi od wielu innych przedsiębiorstw, cieszących się opieką i poparciem kraju, uważa ankieta za konieczne, by Sejm polecił Bankowi krajowemu uważać zdrojowiska za przedsiębiorstwa przemysłowe, zasługujące na udzielanie pożyczek, n. p. tak zwanych gotówkowych. — Niemniej uważa ankieta za niezbędnie potrzebną zmianę statutu Banku krajowego w tym kierunku, aby pożyczki hipoteczne w ścisłem słowa znaczeniu mogły być udzielane na realności w zdrojowiskach i to bądź murowane, bądź drewniane.

Ankieta wyraża zdanie, że trwałe osiągnięcie powyższych życzeń najlepiej dałoby się przeprowadzić przez utworzenie ciała doradczego przy Wydziale krajowym jako **R a d y z d r o j o w e j**, na wzór już istniejącej Rady kolejowej, przemysłowej i t. p. W skład tej Rady zdrojowej powinniby — zdaniem ankiety — wchodzić delegaci Wydziału krajowego, Namiestnictwa, Towarzystw lekarskich, balneologicznego i Towarzystw technicznych, oraz Związku zdrojowisk, gdyby taki był utworzony, a gdyby takiego Związku nie było, także delegat wybrany przez właścicieli zdrojowisk koncesyonowanych. Nadto uważa ankieta za niezbędne stworzenie organu stałego przy Wydziale krajowym, jako referenta spraw zdrojowych i wykonawcy uchwał Rady zdrojowej. Zdaniem ankiety najodpowiedniejszym referentem byłby lekarz.

W sprawie uregulowania stosunków prawnych w zdrojowiskach uważa ankieta przedewszystkiem za potrzebne, aby ustawa zdrojowa była więcej niż dotychczas ustawą ramową, w granicach której można nadać każdemu zdrojowisku statut, odpowiadający stosunkom miejscowym i właściwościom zdrojowiska (uzdrowiska).

Ankieta wyraża przekonanie, że lekarz zakładu kąpielowego lub klimatycznego, jako organ interesu publicznego, powinien mieć stanowisko o ile możności niezależne od czynników miejscowych, a statut, uwzględniając stosunki w poszczególnych zdrojowiskach, powinien zawierać bliższe postanowienia o sposobie mianowania, opłacania i odpowiedzialności dyscyplinarnej tegoż lekarza. Dla zapewnienia skutecznej działalności lekarza należałoby przyznać mu w sprawach sanitarnych, nie cierpiących zwłoki, prawo wydawania i wykonywania zarządzeń pod własną odpowiedzialnością. Czynniki powołane powinny być zniewolone do udzielenia lekarzowi w takich razach wszelkiego poparcia urzędowego. Rekurs wniesiony przeciw zarządzeniom lekarza zakładowego nie powinien wstrzymywać wykonania tego zarządzenia.

Ankieta wyraża dalej zapatrywanie, że komisyom zdrojowym należy zapewnić prawidłowe funkcyonowanie, po pierwsze przez odpowiedni dobór ich składu, a po drugie przez wprowadzenie do ustawy zdrojowej rygoru, n. p. możność rozwiązania komisyi, ustanowienie komisarza rządowego i t. p., analogicznie do postanowień ustawy gminnej z 1896 r.

W końcu wyraziła ankieta zdanie, że projekt zmiany §§ 6 i 7 ustawy zdrojowej, wypracowany i przedłożony Sejmowi w r. 1905, odpowiada rzeczywistej potrzebie i powinien być uchwalony (w paragrafach tych chodzi o ścisłe wykonywanie kontroli przez komisyę zdrojową, Wydział krajowy i Namiestnictwo nad funduszem kuracyjnym, taksami kuracyjnemi i za muzykę pobieranemi i t. p. W razie nieodpowiedniego zarządu funduszem kuracyjnym, może być, według projektu Wydziału krajowego, zarząd ten odebranym komisyi i powierzonym organowi, ustanowionemu przez Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym).

Z obrad ankiety spisane zostało stenograficzne sprawozdanie, Wydział krajowy zatem prócz swych wniosków co do zmiany ustaw będzie mógł przedłożyć Sejmowi na najbliższej sesyi obfity materyał z dwudniowej dyskusyi, przeprowadzonej przez ankietę. *K.*

Miejskie biuro sanitarne w Rzeszowie wydało swe sprawozdanie za r. 1905, zestawione przez radcę san. dra Adama **Z a g ó r s k i e g o** i lekarza miejskiego dra **T e l l e r a**. Wydanie tego sprawozdania zasługuje tem więcej na uznanie, że Rzeszów, liczący tylko 20,774 ludności, wyprzedził tu wiele miast większych i dał przykład, godny naśladowania. Sprawozdanie obej-

muje ruch ludności (śmiertelność w roku 1905 wynosiła 18‰). wraz ze sprawozdaniem o chorobach nagminnych i środkach ich zwalczania. Rzeszów zdobył się na szpitalik choleryczny i lokal izolacyjny, których gmina miasta Krakowa... nie posiada, wyręczając się szpitalem Bonifratrów i pawilonem dla chorych zakaźnych w krajowym szpitalu św. Łazarza. Na środki dezynfekcyjne wydał Rzeszów w r. 1905 wogóle przeszło 3500 koron, z czego gmina pokryła przeszło 1900 kor., a resztę mieszkańcy. W szpitalach rzeszowskich leczono 3557 chorych, w ambulatoryach 2265. Higieną szkół zajmowało się biuro sanitarne gorliwie; na początku roku szkolnego zbadano wszystkie dzieci szkolne i wydano odpowiednie zarządzenia; oprócz rozszerzenia i ulepszenia istniejących stawia Rzeszów nowy wzorowy budynek szkolny kosztem 180,000 koron Dalej podano szczegóły o działalności w zakresie higieny przemysłowej, nadzoru nad prostytucyą, w końcu o postępach asanacyi miasta, na którą zaciągnięto pożyczkę 900,000 koron. W toku jest budowa wodociągów, rozszerzono kanalizacyę, bruki i t. d. Wogóle, sądząc ze sprawozdania, może Rzeszów na polu sanitarnem przodować wielu miastom galicyjskim. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 6 do 12 maja 1906 r. doniesiono o nowych przypadkach: ospy 6 przypadków w 4 gminach, a mianowicie pow. Chrzanów (m. Chrzanów 3, Nieporasz 1, Libiąż wielki 1), p. Tarnów (m. Tarnów 1); duru plamistego 83 przypadków w 23 gminach, a mianowicie m. Lwów 1 (chory przewieziony z Jaryczowa nowego), w powiatach Bohorodczany (Jabłonka 1), Drohobycz (m. Drohobycz 1), Horodenka (Żuków 11, Piotrów 4), Jaworów (Zawadów 3, Olszanica 2, Świdnica 1, Gnojnice 5), Lwów pow. (Pikułowice 1), Nadwórna (Zielona 4), Rawa (Biała 2, Ulhówek 1), Sambor (Dorożów 9), Śniatyn (Potoczek 2, Śniatyn 3, Podwysoka 3), Stanisławów (Uhorniki 3), Stryj (Pławie 4), Tarnopol (Chodaczków w. 1, Józefówka 10), Tłumacz (Bortniki 9, Targowica 2); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 53 przypadków w 30 gminach.

Ruch ludności w Krakowie. Od dnia 29 kwietnia do 5 maja 1906 urodziło się dzieci żywo 56, nieżywo 8; zmarło osób 53 (obcych 22), a przyczyną śmierci były: gruźlica 17 (7), zapalenie płuc 8 (5), błonica 1, płonica 1 (1), odra 1, zakażenie przyranne 1, choroby serca i naczyń 7 (1), inne przyczyny śmierci naturalnej 14 (8), przypadek nieszczęśliwy 2 (2), samobójstwo 1. — Od 6 do 12 maja 1906 urodziło się dzieci żywo 49, nieżywo 6; zmarło osób 49 (obcych 13), a przyczyną śmierci były: rozwój niedostateczny 1, gruźlica 13 (4), zapalenie płuc 7, błonica 2, płonica 3 (2), odra 5, cholera niemowląt 4, zakażenie przyranne 1. inne choroby zakaźne 1, udar mózgu 1, choroby serca i naczyń 2 (1), nowotwory 1, inne przyczyny śmierci naturalnej 7 (5), samobójstwo 1 (1).

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 29 kwietnia do 5 maja 1906 zgłoszono przypadków: błonicy 4 (obcych 1), krztuśca 3, płonicy 5, odry 6, duru brzusznego 0 (1), gorączki połogowej 1, nagminnego zapalenia opon 2; w tymże czasie zmarło z błonicy 1, płonicy 2, gorączki połogowej 1, nagminnego zapalenia opon 1.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Akademia Umiejętności przyznała nagrodę im. Warschauera Dr Alfredowi Sokołowskiemu z Warszawy za dzieło »O chorobach dróg oddechowych«.

— Stopień doktora wszech nauk lekarskich otrzymał na uniwersytecie Jagiellońskim p. Jan Landau.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia na posiedzeniu w dniu 1 maja zajmowała się w dalszym ciągu rozprawami nad zaprowadzeniem dwurazowej nauki w seminaryum żeńskiem we Lwowie, oświadczyła się za utworzeniem nowego okręgu sanitarnego w Jagielnicy w pow. Czortkowskim i za potrzebą badania dzieci szkolnych, o ile nadają się do nauki, ale tylko przez lekarzy.

— Krajowa Rada zdrowia odbyła dnia 12 maja b. r. posiedzenie, na którem rozpatrywano sprawę zmiany normy ordynacyjnej i dyspensacyjnej dla zapisywania, wzgl. wydawania leków na koszt funduszów publicznych. Uchwalono cały szereg wniosków, które zostaną przedłożone ministerstwu do rozpatrzenia i uwzględnienia przy sposobności zamierzonej zmiany tej normy na podstawie VIII wydania farmakopei, wchodzącej w życie z dniem 1 lipca 1906 roku.

— Za pośrednictwem »Głosu lekarzy« oznajmia dr Adler, lekarz fabryki tytoniu w Monasterzyskach, że z końcem r. b. lub z początkiem przyszłego przechodzi na emeryturę, a pragnąc pozostawić zdolnego i sumiennego następcę, donosi o otwierającem się miejscu kolegom, którym też gotów udzielić wszelkich informacyi.

— Zarząd zdrojowy w Wysowy, jak podaje »Głos lekarzy«, przed laty płacił lekarzowi zdrojowemu, dr Jaroszowi, za sezon 800 koron; jego następcy, dr T. Piotrowskiemu — 600 K; obecnie ustępującemu dr Ozdze — 400 K; a przyszłemu następcy jego ofiaruje podobno.... 200 K.

Poznań. »Towarzystwo ku zwalczaniu zakaźnych chorób płciowych«, założone w Poznaniu z końcem r. 1903 przez Radcę Dra Chłapowskiego i Dra Adama Karwowskiego, odbyło dnia 3 kwietnia b. r. trzecie Walne Zebranie roczne. Dr Łazarewicz wygłosił przed licznie zebraną publicznością obojga płci odczyt, będący bardzo na dobie, p. t. »Czy i jak rodzice mają uświadamiać dzieci w zagadnieniach płciowych?« Był to ostatni z szeregu odczytów, urządzonych przez Towarzystwo, a wygłoszonych przez lekarzy Drów Zakrzewskiego, Karwowskiego i Łazarewicza celem pouczenia szerszych warstw społeczeństwa o historyi, istocie i sposobach zwalczania chorób wenerycznych. Członków liczy Towarzystwo około 300 i utrzymuje bezpłatną lecznicę dla chorych na choroby weneryczne (ordynatorzy Dr Karwowski i Łazarewicz). Towarzystwo postanowiło zmienić nazwę swą na: »Towarzystwo społeczno-higieniczne«, jako krótszą, mniej może rażącą, a pozwalającą na rozszerzenie działalności Towarzystwa w dziedzinie ogólnej higieny.

— Na ostatniem posiedzeniu wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk roztrząsano żywo pytanie, czy zaleca się lekarzom pouczać rodziców, żeby zamiast tajenia dzieciom kwestyi płciowych, raczej otwarcie je w tych sprawach uświadamiali. Po ożywionej wymianie zdań, wszyscy obecni koledzy z wyjątkiem jednego oświadczyli się za rozsądnem uświadamianiem. Prócz tego kol. Łazarewicz zdał sprawę z ciekawego przypadku, który uważa za ciążę podwójną, jedną prawidłową, drugą jajowodową. *K.*

Petersburg. Porządek dzienny posiedzenia »Koła lekarskiego w dniu 2/15 maja obejmował dwa wykłady: 1) Dr Wilamowski: »Dwa przypadki raka trzustki z cukromoczem« 2) Dr Śliwiński Romuald: »Tworzenie się kości i szpiku kostnego w nerce królika. Badania doświadczalne« (z przedstawieniem preparatów mikroskopowych), w części zaś administracyjnej ostateczne przeczytanie w języku polskim ustawy »Związku Polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu«.

— Naczelnikiem akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu obrano na mocy zezwolenia Rady wojennej profesora chemii fizyologicznej Danilewskiego.

— Miasteczko Dołhinowo w pow. wileńskim poszukuje lekarza. Płaca stała 600 rbs., dochody z praktyki około 3000 rbs. Wiadomość w miejscowej aptece. (»Med.« 19).

Z różnych stron. Pani Curie-Skłodowska ma, według wiadomości dziennikarskich, otrzymać katedrę w Sorbonie po ś. p. prof. Curie.

— Kursa wakacyjne dla lekarzy na czeskim wydziale lekarskim w Pradze rozpoczną się 2 lipca. Wykładać będą przeważnie docenci i asystenci wydziału. Informacyi udziela i zgłoszenia (do końca maja) przyjmuje Doc. Weigner (Praha II, 1660).

— Uznając organizacyę tegorocznego zjazdu międzynarodowego w Lizbonie za dobrą, przez co zatarło się fatalne wrażenie przedostatniego zjazdu madryckiego, podnosi »Sémaine med.« (Nr 19) szereg usterek, żądając słusznie ich usunięcia na przyszłość. Przedewszystkiem i na tym zjeździe, jak na poprzednich, rozrywki zorganizowano staranniej, niż pracę naukową. Bardzo wielu sprawozdawców wyznaczonych z góry przedmiotów obrad, wcale na zjazd nie przybyło, przez co i wyświetlenie postawionych na porządku dziennym zagadnień, będące głównym celem zjazdu, bardzo ucierpiało. Ci zaś sprawozdawcy, którzy przybyli, opracowali swe sprawozdania każdy na własną rękę bez porozumienia się z koreferentami, wreszcie wiele sprawozdań oddano w niedoświadczone ręce młodych lekarzy miejscowych. Wbrew ogólnemu przekonaniu, że zjazdy są zbyt częste i wbrew wnioskowi komitetu niemieckiego ma się najbliższy zjazd odbyć znowu już za 3 lata, w 1909 r. w Peszcie. Biuro prasy lekarskiej i biuro pocztowe były źle zorganizowane. Za to postępem w porównaniu ze zjazdem madryckim było odważne usunięcie przez komitet gospodarczy języka portugalskiego z obrad i niedopuszczenie na zjazd osób, niebędących lekarzami.

— Lekarze berlińcy poróżnili się ze sobą o sprawy... artystyczne. »Deutsche med. Wochenschrift« protestuje mianowicie energicznie przeciw uchwale komitetu budowy pomnika Virchowa, wybierającej (z trzech pierwszą nagrodą na konkursie odznaczonych) projekt, w którym góruje grupa alegoryczna nad skromnym medalionem wielkiego uczonego, a zaleca inny projekt, w którym statua Virchowa jest rzeczą główną. »Berliner klin. Wochenschrift« broni projektu, wybranego przez komitet.

Mianowani: Dr Władysław Skórski sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Zmarli: Wolf Becher, lekarz, twórca pierwszych uzdrowisk leśnych dla dzieci i seminaryum dla medycyny społecznej w Berlinie, zasłużony działacz na wielu polach medycyny społecznej, wytrawny znawca nowszej historyi medycyny, w 44 r. ż. w Berlinie; okulista Mascaro, dobroczyńca ubogich chorych i ociemniałych w Lizbonie, nagle w czasie wykładu na lizbońskim zjeździe międzynarodowym.

Dr Gustaw Doliński, znany w Królestwie Polskiem lekarz i literat, zmarł 5 maja b. r. w Lublinie. Urodzony w r. 1846, studyował najpierw matematykę, następnie medycynę w Szkole Głównej, gdzie kolegował z H. Sienkiewiczem i B. Prusem. W roku 1874 osiadł ś. p. Gustaw w Lublinie. Już wtedy pisywał dużo do pism warszawskich. W r. 1899 przeniósł się ś. p. dr Doliński do Warszawy, pragnąc tutaj oddać się przeważnie ulubionemu zawodowi pisarskiemu. Pracując stale w kilku pismach, głównie w „Słowie“, pisywał poza tem dużo rozpraw z dziedziny higieny i pedagogii. Ale warunki prasowe i wydawnicze w Warszawie wtedy były ciężkie, ś. p. dr Doliński powrócił tedy do zajęć lekarskich najpierw na Podolu; stamtąd po niedługim pobycie powrócił do Lublina. Trudno mu jednak było rozstać się zupełnie z piórem, więc do ostatnich chwil życia pisywał korespondencye z Lublina i drobniejsze rzeczy.

Dr Stefan Zygmunt Koczorowski w Klimowicach (gub. mohylowskiej).

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr 18. Pruszyński: Choroba Addisona bez bronzowego zabarwienia skóry. Motz i Perearnau, Bzura (c. d. z Nr 17).

— *Medycyna* Nr 19 Orłowski: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w r. 1904. Leśniowski (c. d. z Nr 18).

— *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych* Nr 4. Karwacki: O florze spraw płciowych.

— *Tygodnik lekarski* Nr 19. Hornung: Dwa przypadki wrzekomego przerostu mięśni typu Erba. Czyżewicz i Nowicki (dok. z Nr 18). Progulski: W sprawie nowszych urządzeń mających na celu zmniejszenie śmiertelności niemowląt.

— *Głos lekarzy* Nr 10. Mikołajski: Lekarze wobec reformy prasowej. Ciąg dalszy artykułów Mikołajskiego z Nr 9.

— *Kronika lekarska* Nr 9. Ciąg dalszy artykułów: Hornowskiego, Sędziaka i Giedroycia.

— *Casopis lekařův českých* Nr 19. Frankenberger: O významu laryngologie a poměru jejím k'povšechné medicině. Vanýsek: Aneurysma aorty vzestupné provalené do plicnice. Hock. Serum Maraglianovo a Aronsonovo. Peterka. Podkožní utržení průdušnice při strangulaci.

— *Russkij Wracz* Nr 16. Gabryczewski: Szczepionka przeciwpłonicza i sprawa swoistości paciorkowca płonicy. Hagen-Torn: Zastosowanie nakłucia lędźwiowego w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Poggenpol: W sprawie białaczki ostrej. Klinow: Nowy sposób kliniczny oznaczania krwawego moczu. Arnoldow: Barwiki czerwonej kapusty i t. d. jako indykatory.

— *Semaine médicale* Nr 19. Lejars: Zapalenie kątnicy i zapalenie okołokątnicze.

— *Presse médicale* Nr 31 (spóźniony z powodu strajku drukarzy): Reclus: Szew nerwów. Letienne: Serce starcze.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 19. Velich: Studya nad wpływem układu nerwowego na tętno. Kolisch: W sprawie wytwarzania cukru z tłuszczu. Lazar: Dalsze badania lipoidów jako ciał ochronnych. Kephallinos: O ostrym gośćcu stawowym, pląsawicy i zapaleniu wsierdzia u dzieci. Holub: O leczeniu tyreoidyną choroby Basedowa, szczególnie połączonej z obrzękiem śluzowatym.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 19. Ebstein: O wzbudzających przypuszczenie ospy postaciach ospy wietrznej. Zur Verth: W sprawie znieczulania w t. zw. małej chirurgii. Determann: W sprawie metodyki oznaczania lepkości krwi ludzkiej. Zahn: Drugi przypadek załamania przełyku przez wyrośl chrząstkową kręgosłupa. Apetz: Symetryczna zgorzel obu powiek po uszkodzeniu czoła. Richarz: Przypadek ostrego zapalenia nerek po użyciu balsamu peruwiańskiego. Wyleczenie przypadku tężca urazowego. Cramer: Normalna flaszka dla osesków. Klieneberger i Zoeppritz (dok. z Nr 18).

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 19. Wassermann, Neisser i Bruck: Odczyn serodyagnostyczny w kile. Hirschberg: O zapaleniu siatkówki i nerwu wzrokowego wskutek kiły wrodzonej. Buschke i Fischer: Przypadek kiłowego zapalenia mięśnia sercowego w kile dziedzicznej z wykryciem krętków. Bettmann: Świąd, jako wstępny objaw półpaśca. Heinze: Przyczynek do leczenia choroby Basedowa antytyreoidyną Möbiusa. Treplin: O wynikach leczenia chirurgicznego nowotworów pęcherza. Hoffa (dok. z Nr 18). Roorda Smit: Muszyca i jej leczenie. Schellenberg: O fotografiach rentgenowskich, sprawiających wrażenie plastyczne.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 20. Hansemann: O wpływie domestykacyi na powstawanie chorób. Meyer: O bakteryobójczem działaniu metioformu. Browning i Sachs: O antyamboceptorach. Rheinboldt: W sprawie bakteryobójczego działania wód mineralnych promieniotwórczych. Deutschländer: Czynnościowe leczenie złamań kości. Focke: Jaką wartość mają dla praktyki doświadczenia z naparstnicą na żabach.

Redakcya otrzymała: Biegański: Über die Zweckmässigkeit in den pathologischen Erscheinungen. Odb. z „Ostwald's Annalen der Naturphilosophie“. — A. Wolff-Eisner: Das Heufieber, sein Wesen und seine Behandlung. München 1906. J. F. Lehmann (mk. 3,60). — Prof. H. Kehr: Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. München 1906. J. F. Lehmann (mk. 4). — Dr Zagórski i dr Teller: Sprawozdanie miejskiego biura sanitarnego w Rzeszowie za rok 1905. — Prof. Finger i doc. Landsteiner: Untersuchungen über Syphilis an Affen. I u. II Mittheilung. Odb. z „Sitzungsber. der k. Akademie der Wiss. in Wien. Math.-naturw. Klasse“. T. 114 i 115.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Przetwory żelatynowe apteki **„Austria“** w Wiedniu, używane w wybitnych klinikach krajowych i zagranicznych, odznaczają się dokładnem dawkowaniem i używaniem materyału jałowego. Masa rozpuszcza się przy cieplocie ciała, a połączona z odpowiednim lekiem, pozwala na dokładne zetknięcie się i łagodne działanie tegoż w miejscach najczulszych. Szczególnie używane bywają: gałki pochwowe z 5—10 prc. ichtyolu, pręciki nosowe z tanniną, cewkowe z $CuSO_4$, migdałki uszne z kokainą, czopki z ichtyolem. Firma przesyła chętnie obszerne piśmiennictwo i próbki.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne.

(Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr **Jekels Ludwik**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Damański Emanuel.**
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).

Dr **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.

lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr **Mayer Józef**, (Łazienki borowinowe).
Dr **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.

Dr **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.
Dr **Dukiet.**

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne).

Dr **Trzciński B.**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr **Górski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu („Miedziuś"), ordynuje od 26 lat.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), zimą w **Meranie.**

Truskawiec.

Dr **G. Gittelmacher — Wilenko.**
Dr **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wohr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg").
Dr **Zeitner Józef**, (Kirchenstrasse „Stadt-Paris").

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" VI)

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej.

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Liebeskind Józef**, („Haus Kronprinz").

Nauheim.

Dr **Jankowski Fr.**, („Hotel Europejski").
Dr **Łowiński.**

Oeynhausen (Westfalia).

Dr **Janta Połczyński**, specyalista w chorobach nerwowych.

L. 980. **KONKURS.**

Wydział powiatowy w Stryju rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Tucholce z płacą roczną z funduszu powiatowego w kwocie 1.500 kor. i ryczałtem na koszta podróży ustanowionym przez Wydział krajowy w rocznej kwocie 800 koron.

Okręg sanitarny obejmuje miejscowości: Annaberg, Felizienthal ze Smorzem górnem, Grabowiec skolski, Hołowiecko, Hutar, Kalne, Karlsdorf, Klimiec, Orawa, Orawczyk, Pławie, Pohar, Ryków, Smorze dolne, Smorze miasto, Tucholka, Tysowiec, Wyzłów i Żupanie, razem 19 gmin z ludnością 12.149 na obszarze 330 km. kwadratowych.

Ubiegający się o tę posadę mają oprócz dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej świadectwem c. k. lekarza powiatowego wykazać się:

1) Prawem obywatelswa austryackiego;

2) Dyplomem doktora medycyny, upoważniającym do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) Świadectwem moralności; 133

4) Znajomością języków krajowych;

5) Przynajmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Tucholce będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Obowiązki służbowe określa instrukcya z 31 grudnia 1891 Dz. u. kr. Nr. 82 i 83 (Część XXII. Dz. u. kr. z roku 1891.

Posada zostanie nadaną na 1 rok prowizorycznie, poczem dopiero po myśli § 8 ustawy z 2 lutego 1891 Nr. 17 Dz. u. kr. może nastąpić stabilizacya.

Podania ostemplowane marką stemplową na 1 koronę należy wnosić do dnia 20 maja 1906.

Prezes:
Onyszkiewicz.

Rok XLV. Kraków 26 Maja 1906. Nr 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

Doświadczalne przyczynki do nauki o śmierci z utonięcia.

Podał
Prof. Dr L. Wachholz.

I.

W pracy mej, wspólnej z Horoszkiewiczem (1) wykazaliśmy na podstawie 53 doświadczeń, wykonanych w różny sposób na zwierzętach, że twierdzenie Hofmanna, jakoby płyn topielny wnikał do dróg oddechowych tonącego dopiero w okresie końcowych oddechów, nie daje się nadal utrzymać, albowiem płyn ten wnika już wcześniej, mianowicie w okresie duszności, jak to stwierdzili Brouardel z Loyem. Badania nasze zachęciły Marguliesa do podjęcia ponownych doświadczeń, z których na schyłku ubiegłego roku w dwóch doniesieniach zdał sprawę.

W pierwszem z nich (2), w którem zastanawia się nad warunkami ocalenia od śmierci osób, które co dopiero utonęły, dochodzi do przekonania, że ocalenie tonących jest względnie dość łatwo możliwe, albowiem płyn topielny wnika do dróg oddechowych tonącego późno, t. j. na schyłku życia w okresie końcowych oddechów. Przy tej sposobności wspomina o wprost przeciwnych w tym względzie wynikach doświadczeń Brouardela i naszych, przyczem nadmienia, że wyniki naszych doświadczeń nie mogą być miarodajne, albowiem podjęliśmy je podobnie, jak Brouardel, na zwierzętach, u których poprzednio wykonaliśmy tracheotomię. Wskutek tracheotomii miał być u zwierząt naszych wyłączony mechanizm połykania, który wedle Hofmanna odgrywa właśnie w okresie duszności doniosłą rolę, a to tem bardziej, skoro on po upływie tego okresu mógł był wykazać „bardzo małą ilość płynu topielnego w płucach lub zupełny jego brak, a natomiast obecność jego w żołądku“. Inne zarzuty przeciw wynikom naszych badań pomija Margulies na razie milczeniem, „gdyż z powodu szczupłości miejsca mu użyczonego nie odważa się wkroczyć na niebezpieczne pole polemiki“.

W drugiej (3) swej, również zwięzłej publikacyi, wkracza już w szranki polemiczne w całej pełni, przyczem znowu, choć tylko w krótkim ustępie, zaznacza właściwy cel, do jakiego już w pierwszem doniesieniu zmierzał. Marguliesowi chodzi o wykazanie, że ocalenie od śmierci osób, które co dopiero utonęły, jest możliwe, a możliwość ta tem łatwiejsza, w im późniejszym okresie tonący wciąga do swych dróg oddechowych płyn topielny. Przy tem założeniu twierdzenie Hofmanna dlań korzystniejsze. Po wcale trafnem ujęciu objawów, spostrzeganych u tonących, w dwa tylko okresy, t. j. w okres obrony (obejmujący okres wstępny wstrzymania oddechu i okres duszności wedle Hofmanna, względnie okresy niespodzianki, wstrzymanego oddychania i głębokich oddechów wedle Brouardela, a za nim wedle mnie i Horoszkiewicza) i w okres bezbronności (obejmujący okres zamartwiczy z końcowymi oddechami Hofmanna, względnie wedle Brouardela i nas okresy zniesienia oddychania i oddechów końcowych), zaznacza, że im wcześniej i bardziej będzie w danym razie okres obrony upośledzonym w swych objawach, lub też całkiem zniesiony, tem wcześniej i w większej ilości wtargnie płyn topielny do dróg oddechowych tonącego. Brak możliwości i środków obrony, a do nich zalicza Margulies, zdaniem jego przez nikogo jeszcze dotąd nie uwzględniany mechanizm połykowy (sprzeciwia się tu sobie, gdyż w poprzedniem doniesieniu powoływał się w tym względzie na zdanie Hofmanna, uwzględniające właśnie akt połykania), musi w zupełności wyjaśnić wcześniejsze wnikanie płynu topielnego do dróg oddechowych w naszych doświadczeniach.

Ażeby się w sposób stanowczy przekonać, które z twierdzeń co do czasu wnikania płynu do dróg oddechowych, twierdzenie Hofmanna, czy Brouardela i nasze, jest słuszne, wykonał Margulies cztery doświadczenia na królikach tego samego miotu i to w sposób następujący: obciążywszy królikowi tylne odnóża ciężarem 2 kg., zanurzał go w wodzie, wypełniającej basen. Trzy króliki wydobył z wody po ustaniu końcowych ruchów oddechowych, czwartego zaś zaraz po pierwszym końcowym wdechu, poczem obnażał im tchawicę, podwiązywał ją, następnie wydobywał płuca i oznaczał ich ciężar i objętość. Ponieważ ciężar tych płuc równał się sumie ciężarów wody wetchniętej i samych płuc, przeto chcąc obliczyć ciężar samej wody wetchniętej, musiał wpierw oznaczyć średni ciężar prawidłowych płuc królika. Średni ciężar prawidłowych płuc królika obliczył w stosunku do 1 kg. wagi królika na 5,978 g. Odejmując znaleziony w ten sposób ciężar prawidłowych płuc w stosunku do wagi czterech użytych do doświadczeń królików od oznaczonego zważeniem ciężaru ich płuc po utopieniu, otrzymywał ciężar zawartej w ich płucach wody. Wyniki jego 4 doświadczeń były następujące (patrz tabl. str. 384):

Powyższe doświadczenia i ich wyniki złożyły, zdaniem Marguliesa, wyraźny dowód, że płyn topielny wnika do płuc tylko w chwili ruchów oddechowych końcowych, albowiem u ostatniego królika, który mógł tylko jeden końcowy wdech wykonać w wodzie, tak mała w stosunku do poprze-

dnich ilość wody (3,69) wniknęła do płuc. Chcąc uprzedzić możliwy zarzut, że zwierzęta jego jeszcze przed nastaniem końcowych oddechów wciągnęły wodę do płuc, która jednak

	Ciężar zwierząt w gr.	Płeć	Wyjęte z wody po		Ciężar płuc w gr.	Ciężar wody w płucach w gr.	Ciężar wody w płucach na 1 kg. wagi w gr.
			minutach	oddechach końcowych			
1	2047	samiec	$3^1/_4$	6	41	29	14,5
2	2020	„	$3^1/_3$	7	43	31	15,5
3	2400	samica	3	9	46	31,5	13.1
4	2565	„	2	1	24	9	3,6

uległa wchłonięciu, starał się w czterech innych doświadczeniach stwierdzić: 1) ile płynu wogóle może wnikąć do płuc, 2) ile z niego zostaje w płucach, a 3) ile z niego ulega wchłonięciu. W tym celu wykonał doświadczenia z czteroma królikami w sposób, zastosowany przez Brouardela, a także i przez nas, mimo, że, jak Margulies zaznacza, zarzut, uczyniony sposobowi Brouardela (o wyłączeniu mechanizmu połykania przez zastosowanie tracheotomii), musi także spotkać sposób doświadczeń moich i Horoszkiewicza. Doświadczenia swe wykonywał on o tyle tylko odmiennie od naszych, że zwierzęta, które kaniulą tracheotomijną łączyły się ze zbiornikiem wody, zanurzał w basenie z wodą, przyczem poziom wody w basenie równał się, nie jak u nas, poziomowi wody w zbiorniku, połączonym z kaniulą tchawiczną. W ten sposób postępując, przekonał się, że ilość wody, wchłoniętej z płuc do krwi, wynosiła 5—7,1 cm.^{3} na 1 kg. wagi zwierzęcia. Skoro zaś zwierzęta w tych doświadczeniach musiały wobec wyłączonego mechanizmu połykania wciągać do płuc więcej wody, niż gdyby były w sposób naturalny (t. j. użyty przezeń w pierwszych 4 doświadczeniach) utopione, przeto ilość zresorbowanej w płucach wody przy naturalnem utopieniu musi być jeszcze mniejszą, a ta okoliczność stanowi ostatni dowód, że płyn topielny wnika do płuc, zgodnie z twierdzeniem Hofmanna, na schyłku życia w czasie oddechów końcowych. Tyle Margulies.

Zarzuty, czynione nam i sposób dowodzenia Marguliesa wydają się bardzo słuszne, niestety jednak tylko przy pobieżnym rzucie oka i wtedy, jeźli się nie uprzytomni całego toku doświadczeń moich i Horoszkiewicza.

Przedewszystkiem bowiem uderzyć musi ustawicznie jak motyw kierowniczy w nowoczesnej muzyce przewijający się przez obie prace Marguliesa zarzut, uczyniony już dawniej Brouardelowi przez Strassmanna, obecnie zaś nam przez Marguliesa, a usprawiedliwiany przezeń utożsamianiem sposobu, użytego przy doświadczeniach przez Brouardela, ze sposobem, a raczej sposobami, użytymi przezemnie i Horoszkiewicza. To właśnie ustawiczne utożsamianie naszego postępowania z postępowaniem Brouardela dowodzi niezbicie, że albo Margulies pracy naszej w oryginale wcale nie czytał, a tylko czerpał z jakiegoś, nie zawsze pewnego referatu, lub czytał tak niedokładnie, że pisząc swe prace i czyniąc nam zarzuty, treści jej już nie pamiętał.

Doświadczenia nasze, ujęte w cztery oddzielne grupy, wykonaliśmy w różny sposób, a to dlatego, że pragnąc rozstrzygnąć sprawę czasu wnikania płynu do dróg oddechowych, sporną w myśl twierdzeń Hofmanna i Brouardela, musieliśmy z natury rzeczy przeprowadzić część doświadczeń sposobem, użytym przez Hofmanna, a część sposobem Brouardela. Pierwsza serya naszych doświadczeń objęła 12 doświadczeń, dokonanych na kotach i psach w sposób Hofmanna, t. j. przez zanurzanie tych zwierząt we wodzie tak, iż mechanizm połykowy i wogóle nawet ruchy obronne kończyn były u nich możliwe. Już choćby tylko ta pierwsza serya doświadczeń naszych zadaje kłam uporczywemu utożsamianiu przez Marguliesa naszego sposobu, użytego w doświadczeniach, ze sposobem Brouardela. Druga i czwarta serya naszych doświadczeń, ta ostatnia z wyjątkiem jednego, były wykonane w sposób, zbliżony do sposobu Brouardela, przedewszystkiem przy pomocy tracheotomii, to też tylko te dwie serye mogą być z doświadczeniami Brouardela utożsamiane.

Ponieważ wyniki badań Brouardela już Strassmannowi wydały się mało przekonywującymi, jako uzyskane u zwierząt z przeciętą tchawicą, poczem zaraz dodaje Strassmann, że już we wczesnych okresach tonięcia łyka tonący wodę, czem niejako usprawiedliwia swój zarzut poprzedni, uczyniony wynikom doświadczeń Brouardela, przy których możność łykania wody była wyłączoną, przeto podjęliśmy z Horoszkiewiczem w trzeciej seryi doświadczenia tak wykonane, że choć zwierzęta wciągały do płuc wodę z kalibrowanego zbiornika, przecież mogły dzięki osobno w tym celu sporządzonej masce wodę tę także połykać, a więc nie był u nich wyłączony mechanizm połykowy. Zatem i te doświadczenia trzeciej seryi w liczbie dwóch (na kocie i króliku) nie mogą być utożsamiane z doświadczeniami Brouardela. Wreszcie jedno doświadczenie nasze z czwartej seryi było wykonane w ten sposób, że zwierzę (kot), wrzucone bez związania do obszernego basenu, pływało całkiem swobodnie, aż znużone utonęło z końcem 14 minuty.

To ostatnie doświadczenie było zatem najwierniejszem odbiciem całkiem prawidłowego utonięcia, jak ono zwykle się wydarza. Tak więc z uwagi na tych 15 doświadczeń wykonanych w sposób, zasadniczo różny od użytego przez Brouardela i przez nas w drugiej i czwartej grupie naszych doświadczeń, muszę uznać ustawiczne utożsamianie przez Marguliesa sposobu, użytego przez nas, ze sposobem Brouardela, jako gołosłowne i z prawdą niezgodne. Margulies zdaje się czuł, że ten zarzut, nam uczyniony, nie ostoi się, skoro w swem pierwszem doniesieniu wyraża taką obawę przed polemiką!

Jakkolwiek wyniki doświadczeń moich i Horoszkiewicza, wykonanych w znacznej części sposobem, użytym przez Hofmanna, a nadto pewnej ich części, wykonanych w sposób, przez nas obmyślony (grupa III), zatem przez nikogo dotąd jeszcze nie zastosowany, przy którym mechanizm połykowy zwierzęcia nie był wyłączony, a wreszcie wynik jednego doświadczenia (grupa IV) z utopieniem zwierzęcia w sposób naturalny, odpowiadający rzeczywistości usprawiedliwiają całkowicie i dowodzą, że płyn dostaje się do dróg oddechowych tonącego jeszcze i to przeważnie w okresie duszności, przecież wykonałem obecnie jeszcze kilka doświadczeń wedle sposobu Marguliesa. Zanim jednak przedstawię ich wynik, uważam za konieczne przejść

kolejno te dowody z poprzednich doświadczeń naszych, oraz badań innych autorów, których czterema doświadczeniami, jakie podjął Margulies, nie podobna obalić, a które stwierdzają ponad wszelką wątpliwość, iż płyn wnika do dróg oddechowych tonącego przeważnie w okresie duszności.

Zdanie, że płyn wnika do płuc tonącego już we wcześnych okresach, t. j. okresie duszności, wypowiedzieli na podstawie swych badań tak poważni, a liczni badacze, jak Mayer, Eggert, Albert Wistrand (który mimo to przyznaje jeszcze możność ocalenia tonącego), Krahmer, Doehne, Bert, Falk, dalej A. Paltauf (4), uczeń i współpracownik Hofmanna, wreszcie, pomijając Brouardela i Loye, Brückner (5). Wszyscy badacze wyżej wymienieni badali przebieg tonięcia na zwierzętach, które wśród doświadczenia miały możność połykania płynu. Miarodajnem w tym względzie jest oświadczenie Paltaufa w dziewiątym jego wniosku, wysnutym z licznych doświadczeń: „Płyn wnika do płuc w drugim (okresie duszności) i trzecim okresie (oddechów końcowych) tonięcia; na to, jako też i na ilość wody, jaka wniknęła, wpływają różne czynniki“. Brückner wykonał doświadczenia swe pod okiem Strassmanna na królikach, posługując się sposobem Hofmanna, t. j. topiąc je w rozczynie żelazosinku potasu, przyczem niektórym z nich zaciskał tchawicę przed nastaniem końcowych oddechów. Wynik tych doświadczeń skłonił go do twierdzenia, że „wnikanie płynu u królików następuje w okresie duszności“, albowiem, „że wnikanie płynu nie zależy od oddechów końcowych, wynika z tych przypadków, w których oddechy końcowe wcale się nie pojawiły, a mimo to płyn dał się w płucach stwierdzić, oraz z natury tych oddechów“. Ruchy te są, jego zdaniem, częścią ogólnych drgawek mięśniowych, a zatem i drgawek mięśni oddechowych, które albo wcale nie są zdolne wciągnąć płynu do płuc, lub w bardzo małej ilości, gdyż raz drgawki te zamykają tchawicę zapomocą nagłośni, powtóre płyn, poprzednio aspirowany do płuc, obniżył już do minimum ujemne ciśnienie w płucach.

Doświadczenia nasze, objęte pierwszą grupą, wykonane w liczbie 12 na psach i kotach sposobem Hofmanna, dowiodły, że mimo szczelnego zaciśnięcia poprzednio obnażonej tchawicy tuż przed pojawieniem się oddechów końcowych, mieścił się w płucach płyn topielny w pokaźnej ilości, przyczem obecność jego objawiała się barwą błękitną, pochodzącą od zabarwienia go poprzód znaczną ilością błękitu metylenowego. Nadto dowodziło obecności znacznej ilości tego płynu w płucach zwierząt, mimo zaciśnięcia ich tchawicy przed okresem oddechów końcowych, niemal takie samo rozcieńczenie krwi ich lewego serca, jakie dawało się stwierdzić u innych zwierząt, utopionych w ten sam sposób (t. j. Hofmanna), u których jednak tchawicy nie zaciśnięto przed okresem oddechów końcowych.

Gdy bowiem u pierwszych wynosiła różnica ciśnienia osmotycznego we krwi tętniczej przed utonięciem i po niem 0·23, to u drugich wynosiła ona 0·21—0·29. Doświadczenia nasze, wykonane w sposób Hofmanna z topieniem zwierząt w zimnej, innych zaś w ciepłej wodzie, stwierdziły słuszność dawniej już przez Seydla ogłoszonego oświadczenia, że tonący w ciepłej wodzie wciąga do płuc więcej wody, niż tonący w wodzie zimnej, albowiem gdy różnica ciśnienia osmotycznego (Δ) w krwi tętniczej przed utonięciem, a po utonięciu wynosiła u utopionych w zimnej wodzie najwyżej 0·29, to tasama różnica Δ u utopionych w ciepłej wodzie wynosiła 0·39. Większe rozcieńczenie krwi lewego serca u utopionych w ciepłej wodzie wskazywało na większą ilość wchłoniętej do krwi i do płuc wody, a stwierdzono je u zwierzęcia, które wykonało tylko dwa, średnio nasilone oddechy końcowe. Ta większa ilość wody ciepłej, wciągniętej do płuc przez zwierzę, w niej utopione, tłómaczy się zdaniem Seydla i Hofmanna całkiem słusznie tem, że woda ciepła, wnikając do dróg oddechowych tonącego, mniej je drażni, niż zimna woda, tem samem tonący nie wykrztusza jej tak szybko i tak energicznie, jak wodę zimną. Jeżeli zatem ilość większa wciągniętej do płuc wody ciepłej zależy od mniejszego, przez nią wywołanego drażnienia dróg oddechowych, to okoliczność ta może tylko tak długo mieć swój wpływ, jak długo jeszcze utrzymuje się pobudliwość dróg oddechowych tonącego. Ponieważ zaś wedle zgodnych zapatrywań wszystkich badaczy, a więc także Hofmanna (6), w okresie oddechów końcowych wszelkie odruchy, a tem samem i pobudliwość dróg oddechowych są zniesione, zatem wpływ ciepłej wody nie mógłby się wówczas w żaden sposób uwidocznić. Jeżeli się on jednak, i to w sposób tak wybitny, zaznacza, to wynika stąd, że woda wnika do dróg oddechowych jeszcze wtedy, gdy one mają zachowaną pobudliwość, zatem we wcześniejszym okresie, t. j. w okresie duszności. Do tego samego wniosku wiodą wyniki doświadczeń Seydla i naszych (I grupa), dokonanych na zwierzętach, uśpionych zapomocą chloroformu przed utopieniem.

Na tem już miejscu muszę zarazem odeprzeć zarzut Marguliesa, uczyniony nam, że w doświadczeniach naszych nie zanurzaliśmy zwierząt całem ich ciałem we wodzie. Otóż, jak już poprzednio nadmieniłem, i ten zarzut polega na zupełnej chyba nieznajomości oryginału naszej pracy, albowiem I grupa doświadczeń naszych, wykonana sposobem Hofmanna, III grupa i jedno doświadczenie IV grupy wykonane były z zupełnem zanurzeniem zwierzęcia w wodzie. Wyniki tych doświadczeń co do stopnia rozcieńczenia krwi lewego serca, a więc także co do ilości wciągniętej do płuc wody, nie różniły się niczem od wyników doświadczeń naszych, objętych II i IV grupą (z wyjątkiem pierwszego doświadczenia tej grupy), przy których zwierząt nie zanurzano całem ciałem we wodzie. Stąd wynika wniosek, podniesiony już zresztą przez Brouardela, że samo zanurzenie ciała zwierzęcia wbrew twierdzeniu Marguliesa nie wpływa na stopień rozcieńczenia krwi tętniczej i na ilość wody, wciągniętej do płuc przez kaniulę tchawiczną. Wreszcie jest także i dalszy jeszcze zarzut, uczyniony nam przez Marguliesa, bezzasadnym, mianowicie zarzut, że w doświadczeniach naszych (grupie II i IV) poziom wody w zbiorniku, połączonym z tchawicą zwierzęcia, był wyższym w chwili zaczęcia doświadczenia o 25—30 cm. od poziomu tchawicy. Jeżeli bowiem w jego doświadczeniach poziom ten był równym z poziomem wody w basenie, w którym zanurzał zwierzęta, to poziom ten wody w zbiorniku musiał zaraz w pierwszej chwili, gdy zwierzę wodę wciągało do płuc, obniżyć się poniżej poziomu wody w basenie, skąd równie dobrze mogła wyniknąć omyłka w ocenie ostatecznego wyniku. Myśmy przy naszym sposobie doświadczania omyłki tej nie stwierdzili, albowiem wyniki ostateczne

tych doświadczeń (II i IV grupa), do których powyższy zarzut Marguliesa może się odnosić, były, jak już wspomniałem, zupełnie zgodne z wynikami doświadczeń naszych (I grupa i jedno doświadczenie IV grupy), których zarzut ten nie może dotyczyć.

Stopień rozcieńczenia krwi lewego serca był w jednem, na wstępie IV grupy opisanem przez nas doświadczeniu taki sam, jak w licznych doświadczeniach pierwszej grupy, t. j. różnica Δ_1 krwi tętniczej za życia, a Δ_2 krwi lewego serca zaraz po utopieniu w zimnej wodzie wynosiła w tem doświadczeniu 0·21. Skoro zatem w tem doświadczeniu, w którem zwierzę (kot), wrzucone do obszernego basenu z wodą, z początku swobodnie pływało, jako nie związane, ani ciężarami obciążone, a potem znużone utonęło z końcem 14. minuty, stopień rozcieńczenia krwi mimo tylko dwóch, i to słabych oddechów końcowych był taki sam, jak w doświadczeniach I grupy, a równał się także średniemu stopniowi rozcieńczenia krwi u zwierząt w IV grupie doświadczeń, to wynik tego doświadczenia, będącego najwierniejszem odbiciem utonięć, jakie zachodzą u ludzi, całkiem zgodny z wynikami innych wszystkich doświadczeń, dowodzi, że prawda jest po naszej stronie, t. j. że płyn wnika do płuc tonącego w okresie duszności, a nie w okresie oddechów końcowych. Wreszcie zgodnym z poprzednimi był wynik doświadczeń grupy III, w których użyte zwierzęta (kot i królik) mogły dzięki zastosowaniu umyślnie sporządzonej w tym celu maski, względnie kaniuli (w drugiem doświadczeniu), połykać wodę do żołądka wśród doświadczenia, a były one zarazem w całości zanurzone w wodzie. (C. d. n.)

Z kliniki chirurgicznej „szpitalnej“ (prof. P. I. Djakonowa) w Moskwie.

Przyczynek do techniki i kliniki ezofagoskopii.

Podał
Dr Romuald Węgłowski
docent chirurgii w Uniwersytecie moskiewskim.

(Ciąg dalszy.)

Powracając do trudności i przeszkód podczas ezofagoskopii, muszę zaznaczyć, iż w niektórych przypadkach pomimo wszelkich usiłowań rura ezofagoskopu nie daje się wprowadzić. Przeważnie spostrzegamy to u ludzi o krótkiej i grubej szyi, o długich i dobrze zachowanych zębach, dalej, u ludzi z małą ruchomością kręgosłupa, z gruźlicą tegoż itd., — wogóle zaś w tych przypadkach, gdy wyprostowanie jamy ustnej, gardła i przełyku w jedną linię jest fizycznie niemożliwe.

Liczba niepomyślnych prób ezofagoskopowania nie przewyższa 3—5%. Mnie osobiście nie powiodła się ezofagoskopia nie wyżej nad 10—12 razy.

Należy też zaznaczyć, iż dość często wprowadzenie rury nie udaje się tylko podczas pierwszej ezofagoskopii, a udaje się łatwo przy powtórnem badaniu.

Co się tyczy możliwych powikłań i niebezpieczeństw podczas, — oraz po ezofagoskopii, to śmiało mogę utrzymywać, iż ostrożne i rozważne wprowadzenie ezofagoskopu wyłącza wszelkie niebezpieczeństwo. Bezwarunkowo — nierozwaga, pośpiech, jak również forsowne wprowadzanie rury mogą bardzo zaszkodzić choremu.

W roku 1904 spostrzegałem w klinice nader ciekawe i rzadkie powikłanie, które nastąpiło bezpośrednio po ezofagoskopii, a raczej po wycięciu cząstki nowotworu przełyku do drobnowidowego badania. Była to chora 57-letnia, dotknięta daleko posuniętym rakiem w szyjnej części przełyku. Nowotwór usadowił się na tylnej ścianie przełyku i zajął także tylną ścianę krtani. Przy powtórnem badaniu lekarz odciął cząstkę nowotworu na granicy prawidłowej błony śluzowej. W godzinę później zauważono niewielkie obrzmienie z lewej strony szyi, a po upływie 12 godzin cała szyja, pierś i twarz były już zajęte przez odmę podskórną (fig. 4). Na trzeci dzień

Fig. 4.



chora zmarła. Przy sekcyi znaleźliśmy naciek ropny śródpiersia, ropnie w tkance łącznej szyi i twarzy i owrzodzenie błony śluzowej krtani powyżej nowotworu.

Co do wskazań i przeciwwskazań do badania ezofagoskopem, to mojem zdaniem, wszelkie choroby i cierpienia przełyku wymagają tego badania, ponieważ jest ono najskuteczniejszem i najbardziej przedmiotowem. Bezwzględnych przeciwwskazań dla ezofagoskopii wogóle niema i użyć jej można we wszelkich przypadkach, z wyjątkiem, być może, osób bardzo osłabionych i umierających. Choroby serca i tętniaki tętnicy głównej nie są mojem zdaniem bynajmniej przeszkodą dla ezofagoskopowania. Z własnego doświadczenia mogę oświadczyć, iż chorzy na te cierpienia poddają się badaniu często łatwiej, niż inni. Nie trzeba oczywiście zbytnio nadużywać swobody działań, a rozwaga i ostrożność nie zawadzi nigdy, — szczególnie zaś u chorych na serce.

Przełyk prawidłowy.

Obrazy światła przełyku można w żyjącym ustroju oglądać tylko zapomocą ezofagoskopu. Spostrzeżenia anatomiczne, chociażby i najnowsze, odnoszą się tylko do zwłok i nic nie mówią o stanie przełyku u ludzi żywych.

Kształt światła przełyku wielce zależy od stanu części otaczających i dlatego, jak zobaczymy niżej, kształty światła szyjnej części przełyku znacznie się różnią od kształtów części piersiowej.

Jeżeli zatrzymać rurę ezofagoskopu w samym początku gardła, to w otworze ezofagoskopu widać okolicę nadkrtaniową i wejście do krtani: na przodzie widzimy (fig. 1 tab. I), białawą, blado-różową, miękką nagłośnię, zakrywającą w postaci klapy wejście do krtani. Samego otworu wejścia do krtani wogóle nie widać; by go zobaczyć, trzeba

dolnym końcem rury ezofagoskopu odciągnąć nagłośnię ku przodowi i dopiero wtedy zobaczymy wejście do krtani.

Posuwając rurę ezofagoskopu coraz głębiej wzdłuż linii przełyku, zatrzymujemy się w okolicy dolnego zwieracza gardła i napotykamy tu wyraźne zamknięcie w kształcie rozetki lub gwiazdki, utworzonej z fałdów błony śluzowej przełyku.

Szyjna część przełyku ciągnie się od 15—16 ctm. do 20—22 ctm. od linii zębów. Część ta wogóle przez otwór ezofagoskopu na całej swej przestrzeni wygląda mniej więcej jednostajnie. Gdy przełyk znajduje się w spokoju, to wtedy wskutek parcia skurczonych mięśni szyjnych, a także parcia atmosfery, przybiera postać spłaszczoną z przodu w tył; światło przełyku ma postać nieprawidłowej, więcej poprzecznej, rozgałęzionej linii, lub nieprawidłowej gwiazdeczki (tabl. I, fig. 2).

Podczas przesuwania trąbki głębiej, niż 19—20 ctm., można pochwycić taką chwilę, gdy światło przełyku z podłużnej szpary nagle się zmienia i staje się otwarte, jak w rurach. Miejsce to stanowi granicę części przełyku szyjnej i piersiowej.

Piersiowa część przełyku znajduje się pomiędzy 20 a 40 ctm. od linii zębów. Światło tej części przełyku w spokoju jest u człowieka prawidłowego otwarte, wobec czego przełyk przybiera postać walcowatej, lekko pochylonej rurki. Niezapadanie się światła przełyku zależy tu od ujemnego ciśnienia powietrza. Ściany przełyku łączy w klatce piersiowej tkanka łączna z opłucną, płucami, wielkiemi naczyniami itd. Ujemne ciśnienie powietrza w klatce piersiowej, wzmagające się przy każdym wdechu, wywiera wpływ i na ściany przełyku. W świetle przełyku znajduje się pewna ilość powietrza, posiadająca prawidłowe atmosferyczne ciśnienie, łatwo więc zrozumieć, iż to powietrze dzięki wyżej wymienionym warunkom samo przez się rozszerzy światło przełyku i przeszkodzi jego zapadnięciu się.

Obrazy ezofagoskopowe piersiowej części przełyku są także jednostajne i bardzo przypominają wnętrze prostej rury: gdy patrzymy do takiej rury, to zdaje się nam, że ściany rury im dalej, tem więcej się schodzą, a światło stopniowo niby się zwęża.

Na początku górnej części piersiowej przełyku światło ma postać rury, zachylającej się lejkowato ku przodowi, co się tłómaczy wygięciem przełyku, omijającego w tem miejscu tętnicę główną. Zaznaczyć też trzeba, iż w tem miejscu na przednią ścianę przełyku lekko uciska tchawica, dzieląca się na oba oskrzela (tabl. I, fig. 3).

Posuwając się głębiej, stwierdzamy, iż światło przełyku nieznacznie się rozszerza i niby się zachyla na lewo i w tył. Na całej przestrzeni piersiowej części przełyku nie widać wcale podłużnych fałdów błony śluzowej, o których piszą w podręcznikach anatomii. Owszem często bardzo dostrzegamy pewną skłonność do tworzenia się fałdów poprzecznych, falistych, okalających przełyk na kształt pierścieni (tabl. I, fig. 4).

Czasami przy nieco rozszerzonym przełyku i silnym wdechu można zobaczyć odrazu całą część piersiową przełyku (od 20 do 40 ctm. odległości od zębów).

Dolna część przełyku, w miejscu, gdzie on przechodzi przez przeponę, ma dwojaki obraz ezofagoskopowy: najczęściej światło przełyku w tem miejscu ma postać szpary, skierowanej skośnie od tyłu ku przodowi (tabl. I, fig. 5); w innych razach napotykamy w tem miejscu rozetkę lub gwiazdkę z fałdów błony śluzowej przełyku (tabl. I, fig. 6). Wogóle zaś przełyk w tem miejscu zamyka się dość szczelnie i dostać się do żołądka można tylko, nieco naciskając rurę ezofagoskopu.

Oglądać przełyk można daleko łatwiej od dołu ku górze, niż z góry na dół, jak to wyżej opisaliśmy.

Błona śluzowa przełyku ma barwę blado-różową, i na całej przestrzeni jest gładka i nieco wilgotna.

Podczas ezofagoskopowania dostrzega się u ludzi zdrowych zawsze różnego rodzaju ruchy ścian przełyku.

Ruch oddechowy można spostrzegać tylko w części piersiowej; polega on na stopniowem zwężaniu i rozszerzaniu się światła przełyku przy wdechu i wydechu. Podczas wdechu ciśnienie ujemne w klatce piersiowej wzmaga się i światło przełyku rozszerza się, podczas wydechu zaś odwrotnie.

Ruchy ścian przełyku, współczesne z tętnem, spostrzegamy również tylko w części piersiowej przełyku; polegają one na blizkiem sąsiedztwie z sercem i tętnicą główną.

Wreszcie mają ściany przełyku i swoje właściwe ruchy robaczkowe; można je czasami widzieć przez ezofagoskop, ale tylko wtedy, gdy chory usiłuje połykać.

Dość wielu autorów nie zgadza się z sobą w opisie ezofagoskopowych obrazów prawidłowego światła przełyku, szczególnie zaś w opisie części piersiowej. Trzeba zaznaczyć jednakże, że ta różnica zależy wyłącznie od tego lub owego położenia chorego, lub od kierunku rury ezofagoskopu, a wcale nie od różnorodności stanu światła przełyku.

Uszkodzenia przełyku.

Uszkodzenia przełyku dzielą się na 3 rodzaje: 1) uszkodzenia termiczne, 2) uszkodzenia chemiczne i 3) uszkodzenia mechaniczne.

Uszkodzenia termiczne spotyka się stosunkowo rzadko; zależą one głównie od połykania gorących pokarmów, n. p. herbaty i t. p.

Podczas ezofagoskopowania spostrzegałem zwykle albo tylko przekrwienie błony śluzowej, albo, znacznie rzadziej, powstawanie pęcherzy. Lecz pęcherze te nie wyglądały nigdy tak, jak zwyczajne pęcherze, tworzące się na skórze przy oparzeniach: były to białawe, zmarszczone skrawki odłuszczonego nabłonka, zwisające ze ściany przełyku.

Znacznie częściej spotykamy uszkodzenia chemiczne, powstające wskutek oparzenia przełyku płynami żrącymi, połkniętymi przez nieostrożność lub w celach samobójczych. Zaraz po połknięciu takich płynów powierzchowne, a czasem i głębsze warstwy przełyku ulegają zgorzeli, lecz największej zmianie ulegają zwykle tylko niektóre mniej więcej ściśle określone części przełyku, a mianowicie część, leżąca tuż nad wpustem, dalej okolica podziału tchawicy i nareszcie szyjna część przełyku, w okolicy zwieracza; inne zaś części przełyku znacznie mniej ulegają zmianom.

Badać ezofagoskopem przełyk bezpośrednio po uszkodzeniu nie udawało się ani mnie, ani innym autorom. Nie powinno to być nawet dozwolone, ponieważ łatwo można pogorszyć stan uszkodzenia.

Po upływie 3—4 tygodni po uszkodzeniu ezofagoskopowałem 4 chorych. W tych przypadkach przełyk w róż-

nych miejscach był pozbawiony błony śluzowej i pokryty ziarniną. W jednym przypadku widziałem przez ezofagoskop dolną część przełyku, pozbawioną na przestrzeni 6—7 ctm. błony śluzowej: przełyk przedstawiał tutaj obraz nieruchomej prostopadłej rury, pokrytej na całej przestrzeni ziarniną.

Nadzwyczaj ciekawy objaw napotkałem u pewnej młodej kobiety po upływie $4^1/_2$ miesięcy po oparzeniu przełyku amoniakiem. Cała część szyjna przełyku pokryta była ziarniną; przeciwległe ściany zrosły się w środku z sobą, pozostawiając z brzegów dwa wąziutkie przejścia, przez które z wielką trudnością udało się przeprowadzić cienki zgłębnik.

Mechaniczne uszkodzenia wskutek zewnętrznego zranienia szyi lub klatki piersiowej zdarzają się bardzo rzadko i zapomocą ezofagoskopu nikt ich dotąd nie badał.

W dwóch przypadkach miałem sposobność oglądać przełyk po dokonanej przedtem ezofagotomii, lecz ezofagoskopia nie dała tutaj żadnych uwagi godnych wyników; stwierdziłem tylko nierówności zszytych brzegów błony śluzowej.

Stosunkowo częściej spotykamy zranienia przełyku od wnętrza różnemi ciałami obcemi. Czasami połknięte ostrokątne ciało obce prześliźnie się przez przełyk bez szkody, lecz daleko częściej nadweręża i rani w tem lub owem miejscu ścianę przełyku. Tym zranieniom ulega przeważnie tylna ściana przełyku, co łatwo się tłómaczy większą jej, niż przedniej ściany nieruchomością.

Tępe ciała obce same przez się bezpośrednio nie uszkadzają przełyku, lecz mogą się przyczynić do częściowej zgorzeli przez długotrwały ucisk, jaki wywierają na ściany przełyku, a również przez częste i forsowne próby zepchnięcia ciała obcego głębiej. Opisano jednak przypadki, w których tak wielkie ciała obce, jak szczęki sztuczne, monety i t. p. tkwiły w świetle przełyku bez szkody w ciągu całych tygodni, miesięcy i nawet lat.

Uszkodzenia przełyku, sprawione przez ciała obce, wywołują zwykle ból i utrudnienie połykania, pod wpływem czego chory ma wrażenie, iż w jego przełyku ciągle jeszcze tkwi ciało obce. Spostrzegałem takich 16 przypadków. Chorych takich badam przedewszystkiem ostrożnie zgłębnikiem i jeżeli nie napotkam nic takiego, coby nakazywało przypuszczać, że ciało obce jeszcze tkwi, wówczas wprowadzam długą (46 ctm.) rurę ezofagoskopu aż do wpustu i rozpoczynam badanie od dołu do góry: uszkodzone miejsce odrazu można dostrzedz dzięki wyraźnemu miejscowemu przekrwieniu.

Zranienia dolnej części przełyku spostrzegałem tylko w 3 przypadkach; w innych zaś uszkodzenia znajdowały się w szyjnej, lub w początku piersiowej części przełyku.

Z 16 spostrzeganych przypadków tylko w dwóch napotkałem zranienia przedniej ściany przełyku, w 14 zaś zranioną była tylna ściana.

Ciała obce w przełyku.

W żadnem innem cierpieniu przełyku ezofagoskopia nie przynosi tak ogromnej i doraźnej korzyści, jak przy usuwaniu ciał obcych. Sprawa wydobywania ich z przełyku zajmowała lekarzy nieledwie od samych początków medycyny. Nie mało było dowcipnych wynalazków i narzędzi, lecz żadne z nich nie może być uważanem za doskonałe.

Zdawało się, że po wynalezieniu ezofagoskopu lekarze niechybnie zaniechają wszystkich dawnych, ślepych i niebezpiecznych sposobów i usuwać będą ciała obce zawsze pod nadzorem oka. Niestety, w przeciągu 20 z górą lat nie zyskała ezofagoskopia w sprawie usuwania ciał obcych należytego uznania i nawet najnowsze i najobszerniejsze podręczniki chirurgii (Delbet i Dentu, Duplay i Reclus, Bergmann-Bruns i Mikulicz i t. d.) wcale nie wspominają o ezofagoskopii, lub wspominają o niej krótko i pobieżnie. Naprzykład w podręczniku Bergmanna-Brunsa i Mikulicza w rozdziale, poświęconym usuwaniu ciał obcych, Hacker tylko mimochodem mówi o ezofagoskopii, natomiast poświęca dużo miejsca opisowi różnych dawnych, niedoskonałych sposobów. A jednak tenże sam Hacker bez porównania więcej, niż inni chirurdzy, zajmował się sprawą usuwania obcych ciał właśnie zapomocą ezofagoskopu. Nie użył on też w przeciągu 14 lat ani razu żadnego z owych sposobów, które sam opisuje, lecz wyłącznie posługiwał się ezofagoskopem, zapomocą którego usunął obce ciała w 27 przypadkach.

Oprócz Hackera sprawą usuwania ciał obcych z przełyku zapomocą ezofagoskopu zajmowali się Störk, Kirstein, Ebstein, Pieniążek, Nowotny, Starck, Reizenstein i inni.

Gottstein w obszernej swej pracy o ezofagoskopii zapatruje się bardzo pesymistycznie na usuwanie ciał obcych zapomocą ezofagoskopu. Zdaniem jego w większości przypadków niezbędnie wskazana jest ezofagotomia. Lecz pesymizm Gottsteina jest według mnie wprost przypadkowym, gdyż opiera się tylko na tem, że z 7 przypadków, przez niego opisanych, tylko w jednym udało mu się usunąć ciało obce. W takich warunkach trudno oczekiwać uznania dla ezofagoskopii.

Co do pytania, kiedy właściwie należy stosować ezofagoskopię, a kiedy — ezofagotomię, to wielu autorów starało się podać pewne ściśle określone wskazania. Ezofagotomii należy, ich zdaniem, użyć w tych przypadkach, gdy do przełyku dostaną się ostre przedmioty (noże, igły i t. d.), których usuwanie przez ezofagoskop może zranić ścianę przełyku. Z tem zapatrywaniem nie mogę się zgodzić i sądzę, że wszelkie obce ciała, ostre, czy tępe, duże czy małe, należy usuwać tylko zapomocą ezofagoskopu. W większości bowiem przypadków, jak to wskazują spostrzeżenia, nawet znaczne zranienia przełyku przy usuwaniu ciał obcych łatwo i prędko goją się, czego nie mogę powiedzieć o ezofagotomii na szyi, a tem mniej — o ezofagotomii przez klatkę piersiową. Ezofagotomia, mojem zdaniem, niezbędną jest tylko przy wytworzeniu się ropni obok przełyku.

Przypuszczając obecność ciała obcego w przełyku, staram się przed ezofagoskopią przekonać się, czy rzeczywiście ciało obce utkwiło w przełyku i w jakiem oddaleniu od zębów. W tym celu używam dwóch sposobów: badania promieniami Röntgena i badania przełyku zgłębnikiem.

Badanie promieniami Röntgena daje pomyślne wyniki tylko wtedy, gdy ciało obce wskutek swej gęstości i objętości pochłania tyle X-promieni, że w obrazie rentgenowskim powstają wyraźnie określone cienie. Takie cienie dają tylko twarde ciała, jak monety, guziki metalowe i t. p. Sztuczne szczęki i małe odłamki kości często nie dają wcale cienia.

Zgłębnikiem badam we wszystkich przypadkach ciał

obcych. Nie używam zgłębnika tylko wtedy, gdy położenie obcego ciała daje się zupełnie ściśle określić za pomocą promieni Röntgena. Użycia zgłębnika nie uważam jednak wcale za środek leczniczy i nigdy nie staram się przepchnąć ciała obcego do żołądka. Używam zgłębnika wyłącznie dla stwierdzenia obecności ciała obcego i określenia jego położenia. Badanie zgłębnikiem staram się wykonać jak najostrożniej i używam w tym celu lekkich, elastycznych zgłębników z metalowem zakończeniem. Każda przeszkoda, najmniejszy dźwięk od uderzenia o ciało obce udziela się natychmiast ręce operatora. Należy jednak wspomnieć, że czasami badanie zgłębnikiem nie wykrywa wcale ciała obcego, chociaż ono tkwi w przełyku. Miałem takie 2 przypadki; w jednym żelazną igłę, a w drugim ość ryby znalazłem tylko przypadkowo podczas ezofagoskopowania.

Określiwszy jednym czy drugim sposobem położenie ciała obcego, przystępuję do ezofagoskopii; długość rury ezofagoskopu powinna być dobraną do odległości obcego ciała od zębów.

Znieczulenie przełyku kokainą należy wykonać bardzo starannie, zwracając szczególną uwagę na okolicę dolnego zwieracza gardła. Dzieci i osoby bardzo nerwowe chloroformuję.

Doświadczenie poucza, że zależnie od rozmaitej wielkości swej i kształtu ciała obce zatrzymują się w przełyku w sposób rozmaity; stosownie do tego i sposoby usuwania ich zapomocą ezofagoskopu bywają różne.

Obce ciała większych rozmiarów (monety, szczęki sztuczne etc.) zwykle zatrzymują się w okolicy podziału tchawicy, czyli w odległości 20—25 ctm. od zębów. Ciała te tkwią w przełyku zawsze w położeniu poprzecznem tak, że jedna ich powierzchnia zwrócona jest naprzód, a druga w tył.

Rurę ezofagoskopu należy ustawić, nie dosunąwszy jej na 1—2 ctm. do ciała obcego i wyjąwszy obturator, posuwać ją stopniowo głębiej w ten sposób, by róg ciała obcego zajął położenie poprzeczne względem dolnego otworu rury. Następnie wprowadza się szczypczyki, kierując je w ten sposób, aby jedna z łyżeczek dotknęła się przedniej powierzchni ciała obcego, druga zaś — tylnej. Mocno chwyciwszy ciało obce, posuwa się je ku otworowi rury i jeżeli jest większe, niż ten otwór, to wyciąga się je na zewnątrz razem z rurą ezofagoskopu.

Mniejsze ciała obce tkwią zwykle w tylnej ścianie przełyku. Określiwszy położenie ciała obcego zgłębnikiem, używam rury odpowiedniej długości i postępuję dalej tak, jak z ciałami wielkiemi Jeżeli zaś badanie zgłębnikiem nie daje żadnych wyników, wówczas używam najdłuższej rury, dosuwając ją do wpustu żołądka i następnie oglądam przełyk stopniowo z dołu do góry. Zwykle w miejscu, gdzie utkwiło ciało obce, można spostrzedz przekrwienie błony śluzowej przełyku i to właśnie służy za najlepszą wskazówkę.

W przeciągu ostatnich $3^1/_2$ lat usunąłem ciała obce z przełyku zapomocą ezofagoskopu w 23 przypadkach. We wszystkich tych przypadkach używałem wyłącznie tylko ezofagoskopu; żaden z tych chorych nie umarł, chociaż stan niektórych był bardzo ciężki.

Z przełyku p r a w i d ł o w e g o usunąłem 16 ciał obcych: w 4 przypadkach usunąłem monety; w 3 kawałki kości; w 5 ości ryb; w 2 — igły i nareszcie w 2 — kawałki szkła i porcelany.

Monety usunąłem we wszystkich 4 przypadkach u dzieci, nie liczących nad 4 lata; we wszystkich tych przypadkach monety zatrzymały się w jednem i tem samem miejscu, mianowicie w okolicy podziału tchawicy (tabl. I, fig. 7). Położenie monet we wszystkich przypadkach określono ściśle zapomocą promieni Röntgena. Ponieważ chodziło o dzieci, więc we wszystkich tych przypadkach użyłem chloroformu. Samo usunięcie monet nie napotkało na żadne trudności.

Kości usunąłem z przełyku 3 razy. W pierwszym przypadku kość miała kształt zaostrzonego klina, długości 1,5 ctm., który wbił się w tylną ścianę przełyku w okolicy podziału tchawicy (tabl. I, fig. 8). W tym przypadku kilkakrotne badanie zgłębnikiem nic nie wykryło i dopiero podczas ezofagoskopowania kość znaleziono i usunięto. W drugim przypadku niewielką kość, długości 2 ctm., również znaleziono w okolicy podziału tchawicy. Bardzo ciekawy był trzeci przypadek Tu, w odległości 27 ctm. od zębów, znaleziono dużą, (4×3,5 ctm.) kość trójkątną, której ostre brzegi wbiły się w ścianę przełyku. Kość ta tkwiła w przełyku przez 4—5 dni i cały szereg lekarzy usiłował zepchnąć ją do żołądka. Skutek tych usiłowań był taki, że kość jeszcze głębiej wbijała się w ścianę przełyku. Do tego następnie dołączyły się obrzmienie i naciek błony śluzowej przełyku i t. d. Obrzmienie błony śluzowej zupełnie zasłaniało sobą przy ezofagoskopii ciało obce i wypadło dołożyć nie mało starań, by to ciało odszukać. Gdy wreszcie ciało obce już nastawiono w środku otworu ezofagoskopu, okazało się, że w żaden sposób nie można go było ruszyć z miejsca. Dopiero po godzinie daremnych usiłowań ujęto kość mocnemi szczypcami i z niemałą trudnością wyciągnięto na zewnątrz. Mimo znacznych uszkodzeń przełyku chora już po 3 dniach opuściła szpital w dobrym stanie zdrowia.

Ości ryb usunąłem w 5 przypadkach: w 2 utkwiły one w szyjnej części przełyku, w 2 — w okolicy podziału tchawicy i w jednym — w odległości 33 ctm. od zębów. W jednym z tych przypadków, bardzo zastarzałym, wypadło pokonać niemało trudności. Chory połknął ość z głowy jesiotra i w ciągu dni czterech udawał się do różnych szpitali, gdzie mu wprowadzano do przełyku zgłębnik i upewniano, że ość została zepchniętą do żołądka. Objawy choroby jednakże coraz to więcej się wzmagały: ciepłota ciała podniosła się do 39°; co więcej, powstało obrzmienie na szyi i t. d. Przy ezofagoskopii stwierdziłem ropne zapalenie ścian przełyku; ość wbita była w przednią ścianę w odległości 22 ctm. od zębów, a mierzyła 3×2 ctm.; usunąłem ją jednocześnie z rurą ezofagoskopu. Po 6 dniach wyzdrowienie zupełne.

Igły usunąłem w 2 przypadkach: w jednym igła znajdowała się w szyjnej części przełyku, w drugim zaś nieco niżej, w okolicy podziału tchawicy. W tym drugim przypadku chora nic nie wiedziała o igle, ponieważ połknęła ją niepostrzeżenie, jak się zdaje z chlebem.

Wreszcie w dwóch przypadkach usunąłem kawałki porcelany. Ponieważ szczypczyki ciągle ześlizgiwały się z porcelany i nie mogły jej uchwycić, więc wydobyłem kawałki te zapomocą długiej łyżeczki.

Przy b l i z n o w a t e m z w ę ż e n i u przełyku w jednym

przypadku udławił się chory skórką z chleba, w drugim zaś kawałkiem mięsa. W obydwóch — ciała obce usunąłem częściami.

Przy zwężeniu rakowem przełyku zdarza się najczęściej, jako pierwszy objaw choroby, że niespodzianie zatrzymują się ciała obce. Takich przypadków miałem 5; w 3 usunąłem duże kawałki mięsa, w jednym — kapustę i w jednym — kawałek chleba. Usuwanie obcych ciał w takich przypadkach nie sprawia większych trudności. Zwykle te ciała obce usuwa się częściami zapomocą szczypczyków, lub łyżeczki.

Choroby zapalne przełyku.

Dzielą się one zwykle na ostre i przewlekłe. Samorodne ostre zapalenie spotykamy bardzo rzadko. Przy chorobach zakaźnych uczestniczy czasem i przełyk, lecz objawy chorobowe są tak nieznaczne w stosunku do objawów głównej choroby, że nie nadają się do badania ezofagoskopem. Znacznie częściej spotykamy zapalenia po wszelkiego rodzaju uszkodzeniach przełyku.

Dzięki ezofagoskopii miałem sposobność spostrzegać różne stopnie zapalenia ścian przełyku, począwszy od przekrwienia i obrzmienia błony śluzowej, a kończąc na zropieniu znacznej części przełyku.

Lekki stan zapalny wywołuje natychmiast przekrwienie, któremu następnie towarzyszy obrzmienie i nacieczenie tkanki podśluzowej. Te zmiany zwężają światło przełyku co najwyraźniej widać w części piersiowej. Wnioski z badania ezofagoskopem bywają w tych przypadkach dość niedokładne, ponieważ rurę ezofagoskopu trzeba zatrzymać nieco wyżej, nie dosięgając miejsc z największemi zmianami zapalnemi.

Przy leczeniu stanów zapalnych przełyku zalecam zwykle spokój, okłady, a jako pożywienie — wyłącznie płyny. Gdy zaś zapalenie powiększa się i dołącza się ropienie w tkance łącznej okołoprzełykowej, wtedy robię ezofagotomię, lecząc sprawę zapalną, jak zwyczajną ropowicę. Miałem 2 takie przypadki. W jednym z nich 22-l. student miał ropowicę okołoprzełykowej tkanki łącznej na szyi, wywołaną prawdopodobnie zranieniem przełyku ością ryby. Podczas operacyi znalazłem zropienie okołoprzełykowej tkanki łącznej i lewej ściany przełyku. Chory wyzdrowiał W drugim przypadku zapalenie okołoprzełykowej tkanki łącznej rozwinęło się u chorego 50-letniego z przyczyny nieznanej. Ezofagotomia wykryła ogromny ropień, otaczający część piersiową i szyjną przełyku.

Przewlekły nieżyt przełyku według mego doświadczenia, a wbrew zdaniu Gottsteina, zdarza się dość często. Przeważnie spotykałem to cierpienie u pijaków, oraz u chorych na żołądek, miewających wymioty, lub kwaśne odbijania, dalej — u cierpiących na skurcz wpustu żołądka, a również u chorych na raka przełyku.

Przewlekły nieżyt przełyku *(oesophagitis chronica)* dzielą zwykle na dwa okresy. W pierwszym stan zapalny zajmuje tylko błonę śluzową przełyku, która przybiera wtedy barwę ciemnawą. Okres ten nosi nazwę nieżytu „suchego“, ponieważ błona śluzowa nie wydziela znaczniejszej ilości śluzu. W drugim okresie szerzy się sprawa zapalna na głębsze warstwy przełyku. Barwa błony śluzowej jest niejednostajna i stopniowo zmienia się z czerwonawo-burej na szarawą. Ilość śluzu bardzo znaczna. Wobec tego, iż zapalenie szerzy się na mięśnie przełykowe, powstaje łatwo niedowład i często zdarza się rozszerzenie przełyku, szczególnie w części piersiowej. W przypadkach nieżytu przewlekłego, szczególnie zaś przy rozszerzeniu przełyku, należy zwrócić uwagę na pewien szczegół, który można widzieć tylko zapomocą ezofagoskopii: oto błona śluzowa układa się w wyraźne poprzeczne fałdy, na kształt kółek współśrodkowych (tab. I, fig. 9 i 10), co zależy od przewlekłego nacieku i obrzmienia błony śluzowej.

Gruźlicę przełyku spostrzegano bardzo rzadko i wyłącznie prawie tylko przy sekcyach. Dotąd nie ma jeszcze szczegółowego opisu ezofagoskopowych obrazów tego cierpienia.

Badałem zapomocą ezofagoskopu 2 przypadki gruźlicy. W pierwszym przypadku, u 25-letniego mężczyzny, cierpiącego na gruźlicę płuc i krtani, znalazłem wrzody gruźlicze na błonie śluzowej ust, gardła, a również części szyjnej i piersiowej przełyku. Owrzodzenia te były powodem wielkich bólów przy połykaniu. Wrzody były niewielkich rozmiarów i mierzyły w średnicy od 1 do 2 ctm.; brzegi ich podryte, miały kolor ciemno-siny; dno — brudno-szarawe, pokryte bladą i wątłą ziarniną. W drugim przypadku 48-l. chory miał również gruźlicę płuc i krtani. W odległości 32 ctm. od zębów znalazłem u niego na tylnej ścianie przełyku podłużne owrzodzenie, wielkości 2×0,5 ctm., podobne do opisanego wyżej. W obydwu przypadkach stwierdzono gruźlicę zapomocą badania drobnowidowego skrawków, wyciętych z brzegów wrzodu.

Przymiot przełyku jest również rzadki i zdarza się przeważnie w ostatnim trzeciorzędnym okresie choroby; bądź w postaci kilaków, lub wrzodów kiłowych, bądź w postaci zwężeń bliznowatych.

Kilaki i wrzody kiłowe sadowią się zwykle w górnej części przełyku. Wrzody te nie są duże, lecz głębokie, mają grube brzegi i żółtawe dno. Wrzód taki widziałem u jednego chorego na tylnej ścianie przełyku w odległości 37 ctm. od zębów. Chory ten chorował na przymiot, lecz nie leczył się wcale. Badanie drobnowidowe skrawka, wyciętego z brzegów wrzodu, nie wykryło nic znamiennego. Prócz tego chory ten miał rozszerzenie i przewlekły nieżyt przełyku (tabl. I fig. 10) wskutek przewlekłego kurczu wpustu. Po energicznem leczeniu jodkiem potasu przez 2 tygodnie chory wyzdrowiał.

Prócz tego spostrzegałem jeszcze jeden ciekawy i rzadki przypadek. Był to chory, u którego na tle przymiotowem powstały zmiany bliznowate całego niemal przełyku. W młodości przechodził on przymiot, lecz nie leczył się wcale. Do mnie zwrócił się z powodu utrudnionego od 3—4 lat połykania. Podczas ezofagoskopii znalazłem bliznowate zwężenie przełyku w odległości 21 ctm. od zębów. Po upływie 3 tygodni, dzięki usilnemu rozszerzaniu zdołałem wprowadzić cienką (Rosenheima) rurę ezofagoskopu aż do żołądka. Przy badaniu stwierdziłem wtedy, że cała piersiowa część przełyku pokryta jest białawemi drobnemi bliznami. Nadomiar miał chory jeszcze i raka żołądka w okolicy wpustu. Chory ten wkrótce zmarł, a na sekcyi okazało się, iż błona śluzowa i tkanka podśluzowa całego przełyku usiana jest drobnemi bliznami, pozostałemi widocznie po drobnych kilakach.

Promienicę przełyku, o ile mi wiadomo, zbadał zapomocą ezofagoskopu i opisał tylko Gottstein. Opisane obrazy ezofagoskopowe są bardzo niejasne i nie typowe. Sam Gottstein po kilkakrotnem badaniu rozpoznał promienicę tylko dzięki drobnowidowemu badaniu wyciętego skrawka.

(Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

Dr Alfred Wolff-Eisner. **Das Heufieber, sein Wesen und seine Behandlung.** (Nieżyt sienny, jego istota i leczenie). Str. 139 + VIII. 10 rycin, 2 tablice. Monachium 1906. J. F. Lehmana. Cena 3 m. 60 fen.

Książka, której treścią chcę się podzielić z czytelnikami »Przeglądu«, daje wcale dokładny obraz nieżytu siennego (*catarrhus aestivus*), choroby, rozpowszechnionej w Ameryce, do pewnego stopnia w W. Brytanii i we Francyi, rzadziej w Niemczech, a bardzo nieczęstej na ziemiach polskich. Nie dziw wobec tego, że piśmiennictwo nasze nie zajmuje się tak wiele sprawą, która dla nas nie ma dotychczas większego praktycznego znaczenia. W najnowszym podręczniku chorób wewnętrznych, wydanym przez W. Jaworskiego, znajdujemy o nieżycie siennym tylko luźne wzmianki; nieco dokładniej omawia go A. Sokołowski w obszernem dziele »O chorobach narządu oddechowego«. Dlatego uzasadnionem wydaje się streszczenie dziełka Wolff-Eisnera. Cały materyał pomieścił autor w 7 rozdziałach. Po wstępie historycznym, któremu poświęcono rozdział I, przechodzi w rozdz. II cały szereg teoryi o powstawaniu nieżytu siennego, przyczem przychyla się do zapatrywania, najbardziej dziś rozpowszechnionego, według którego choroba ma zależeć od toksycznego działania związków rozpuszczalnych, zawartych w pyłku kwiatów rozmaitych roślin, zwłaszcza żyta, pszenicy, kukurudzy i t. d.

W rozdziale III, najobszerniejszym, omawia autor chorobę ze stanowiska klinicznego. A więc najpierw opisuje typowe jej objawy, postacie, przebieg, czas trwania, znaczenie rasy, płci, wieku; zastanawia się nad związkiem między nieżytem siennym a innemi chorobami, jak grypa, dna, nerwice ogólne. Wreszcie porusza sprawę rozpoznania różniczkowego. Do tego rozdziału dołączono dwie tablice, zawierające 71 spostrzeżeń omawianej choroby.

Bardzo szczegółowy rozbiór zasad i sposobów leczenia zawiera rozdział IV. Najdokładniej zastanawia się w nim autor nad działaniem swoistych surowic: pollantyny Dunkana i graminolu Weichardta, przeplatając sprawozdania kliniczne szeregiem uwag, opartych na badaniach doświadczalnych. Niemniej obszernie mówi i o znaczeniu klimatoterapii. Nie pomija także i innych sposobów leczenia, wśród nich leczenia miejscowego.

Ustęp V poświęcił autor roztrząsaniom teoretycznym o skłonności do nabycia choroby; w rozdziale VI wspomina o związku osób, zapadających na nieżyt sienny (*Heufieberbund*). W ostatnim, VII, rozdziale omawia nieżyt ze stanowiska społecznego.

Praca Wolff-Eisnera należy do tego typu publikacyi, spotykanych nierzadko w piśmiennictwie niemieckiem, które mają za cel w dokładnem przedstawieniu historycznego rozwoju wiadomości o chorobie mniej jeszcze, a przynajmniej nie tak ogólnie znanej, sumienne zebranie wszelkich wiadomości o niej i rozstrząśnienie różnorodnych zapatrywań, mających tak kliniczne, jak teoretyczne znaczenie. Oceniając ją z tego punktu widzenia, przyznać musimy autorowi, że z zadania swego wywiązał się dobrze i poprawnie tak pod względem treści, jako też i formy. W książce tej znajdzie czytelnik niemal wszystko, co dotyczy nieżytu siennego, podane bardzo przystępnie bez zbytecznego balastu piśmiennictwa i bez owej autorskiej podmiotowości sądu, która w wysokim stopniu utrudnia krytyczny przegląd omawianej sprawy. To też jakkolwiek nieżyt sienny, przynajmniej dotychczas, nie budzi u lekarzy polskich z powodu swej rzadkości na naszych ziemiach ogólnego zajęcia, polecić trzeba książkę Wolff-Eisnera każdemu, kto wyłącznie lub ze szczególnem zamiłowaniem zajmuje się w teoryi i praktyce chorobami narządu oddechowego.

Prof. L. Korczyński.

Dr Fr. Giedroyć: **Materyały do dziejów farmacyi w dawnej Polsce. Spis aptekarzy (w. XIV do XVIII).** Warszawa 1906. Str. 55.

Niewielka broszurka jest owocem długich i żmudnych badań archiwalnych i pracowitego wertowania źródeł rękopiśmiennych; stanowi ona nowy dowód wytrwałości i skrzętności autora. Wydawaniem i umiejętnem opracowywaniem nieznanych źródeł zdobywa sobie autor rzetelne zasługi w naszem piśmiennictwie, w którem brak dotąd nowoczesnym wymaganiom odpowiadającej historyi medycyny w Polsce. Aby ją stworzyć, trzeba przedewszystkiem wydobyć na światło dzienne i zgromadzić wszystek, jaki się jeszcze da uzyskać materyał, a do takiej, prawdziwego zamiłowania wymagającej pracy, niewielu u nas chętnych. Przoduje im dr Giedroyć.

W broszurze obecnie wydanej zgromadził autor w alfabetycznym porządku nazwiska i wiadomości o aptekarzach polskich od XIV w. począwszy. Użyteczność broszurki podnoszą 2 skorowidze: chronologiczny i topograficzny.

i.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Legatkin. **O zasadowości krwi przy cierpieniach rakowych.** (*Prakticzeskij Wracz* 1906, Nr 14 i 15). Autor badał krew trzydziestu chorych cierpiących na raka; zamierzony jednak cel, aby stwierdzić, czy istnieje ściślejszy związek między postępującym rozwojem sprawy nowotworowej, a zasadowością krwi — nie dał się osiągnąć, gdyż w niektórych przypadkach, w których sprawa chorobowa była już daleko posunięta, utrzymywał się dość wysoki stopień zasadowości krwi i naodwrót w przypadkach, w których siły chorego i ogólny stan były jeszcze wcale zadawalniające, zasadowość krwi była nieraz bardzo nizka. Badania, wykonane na owych trzydziestu chorych dowiodły, iż zasadowość krwi trzyma się mniej więcej na tej samej wysokości, zwiększając się przy raku wątroby i szczęki górnej, a zmniejszając przy raku odbytnicy; dodać jednak należy, że każdy przypadek w porównaniu do innych daje dość znaczne wahania, i tak np. najwyższy stopień zasadowości krwi u chorego na raka przełyku, którego stan ogólny był jeszcze wcale dobry, dochodził do 424 mlgm. (prc.), a najniższa zasadowość przy raku macicy u chorej już ze znacznie posuniętem charłactwem, do 53 mlgm. W ogólności można powiedzieć, że tam, gdzie ilość krwinek czerwonych nie uległa zmniejszeniu, tam i zasadowość krwi jest dość wysoka; tego jednak nie można powiedzieć co do ogólnego stanu chorych, nie zawsze bowiem, gdy on jest jeszcze względnie dobry, zasadowość krwi pozostaje wysoką. Zbierając to wszystko, autor dochodzi do następujących wniosków: Przyjmując zasadowość krwi u zdrowego człowieka 250 mlgm. (prc.) okazuje się, że zasadowość przy wszystkich cierpieniach rakowych, jak zaznaczył już poprzednio doc. W. Orłowski, zmniejsza się, zmniejszenie zaś to może być skutkiem 1) niedokrwistości (z badań doc. Orłowskiego wynika, że krwinki czerwone dają 40 prc. i wyżej zasadowości), 2) zmian istot białkowatych w surowicy krwi. Tak więc przyczynę zmniejszenia się zasadowości krwi przy zmianach nowotworowych należy odnieść z jednej strony do zmniejszenia się ilości ciałek czerwonych, z drugiej do wodnistości krwi (*hydraemia*) i zmian w składzie istot białkowatych. (Do tychże wniosków na podstawie swoich badań w piśmiennictwie ojczystem doszedł doc. dr W. Orłowski w pracy, ogłoszonej w *Przeglądzie lekarskim* 1901, Nr 1—3).

B. Swolkień (Ptbg.).

Krajuszkin. **Rozpoznawanie wścieklizny na podstawie ciałek Negriego.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 15). Autor badał w pracowni Instytutu doświadczalnej medycyny w Petersburgu, o ile ciałka Negriego są znamienne dla wścieklizny. W tym celu autor szukał ciałek Negriego w 3 przypadkach wścieklizny u ludzi, a dla porównania w 1 przypadku wiądu rdzenia u chorego w podeszłym wieku, w 1 przypadku wady serca, i w 1 przypadku duru brzusznego. U wszystkich 3 chorych na wściekliznę K. znalazł ciałka Negriego; poszukiwania w 3 innych przypadkach dały wyniki ujemne. Oprócz tego K zbadał 38 psów i 2 koty z ujemnym wynikiem w 4 przypadkach; zbadał też 3 psy, zatrute strychniną, 2 psy zakażone morem, jednego zabitego przez upust krwi i jednego zatrutego chloroformem. Wnioski autora są następujące: 1) Obecność w ośrodkowym układzie nerwowym ciałek Negriego, zwłaszcza posiadających wewnętrzną budowę, może potwierdzać rozpoznanie wścieklizny. 2) Brak ciałek Negriego jeszcze nie wyłącza wścieklizny; w takich przypadkach trzeba się uciec do biolo-

gicznej próby, t. j. do zakażenia zwierząt. 3) Ilość ciałek Negriego nie stoi w żadnym stosunku do stopnia jadowitości ośrodkowego układu nerwowego. 4) Udoskonalenie techniki badania może znacznie zmniejszyć ilość przypadków wścieklizny, w których ciałek Negriego dotąd nie znajdowano. 5) Dla badania najlepiej brać kawałeczki rogu Ammona, a, gdzie można, i móżdżku. 6) Najlepszym sposobem utrwalania kawałeczków tkanki nerwowej jest dla celów rozpoznawczych aceton parafinowy, najlepszem zabarwieniem — sposób Manna. 7) Utrwalając tkankę w acetonie, można rozpoznać wściekliznę już następnego dnia *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Diewickij. **O nowotworach zastawek sercowych.** (*Miedic. Obozrenije* 1906, Nr 5). Pierwotne nowotwory serca, jak wiadomo, należą do bardzo rzadkich. Lecz najrzadszymi, i rzec można wyjątkowymi są nowotwory, usadowione na zastawkach serca. Dotąd opisano 9 przypadków, (8 śluzaków, 1 włókniak): w 5 nowotwór znajdował się na zastawce trójdzielnej, w 2 na dwudzielnej, wreszcie w 2 na zastawce tętnicy płucnej. W przypadku D. u chorego, zmarłego na posocznicę, na komorowej powierzchni średniej zastawki tętnicy głównej znajdował się guz brodawkowy wielkości grochu, usadowiony prawie pośrodku, trochę na lewo od guzka Arancyusza. Guz barwy bladoczerwonej, miękki, był złączony bardzo mocno z tkanką zastawki. Reszta zastawki była zupełnie prawidłowa. Autor zalicza guz do rzędu włókniaków miękkich (*fibroma molle*, *myxofibroma*). Z 10 dotąd znanych przypadków nowotworów zastawek ściennych do rzeczywistych nowotworów można, zdaniem autora, zaliczyć tylko 7, mianowicie przypadek Curtisa, 3 Ribberta, jeden Gutha, jeden Reitmanna, wreszcie przypadek autora.

Z. Orłowski (Ptbg.).

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Kayser. **O rurkach z żółcią jako sposobie hodowli wstępnej i o bakteryologii krwi w durze i paratyfusie.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). Żółć jest według autora bardzo praktyczną pożywką do hodowania prątków duru i paratyfusu ze krwi. Według K. można było na tej pożywce wyhodować prątki Ebertha nawet wtedy, gdy to już zwykle się nie udaje, t. j. w okresie bezgorączkowym. Po dodaniu krwi wstawia autor rurkę do cieplarki i trzyma w cieplocie 37° przez 14—20 godzin, poczem zakaża nią pożywkę n. p. Conradi-Drigalskiego. Im cięższe zakażenie i im wcześniejszy okres (w pierwszym tygodniu w 100 prc. otrzymał autor wynik dodatni), tem łatwiej wyhodować bakterye ze krwi chorego. Zaletą tej pożywki jest też okoliczność, że niektóre gatunki bakteryi na niej wcale nie rosną, łatwiej przeto z mieszaniny różnych gatunków bakteryi uzyskać hodowlę czystą prątków durowych. Rurek z wyjałowioną żółcią (5 ctm. żółci, do czego dodaje się połowę tej ilości krwi) dostarcza fabryka Mercka. *Dr. M. Godlewski.*

Mayer i Heineke. **O wartości barwnej ciałek krwi czerwonych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). Hayem, Laache i Ehrlich uważają za znamienny objaw niedokrwistości złośliwej zmniejszenie się znaczniejsze ilości krwinek czerwonych, aniżeli hemoglobiny, skutkiem czego pojedyncze ciałko zawiera więcej nawet niekiedy barwika, aniżeli w stanie prawidłowym. Przeciwne stanowisko zajmuje Grawitz, twierdząc, że wybitniejsze zmniejszanie się w tych postaciach niedokrwistości ilości krwinek czerwonych, aniżeli hemoglobiny, jest tylko pozorne i polega na tem, że przy liczeniu nie uwzględniono krwinek karłowatych (mikrocyty). Autorowie przechylają się na stronę Ehrlicha i przyjmują jego przypuszczenie, że w ciężkich postaciach niedokrwistości krew wraca niejako do stanu zarodkowego. Badanie krwi dwóch płodów przekonało autorów, że podobnie, jak w złośliwej niedokrwistości, znajdowały się liczne krwinki czerwone jądrzaste różnej wielkości, między ciałkami białemi przeważały liczebnie limfocyty, a stosunek ilości krwinek czerwonych do stosunkowo dużej ilości hemoglobiny był tego rodzaju, że pojedyncze ciałko musiało być silniej zabarwione, niż prawidłowe. Różnica zapatrywania autorów od zapatrywania Ehrlicha polega jedynie na tem, że nie uważają oni tego powrotu krwi do stanu zarodkowego za coś bezwzględnie niekorzystnego, lecz przeciwnie za samoregulacyę ustroju; badania anatomiczne przekonały bowiem, że krew tworzyła się we wszystkich narządach, które tylko wogóle do tego zdatne były (szpik, wątroba, śledziona, gruczoły limfatyczne). — Zrozumiałą jest rzeczą, że w tak zwanej aplastycznej postaci niedokrwistości wartość barwna krwinek się nie zwiększa. Okresowe pojawianie się zwiększonej wartości barwnej krwinek łączą autorowie w związek przyczynowy ze zjawiskiem, opisanem przez Noordena pod nazwą „przełomów krwi“ („Blutkrisen“).

Dr. M. Godlewski.

Mayer i Speroni. **O krwinkach czerwonych kropkowanych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). W przeciwieństwie do Grawitza, który uważa kropkowane krwinki czerwone za objaw zwyrodnienia ich protoplazmy, sądzą autorowie, że owe zasadowymi barwikami barwiące się punkta uważać należy za szczątki jąder. Różnica w barwieniu się jąder ciałek czerwonych, a owych punktów, zdaniem autorów, niczego nie dowodzi, substancya jądrowa bowiem w czasie rozpadu jądra może przechodzić zmiany, odbijające się w barwieniu. Kropkowane krwinki czerwone są wyrazem niedokrwistości wogóle, ale mają szczególnie często pojawiać się wtedy, gdy źródłem niedokrwistości są pewne zatrucia (ołów). Autorowie przekonali się jednak, że u kur, które, jak wiadomo, mają fizyologicznie krwinki czerwone jądrzaste, nie powstają po podawaniu octanu ołowiu krwinki czerwone kropkowane, tworzą się one jednak, jeśli jądra ciałek czerwonych krwi kurzej, trzymanej w probówce, znikają pod wpływem autolizy. *Dr. M. Godlewski.*

NEUROLOGIA. L. Jański. **O ostrym szale.** (*Sbornik klinický* 1906, Nr 3). Autor podaje 15 spostrzeżeń klinicznych ostrego szału (*delirium acutum*), z których 11 dotyczyło kobiet, a 4 mężczyzn. Wszyscy prawie chorzy przedstawiali cechy obciążenia dziedzicznego i fizyczne oznaki zwyrodnienia. Pod względem etyologicznym można było u większości stwierdzić silne wzruszenie psychiczne; u niektórych chorych stwierdzono nadto objawy kliniczne i anatomiczno-patologiczne, wskazujące na toksyczną lub zakaźną przyrodę choroby, u innych natomiast nie zdołano stwierdzić takiego tła. To też według J. dotąd nie ma naukowych podstaw do stanowczego wyjaśnienia patogenezy ostrego szału. Co do objawów, to tutaj napotykał autor wybitne różnice indywidualne. W niektórych przypadkach był wybitny okres zwiastunowy. Pomieszaniu umysłu i popędowi do ruchu towarzyszyły zazwyczaj napady trwogi, a przerywały je zwykle okresy zwolnienia i jasne chwile. Liczne i różnorakie omamy nie miały żadnego znamiennego charakteru. Dość często bywały zaburzenia odżywienia: w trzech przypadkach były objawy katatonii, w trzech innych objawy porażenia postępującego. Napad szału przeważnie przekraczał 15 dni, a uleczone zostały tylko dwie kobiety. Według autora pokrywa się ostry szał z obrazem »*amentia delirans*«, wszelako nie należy zdaniem jego zupełnie przeczyć niezależnemu istnieniu ostrego szału, jak to czynią niektórzy autorowie. Badanie anatomiczno-patologiczne i histologiczne nie dało żadnych znamiennych wyników. *Dr. Blassberg.*

Kerschensteiner. **Neuromyelitis optica.** (*Münch. medizinische Wochenschrift* 1906, Nr 17). W rzadkiej tej chorobie, opisanej po raz pierwszy przez Devica, łączy się zapalenie rdzenia z zapaleniem nerwu wzrokowego. W przypadku, opisanym przez K., znaleziono po śmierci zgrubienie opon miękkich rdzenia w okolicy lędźwiowej. Rysunek szarej istoty zamazany, w n. wzrokowych zupełne zwyrodnienie. Za życia prócz zapalenia nerwu wzrokowego objawy porażenia i bole w kończynach dolnych, prócz tego objawy, budzące przypuszczenie kiły lub nowotworu mózgu. Zaburzenia w oddawaniu stolca i moczu dołączyły się do niejasnego wogóle obrazu dopiero pod koniec życia. Przypadek za życia ściśle rozpoznanym być nie mógł. *Dr. M. Godlewski.*

Hoesslin i Selling. **W sprawie porażenia opuszkowego wrzekomego.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). Przypadek o tyle pouczający, że podstawą choroby były obustronne ogniska rozmięknienia w trzecim zwoju czołowym, przy zdrowej opuszce. *Dr. M. Godlewski.*

CHIRURGIA. Baradulin. **Przyczynek do kazuistyki durowych zapaleń wola.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 14). Autor przytacza przypadek operowanego ropienia gruczołu tarczowego podczas duru brzusznego u chorego, który od 29 lat miał wola. Chory w 36 r. życia zapadł na dur brzuszny i po 10 dniach choroby zauważył, że prawa część gruczołu tarczowego zaczęła szybko się zwiększać i doszła do wielkości główki dziecięcej. Próbne przekłucie dało nieco jasno-bronzowej ropy. Wobec tego wykonano w uśpieniu chloroformowem operacyę i wypuszczono pół szklanki ropy; badanie bakteryologiczne ropy wykryło łasecznika durowego. W piśmiennictwie znalazł autor tylko 12 przypadków ropienia wola w durze brzusznym. Do powstania ropienia wogóle potrzebnym jest zarazek i słaba odporność tkanek narządu; jeżeli zaś tkanki są bardzo osłabione, to nawet mało jadowity i nie ropotwórczy zarazek może wytworzyć ropień; ponieważ przy wolu gruczoł tarczowy może być bardzo zmienionym wskutek rozrostu, do którego może się przyłączyć zakrzep, wylewy krwi i zwyrodnienie tłuszczowe, przeto nic dziwnego, że nawet łaseczniki durowe mogą wytworzyć w wolu ropień; jeśli mimoto ropień w durze zdarza się tak rzadko, to ta okoliczność, zdaniem B., tłómaczy się tem, że gruczoł tarczowy wydziela jakieś produkta, które łączą się z toksynami drobnoustrojów i czynią je nieszkodliwemi. Rokowanie w durowem zapaleniu wola jest, zdaniem B., pomyślne.

Wojciech Kozłowski (Ptbg.).

Spatokukockaja. **Przypadek rozległego wycięcia jelita cienkiego.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 2). Chory, 20-letni, był operowany w szpitalu Obuchowskim w Petersburgu wskutek uwięźnięcia przepukliny pachwinowej, które nastąpiło na 2 godz. przed wstąpieniem chorego do szpitala. Po rozcięciu worka przepuklinowego wylał się płyn cuchnący; w worku leżało jelito biodrowe. Jelito było mocno przekrwione, a część jego około 15 ctm. długości, była już ciemnozielonej barwy; jednocześnie były oznaki zapalenia otrzewnej. Po wycięciu zmienionych części połączono jelito (bocznie) guzikiem Murphy'ego. Wycięto 318 ctm. jelita; na 36 dzień rana zagoiła się. 60-go dnia po operacyi S. przeprowadziła badania nad przyswajaniem białka i tłuszczu i doszła do wniosku, że pod tym względem żadnej zmiany niema; waga ciała w przeciągu 2 miesięcy podniosła się o 8 funtów. Na zasadzie tych badań, zarówno jak i przypadków Fantino i Ruggiego dochodzi autorka do przekonania, że wycięcie połowy jelita nie sprowadza zboczeń w rozkładzie i przyswajaniu przez ustrój pokarmów. *Wojciech Kozłowski* (Ptbg.).

Cuberbiller. **Przypadek bliznowatego zwężenia przełyku po płonicy.** (*Medic. Obozrenije* 1906, Nr. 1). Rzadki przypadek wyleczenia bliznowatego zwężenia przełyku po płonicy elektrolizą z następowem rozszerzeniem pod nadzorem oka przy pomocy ezofagoskopu. Chora, 21-letnia, zwróciła się do kliniki prof. Szerwińskiego (Moskwa) ze skargami na wymioty po każdem jedzeniu i nawet po użyciu płynów, zaparcie stolca i ogólne osłabienie. Mając 4 lata, przechodziła chora płonicę. W $1^1/_2$ tygodnia po chorobie, w okresie zdrowienia, zjawiły się wymioty po wszelkich pokarmach oprócz mleka; wymioty męczą chorą i obecnie, zjawiając się 2—3 minuty po spożyciu pokarmu. W ciągu 17 lat chora żywiła się wyłącznie mlekiem. Chora jest nadzwyczaj osłabiona i niedokrwista. Oprócz płonicy żadnych innych chorób nie przebywała. Przy badaniu przełyku zgłębnik napotykał w odległości 32 ctm. od zębów przeszkodę, przez którą z wielkim trudem przechodziła świeczka o średnicy 7 mlm. Ezofagoskopia w tem miejscu wykazała bliznę w postaci twardej włóknistej białej obrączki, naokoło której było zagłębienie. Część przełyku ponad zwężeniem była mocno naciekła, znacznie rozszerzona i nie zapadała się. Autor zastosował elektrolizę co drugi dzień z następowem rozszerzaniem świeczkami. Katodę łączono z elektrodą, wprowadzoną do przełyku, anodę zaś z elektrodą na rękojeści mostka; każde posiedzenie trwało 5 minut; siła prądu wynosiła początkowo 5 M. A. i stopniowo pod koniec posiedzenia dochodziła do 20 M. A. Zaraz po elektryzacyi autor wprowadzał świeczkę, z początku o średnicy $5^1/_2$ mlm., potem coraz grubszą. Po $2^1/_2$-miesięcznem leczeniu chora opuściła klinikę zupełnie zdrowa; miesiączka zjawiła się pierwszy raz w życiu. Przy ezofagoskopii na miejscu blizny stwierdzono wtedy zupełnie prawidłową błonę śluzową; ani zwężenia, ani rozszerzenia przełyku nigdzie nie było. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

B. Niederle. **O przewlekłem śródmiąższowem zapaleniu trzustki.** (*Sbornik klinický* 1906, Nr. 4). Od kiedy zwrócono uwagę na ważną rolę, jaką odgrywa kamica żółciowa w powstawaniu przewlekłego zapalenia trzustki, poznano nieco lepiej tę chorobę, której rozpoznanie było często niemożliwe, a zawsze trudne. Autor operował przypadek z nader ciężkimi objawami, w którym rozpoznano kamicę żółciową, a dopiero laparotomia wykryła przewlekłe zapalenie trzustki. Po gastroenterostomii nastąpiło zupełne wyleczenie. Celem poznania zasadniczych objawów przewlekłego zapalenia trzustki należy zestawić znaczną liczbę przypadków. Rzeczą jest pewną, że: 1) głównym czynnikiem w zapaleniach trzustki jest ścisły związek między trzustką, a żołądkiem, dwunastnicą i przewodem żółciowym i że zajęcie tych narządów może bądź przez styczność (*per contiguitatem*), bądź przez wstępujące zakażenie wywołać przewlekłe zapalenie trzustki; 2) istnieją liczne przypadki przewlekłego zapalenia trzustki, wywołanego przez choroby ustrojowe (kiła, miażdżyca tętnic). Przewlekłe zapalenie trzustki może być pierwotnem lub też nastąpić po ostrem zapaleniu. Siedzibą jego bywa często głowa trzustki. Jakkolwiek objawy są bardzo podobne do objawów wątrobowych, to jednak jest między nimi różnica nawet w tych przypadkach, w których trzustka uległa zmianom wskutek kamicy żółciowej. Siedzibą bólów przy zapaleniu trzustki jest prawie zawsze nadpępcze, a nie okolica pęcherzyka żółciowego. Wymioty pojawiają się niezbyt często (w przypadku autora były one niepowstrzymane). Żółtaczka jest objawem bardzo stałym. Pęcherzyk żółciowy bywa innej wielkości przy zapaleniu trzustki, wynikłem z kamicy żółciowej, a innej przy raku trzustki. Bardzo ważnym objawem jest guz, macalny w nadpępczu, mało ruchomy i bolesny przy dotykaniu. Wszelako w znacznej większości przypadków można go stwierdzić tylko dopiero przy operacyi. Wychudnienie i gorączka bywają częste, cukromocz bardzo rzadki. Rozpoznanie bywa zawsze trudne; pozostaje wątpliwem nawet po laparotomii, a w rozpoznaniu między rakiem, a zapaleniem rozstrzyga klinicznie tylko zniknięcie guza i wyleczenie; badanie histologiczna może rzecz wyjaśnić. Próba moczowa Cammidgea niema znaczenie rozpoznawczego. Leczenie jest zawsze chirurgiczne, o ile chodzi o ciężki przypadek. Rokowanie w przewlekłem zapaleniu trzustki nie jest zbyt ciężkie, śmiertelność po operacyach niewielka. *Dr. Blassberg.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Prof. Orłow. **Przypadek całkowitego pęknięcia macicy z następowem wydaleniem płodu do jamy brzusznej w czwartym miesiącu ciąży.** (*Izwiestja wojenno-medicinskoj Akademii* Nr 4, 1906). Chora, l. 25, rodziła cztery razy, z tego 3 porody czasowe, a czwarty przed rokiem przedwczesny w ósmym miesiącu; ostatnia regularność 24 września 1905 roku; na klinikę zgłosiła się 16 stycznia 1906. Tegoż dnia rano przed przyjęciem na klinikę udała się do szpitala z powodu silnego krwawienia z macicy. Lekarz szpitalny rozpoznał poczynające się poronienie ze znacznem krwawieniem i ponieważ ujście było jeszcze zupełnie zamknięte, rozszerzył szyjkę macicy zapomocą świeczki Hegara, a następnie przystąpił do wydalenia płodu i wyłyżeczkowania, co mu się jednak nie udało: wynikiem tego zabiegu było tylko oderwanie rączki i nóżki i wydobycie części łożyska, równocześnie z czem z jamy macicy pokazała się sieć. Wobec tego zatamponowano macicę i pochwę i odesłano chorą do kliniki, gdzie wobec całkowitego pęknięcia macicy przystąpiono do laparotomii. Po otwarciu jamy brzusznej wypłynęła z niej znaczna ilość krwi. Płód leżał swobodnie pośród pętli jelit, macica w tyłozgięciu, przednia jej ściana zupełnie pęknięta na przestrzeni 8 ctm. od dna prawie aż do części pochwowej; otrzewna, pokrywająca przednią ścianę macicy, zygzakowato przerwana. Z macicy wydalono resztki łożyska i przemyto jamę macicy 5 prc. roztworem kwasu karbolowego, następnie zeszyto przerwaną ścianę i otrzewną; część sieci, która poprzednio znajdowała się w jamie macicy, odcięto i zaszyto powłoki brzuszne. Na czternasty dzień po operacyi chora wstała, a na dziewiętnasty opuściła klinikę zupełnie wyleczona; przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, bo tylko pierwszego dnia pod wieczór ciepłota podniosła się do 37·4° C. Przy badaniu oburęcznem znaleziono macicę w przodozgięciu, ruchomą, nie bolesną, a miejsce, gdzie założono szwy, nie było stwardniałe, ani zgrubiałe. Nie ulega wątpliwości, że nader rzadkie pęknięcie ściany macicy było w tym przypadku wywołane zapomocą świeczki Hegara, która weszła przy wprowadzeniu w fałszywym kierunku, do czego przyczyniło się i tyłozgięcie macicy, i przebiła przednią ścianę dolnego odcinka macicy. Otwór jeszcze się powiększył po zastosowaniu łyżeczki (kirety) i płód siłą skurczów macicznych został wydalony do jamy brzusznej. Co się tyczy leczenia pęknięcia macicy, to, zdaniem autora, należy o ile możności unikać wyłuszczenia macicy i w przypadkach całkowitego pęknięcia przystępować natychmiast do laparotomii, wydobycia płodu i łożyska z następowem zaszyciem pękniętej ściany, w przypadkach zaś pęknięć niezupełnych poprzestać na leczeniu zachowawczem, nie operacyjnem. *Bolesław Swolkień* (Ptbg.).

Docent Popow. **Pierwotna gruźlica macicy.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 12 i 15). P. (Ptbg.) opisuje przypadek pierwotnej gruźlicy macicy. Chora, 39 l., z dziedziczną kiłą po 15 ciążach, z których 10 skończyło się prawidłowymi porodami, w 3 lata po ostatniej ciąży dostała miesiączkowania, ktore trwało 2 tygodnie. Zwykle miesiączka trwała przez 3 dni i przychodziła co 3—$3^1/_2$ tygodni. Po ostatniej miesiączce zostało krwawienie, którego nie usuwały żadne środki tamujące. Szczegółowe badanie narządów płciowych wykryło na przedniej wardze macicy wrzodziejącą powierzchnię trójkątną, kątem skierowaną ku wewnętrznemu ujściu macicy; powierzchnia wrzodu była brodawkowata i krwawiła. Badanie drobnowidowo kawałka tkanki, wyciętego w okolicy wrzodu, wykryło gruźlicę. Wyjaśniwszy charakter wrzodu, P. przystąpił do operacyi. Po rozcięciu części pochwowej i rozszerzeniu wewnętrznego ujścia macicy wymacano palcem na przedniej ścianie jamy macicznej nierówną brodawkowatą powierzchnię. Przypuszczając, że ta powierzchnia jest też wrzodem gruźliczym, autor wyciął macicę całkowicie przez pochwę. Jajniki i jajowody, jako nie zmienione, zostawiono w całości. Pooperacyjny przebieg był dobry; chora wyszła ze szpitala na 18 dzień. Szczegółowe badanie patologiczno-anatomiczne wyjaśniło, że gruźlica w tym przypadku usadowiwszy się najpierw na przedniej wardze szyjki macicy, rozszerzyła się następnie w głąb warstwy mięśniowej i szerząc się w tkance łącznej tej warstwy, dotarła na powierzchnię błony śluzowej dopiero w jamie macicznej, pominąwszy w ten sposób ujście wewnętrzne. Autor zalicza swój przypadek do wstępującej pierwotnej gruźlicy macicy.

R. Śliwiński (Ptbg.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 13 do 19 maja 1906 r. doniesiono o nowych przypadkach: ospy 5 przypadków w 3 gminach, a mianowicie pow. Chrzanów (Byczyna 1), Dąbrowa (Hubenice 1), Tarnów (m. Tarnów 3); duru plamistego 65 przypadków w 20 gminach, a mianowicie w powiatach Brzeżany (Glinna 2, Chorobrów 1), Brzozów (Dynów 3), Buczacz (Dobropole 1), Dolina (Olchówka 10), Horodenka (Żuków 6), Jaworów (Zawadów 4), Myślenice (Pcim 4, Sułkowice 4), Nadwórna (Łanczyn 4, Zielona 3), Sambor (Dorożów 1), Śniatyn (Potoczek 2, Budyłów 1, Podwysoka 3), Stryj (Kalne 1), Tłumacz (Korolówka 4), Złoczów (Bużek 3, Bełzec 7), Zborów (Korszyłów 1); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 39 przypadków w 24 gminach, a mianowicie m. Lwów 1, m. Kraków 1, w powiatach Bochnia (m. Bochnia 1, Ujazd 2, Krzeczów 2), Cieszanów (Narol m. 2), Chrzanów (Poręba 1, Paczołtowice 3), Gorlice (Turza 1, Łużna 1), Jarosław (Wiązownica 1), Jasło (Jasło 1, Sobniów 1), Kołomyja (Kołomyja 1), Pilzno (Pilzno 1, Jazwiny 3, Demboszyn 2), Przemyśl (Tarnawce 2), Przeworsk (Markowa 1), Rawa (Rawa 2), Ropczyce (Stobierna 2, Kawęczyndęb 1), Wadowice (Przeciszów 1), Biała (Rybanowice 5). *Z.*

Ruch ludności w Krakowie. Między 13 a 19 maja b. r. urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo 4; zmarło osób 71 (obcych (25; z tego z gruźlicy 21 (8), zapalenia płuc 3 (1), błonicy 1 (1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 1 (—), odry 5 (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 2 (—), czerwonki — (—), innych chorób zakaźnych 2 (—), śmierci gwałtownej 1 (1).

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 6 do 12 maja zgłoszono przypadków błonicy 2 (obcych 2), krztuśca 1, płonicy 3, odry 1, duru osutkowego 0 (1), duru brzusznego 0 (1), zapalenia opon nagminnego 1 (1); w tymże czasie zmarł z płonicy 1.

Wiadomości bieżące.

Z uchwały Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego i Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wydawanym będzie dla pomieszczenia obszerniejszych prac lekarskich, zwłaszcza nie służących bezpośrednio celom medycyny praktycznej, w niestałych odstępach czasu »Rocznik lekarski« w postaci zeszytów, z których każdy tworzyć będzie zamkniętą całość. Pierwszy zeszyt tego wydawnictwa obejmie ważną i cenną pracę docentów Droby i Kucery p. t.: »Badania epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Galicyi w r. 1905«. »Rocznik« otrzymają nasi czytelnicy jako bezpłatny dodatek do »Przeglądu lekarskiego«. Zeszyt pierwszy rozesłany będzie w najbliższym czasie.

— *Z Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej otrzymaliśmy następujące pismo:*

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej poszukuje kilku stenografów na Wiec Izb lekarskich austryackich, który odbędzie się w Krakowie w pierwszych dniach październnika b. r., a trwać będzie 2 do 3 dni. Warunek niezbędny: biegłość w stenografii niemieckiej, gdyż obrady toczyć się będą w języku niemieckim. Wśród ubiegających się pierwszeństwo mieć będą lekarze lub medycy. Zamiejscowym oprócz umówionego z góry honoraryum zwrócone zostaną koszta podróży do Krakowa i z powrotem. Ze względu, że już teraz wpływają zgłoszenia z Niemiec, a Wydział Izby pragnie w pierwszym rzędzie siłom krajowym robotę tę powierzyć, należy zgłaszać się jak najrychlej wprost do Prezydenta Izby prof. Wicherkiewicza w Krakowie, ul. Zgoda l. 7.

Z Wydziału Izby lek. zachodnio-galicyjskiej.

Dr Langie, sekretarz Izby.

Kraków. Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył dnia 6 maja b. r. posiedzenie, na którem prócz wielu spraw administracyjnych toczyła się dalsza dyskusya nad utworzeniem biura informacyjnego dla lekarzy, oraz nad akcyą obronną wobec jednej z Kas chorych, która do pewnego stopnia ma cechy kasy majsterskiej. W tym samym dniu odbyła się posiedzenie Rada honorowa; uchwalono rozpisać dwie rozprawy honorowe i wezwać jednego z lekarzy, aby usprawiedliwił się przed Izbą z ubliżających mu zarzutów, ogłoszonych w jednem z pism publicznych. *L.*

— Polskie Towarzystwo balneologiczne wniosło do Rządu podanie o subwencyę 1,000 koron na zakupno przyrządów do badania promieniotwórczości zdrojów, na co otrzymało obecnie odpowiedź z Namiestnictwa galicyjskiego, że podanie to wtedy mogłoby być poparte u władz wyższych, gdyby było wiadomo, kto i w którem zdrojowisku badania podejmie i czy w tem zdrojowisku stwierdzono już pierwiastki promieniotwórcze. Na podanie zaś o subwencyę na nagrodę konkursową za pracę o działaniu wody krynickiej w chorobach narządu moczowego odpowiedziało Namiestnictwo, że subwencya ta będzie mogła być udzieloną po ukończeniu ścisłych rozbiorów chemicznych zdrojów »Słotwińskiego« i »Karola«, ujętych niedawno w nowe cembrzyny i po tem ujęciu jeszcze dokładnie niebadanych.

— Na Wydział lekarski w Krakowie zapisało się w półroczu letniem b. r. 351 słuchaczy zwyczajnych, (w tej liczbie 29 słuchaczek zwyczajnych).

Lwów. X posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się 18 maja 1906. 1) Dr Leńko przedstawił przez wziernik uchyłek w pęcherzu beleczkowatym. Chory przebył przed 18 laty wiewióra; przed 14 laty utworzył się naciek około cewki, sprawiający dolegliwości w oddawaniu moczu. Naciek nacięto, a następnie rozszerzano cewkę. Od kilku miesięcy skarży się chory na częste oddawanie moczu i towarzyszące temu pieczenie; mocz mętny. Przez cystoskop widać w miejscu ujścia lewego moczowodu uchyłek wielkości orzecha laskowego, dalej dokładnie beleczki przerosłego mięśnia, a między niemi kilka mniejszych uchyłków. Na ścianach pęcherza widoczne złogi fosforanów, w miejscach, gdzie były przedtem owrzodzenia. Leczenie polega na przepłukiwaniu pęcherza rozczynem kw. borowego i azotanu srebrowego; dolegliwości wskutek tego stały się mniejsze, mocz czysty. Operacyi ze względu na wiek chorego i zabieg zbyt duży prelegent nie doradza. 2) Doc. Bednarski przedstawił dziecko 4-letnie, które od 2. roku życia nie widzi. Badanie dna oka stwierdza w obu oczach, głównie zaś prawem, tarczę bladą, jakkolwiek nie widać śladów po przebytem zapaleniu nerwu. Czaszka nieforemna, przypomina głowę cukru, szew strzałkowy zgrubiały, wystający jak grzebień, gałki oczne wysadzone. Przyczyną zaniku nerwu wzrokowego przy czaszce wieżowatej może być wązkość *foramen opticum* i ucisk na nerw wzrokowy. Ojciec chorego i jedna z sióstr cierpią również na zanik nerwu wzrokowego. 3) Doc. Herman okazał model gorsetu wyciągowego do leczenia garbu Potta u dorosłych. Zaleta tego gorsetu polega na tem, że nietylko ustala kręgosłup, ale równocześnie wyciąga go za głowę i biodra, przyczem stopień wyciągania może być należycie stopniowany. W dyskusyi przemawiał dr Stauber. 4) Dr Reiss przedstawił *a)* chorą 16-letnią, dotkniętą gruźlicą pierwotną spojówki gałkowej, co stwierdzono badaniem bakteryologicznem. Mimo operacyi sprawa się pogarsza; bystrość wzroku dziś już tylko $^1/_3$. Prof. Machek jest za wyłuszczeniem oka tam, gdzie gruźlica usadowiła się już w głębszych częściach oka (tęczówce), gdzie oko niewątpliwie skazane jest już na zagładę. W przypadku niniejszym, gdzie gruźlica zajmuje spojówkę i powierzchowne warstwy twardówki, inne zaś części oka są jeszcze niezajęte i prócz zmętnienia ciałka szklistego zmian niema, można jeszcze wyłuszczenie odłożyć. Dalej przedstawił dr Reiss *b)* chorego 30-letniego z kiłowym wrzodem spojówki, u którego rozpoznanie potwierdziło się wkrótce przez wystąpienie znamiennych guzków kiłowych na czole, wreszcie miał *c)* odczyt p. t. »Nauka o odporności w okulistyce«.

— Na Wydział lekarski we Lwowie zapisało się w półroczu letniem b. r. 120 słuchaczy.

Warszawa. W przytułku w Drewnicy (pod Warszawą), utrzymywanym przez Towarzystwo opieki nad obłąkanymi, służba zastrajkowała, stawiając tak wygórowane żądania, że Towarzystwo musiało zamknąć przytułek i pomieszczonych tam przeszło 100 chorych umieścić, gdzie się udało (»Gaz. lek.« 18).

— Lekarze, delegowani z Polski i Rosyi, odbyli w końcu kwietnia b. r. z lekarzami pruskimi w Toruniu konferencyę w sprawie zwalczania zagrażającej epidemii cholery. (»Gaz. lek.« 18).

Petersburg. Egzamina państwowe na stopień lekarza rozpoczną się w uniwersytetach rosyjskich 1 września s. s.; podania o dopuszczenie do egzaminów wnosić należy między 20 lipca a 29 sierpnia. Do egzaminów tych będą dopuszczeni i ci słuchacze, którzy do r. 1904 studyowali przez 9 półroczy.

— Lekarze z dyplomami zagranicznymi, dopuszczeni na czas wojny rosyjsko-japońskiej do posad lekarskich w Rosyi, mogą pozostać na nich tylko do 1 lipca b. r.

— Oprócz 6 lekarzy Polaków, wybranych z Królestwa polskiego, zasiada w sejmie państwowym rosyjskim (dumie) 11

lekarzy, wybranych z różnych stron Rosyi. Z Polaków lekarzy jeszcze wybrany został posłem z Płocka dr Aleks. Maciesza.

Z różnych stron. Przeciw zamierzonemu w Niemczech osiedlaniu chorych na gruźlicę robotników w koloniach afrykańskich oświadczyły się berlińskie kasy chorych, gdyż byłoby to próbą, której skutek dla zdrowia tych chorych nie jest pewny, a dla ich bytu materyalnego byłby prawdopodobnie bardzo niekorzystny, a do tego próbą bardzo kosztowną i narażającą fundusze zakładów ubezpieczeń.

— Prof. Schatz, znany ginekolog, dyrektor kliniki położniczej w Rostocku, został podobno złożony z urzędu z powodu sprzeniewierzenia 50,000 marek. Podobno jest chory umysłowo.

Mianowani: Dr Władysław Mazurkiewicz asystentem przy katedrze farmakologii we Lwowie, p. Natalia Horowitzówna demonstratorką przy katedrze anatomii patologicznej (jest to pierwsza kobieta, mianowana we Lwowie demonstratorką).

Zmarli: b. prof. uniwersytetu bukaresztеńskiego dr Scheiber w Peszcie; b. prof. uniwersytetu strasburskiego Hecht w Nancy; syfidolog prof. Tarnowski z Petersburga, w Paryżu w 68 r. ż.;

dr B. Mihowicz, lekarz miejski w Rozdole, na dur brzuszny w 40 r. ż.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr 20. Grosglik: Przypadek nadnerczaka i kamienia w nerce miedniczej powikłany niezwykłą postacią dystopii śledziony. Leśniowski (c. d. z Nr 19).

— *Tygodnik lekarski* Nr 20. Blumenfeld: O acnitis (Barthelemy). Kołaczkowski: Stopień kwasoty treści żołądkowej, a stan krwi. Fels: Statystyka złamań i zwichnięć.

— *Nowiny lekarskie* Nr 5: Gerzabek: Przyczynek do kazuistyki ropni płucnych. Bogdanik: O zachowawczem i operacyjnem leczeniu gruźlicy stawów i kości. Grodecki: Przypadek „rupturae hepatis transversae totalis“.

— *Czasopismo lekarskie* Z. 4: Szenk: W sprawie leczenia szkarlatyny surowicą swoistą. Pełczyński i Fidler, Mazurkiewicz, Sochacki, Łuniewski i Borowiecki (dok. z Nr 3). Grodecki: Wartość lecznicza Birsztan w świetle cyfr. Puławski: Sprawozdanie lekarskie z Zakładu w Nałęczowie za r. 1905.

— *Przegląd zdrojowy* Nr 4: „Ankieta zdrojowisk“. Ciąg dalszy artykułów Gąsiorowskiego i Skórczewskiego.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr 3. Korczyński: W przededniu ankiety balneologicznej. Wąsowicz: Sprawozdanie z obrad ankiety balneologicznej.

— *Casopis lekařův českých* Nr 20. Scherer: Vyznam studia nejútlejšiho věku dětského a jeho choroby. Baber: Příspevek k histogenesi elementů nervových. Kubr: Primarni tracheobronchogenni karcinom. Michal: Demonstrace chir. připadů z nemocnice vinohradské.

— *Liječnički Vijestnik* Nr 5. Zirovčić: Ubojstvo u pomućenom duševnom stanju. Nemičić: Spirochaete pallida. Sattler: O naleženju „spirochaeta pallida“ kod sifilisa. Jurčić: Malum perforans pedis.

— *Russkij Wracz* Nr 17. Raczyński: W sprawie organizacyi pomocy położniczej. Aleksandrow: W sprawie leczenia urazowych żylołętniaków. Kirikow: W sprawie trawienia żołądkowego przy cierpieniach żółtaczkowych. Abelman: Albuminaria orthostatica. Tomaszewskij: Przyczynek do techniki przekrwienia zastoinowego. Marmorsztajn: W sprawie ostrego rozszerzenia serca.

— *Semaine médicale* Nr 20. Bard: Rytm cwałowy w przeroście serca lewego, jego mechanizm i znaczenie kliniczne.

— *Presse médicale* Nr 38. Desfosses: O bocznem skrzywieniu piersiowej części kręgosłupa. Sabrazès, Bonnes i Parsat: Macroglossitis oedematosa acuta. — Nr 39. Tuffier, Mauté i Auburtin: Późna śmierć wskutek chloroformu. Hartenberg: Kiedy należy przepisywać brom chorym nerwowym?

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 20. Jagić: O utrwalaniu preparatów krwi acetonem. Füster: Doświadczalne przyczynki do sprawy znajdowania się prątków gruźliczych w siarze i mleku matczynem. Meller: O rekto-romanoskopii. Kern: Przypadek „gastroenteroanastomia spontanea“. Fürth: Wyjaławianie blaszecznicy i jego znaczenie praktyczne.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 20. Mendel: Połowiczy ból głowy. Jochmann: Doświadczenia w sprawie seryodyagnostyki i seroterapii nagminnego zapalenia opon. Einhorn: Uwagi o odczynie desmoidowym Sahliego. Schirmer: Badania doświadczalne i kliniczne nad powstawaniem zaniku gałki ocznej. Mühlens: O hodowaniu krętków zębowych i prątków wrzecionowatych na sztucznych (stałych) podłożach. Bürgi: O kamykach płucnych. Hirsch: O przypadku zranienia nerwu pośrodkowego z rzadkiemi zaburzeniami odżywiania. Hoffa (dok. z Nr 19).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 20. Denker: Nowa droga operowania złośliwych nowotworów nosa. Küster: W sprawie sporadycznego pojawiania się zapalenia opon mózgowordzeniowych (Weichselbaum). Herff: Zapobieganie wiewiórowemu zapaleniu oczu zapomocą sopholu. Hohmann: Postępy w leczeniu stopy płaskiej. Racine: O zmeczuleniu ścięgna Achillesa na ból w wiądzie. Hartung: Dlaczego porażenia nerwu strzałkowego są częstsze od porażeń nerwu piszczelowego? Rosengart: Kilka przyczynków do klinicznych przejawów miażdżycy naczyń brzusznych. Hagen: Usypianie mieszaniną gazów zapomocą przyrządu Roth Drägerowskiego. Martin: Symetryczne tłuszczaki grzbietu rąk u murzynów. Jäger: Guz lewej połowy twarzy, wychodzący ze sklepienia gardła.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 21. Karewski: O katgucie gotowym do użytku, trwale jałowym. Heinsheimer: Doświadczenie w balneoterapii. Ehrlich i Apolant: Odpowiedź na artykuł Bashforda „W sprawie metodyki doświadczalnych badań raka“. Hansemann, Browning i Sachs, Deutschländer (c. d. i dok. z Nr 20). Helbron: Leczenie wrzodu rogówki.; nadto wykłady ze Zjazdu balneologicznego.

Redakcya otrzymała: Pieniążek: Diagnostic des tumeurs du cou et du mediastin d'après l'examen laryngoscopique. Odb. z „Revue hebd. de la lyng.“ 1906. — Doc. dr V. Chlumsky: O masáži. V Praze 1906. Str. 100 i 57 rycin. — Giedroyć: Materyały do dziejów farmacyi w dawnej Polsce. Spis aptekarzy (w. XIV—XVIII). Warszawa 1906.— Opolski: Zur Reform des Irrenwesens. 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w środę d. 30 Maja 1906 o godzinie 6 wieczór **posiedzenie kliniczne**

w klinice okulistycznej

(Kopernika 40).

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr **Jekels Ludwik**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.
Dr **Damański Emanuel.**
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.
Dr **Aronsohn Julian**, („Krakus“).
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem“).
Dr **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „pod Kosynierem“).
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr **Mayer Józef**, (Łazienki borowinowe).
Dr **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem“).
Dr **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka“).

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.
Dr **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).

Rabka.
Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.
Dr **Dukiet.**

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne).
Dr **Trzciński B.**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.
Dr **Górski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w Abacyi).
Dr **Hammerschlag**, („pod Attylą“).
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu („Miedziuś“), ordynuje od 26 lat.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma“), zimą w Meranie.

Truskawiec.
Dr **G. Gittelmacher** — Wilenko.
Dr **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła (Zakład wodoleczniczy).
Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.
Dr **Lewkowicz Ksawery**, Doc. Uniw. Jag., ord. w chorobach dzieci od 1 lipca do 15 października (ul. Sienkiewicza 15).

Żegiestów.
Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.
Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.
Dr **Steinsberg**, (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg“).
Dr **Zeitner Józef**, (Kirchenstrasse „Stadt-Paris“).

Gleichenberg.
Dr **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger“ VI.).

Karlsbad.
Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).

Kissingen.
Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr **Maciejewski J.**, („Villa Elsa“), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).
Dr **Weissenberg**, ord. jak corocz. w jęz. pol (zimą w Nervi)

Marienbad.
Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried“).
Dr **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr **Liebeskind Józef**, („Haus Kronprinz“).

Nauheim.
Dr **Jankowski Fr.**, („Hotel Europejski“).
Dr **Łowiński.**

Oeynhausen (Westfalia).
Dr **Janta Połczyński**, specyalista w chorobach nerwowych.

Rok XLV. Kraków 2 Czerwca 1906. Nr 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Urywki z patologii i epidemiologii zimnicy[1]).

Napisał
Dr Zenon Grossek
lekarz okręgowy w Głogowie (Galicya).

Badania ostatnich 25 lat przyniosły wiekopomne odkrycia, dotyczące etyologii chorób zimniczych; natomiast epidemiologia zimnicy, przedtem wielokrotnie z powodzeniem uprawiana, w ostatnich czasach popadła nieco w zaniedbanie. Wiele przyczyniła się do tego ta okoliczność, iż skoro nauka odkryła pasorzyty zimnicze, ich sposób życia i rozwój, panowało powszechne oczekiwanie chwili, gdy będzie można zużytkować nowo poznany dział patologii i nowo odkryte metody rozpoznawcze do badań epidemiologicznych. Kiedy przeto A. Laveran w r. 1897 i 1898[2]) przypomniał dawniejsze wyniki, świat naukowy przyjął głos jego obojętnie, gdyż uczuwano potrzebę stwierdzenia i kontroli tych badań przy pomocy nowo zdobytych naukowych podstaw. Dla osiągnięcia tego celu zorganizowano „niemieckie wyprawy naukowe dla zbadania zimnicy“ w roku 1898 i 1899, dokonywane z wielkim nakładem pracy i kosztów pod kierunkiem Roberta Kocha. Istotnie też z tych wypraw przywieziono potwierdzenie wielu dawniejszych spostrzeżeń, dotyczących zarówno etyologii, zapobiegania i leczenia, jakoteż i epidemiologii zimnicy.

Z drugiej strony wyprawy te dowiodły, iż nie można spodziewać się, aby spostrzeżenia epidemiologiczne na większych masach ludności mogły już rychło dokonywać się z użyciem mikroskopowego badania krwi każdego przypadku zimnicy. Widzieliśmy bowiem, że cała ta wyprawa, złożona z kilku osób, z pomocą włoskich badaczów, przy największem wytężeniu pracy, zdołała w przeciągu 3 miesięcy (w Grosseto) zbadać 408 chorych[3]), a tymczasem w większych zbiorowiskach ludności chorych bywa znacznie więcej, n. p. w Rzymie w r. 1894 zgłosiło się do szpitali w przeciągu miesiąca sierpnia 1298 chorych zimniczych, a któż wie, ile jeszcze nadto osób współcześnie chorowało w okolicach Rzymu w domach prywatnych? — Ścisłe zaś badania całej ludności ze względu na pasorzyty zimnicze mogły być dokonane zaledwie w kilku małych malajskich osadach, a trudności takiego badania piętrzą się w okolicach gęsto zaludnionych i zwłaszcza nie można przewidzieć, czy nastąpi kiedykolwiek możliwość, iżby w czasie silniejszego panowania zimnic we większych środowiskach ludności w Europie można było dokonać badania klinicznego wraz z dokładnem zbadaniem mikroskopowem krwi u każdego mieszkańca okolicy zapowietrzonej w celu otrzymania zupełnie ścisłych dat o chorobliwości, zejściach, śmiertelności zimnic i t. d. A dopóki to nie nastąpi, musimy szukać innych kryteryów i innych metod, aby choć w przybliżeniu utworzyć zarys epidemiologiczny europejskiej zimnicy.

Nie rozporządzając, jak zagraniczni badacze, ani żadną pomocą, ani środkami, mogłem prowadzić badania zimnicy w skromnych rozmiarach w małym zakątku naszego kraju, t. j. w okręgu Moszczańskim powiatu Jarosławskiego, a przekonawszy się, że wyniki ich z dostępnemi mi spostrzeżeniami dawniejszych i nowszych badaczów zgadzają się, a poniekąd je uzupełniają, postanowiłem ogłosić je drukiem przedewszystkiem w tym celu, aby zwrócić uwagę ogółu na tę chorobę groźną i zjadliwą, a zazwyczaj u nas niedocenianą[4]).

Zimnica bowiem, występująca często pod postacią trudnych do rozpoznania klinicznego objawów, a odznaczająca się pomiędzy innemi chorobami wielkim odsetkiem zachorowań, ma w patologii zupełnie odrębne stanowisko. Gdy inne choroby, n. p. gruźlica, nawiedzają i tępią przeważnie osobniki z natury słabsze, to zimnica, gdy zapanuje, nawiedza wszystkich jednakowo; często nawet liczniej zapadają na nią osoby zdrowe i silne, jako więcej narażające się na sposobność zakażenia. Wrażliwość na zakażenie zimnicą jest powszechna, a wrodzona odporność, jeżeli wogóle istnieje, to należy do zjawisk wyjątkowo rzadkich. W czasie epidemii ulegają tej chorobie dorośli, o ile nie mają odporności nabytej, i prawie wszystkie (podług Kocha blisko 100%) dzieci, wiele z nich umiera, te zaś, które pozostają przy życiu, ulegają wskutek zmian we krwi, w śledzionie, wątrobie, szpiku kostnym i t. d. upośledzeniu rozwoju i tak wyrasta pokolenie skarłowaciałe, mniej odporne na inne wpływy szkodliwe.

[1]) Rozdział wstępny obszerniejszej pracy p. t. „Zimnica w Galicyi. Studyum epidemiologiczne“

[2]) Zwłaszcza w dziele p. t. „Traité du paludisme“ 1898.

[3]) Jak zaś żmudnem bywa to badanie, dowodzą znane przypadki Ziemanna i Cronquista, w których ci badacze dopiero w 49-tym lub 50-tym preparacie krwi znaleźli pasorzyty zimnicze, służące do rozpoznania choroby.

[4]) Miło mi na tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie memu koledze z uniwersytetu, a obecnie tegoż uniwersytetu profesorowi, dr Stanisławowi Ciechanowskiemu, za zachętę i poparcie w tej pracy, za sporządzenie dla mnie za łaskawem zezwoleniem dyrektora Zakładu anatomii patologicznej w Krakowie, profesora dr Browicza, wypisów przypadków sekcyjnych czernicy z tego Zakładu, a nadto za ułatwienia w uzyskaniu potrzebnej literatury. Zarazem dziękuję Panu J. Kozubskiemu za pomoc w poszukiwaniach bibliotecznych, oraz prof. dr Aleksandrowi Rosnerowi, lek. pow. dr Janowi Danielskiemu i tym wszystkim kolegom, którzy życzliwie przyczynili się do doprowadzenia do skutku niniejszej pracy

Wymienione okoliczności uzasadniają słuszność twierdzenia znakomitego Laverana: „Dans les pays palustres ce n'est pas seulement l'individu, qui est menacé, c'est la race elle-même“. Stąd pochodzi znaczenie dziejowe, kulturalne i ekonomiczne zimnicy: ona to wyludniając olbrzymie obszary tworzy najważniejszą przeszkodę w aklimatyzacyi rasy białej w okolicach podzwrotnikowych [5]), ona stanowi główną przyczynę upadku Włoch [6]), w niej upatruję jednej z ważniejszych przyczyn ubóstwa Galicyi.

Drobne pasorzyty zimnicze należą do najgroźniejszych wrogów ludzkości wogóle, a niemniej i naszego kraju; skrycie nachodzą ludzi, żywią się ich krwią, jak bajeczne wilkołaki i upiory, a corocznie pochłaniają na kuli ziemskiej niewątpliwie więcej ofiar, niż zachcianki najsroższych tyranów, niż najkrwawsze wojny, niż kataklizmy przyrody, i prawdopodobnie więcej, niż każda inna choroba zakaźna [7]).

Z tych przeto względów walka z tym mikroskopijnym wrogiem należy do ważnych spraw bytu plemienia ludzkiego.

Choroby zimnicze są to choroby zakaźne, których zarazki, należące do pierwotniaków, wiodą życie płciowe w ciele komarów, a pewne ich postacie rozwojowe (sporozoity) przez ukłucie tych owadów z ich śliną dostają się do ranki w ciele ludzkiem i do krwi, pasorzytują w ciałkach czerwonych i licznie bezpłciowo się rozmnażają, przez co wywołują zmiany chorobowe i objawy kliniczne, objęte nazwą zimnicy (*malaria*).

Miano zimnicy ogarnia trzy odrębne jednostki chorobowe, cechujące się właściwemi odmianami pasorzytów [8]), jakoteż odmiennym przebiegiem klinicznym i rokowaniem, mianowicie odróżniamy:

1) zimnicę trzeciaczkę łagodną;

2) zimnicę czwartaczkę łagodną;

3) bagiennicę w ściślejszem tego słowa znaczeniu (Goldschmidt [9]), *febris aestivo-autumnalis* autorów włoskich [10]).

Wszystkie trzy postacie chorobowe szerzą się zwłaszcza pośród ludności rolniczej: rolników, ogrodników, pasterzy, leśników, myśliwców; pośród pracowników ziemnych i wodnych: drogowych, kolejowych, fortecznych, kopaczy stawów i kanałów, rybaków i flisaków, robotników portowych, melioracyjnych, wreszcie śród wojska. W czasie gwałtowniejszych epidemii nachodzą wszystkich mieszkańców danej okolicy, nie oszczędzając żadnego stanu, ani zawodu, i tylko mieszkańcy większych stolic, nie wydalający się poza miasto, są stosunkowo najlepiej (lecz nie zawsze) zabezpieczeni od zakażeń zimniczych.

Epidemie, złożone z przypadków wyłącznie jednej postaci zimnicy, przydarzają się rzadko. Mianowicie są opisane czyste epidemie trzeciaczki łagodnej w Warszawie (około r. 1895, W. Dąbrowski), w Lubieniu Wielkim (1902, K. Wernicki), w Middelburgu (1899, J. J. Berdenis van Berlekom), w Krommenie (1900 i 1901, H. J. M. Schoo), we Wiedniu (około r. 1890, J. Mannaberg); czysta epidemia czwartaczki łagodnej w Gebbia Liberto obok Fiumefreddo (Calandruccio), prawie czysta bagiennica na płaszczyźnie Joss w Kamerunie (około r. 1900, A. Plehn [11]). Najczęściej szerzą się wszystkie trzy rodzaje zimnic razem, lecz wzajemny stosunek względnej częstości każdej odmiany bywa różny w rozmaitych miejscach, a w tem samem miejscu bywa też rozmaity w różnych latach, a nawet zmienia się zależnie od pór roku. Również ogólne nasilenie chorobliwości zimniczej (zwłaszcza śród dorosłych) bywa niejednostajne, w pewnych latach większe, — a wówczas zimnica rozszerza się nawet w miejscowościach, zwykle od niej wolnych —, w innych latach mniejsze; epidemia wygasa zupełnie po dokonaniu prac melioracyjnych, po usunięciu stojących wód i bagien, ale niekiedy wygasa w okolicach, szerzeniu się zimnic sprzyjających, bez znanej przyczyny na dziesiątki lat, a potem pojawia się na nowo. Znanem jest także występowanie sporadycznych przypadków zimnicy (Reckzeh).

Morfologię i biologię pasorzytów zimniczych wyłączam z zakresu niniejszej pracy. Natomiast podam w krótkości podług nowszych badań charakterystykę kliniczną zimnic, kładąc nacisk na różnice pomiędzy ich odmianami, a to

---

[5]) O. Schellong w Weyla „Hdbch. der Hyg.“ tom I, str. 349 mówi: „Alle tropenhygienischen Erörterungen haben daher, soweit sie einen Einfluss auf die Akklimatisation des Europäers ausüben wollen, vorzugsweise nur die Lösung des Malariaproblems zu verfolgen“.

[6]) Angelo Celli pisze: „Zdanie Pliniusza, że latyfundya spustoszyły Włochy *(latifundia Italiam perdidere)*, powinno właściwie brzmieć: zimnica spustoszyła Włochy i pustoszy jeszcze obecnie“.

[7]) Podług Hirscha w indyjskiej prowincyi Madras zmarło na zimnicę w latach 1868—1871: 105,692, 132,346, 151,027 i 193,398 ludzi, w całych Indyach podług Faryera i Mannaberga w r. 1892 około 3 miliony. Mapa rozprzestrzenienia zimnicy, podana przez Mannaberga, uwidocznia olbrzymie rozszerzenie tej morderczej choroby i pozwala domyśláć się, jak wielka jest roczna strata ludzi, przez nią wywołana. — O. Schellong l. c. str. 340—347 podaje także uwagi godne szczegóły o śmiertelności z zimnicy.

[8]) Sprawa pluralizmu pasorzytów zimniczych wydaje się ostatecznie załatwioną od chwili wykrycia rozmaitości form płciowych stale dla każdej z trzech odmian pasorzytów odmiennych. Pluralizm ma za sobą nadto: stałość objawów, przebiegu, rokowania, zejścia, epidemicznego pojawiania się i geograficznego rozmieszczenia każdej odmiany zimnicy. Natomiast teorya jedności pasorzytów nie zgadza się dobrze z ogółem znanych faktów, a na poparcie jej zwolennicy wyszukują rzadkie, wyjątkowe zjawiska, które łatwo wytłómaczyć można zakażeniem wielokrotnem lub mieszanem, tak jak je znajdowali Thayer i Hewetson, Koch, Kunst i inni. Gdyby zaś nadspodziewanie udało się komu udowodnić, iż te odmiany pasorzytów mogą się jedna w drugą przemieniać, to przecież odkrycie to miałoby wartość głównie teoretyczną, nauki zaś praktyczne, zwłaszcza epidemiologia, musiałyby nadal pozostać przy rozróżnianiu trzech odrębnych postaci zimnicy, podobnie jak bywa odróżnianą gruźlica płuc i toczeń (lub n. p. zastrzał *[panaritium]* i zanokcica *[paronychia]*, pomimo iż te odmienne choroby bywają wywołane przez takie same pasorzyty.

[9]) 1845 r.: „Ich muss noch die Bemerkung zufügen, dass man das maligne Sumpfwechselfieber und das einfache Wechselfieber durchaus von einander unterscheiden muss“.

[10]) Postać tę zimnicy większość badaczów nazywa obecnie zimnicą podzwrotnikową *(malaria tropica)*. Nazwa ta jednak jest niewłaściwą dla choroby, szerzącej się gwałtownie dookoła morza Śródziemnego, pod 50° szer. półn. wielokrotnie mikroskopowo wykazanej, a w niektórych epidemiach zimniczych jeszcze dość licznej co najmniej do 54° szer. półn. Niestosowna nazwa wiedzie często mimowoli do fałszywych pojęć i wniosków epidemiologicznych i do błędnych rozpoznań klinicznych. W polszczyźnie można z korzyścią użyć dawnej, obecnie zarzuconej prawie nazwy „bagiennica“, by nią wyłącznie oznaczać ściśle pojęcie *febris aestivo-autumnalis, Sumpfwechselfieber*.

[11]) „Die Ergebnisse der neuesten Forschungen auf dem Gebiet der Malariaepidemiologie“. Archiv der Hygiene, 1904 Tom 49. Na str. 38 podaje autor, iż na kilka tysięcy przypadków badania krwi u zimniczych w ciągu 8 lat tylko 5 razy znalazł duże pasorzyty trzeciaczki łagodnej, w tem 2 razy u osób, które się stamtąd wydalały.

z tego powodu, że tylko objawy kliniczne mogą być sprawdzianem do określenia i rozróżnienia pojawiania się tych odmian w przeszłości i do oceny świadectw historycznych o tej chorobie z czasów, gdy jeszcze pasorzyty nie były znane.

Otóż dwie pierwsze postacie zimnicy, łagodna trzeciaczka i czwartaczka, odznaczają się torem gorączkowym zazwyczaj przerywanym, napady występują w prawidłowych odstępach czasu (co 48. wzgl 72 godzin) i mają prawidłowy, typowy przebieg: napad rozpoczyna się wyraźnym dreszczem (w 97·2% przypadków podług Thayera i Hewetsona), po którym następuje krótki, kilkugodzinny okres gorączkowy i poty. Obok tego znajdujemy zazwyczaj spory obrzęk śledziony i ziemiste zabarwienie skóry. Zmiany te ustępują łatwo przy leczeniu chininowem.

Zimnice łagodne powodują dość często tak zwane napady utajone (*malaria larvata*), z objawami ze strony narządu nerwowego (nerwobole) lub pokarmowego. Wikłają się te postacie zimnic z wszelkiego rodzaju chorobami ostremi i przewlekłemi, przez co wpływają obciążająco na ich przebieg i rokowanie. Gdy dłużej trwają wcale nie leczone, lub leczone niedostatecznie, albo też gdy ponowne zakażenia pasorzytami jednego rodzaju powtarzają się kilkakrotnie u tego samego chorego, wówczas wytwarza się obraz zimnicy przewlekłej, a przy dłuższem jej trwaniu lub częstszych nawrotach, — przewlekłe zapalenie nerek i skrobiawica narządów [12]).

Trzecia postać zimnicy, bagiennica właściwa taka, jak jej obraz kliniczny wyłania się z badań najnowszych, była już opisaną na wiele lat przed odkryciem i rozgatunkowaniem pasorzytów zimniczych, jako odrębna i jednolita postać chorobowa. Szczególnie zwraca uwagę opis Warschauera krakowskiej epidemii zimniczej z r. 1853; autor nie pominął w nim ani jednego znamienia charakterystycznego bagiennicy i do zupełnej zgodności z nowoczesnymi opisami „zimnicy podzwrotnikowej“ *(malaria tropica)* lub „gorączek, wywoływanych przez pasorzyty półksiężycorodne“ (Mannaberg) brakuje Warschauerowi jedynie tylko opisu tych pasorzytów [13]).

Wyróżniające cechy bagiennicy są następujące:

I. Tor gorączkowy jest rozmaity, często u tego samego chorego zmieniający się; spotykamy przypadki z torem codziennym, trzeciaczkowym, czwartaczkowym [14]), 5-, 6- i t. d., 11- i 23-dniowym i t. d.; często tor bywa niejednostajny (nieprawidłowy, *typus irregularis*), jakoteż gorączka zwalniająca i ciągła [15]).

II. Dlatego w statystyce przypadków z przewagą bagiennicy znajdujemy większą względną ilość przypadków z torem codziennym, nieregularnym, gorączką zwalniającą i ciągłą, aniżeli w statystyce przypadków z przewagą zimnic łagodnych.

III. Typowym dla bagiennicy jest tor trzeciaczkowy przedłużony: wysoka gorączka z małem zwolnieniem trwa 20—40 godzin, poczem następuje 8—12(—28) godzinny stan bezgorączkowy. Już Celsus opisuje ten tor i dodaje: *it genus plerique medici ἡμιτριταῖον apellant*. Marchiafava i Bignami wprowadzili dla tego toru nazwę: *typus tertianae malignae*.

IV. Bagiennica zaczyna się często kilkodniową gorączką zwalniającą lub ciągłą, albo też po kilku napadach o torze przerywanym następuje gorączka zwalniająca lub ciągła, kilka dni trwająca, która zazwyczaj po użyciu chininy przechodzi w tor przepuszczający.

V. Napady bagiennicy rozpoczynają się nie dreszczem, lecz nieznacznem ziębieniem (w 71·4% przypadków podług Thayera i Hewetsona); często nawet i ziębienia wcale nie ma.

---

[12]) Że zmiany w nerkach, a zwłaszcza skrobiawica narządów bywa następstwem zimnic łagodnych, wnosimy stąd, iż związek tych chorób spotykają często autorowie, spostrzegający zimnicę w krajach północnych (Hjelt, Axel Key, Frerichs, Duchek, Falęcki, Korczyński, Schramm, Rokitansky i inni, materyał krakowskiego zakładu anatomii patologicznej według dostarczonych mi wypisów), gdy przeciwnie badacze zimnicy w krajach gorących skrobiawicę w następstwie zimnicy spostrzegają rzadko, lub wcale jej nie spostrzegają. Bezpośrednich spostrzeżeń lekarskich o rozwoju chorób następowych z zimnic łagodnych nie ma i nie możemy wymagać, aby były, ponieważ w tym celu należałoby cały szereg chorych spostrzegać klinicznie miesiącami i latami, badać krew, ewentualnie wykonywać sekcye, nie podając im chininy, tak łatwo leczącej chorobę, i zapobiegającej dalszym jej groźnym skutkom. Póki nie znajdą się ochotnicy do tego rodzaju doświadczeń, nie mających zresztą praktycznego celu, musimy zadowolnić się prawdopodobnemi przypuszczeniami. Uwaga ta stosuje się do wielu innych spraw, dotyczących zimnicy w czasach dawniejszych. Nasze pojęcia o niej musimy nieraz uzupełnić hypotezą, ponieważ zarówno dokonana asanacya, jak i wydoskonalone i ułatwione leczenie nigdy i nigdzie już zapewne (bynajmniej zaś pod kontrolą lekarską) nie dozwolą na nagromadzenie się warunków, sprzyjających intenzywnemu i ekstenzywnemu wybujaniu zimnicy w tych rozmiarach, jakie przybierała dawniej.

[13]) Profesor uniwersytetu wileńskiego Józef Frank w dziele p. t. *„Praxeos medicae universa praecepta“* Lipsk 1829. Tom I. Część 1, str. 297—300 (w przypisku) podaje również wierny opis bagiennicy, przydarzającej się na Mołdawii, Wołoszczyźnie, w Bessarabii, Krymie i na Węgrzech. a nazywanej *„Hemitritaeus Daciae“*. Frank pisze, iż przekonał się, że choroba ta nie stanowi odrębnego rodzaju, lecz powinna być zaliczoną do zimnic. „Plurimi medici experti, qui diu in Dacia praxin exercuerunt, de intermittente illius hemitritaei indole me certiorem reddiderunt. Praeterea ipse reliquias hujus morbi saepius Vilnae inter centuriones militum, qui ad exercitum Moldavicum spectarunt, observavi invenique, illas omni sub respectu cum malis a febribus intermittentibus alias relictis, convenire“. Na odwrót możemy stąd wnosić, że wileńskie zimnice za czasów Franka składały się wyłącznie z przypadków postaci łagodnych, za czem przemawiają też wszystkie inne szczegóły opisu tego autora.

[14]) Bagiennica z torem czwartaczkowym dość często u nas się pojawia. Prof. Pareński i Blatteis, jakoteż Rencki w swoich razem 7 przypadkach rodzimej bagiennicy 3 razy zauważyli tor czwartaczkowy, Falęcki z kliniki Dietla oprócz 15 przypadków, które od początku do końca przebiegały jako czwartaczka i 3 przypadków, gdzie początkowa czwartaczka przeszła w tor codzienny, wymienia 38 przypadków, które z początkowej trzeciaczki przeszły w czwartaczkę, i 8 przypadków, które z trzeciaczki przez czwartaczkę przeszły w tor codzienny. W ostatnich 46 przypadkach można domyślać się bagiennicy. Podobnie Canstatt przytacza 2 przypadki trzeciaczki, które przeszły w czwartaczkę, a jeden przypadek trzeciaczki, który przez czwartaczkę przeszedł w piątaczkę (Erlanga). Natomiast w krajach gorących tor czwartaczkowy bagiennicy jest rzadki. Croombie w Indyach w ciągu 22 lat czwartaczkę tylko raz spostrzegał.

[15]) A. Laveran na 136 przypadków bagiennicy z półksiężycami podaje: 47 przypadków zimnicy codziennej, 13 przyp. trzeciaczki, 2 czwartaczki, 2 zimnice nieregularne, 42 z torem nieokreślonym, 10 przyp. gorączki ciągłej i t. d. Thayer i Hewetson na 105 bagiennic: 38 przyp. z torem codziennym przerywanym, 16 z torem codziennym przerywanym, 16 z torem codziennym, skłaniającym się do gorączki ciągłej, 13 z gorączką ciągłą z codziennemi zaostrzeniami, 6 przypadków z torem trzeciaczkowym, 32 z torem nieokreślonym, nieregularnym i bez gorączki. Mannaberg na 50 bagiennic liczył 18 przyp. toru codziennego, 14 trzeciaczkowego, 18 przyp. z torem nieregularnym, gorączką zwalniającą i torem nieokreślonym.

VI. W okresie gorączkowym występują wybitne dolegliwości w zakresie narządu nerwowego i pokarmowego (stąd pochodzą nazwy: *typho-malaria*, *febris gastro-biliaris*).

VII. Okres bezgorączkowy (*stadium apyrexiae*) nie bywa połączony z takiem uczuciem ozdrowienia (euforyą), jak w zimnicach łagodnych. Owszem i w tym okresie pozostaje znaczne osłabienie, ból głowy, bole mięśniowe, brak łaknienia i inne dolegliwości żołądkowe i jelitowe tak, iż chorzy często podmiotowo nie odczuwają różnicy pomiędzy okresem gorączkowym, a bezgorączkowym tej choroby.

VIII. Z powodu znaczniejszego rozpadu ciałek czerwonych rozwija się już we wczesnym okresie choroby wybitna niedokrwistość i żółtawo-gliniaste zabarwienie skóry.

IX. We wczesnych okresach bagiennicy obrzęk śledziony jest mniej znaczny, aniżeli przy równie długiem trwaniu zimnic łagodnych [16]).

X. Gdy w przebiegu bagiennicy (zazwyczaj w czasie nawrotu, często też w przebiegu charłactwa, rzadko w początku choroby) dojdzie do znaczniejszego rozmnożenia się pasorzytów i nagromadzenia ich, jakoteż barwika, pozostałego z ich rozpadu, w naczyniach włosowatych mózgu, płuc lub przewodu pokarmowego, wówczas występują ciężkie, życiu zagrażające zaburzenia czynności tych narządów. Są to tak zwane napady złośliwe (*malaria perniciosa, accès pernicieux*), przydarzające się w teraźniejszych epidemiach w około 5% przypadków bagiennicy. Śmiertelność wśród napadów złośliwych w rozmaitych czasach i miejscach bywała rozmaitą i wynosiła 10—50% [17]).

XI. Przypadki bagiennicy okazują znacznie większą odporność na działanie chininy, aniżeli zimnice łagodne.

XII. Bagiennica odznacza się dlatego szczególną skłonnością do nawrotów i przejścia w stan przewlekły.

XIII. Na tle bagiennicy często wytwarza się charłactwo zimnicze.

XIV. Powikłania bagiennicy z chorobami ostremi i przewlekłemi bywają szczególnie ciężkie.

XV. Bagiennica panuje najgwałtowniej w wielu krajach gorących stale (endemicznie), lecz i w krajach strefy umiarkowanej występuje często obok łagodnej trzeciaczki i czwartaczki. W Europie największe nasilenie bagiennicy, świeże i ciężkie przypadki (napady złośliwe) pojawiają się najliczniej od lipca do listopada (w porze letniej i jesiennej).

Z wymienionych 15 różniczkowych cech bagiennicy w dawniejszych świadectwach o epidemiach zimniczych będziemy poszukiwać przedewszystkiem cechy X i XIII, t. j. wzmianek o napadach złośliwych i o częstości pojawiania się chery zimniczej, gdyż te dwa szczegóły, jako najbardziej wpadające w oczy, mogły najłatwiej być dostrzeżone.

Dla ułatwienia przeglądu właściwości zimnic w różnych okolicach ziemi służą tablice I—III.

Tablica I podaje względny stosunek ilościowy poszczególnych postaci chorób zimniczych w różnych krajach i okazuje, że w krajach strefy umiarkowanej przeważają łagodne postacie zimnicy, im dalej zaś ku południowi (względnie ku równikowi), tem bardziej zwiększa się względna ilość przypadków bagiennicy. Uwzględniając inne okoliczności (zwłaszcza dane, odnoszące się do ogólnej chorobliwości zimniczej) dochodzimy do wniosku, iż także bezwzględna ilość zachorowań na zimnice łagodne w krajach podzwrotnikowych jest zazwyczaj mniejszą, zaś chorobliwość bagiennicza większą, aniżeli w klimacie umiarkowanym.

Dwie następne tablice są ułożone przeważnie na podstawie statystyk dawniejszych. Niektórzy współcześni autorowie, wychodząc z zasady, że „żaden przypadek zimnicy nie powinien być rozpoznawany bez mikroskopowego badania krwi“, wskazują na możliwość błędnych rozpoznań bez użycia tego środka rozpoznawczego i na tej podstawie odmawiają naukowej wartości danym, uzyskanym ze spostrzegania klinicznego zimnic bez wykazania pasorzytów we krwi. „W tem oświetleniu tracą naturalnie owe cyfry z raportów i z praktyki wszelką wartość dla osądzenia epidemiologii zimnicy i byłoby postępowaniem opacznem (verkehrt), gdyby kto chciał z ich pomocą czegokolwiek dowodzić“ (Wilhelm Schüffner [18]).

Idąc dalej w tym kierunku i stosując tę zasadę do innych nauk, musielibyśmy usunąć z zakresu naszego poznania nietylko historyę powszechną, która ma do czynienia z nieprzeliczonem mnóstwem umyślnie nawet fałszowanych świadectw, ale także i historyczną geologię i wszystkie działy wiedzy, nie oparte na bezpośredniem spostrzeganiu i bezwzględnie pewnem stwierdzeniu. Zasada ta jest tylko pozornie umiejętna, a w istocie nie liczy się z dawniejszym i obecnym stanem i rozwojem nauki. Młodzi ci autorowie zapomnieli bowiem o tem, że zimnica nie jest wcale chorobą nową, przez parazytologów dopiero odkrytą, lecz od wieków znaną plagą, a patologia szczegółowa i symptomatologia objawów klinicznych już w pierwszej połowie XVIII wieku (Torti, Werlhof i inni) stała na wysokim stopniu doskonałości, od połowy zaś XIX wieku znajomość jej upowszechniła się pomiędzy lekarzami całego świata, a w badaniach Heschla, Meckla i innych, dowodzących związku zimnicy z czernicą narządów, uzyskała ścisłą podstawę anatomiczno-patologiczną do stwierdzenia tej choroby w przypadkach sekcyjnych. Przy studyach nad zimnicą przekonywamy się na każdym kroku, że wrzekomo nowe odkrycia były już dawniejszym bystrym spostrzegaczom dokładnie znane; byłoby to więc szczególnem ścieśnieniem naukowego pola widzenia, gdybyśmy te świadectwa o przebiegu dawniejszych epidemii zimniczych odrzucili.

Dopóki nie mamy danych statystycznych o zimnicy tak ścisłych, jak tego żądają młodsi autorowie (a może jeszcze długie lata czekać potrzeba na uzyskanie takiego materyału w wystarczającej ilości), musimy się opierać na tych danych, które są najbliższe prawdy, wiedząc dobrze o tem, że matematycznej ścisłości nie posiadają. Lecz pamiętajmy, że błędy rozpoznawcze także i przy badaniu krwi nie są jeszcze w zupełności wyłączone; n. p. obecność pasorzytów we krwi mogłaby skłonić nas często do odnoszenia do zimnicy pewnych objawów, pochodzących ze zgoła odmiennej przyczyny. A zresztą powinniby młodsi autorowie pamiętać

[16]) Weber, który już przed laty spostrzegł pomiędzy innymi V i IX cechę bagiennicy, połączył je w następującem twierdzeniu: „Wielkość obrzęku śledziony stoi w prostym stosunku do czasu trwania okresu ziębienia“.

[17]) O wrzekomem pojawianiu się napadów złośliwych w przebiegu zimnic łagodnych pomówimy później.

[18]) „Die Beziehungen der Malariaparasiten zu Mensch und Mücke an der Ostküste Sumatras“. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 1902. Tom 41, str. 118.

i o tem, że nie wolno stwarzać w nauce ciasnych formułek, ani szablonowo ich stosować, bo to prowadziłoby łatwo do absurdu. Wszak w patologii doświadczalnej w imię ścisłości naukowej żąda się, i słusznie, oprócz badania parazytologicznego jeszcze zabicia i sekcyi zwierzęcia dla bezwzględnie pewnego rozpoznania; ale przecież stosowanie takich „metod“ do epidemiologii ludzkiej weszłoby w kolizyę z kodeksem karnym....

Idąc przeto za przykładem Laverana, Celliego, Kocha, Grawitza i innych, śmiało bierzmy pod rozwagę, — oczywiście *cum grano salis*, — istniejące, przez lekarzy sporządzone wykazy, gdyż usuwając je z pod roztrząsania, podług znanego przysłowia „wylalibyśmy dziecko z kąpielą“ i pozbawilibyśmy się ważnych wiadomości o jednej z największych klęsk, ludzkość trapiących[19]).

Otóż z wynikającemi z tego przedstawienia sprawy zastrzeżeniami przepatrzmy tablicę II, zawierającą zestawienie odsetkowo obliczonych danych statystycznych o przebiegu klinicznym zimnic w rozmaitych krajach. Oczywiście zebrane tu liczby nie są zupełnie wspólmierne i jednostajne, i n. p. zależało w znacznej części od indywidualnych zapatrywań i od dokładności spostrzeżeń autorów, czy spotykane przypadki zimnic z torem trzeciaczki złośliwej zaliczano do toru trzeciaczkowego, czy do codziennego, czy wreszcie do gorączek zwalniających lub ciągłych. Również pojęcie charłactwa zimniczego bywa u różnych autorów rozmaitem[20]), a nawet granica pomiędzy zwyczajnym mocnym napadem bagiennicy, a niektóremi postaciami napadów złośliwych bywa niekiedy mniej wyraźną, zatartą. A przecież wszystkie z tych rozmaitych przyczyn pochodzące nierówności w obliczeniach wydają w ostatecznych wynikach tak małe różnice, iż ta-

[19]) Błędy te rozpoznawcze, jak to wiadomo z osobistego doświadczenia każdemu tegoczesnemu interniście, mogły być popełniane (zwłaszcza w klimacie umiarkowanym) tylko w małym odsetku przypadków; nadto wydarzają się błędy dodatnie i ujemne, to jest pewne przypadki bywają rozpoznane jako zimnica, a w istocie nią nie są; inne zaś istotne przypadki zimnicy nie zostają rozpoznane jako takie, tak że w większych sumach przypadków te 2 rodzaje błędów wzajemnie się niemal znoszą i tem bardziej mogą być w rachubie pominięte.

[20]) Porównaj Mannaberg: „Die Malaria-Krankheiten“ 1899, str. 259.

Tablica I.

Wzajemny stosunek poszczególnych postaci zimnicy, rozpoznawanych na podstawie mikroskopowego badania krwi.

Miejsce	Czas	Nazwisko badacza	Ogólna ilość badanych przypadków zimnicy	W tem na 100 przypadków było: przyp. trzeciaczki łagodnej	przyp. czwartaczki łagodnej	przyp. bagiennicy	przyp. zakażenia mieszanego	Źródło
Kraków	1891—1892	Prof. Pareński i S. Blatteis	73	93·1		6·8	—	Przegląd lekarski, 1892.
Kraków	1896—1899	X. Lewkowicz	446	91·1		8·9	—	Wiener klin. Wochenschrift, 1900.
Wiedeń, Kroacya, Sławonia, Dalmacya, Istrya	1890—1892	J. Mannaberg	146	60·3	5·4	34·2	—	„Die Malaria-Krankheiten“, Wien 1899.
Baltimore (38°50′ sz. p.)	przed r. 1895	Thayer i Hewetson	542	62·3	0·9	34·7	2·0	F. Loeffler: „Die Malaria-Krankheiten“ w „Die deutsche Klinik“, 1903.
Grosseto	1899	R. Koch	408	49·5	3·6	46·8	—	Deutsche medizin. Wochenschrift, 1899.
Rzym, Medyolan, Pawia i t. d.	1898	R. Koch	120	26·6	4·1	65·0*)	4·1	Tamże.
Constantine	przed r. 1902	A. Billet	395	46·1	2·7	51·2	—	Annales de l'Institut Pasteur, 1902.
Ambarawa, Batawia	około r. 1900	R. Koch	51	45	8	47	—	Deutsche medizin. Wochenschrift, 1900.
Indye holenderskie	przed r. 1901	J. J. Kunst	177	44·6	3·4	48·0	4·0	Centralblatt für Bakteriologie, 1904 (ref.).
Chorzy z Indyi zachodnich	przed r. 1900	Nocht (badania dokonane w Hamburgu)	104	40	—	60	—	Jahresberichte ueber die Leistung. u. Fortschr., 1900 (ref.).
Chorzy z Afryki zachodniej	przed r. 1900	Nocht (badał w Hamburgu)	71	11	—	89	—	Tamże.
Afryka wschodnia	?	R. Koch	?	—	—	89	—	Deutsche medizin. Wochenschrift, 1900.

*) Wysoki odsetek przypadków bagiennicy tem się tłomaczy, że badania były dokonane od 11 sierpnia do 2 października 1898 r. t. j. w czasie, gdy przypadki bagiennicy przeważają nad zimnicami łagodnemi.

Tablica II.

Względna częstość poszczególnych postaci klinicznych zimnicy.

Miejsce i czas spostrzeżeń	Lekarz spostrzegający	Ogólna ilość spostrzeganych przypadków zimnicy	Na 100 przypadków zimnicy przypada %: przypadków z torem codziennym	przypadków z torem trzeciaczkowym	przypadków z torem czwartaczkowym	przypadków z torem nieregularnym	przypadków z torem przerywanym	przypadków z gorączką ciągłą	przypadków z gorączką zwalniającą	przypadków napadów złośliwych	przypadków charłactwa zimniczego	przypadków hemoglobinuryi	Uwaga	Źródło
Meldorf (54° 5′) 1842—1863	Michaelsen	6.896	25·2	60·7	13·7	—	—	—	—	0·1	—	—	W liczbie przypadków z torem czwartaczkowym zawarte są 0·8% postaci *quartana duplex*.	Beiträge zur Medizinal-Statistik, 1878.
Wilhelmshaven (53° 30′) 1861	Brunner	2.318	20·8	25·6	7·6	—	—	—	46·0	—	—	—		Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde, 1870.
Wilhelmshaven (53° 30′) 1863	Benetsch	1.853	24·6	62·5	7·2	—	—	—	5·9	—	—	—		Tamże.
Wilhelmshaven (53° 30′) 1858—1869	Stephani, Brunner, Benetsch, Wenzel	17.810	28·0	50·0	8·4	—	—	—	13·6	—	—	—		Tamże.
Toruń (53°) 1896—1901	Claus	51	31·3	58·8	3·9	—	—	—	—	—	—	—		Deutsche militärärztliche Zeitschrift, 1903
Mikołów (50° 10′) przed r. 1850	Deutsch	?	20	75	5	—	—	—	—	—	—	—		Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde, 1851
Praga (50° 5′) szpital powszechny 1845—1848	Finger	211	—	—	—	—	—	—	—	0·94	—	—		Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde. 1849.
Kraków (50° 4′) szpital św. Łazarza 1804—1807	Kilian	289	38·7	48·7	12·4	—	—	—	—	—	—	—		Annalen der Heilkunde auf das Jahr 1812.
Kraków klinika wewnętrzna 1851—1864	Prof. Dietl	213	30·9	24·4	34·4	3·3	—	3·7	—	(2·8)	—	—	Odsetek napadów złośl. (9) obliczony w stosun. do całkowitej ilości leczonych chorych (320).	Przegląd lekarski, 1866.
Kraków szpital św. Łazarza 1872	Prof. Korczyński	225	—	—	—	—	—	—	—	—	5·3	—	12 przyp. chery zimniczej	Przegląd lekarski, 1873.
„	„	189	61·9	15·8	9·5	—	—	—	sub continua 3·1	—	—	—		Tamże.
Kraków klinika wewnętrzna 1874—1879	„	601	—	—	—	—	—	—	—	—	35·6	—	214 przyp. chery zimniczej.	Przegląd lekarski, 1881.
Krakow oddział I A szp. św. Ł 1891—1892	Prof. Pareński i Blatteis	81	29·6	32·0	13·5	—	—	7·4		—	2·4	—		Przegląd lekarski 1892
Kraków szpital św. Ludwika 1896—1899	Doc. Lewkowicz i Prof. Ciechanowski	109	—	—	—	—	—	—	—	1·8	—	—	2 przyp. napadów złośliwych śmiertelne.	Wiener klinische Wochenschr., 1900.
Szpitale komendy wojskowej krakowskiej 1871—1883	—	11.014	—	—	—	—	—	—	—	—	3·3	—	373 przyp. chery zimniczej.	Militär-statistische Jahrbücher.
Szpitale komendy wojskowej krakowskiej 1880—1882	—	około 1571	34·9	52·3	4·8	—	—	—	—	—	—	—		Tamże.
Moszczany (50°) 1895—1898	Grossek	około 2500	—	—	—	—	—	—	—	0·44	—	—	11 przyp. napadów złośliwych.	

Lwów (49° 50') 1855—1856	Prof. Duchek	839	—	—	—	—	—	—	—	0·34	—	—	3 przyp. napadów złośliwych.	Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde, 1858.
Szpitale lwowskiej generalnej komendy 1871—1883	—	14.367	—	—	—	—	—	—	—	—	2·4	—	351 przyp. chery zimniczej.	Militär-statistische Jahrbücher.
Szpitale lwowskiej generalnej komendy 1880—1882	—	około 2.496	24·0	71·0	2·6	—	—	—	—	—	—	—		Tamże.
Erlanga (49° 36') 1848—1849	Prof. Canstatt	151	—	—	—	—	—	—	—	3·9	—	—	6 przyp. napadów złośliwych.	Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde, 1850.
Tybinga (48° 31') około r. 1860	Prof. Griesinger	414	29·2	64·9	0·7	5·0	—	—	—	—	—	—		A. Laveran: Traité du paludisme, 1898. (L. T. P.)
Wiedeń (48° 13'), Istrya, Dalmacya, Kroacya, Sławonia 1890—1892	Mannaberg	146	41·7	40·4	5·5	—	—	—	—	—	—	—		Mannaberg: Die Malaria Krankheiten, 1899 (M. M. K.).
Banat (45°—46°) okręg górski 1854—1860	Weinberger	1.262	34·86	44·84	13·31	6·97	—	—	—	—	—	—		Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde, 1862.
Austryackie szpitale wojskowe 1879—1893	—	70.688	42·8	49·6	3·2	4·1	—	—	—	—	—	—		Militär-statistische Jahrbücher.
Austryackie szpitale wojskowe 1871—1883	—	280.807	—	—	—	—	—	—	—	—	3·2	—	9098 przypadków charłactwa zimniczego.	Tamże.
Rzym (41° 54') wojsko francuskie 1864	M. L. Colin	?	—	—	—	—	—	—	—	3·8	—	—		L. T. P.
Rzym, chorzy cywilni w szpitalu San Spirito 1864	„	?	—	—	—	—	—	—	—	4·7	—	—		L. T. P.
Rzym, szpitale rzymskie 1892—1898	Ballori	33.837	—	—	—	—	—	—	—	0·97	—	—	330 przyp. napadów złośliwych.	A. Celli: Die Malaria, 1900.
Agrinion (38° 36') (w przeciągu 6 lat)	Theophanides	2.474	58·8	19·8	2·9	—	—	9·5	—	—	—	—		L. T. P.
Ateny (37° 59') przed r. 1888 (szp. wojskowy, chorzy z 5 lat)	Pampoukis	14.396	—	—	—	—	97·4	0·7	—	0·08	1·6	0·09		L. T. P.
Catania (37° 30') 1893—1895	Galvagno	1.022	—	—	—	—	—	—	—	0·3	—	—		M. M. K.
Philippeville (36° 55') przed r. 1848	E. Collin	6.636	53·0	13·8	0·8	4·5	—	—	27·6	—	—	—	W odsetku z. codz. zawarte: 0·3% quotid. dupl., w % trzeciaczek: 0·1% tert. dupl., w % czwartaczek: 0·1% quart. dupl.	L. T. P.
Bône (36° 54') przed r. 1847	Maillot	3.586	66·3	31·1	2·5	—	—	—	—	—	—	—		Canstatt: Handbuch der medic. Klinik Erlangen, 1847.
Constantine (36° 22') 1880—1882 (szpital wojskowy)	A. Laveran	1.059	—	—	—	—	93·0	6·9	—	(2·5 do 2·8)	—	—		L. T. P.
Senegal (załoga) 1863—1872	Borius	(około 14.600)	—	—	—	—	—	—	—	4·1	—	—		M. M. K.
Kamerun około r. 1892	F. i A. Plehn	?	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8·3 do 11·7		M. M. K.
Nossi-Comba (sanatoryum) przed r. 1897	Malinas	1.750	75·8	1·1	0·1	—	—	2·8	4·8	0·6	14·4	—		L. T. P.
Nam-Dinh (Tonkin) szpital wojskowy przed r. 1887	Morand	119	—	—	—	—	87·4	—	12·6	—	—	—		L. T. P.
Lahora	Burton Brown	?	95	3	—	—	—	—	—	—	—	—		M. M. K.
Bengalia przed r. 1856	Waring	53.753	95·4	3·9	0·7	—	—	—	—	—	—	—		M. M. K.
Guatemala przed r. 1895	Echeverria	2.341	74·4	9·0	1·2	1·3	—	2·4	—	5·0	3·4	—		L. T. P.

Tablica III.

Chorobliwość i śmiertelność zimnicza.

L. p.	Miejsce	Czas spostrzeżeń	Wyszczególnienie jakości i ilości spostrzeżeń	Na 1000 chorych na zimnicę zmarło (‰)	Na 1000 osób spostrzeganej ludności zmarło na zimnicę (‰)	Źródło
1	Radzymin	1854	Thugutt spostrzegał około 511 przypadków zimnic, w tem 4 przypadki śmierci wśród napadów złośliwych.	7·8	—	Tygodnik lekarski, 1854.
2	Walcheren	1809	Pomiędzy 39.219 żołnierzami armii angielskiej było 26 846 przypadków zimnicy, łącznie z nawrotami (685‰); zmarło 4.175.	155·5	106·4	A. Laveran: Traité du paludisme, 1898 (L. T. P).
3	Bain (w dep. l'Ille et Vilaine)	1873	W gminie B. mającej 4 266 mieszkańców dr Blanche notował 1.866 (437·4‰) przypadków zimnicy, w tem: 303 mężczyzn, 596 kobiet, 967 dzieci. Z tego zmarło 50 osób (w tem 25 dzieci).	26·7	11·7	Mannaberg; Die Malaria-Krankheiten, 1899 (M. M. K.).
4	Francya	1889	W wojsku Francyi europejskiej było 863 przypadków zimnicy i 5 przypadków śmierci: 2 w przebiegu gorączki zwalniającej, jeden wśród napadu złośliwego, 2 z charłactwa zimniczego.	5·7	—	L. Catrin: Le paludisme chronique (C. P. C.).
5	Praga	1845—1848	Na I oddziale wewnętrznym szpitala powszechnego leczono 211 przypadków zimnicy, w tem 1 miał przebieg śmiertelny.	4·7	—	Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde. 1849.
6	Kraków	1844—1868	W szpitalu izraelickim leczono 1.832 chorych na zimnicę, z których 16 zmarło.	8·7	—	Przegląd lekarski, 1869.
7	„	1851—1864	Na klinice wewnętrznej prof. J. Dietla wśród 221 chorych zimniczych zmarło 25.	113·1	—	Przegląd lekarski, 1866.
8	„	1872—1873	Na oddziale chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza prof. Korczyński leczył 573 osób na zimnicę, z których 8 zmarło.	13·9	—	Przegląd lekarski, 1873 i 1875.
9	„	1874	W klinice pedyatrycznej prof. Jakubowski leczył 52 dzieci zimniczych, z których 14 zmarło.	269·2	—	Przegląd lekarski, 1875.
10	„	1896—1899	W szpitalu św. Ludwika doc. Lewkowicz stwierdził mikroskopowo zimnicę u 109 chorych; z pomiędzy tej liczby u 2 dzieci zmarłych stwierdzono przy sekcyi zimnicę jako jedyną przyczynę śmierci.	18·3	—	Wiener klinische Wochenschrift, 1900.
11	Lwów	1855—1856	Na klinice i oddziale szpitalnym prof. Ducheka leczono na zimnicę 859 chorych (33·6% ogólnej liczby chorych 2.560); zmarło 152.	176·9	—	Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde. 1858.
12	Galicya	1873—1878	W szpitalach wojskowych komendy lwowskiej i krakowskiej leczono 15.239 przypadków zimnicy (2 zmarło) i 452 przypadków charłactwa zimniczego (12 zmarłych); razem 15.691 przypadków zimnic i 14 zmarłych.	0·8	—	Militär-statistische Jahrbücher (M. S. J.).
13	„	1894—1903	W szpitalach wojskowych I. krakowskiego, X. przemyskiego i XI. lwowskiego korpusu armii austryackiej leczono 6 650 przypadków zimnic, z tego zmarło 28.	4·2	—	M. S. J.
14	Wiedeń	1856	W szpitalu filialnym leopoldstadzkim leczył F. Scholz 65 robotników kolejowych linii Mohács-Fünfkirchen, chorych na zimnicę, z tego zmarło 8 chorych wśród napadów ostrych, 8 z charłactwa, razem 16.	246·1	—	Ref. w Vierteljahrschr. für prakt. Heilkunde. 1858.
15	Austrya	1873—1878	W szpitalach wojskowych całej armii leczono 138.068 przypadków zimnic (51 zmarłych) i 4 798 przypadków charłactwa zimniczego (79 przypadków śmierci); razem 142 866 przypadków zimniczych, a 130 przyp. śmierci.	0·9	—	M. S. J.

L. p.	Miejsce	Czas spostrzeżeń	Wyszczególnienie jakości i ilości spostrzeżeń	Na 1000 chorych na zimnicę zmarło (‰)	Na 1000 osób spostrzeganej ludności zmarło na zimnicę (‰)	Źródło
16	Austrya	1894—1903	W szpitalach wojskowych całej armii leczono 29.758 przypadków zimnic, z tego zmarło 91.	3·0	—	M. S. J.
17	Rzym	1896	W szpitalach Rzymu leczono 4,665 chorych zimniczych.	7 75	—	A. Celli: Die Malaria nach d. neuesten Forschungen, 1900 (A. C. M.).
18	Włochy	1888—1897	Na około 11 milionów mieszkańców gmin zapowietrzonych umierało rocznie średnio 15.407 osób na zimnicę.	—	1·4	A. C. M.
19	„	1895	W szpitalach wojskowych włoskich leczono 4 856 chorych na zimnicę, z tego zmarło 13.	2·8	—	L. T. P.
20	Półwysep bałkański	1877—1878	W czasie wojny rosyjsko-tureckiej rosyjska armia naddunajska miała 140.000 przypadków zimnicy i 1.092 zmarłych.	7·7	—	L. T. P.
21	Grecya	przed r. 1887	Podług Pampoukisa chorobliwość zimnicza tak w szpitalu wojskowym ateńskim, jakoteż i w całej Grecyi wynosi $^1/_3$ wszystkich przypadków chorób (chorobliwości ogólnej) Śmiertelność napadów złośliwych wynosi: 214‰; śmiertelność ogólna zimnicza:	0·4	—	M. M. K
22	Bône	1832	W szpitalu wojskowym było 4.033 przypadków zimnic i 449 zmarłych.	111·3	—	C. P. C.
23	„	1833	Na 5.500 żołnierzy francuskiej załogi miano w szpitalu 6.074 przypadków zimnic (1104·3‰) i 1.526 przypadków śmierci.	251·2	277·4	L. T. P. i C. P. C.
24	„	1834—1835	M. Maillot obejmuje kierownictwo szpitala wojskowego: ma 11.593 chorych zimniczych i 538 przypadków śmierci.	46·4	—	C. P. C.
25	Constantine	1879—1883	A. Laveran w szpitalu wojskowym leczył 1.310 chorych na zimnicę; z tego zmarło 6.	4·5	—	L. T. P.
26	Algier	1890—1894	Armia francuska wykazuje 137·2‰ przeciętnej rocznej chorobliwości zimniczej, a w tych 5 latach 530 przypadków śmierci z zimnicy (223 = 43·9% z napadów złośliwych, 99 = 18·6% z gorączki zwalniającej, 198 = 37·3% z charłactwa).	10·7	1·48	L. T. P.
27	Senegal	około r. 1897	Marchoux leczył 347 chorych na zimnicę, z tego zmarło 3 (wśród napadów złośliwych).	4·5	—	Annales de l'Institut Pasteur, 1897.
28	Diego Suarez (Madagaskar)	1888	Cartier leczył 1.024 przypadków zimnic, z tego zmarło 4.	3·9	—	M. M. K.
29	Madagaskar	1895	Wojsko francuskie utraciło 6.000 ludzi, zmarłych przeważnie wskutek zimnicy.	—	250·0	L. T. P.
30	Günük (w Małej Azyi)	1842	Na 153 członków wyprawy naukowej do doliny Xanthus zachorowało na zimnicę 104 (679·7‰), 10 zmarło a 21 pozostało nieuleczalnymi.	96·1	65·3	M. M. K.
31	Formoza	1900—1902	Mine podaje, że armia japońska na Formozie miała w latach 1900—1902: 2.224 14, 1.732 10 i 1 132·02‰ chorobliwości zimniczej (średnio: 1.696·08‰) i 20 02, 11·19 i 7·32‰ rocznej śmiertelności.	7·5	12 84	Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde 1904. I Abt
32	„	w I półroczu r. 1903	Armia japońska wykazuje już tylko 256·52‰ chorobliwości, a zmniejszenie chorobliwości autor przypisuje zaprowadzeniu welonów, rękawiczek, ram z gazy i wykurzaniu widliszów.	2·7	0·7	Tamże.
33	Bengalia	przed r. 1856	Z 53 753 europejczyków chorych na zimnicę zmarło 660 (Waring).	12·2	—	M. M. K
34	Indye	1892	Z pomiędzy 64.137 żołnierzy angielskich liczono zimnicy 34.433 przypadków (536‰) z tego zmarło 98.	2·8	1·5	M. M. K.

blica nasza uwidocznia doskonale, zgodnie z wyżej podanemi ścisłemi spostrzeżeniami klinicznemi i epidemiologicznemi, stałą i prawidłową zależność epidemicznego charakteru zimnic od położenia geograficznego. Mianowicie, analogicznie do powyżej określonych charakterów bagiennicy i jej częstości w rozmaitych strefach (por. str. 399, odsyłacz 14 i 15 i str. 400 ustęp XV) widzimy tutaj, że względna częstość toru codziennego w krajach gorących podnosi się do 95·4%, w klimacie umiarkowanym zaś spada aż do 20% wszystkich nadarzających się przypadków zimnic; przeciwnie częstość toru trzeciaczkowego i czwartaczkowego wzrasta wraz z oddaleniem od równika.

Od tego prawidła w niektórych epidemiach napotykane wyjątki (Wilhelmshaven 1861 [21]), Kraków 1851—1864, Kraków 1872) tłómaczą się tem, iż podówczas spostrzegano stosunkowo liczniejsze przypadki bagiennicy, a na uzasadnienie tego twierdzenia co do wymienionych epidemii później dalsze przedłożę dowody

Podobnie też wykazane w tablicy II ilości przypadków z gorączką ciągłą i zwalniającą w strefie umiarkowanej, tylko w niektórych epidemiach, wobec stosunkowo częstszej bagiennicy, okazują się dość spornymi. Gdy zaś porównamy liczby, oznaczające częstość bagiennicy z tablicy I, ze względną częstością napadów złośliwych, podaną w tablicy II, przekonamy się, że w czasach nowszych we wszystkich okolicach świata napady złośliwe pojawiają się ze szczególnie stałą i prawidłową częstością, mianowicie 1 przypadek napadów złośliwych przypada na około 20 przypadków bagiennicy, i tak: w krajach podzwrotnikowych napady złośliwe występują w 4·1—5·0% na 89—100% (Kamerun) bagiennicy; w Algierze mamy 2·5—2·8% napadów złośliwych (A. Laveran), a 51·2% przypadków bagiennicy (A. Billet); w Galicyi: 0·34—0·44% napadów złośliwych na 6·8—8·9% bagiennicy.

Najwyższą stosunkowo częstość napadów złośliwych w naszych tablicach wykazują przypadki krakowskie doc. Lewkowicza (1 : 13), a okoliczność ta wyjaśnia się tak, że Lewkowicz spostrzegał zimnicę u dzieci, inni zaś przytoczeni badacze wyłącznie lub przeważnie u dorosłych.

Mała ilość napadów złośliwych, spostrzeganych w Atenach przed r. 1888, w Katanii (1893—1895) i w Nossi-Comba (miejscowości, położonej na górzystem północno-zachodniem wybrzeżu Madagaskaru) przed r. 1897, pozwala przypuszczać, że w owych epidemiach bagiennica występowała stosunkowo mniej licznie, niż zazwyczaj w tych okolicach świata [22]) Wysokie zaś stosunkowo liczby, podane z Pragi 1845—1848, z Krakowa 1851—1864 i z Erlangi 1848—1849 tłómaczą się nietylko większą względną częstością bagiennicy wśród wymienionych epidemii, ale także tem, iż wobec owoczesnego stanu kultury (dbałości o własne zdrowie, zaufania do lecznictwa ze strony chorych), wobec dawnego szablonu leczniczego lekarzy, jakoteż wysokiej ceny chininy przypadki bagiennicy bywały wtedy więcej zaniedbywane i gorzej leczone, tak iż napady złośliwe wówczas mogły wydarzać się znacznie częściej w porównaniu z ogólną ilością przypadków bagiennicy, aniżeli się to dzieje obecnie.

Otóż ta prawidłowość częstości napadów złośliwych wśród obecnych stosunków kulturalnych prowadzi do wniosku, że podobnie, jak R. Koch stwierdził postaciową tożsamość pasorzytów bagiennicy podzwrotnikowej z pasorzytami bagiennicy europejskiej (włoskiej), tak też podobnym jest i jej przebieg kliniczny, a mianowicie złośliwość bagiennicy jest w klimacie umiarkowanym w przybliżeniu równie wysoką, jak w krajach gorących, aczkolwiek podług K. Däublera [23]) i A. Plehna [24]) napady bagiennicy (rodzimej, jakoteż nabytej w okolicach podzwrotnikowych) przebiegają w strefie umiarkowanej nieco mniej gwałtownie, a może też i są łatwiej uleczalne.

Charłactwo zimnicze widzimy w tablicy II zapisywane w granicach 1·6—5·3%, w Austryi, Grecyi i Guatemali; wyższą cyfrę, 14·4%, podaje Nossi-Comba, najwyższą (35·6%) klinika prof. Korczyńskiego z lat 1874—1879 prawdopodobnie dlatego, że zaliczono tu do charłactwa także wszystkie przypadki lżejszej niedokrwistości i małego stopnia wychudnienie, towarzyszące zimnicy.

Tablica III usiłuje przedstawić obraz chorobliwości i śmiertelności zimniczej w rozmaitych czasach i miejscach u ludności pochodzenia europejskiego (z wyjątkiem spostrzeżeń 31 i 32). Przeważnie (oprócz: 1, 3, 18, 30 i 33) są to spostrzeżenia, poczynione w klinikach i szpitalach, cywilnych i wojskowych, a przeto, o ile zwłaszcza dotyczą wojska (2, 4, 12, 13, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 26, 29, 31, 32, 34) nadają się bardzo dobrze do porównywania, bo obejmują część ludności tego samego wieku i sposobu życia, a zarazem znajdującą się w jednostajnych warunkach co do dostarczania pomocy leczniczej Przytaczane tu dane o śmiertelności mogą być uważane z tego względu za dostatecznie pewne, iż już od połowy XIX wieku niemal każdy przypadek tu wyliczony, bywał stwierdzony sekcyjnie.

Niemniej przeto (podobnie jak w tablicy II) cyfry tu podane nie są zupełnie jednostajne i równoważne; w niektórych bowiem spostrzeżeniach (1, 10, 27) wzięto w rachubę tylko przypadki śmierci z napadów złośliwych, w innych zaś wliczono nadto w mniejszym lub większym zakresie przypadki śmierci z następstw i powikłań zimnicy (n. p. 7, 9, 11). Te ostatnie obliczenia, przedstawiające całkowitą utratę, wynikającą z zakażenia zimniczego, są dla epidemiologii szczególnie ważne [25]).

---

[21]) Daty zimnic codziennych tej epidemii okazują się wysokie dopiero w porównaniu z ilością toru trzeciaczkowego (20·8 : 25·6); w innych epidemiach stosunek ten wynosi około 1 : 2.

[22]) Dotychczasowe badanie nie wykazało różnic jakościowych pomiędzy własnościami biologicznemi pasorzytów zimniczych w rozmaitych epidemiach, więc przypuszczenia, jakoby pewne pokolenia plazmodyów bagienniczych, odpowiadające poszczególnym epidemiom, miały większą lub mniejszą żywotność i zdolność liczniejszego lub mniej licznego mnożenia się w ustroju ludzkim, albo też większą lub mniejszą jadowitość, nie mają wcale żadnej naukowej podstawy, a przeto do wyjaśnienia przytoczonych w tekście okoliczności posłużyć nie mogą. Owszem, wszystkie te wyniki badań przemawiają za tem, że cechy i własności w gatunku tych pasorzytów są bardzo trwale ustalone.

[23]) „Zur Kenntniss der ostindischen Malariaparasiten mit Vergleichen zu den Malariaparasiten anderer Länder". Berl. klin. Wochenschrift, 1898.

[24]) L. c. str. 28. Jednakowoż Plehn (l. c. str. 34) przytacza przypadek u oficera marynarki, który wkrótce po powrocie z Kamerunu, dopiero w Niemczech poraz pierwszy zachorował na bagiennicę i zmarł wśród ostrego jej napadu.

[25]) Podobnie epidemiologia podaje wszystkie przypadki śmierci,

Dwa tylko spostrzeżenia (10 i 27) zawierają wyłącznie przypadki zimnicy, stwierdzonej mikroskopowem badaniem krwi; przekonywamy się, że liczby tu podane nie wiele odskakują od liczb, uzyskanych bez takiego badania (1).

Wśród spostrzeżeń III tablicy uwidocznia się przedewszystkiem znakomity postęp w leczeniu zimnicy dokonany w ciągu XIX w. Gdy armia angielska, dotknięta zimnicą w Holandyi w r. 1809, została zdziesiątkowaną (106·4‰ śmiertelności), to w r. 1892 śmiertelność z zimnicy wśród żołnierzy angielskich w Indyach, wynosi już tylko 1·5‰, więc jest 70 razy mniejszą (sp. 2 i 34). Tę ochronę życia ludzkość zawdzięcza z jednej strony pogłębieniu wiadomości z zakresu patologii i symptomatologii zimnic, z drugiej zaś strony udoskonaleniu zapobiegania i leczenia, zwłaszcza odkąd przez Pelletiera i Caventou (1820) odkryty czysty alkaloid chininy wprowadzono do lecznictwa. Działanie to zdobyczy wiedzy, objawiające się w przełomowy sposób, widzimy w spostrzeżeniach 22—24, które A. Laveran objaśnia w następujących słowach:

„Należy wyznać, iż w początkach podboju Algieru nasi lekarze, przesiąknięci ideami Broussaisgo[26]) i nie znający innych postaci zimnicy oprócz gorączek przerywanych, nie umieli dobrze posługiwać się chininą. Maillot zdołał szczęśliwie zreformować ich wadliwe leczenie; on dopiero wskazał, że gorączki ciągłe zimnicze tak samo podpadają leczeniu chininowemu, jak i gorączki przerywane, a dobre wyniki tej reformy niezwłocznie się ujawniły; śmiertelność, która przedtem w szpitalu w Bône wynosiła 1:3, spadła nagle na 1:20“. Catrin dodaje: „W tych 2 latach (1834 i 1835) w porównaniu z 2 latami poprzednimi było o 856 chorych więcej, a o 1437 zmarłych mniej“.

Do szeregu dat, wyświetlających dawniejszą chorobliwość i śmiertelność zimniczą, należą spostrzeżenia: 1, 5, 6, 7, 11, 14, 30 i 33.

Dane, przywiedzione z Algieru (22—26), okazują, że chorobliwość zimnicza, która po zawojowaniu tego kraju zrazu (1833) wynosiła 1104·3‰ (a śmiertelność 277·4‰), z biegiem czasu, gdy wojsko europejskie nauczyło się przystosowywać do miejscowych warunków, obniżyła się na 137·2‰ (ze śmiertelnością 1·48‰). Podobne zjawisko olbrzymiej chorobliwości i śmiertelności spotykamy nierzadko wśród wojsk północnych, wysyłanych w głąb południowych krajów, będących siedliskami zimnicy. W r. 1895 wojsko francuskie, wysłane na zdobycie Antananariva, traci z zimnicy ¼ część żołnierzy; królowa Ranavalo szczyciła się, iż „zimnica jest jej najpierwszym generałem“ (Mannaberg) (sp. 29). Podobnie Japończycy na Formozie, zrazu trapieni zimnicą o chorobliwości 2224·14‰ i 20·02‰ śmiertelności, zdołali już w przeciągu 4 lat chorobliwość 4½ razy, a stosunkową śmiertelność 3 razy umniejszyć (sp. 31 i 32). Anglicy, nauczeni dawnemi stratami (Walcheren, wyprawa na Nigrze 1841)[27]), najlepiej posiedli umiejętność aklimatyzacyi: gdy w pierwszym roku okupacyi Cypru (1878) z powodu zimnicy mieli śmiertelność wojska 40·27‰, wówczas przenieśli obóz na górę Troados i śmiertelność spadła na 5‰ (A. Laveran). W wyprawie na Wybrzeże Złote (1874) („The doctor's war“) i w wyprawie do państwa Aschanti 1895 potrafili swe wojska tak ubezpieczyć, iż chorobliwość zimnicza była znikomo małą (Mannaberg).

Włoska armia wykazuje 2·8‰ śmiertelności śród zimniczych (19); gorszą statystykę ma armia austryacka, 3·0‰ (16), a wśród jej wojsk pośledniejsze miejsce zajmują korpusy galicyjskie (13) ze śmiertelnością 4·2‰, więc o połowę gorszą, niż śmiertelność wojsk angielskich w Indyach, a japońskich na Formozie[28]).

Pochodzi to stąd, że zimnica, w której mało kto podejrzywa kryjące się pod tą nazwą postacie „podzwrotnikowe“, bywa w naszem państwie lekceważona i niedostatecznie leczona.

Różnica pomiędzy datami 12 i 15, a 13 i 16 nie pochodzi wcale z różnicy w ciężkości przypadków, lecz wynika z odmian w sposobie prowadzenia statystyki: mianowicie w latach 1873—8 (i do 1893) układano wykazy podług rozpoznań końcowych, więc umieszczone tu cyfry śmiertelności (0·8 i 0·9‰) odnoszą się niewątpliwie, odpowiednio do pojęć lekarzy wojsk austryackich, do przypadków śmierci z zimnicy niepowikłanej (więc głównie do śmierci z napadów złośliwych, czy to wśród ostrej zimnicy, czy to w przebiegu charłactwa zachodzących), których na podstawie wyniku sekcyi już żadną miarą nie można było wtłoczyć do innej rubryki przyczyn śmierci. Przeciwnie w latach 1894—1903 wykazy polegają na rozpoznaniach przy przyjęciu chorych żołnierzy do szpitali[29]), zawierają przeto w sobie także przypadki śmierci z właściwych następstw i powikłań zimnicy, lepiej przeto oddają jej oddziaływanie na śmiertelność.

Spostrzeżenia 3, 8, 9 i 10 pouczają, że także w czasach nowszych w okolicach, dalej ku północy wysuniętych, zimnica w niektórych epidemiach może sprawiać zniszczenie takie samo lub większe, jak w krajach południowych (17, 18, 21, 25, 27, 28, 33).

W epidemii w Bain (3) ujawnia się szerzenie zimnicy pośród dzieci tak samo gwałtowne, jak to Koch w podzwrotnikowych stwierdził krajach; groźność tej choroby dla dzieci w naszym klimacie odsłaniają dane, podane przez prof. Jakubowskiego (9). Liczba ta (269·2‰ śmiertelności dzieci zimniczych), obejmująca wszystkie przypadki śmierci z powikłań i następstw zimnicy, lepiej odpowiada istotnemu stanowi rzeczy, niż spostrzeżenie 10. Dostarczone mi bowiem wypisy z materyału krakowskiego zakładu anatomii patologicznej okazują, iż w czasie o rok krótszym, niż to 10 spostrzeżenie obejmuje (t. j. w ¾ r. 1896, 1897 i 1898) wydarzyło się w szpitalu św. Ludwika około 46 przypadków śmierci wśród następstw i powikłań zimnicy.

Wreszcie z naszych zestawień zdaje się wypływać, iż śmiertelność z powodu napadów złośliwych bagiennicy bywa w krajach gorętszych stosunkowo znaczniejszą, zaś w kra-

wkutek duru brzusznego się zdarzające, a jest rzeczą podrzędniejszej wagi, jak wielka ilość zmarłych uległa bezpośrednio zakażeniu durowemu, ilu zaś zmarło skutkiem krwotoku kiszkowego, zapalenia otrzewnej lub przyłączającej się ropnicy.

[26]) Tak zwanym „wampiryzmem“; patrz rozprawę Ad. Langiego p. t. „Rozwój medycyny francuskiej w ubiegłych stu latach“. Przegląd lekarski, 1905.

[27]) Griesinger w Virchowa: „Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie“. Tom II, część 2. Erlangen 1897, str. 49.

[28]) Przewyższa ją tylko śmiertelność armii rosyjskiej naddunajskiej (20) i śmiertelność armii algierskiej (26) liczbami; 7·7 i 10·7‰, lecz pierwsza była na bojowej stopie, druga zaś ma wśród przypadków zimnicy do 3 razy więcej bagiennicy.

[29]) Patrz Milit.-stat. Jahrb. 1894. Str. 152, ust. 2.

jach strefy umiarkowanej przeważa śmiertelność z charłactwa zimniczego, następstw i powikłań zimnicy. Mianowicie w wojsku francuskiem w Algierze w latach 1890—1894 było na 100 przypadków śmierci skutkiem zimnicy: 37·3% zmarłych skutkiem charłactwa zimniczego, a 62·7% na zimnicę ostrą, więc w stosunku 1:2; przeciwnie w wojsku austryackiem w latach 1873—1877 stosunek ten był odwrotny, 69·1, 30·9%, czyli 2:1.

Okoliczność ta wymaga jednak jeszcze dokładniejszego sprawdzenia na dalszych liczniejszych spostrzeżeniach, gdyż dotąd nie mamy żadnych wskazówek co do liczebnej utraty wskutek następstw i powikłań zimnicy w krajach gorących.

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

Doświadczalne przyczynki do nauki o śmierci z utonięcia.

Podał

Prof. Dr L. Wachholz.

(Dokończenie.)

Jakkolwiek już z wywodów powyższych wynika dowodnie, że podniesione przez Marguliesa przeciw nam zarzuty są bezpodstawne, bo oparte na nieznajomości oryginału naszej pracy mimo ogłoszenia jej w całości w języku niemieckim, a dalej, że tonący wciąga do płuc płyn topielny przeważnie w okresie duszności, nie wahałem się podjąć nowych doświadczeń w sposób, zastosowany przez Marguliesa, aby wyczerpać wszelkie środki dowodowe, za lub przeciw naszym poprzednim twierdzeniom świadczące.

Wykonałem tedy dwa doświadczenia na królikach tego samego miotu, przed doświadczeniem dokładnie zważonych, które następnie utopiłem w basenie z wodą, zabarwioną silnie błękitem metylenu ($\Delta = -0·5$) w ten sposób, że pierwszy z nich pozostał we wodzie aż do chwili, gdy się oddechy końcowe przez 3 minuty przestały pojawiać, zaś drugiemu zacisnąłem silnie szyję zapomocą pętli na schyłku okresu duszności, jednak jeszcze wśród jego trwania, poczem go z wody zaraz wydobyłem i śmierci jego poza basenem odczekałem. Utopienie było dokonane w ten sposób, że zwierzęta wrzucano do pełnego wody basenu bez wiązania ich i bez obciążania ich odnóży ciężarami, poczem przykrywano basen szklany taką samą pokrywą. W ten sposób uczyniono zadość wszelkim wymogom Marguliesa i to w wyższym jeszcze stopniu, niż on sam w swych doświadczeniach, gdyż obciążał zwierzętom ciężarami tylne odnóża. Tak więc mogły oba króliki korzystać ze swobody ruchów w okresie obrony.

Obu królikom oznaczyłem Δ_1 krwi z tętnicy szyjnej, wziętej za życia, następnie Δ_2 krwi z lewego serca, wziętej zaraz po śmierci. Zaraz po śmierci podwiązałem obu szczelnie tchawicę, poczem wydobyłem ostrożnie ich płuca, zważyłem je i w sposób podany przez Marguliesa oznaczyłem ciężar zawartej w nich wody, oraz ciężar tej wody w stosunku do 1 kg. wagi zwierzęcia. Wynik tych doświadczeń przedstawia następujące zestawienie (p. tabl.):

Tak więc ciężar wody, wciągniętej do płuc przez pierwszego królika na 1 kg. wagi, mimo, iż mógł był wciągać wodę także w ciągu 24 mocnych i słabych oddechów końcowych, przewyższał ciężar wody, wciągniętej do płuc na 1 kg. wagi przez drugiego królika, któremu jeszcze w czasie trwania okresu duszności, lecz u jego schyłku, zacisnąłem tchawicę i z wody go wydobyłem tak, iż nie mógł

L.	Ciężar zwierząt w gr.	Płeć	Zwierzę wyjęto z wody po minutach	Zwierzę wyjęto z wody po oddechach końcowych	Ciężar płuc w gr.	Ciężar wody w płucach w gr.	Ciężar wody w płucach na 1 kg. wagi w gr.	Δ_1	Δ_2	$\Delta_1 - \Delta_2$
1	3170	samiec	7	24 mocne i słabe	33·60	14·64	4·6	−0·59	−0·40	0·19
2	2660	samica	2½	—	23·60	7·7	3·5	−0·62	−0·51	0·11

wśród 13 oddechów końcowych, wykonanych poza obrębem basenu, wciągać wody do płuc, zaledwie o 1·1 gr. Ta drobniuchna już nadwyżka ciężaru wody na 1 kg. wagi, wciągniętej do płuc przez pierwszego królika, byłaby niewątpliwie jeszcze mniejszą, gdyby zaciśnięcie tchawicy i wydobycie z basenu drugiego królika nastąpiło było w okresie zamartwicy, t. j. po zupełnie ukończonym okresie duszności, a jeszcze przed pojawieniem się oddechów końcowych, albowiem, jak mnie pouczyły dawniejsze doświadczenia, największą ilość płynu wciągają tonące zwierzęta właśnie w końcu okresu duszności. Jeźli z zaciśnięciem tchawicy jednak się pospieszyłem, to dlatego, aby właśnie stworzyć dla naszego twierdzenia jak najniekorzystniejsze warunki. Równocześnie badane w powyższych mych doświadczeniach kryoskopowe oznaczenia Δ krwi, nie uwzględnione zupełnie i pominięte przez Marguliesa przy jego doświadczeniach, dowodzą również w sposób niewątpliwy tak, jak i ciężary wody, wciągniętej do płuc w stosunku na 1 kg. wagi, że twierdzenie moje i Horoszkiewicza, poprzednio już przez innych badaczy głoszone, iż płyn topielny wnika do dróg oddechowych tonącego przeważnie w okresie duszności, a nie dopiero w czasie oddechów końcowych, jest jedynie prawdziwe. Zarazem wykazują różnice $\Delta_1 - \Delta_2$ w tych dwóch doświadczeniach taki stopień rozcieńczenia krwi, jaki znajdowaliśmy nieraz w poprzednich naszych doświadczeniach mimo iż przy nich nie było zwierzę całem swem ciałem zanurzone we wodzie (n. p. IV grupa, doświadczenie 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13). A zdaniem Marguliesa stwierdzony przez nas znaczny stopień rozcieńczenia krwi w naszych poprzednich doświadczeniach zależał właśnie od tego, że zwierzęta nasze nie były całem ciałem zanurzone w wodzie. Doświadczenia powyższe wykazują i w tym względzie zupełną bezpodstawność odnośnego zarzutu, uczynionego nam przez Marguliesa.

Prócz powyższych wykonałem jeszcze inne dwa doświadczenia, celem jeszcze dokładniejszego wyświetlenia prawdy. Ponieważ wszyscy dotychczasowi badacze, nie wyjmując mnie i Horoszkiewicza oraz Marguliesa, przekonywali się o wpływie oddechów końcowych na ilość wody, wciągniętej do płuc, w ten sposób, że pewnej części zwierząt zaciskali tchawicę przed nastaniem oddechów końcowych, postanowiłem zmienić ten sposób badania. Jednego

królika samca wagi 2 kg. 70 gr. utopiłem w sposób poprzednio opisany, bez pętania go i obciążania jego ciała. Wykonał on 15 silnych, a 3 słabe oddechy końcowe, ostatni z nich nastąpił w 4′ 25″ od chwili zanurzenia królika we wodzie. Ciężar wyjętych płuc jego wynosił 23 gr., a zatem ciężar wody w nich zawartej, obliczony wedle Margulies a, wynosił 10·68 gr. czyli na 1 kg. 5·1 gr. Badanie kryoskopowe stwierdziło: Δ_1 (tętnica udowa) = —0 60, Δ_2 (lewe serce) = —0·40, $\Delta_1—\Delta_2$ = 0 20.

Drugiego królika samca o wadze 2 kg. 160 gr. zadzierzgnąłem zapomocą pętli. Z chwilą, gdy minął okres drgawek i wystąpił okres zamartwiczego bezdechu, zdjąłem mu pętlę ze szyi i zanurzyłem go w tej samej wodzie, zabarwionej błękitem metylenowym, w której znaleźli śmierć jego poprzednicy. Czas, jaki upłynął od zadzierżgnięcia do zanurzenia we wodzie, wynosił 1′ 35″, czas zanurzenia we wodzie aż do chwili ostatniego oddechu końcowego wynosił 2′ 20″. W tym ostatnim czasie wykonał królik pod zwierciadłem wody 18 silnych i 9 słabych oddechów końcowych. Ciężar jego płuc, — (w których nie zdołałem dojrzeć, przeciwnie jak u poprzedniego, nigdzie zabarwienia miąższu błękitem metylenowym, natomiast stwierdziłem w odróżnieniu od poprzednich nader liczne, świeże wybroczyny podopłucne) wynosił po wyjęciu z wody 31 gr, a zatem ciężar wody, zawartej w płucach wynosił, wedle obliczenia sposobem Margulies a 18 gr., t. j. na 1 kg. wagi 8·3 gr. Ten niespodziewany wynik co do ilości wody, wciągniętej do płuc w czasie oddechów końcowych na 1 kg. wagi, pozostawał w rażącej sprzeczności do wyników badania kryoskopowego, albowiem Δ_1 (tętn. udowa) =.—0 61, Δ_2 (lewe serce, =0·5 $\Delta_1—\Delta_2$ = 0·06. Wynik ten co do rozcieńczenia krwi zgodny był z naszemi twierdzeniami poprzedniemi i obecnemi, że płyn wnika do płuc w okresie duszności, albowiem, skoro w drugiem doświadczeniu z dwóch poprzednich, w którem zacisnąłem tchawicę przed nastaniem oddechów końcowych na schyłku okresu duszności, był stopień rozcieńczenia krwi królika po utopieniu znaczniejszy ($\Delta_1—\Delta_2$ wynosiło wedle tablicy 0 11), niż obecnie, gdy królik dostał się do wody już po okresie duszności, przeto ten o połowę mniejszy stopień rozcieńczenia u obecnie użytego królika, pomimo jego 27 ogółem oddechów końcowych (w przeciwstawieniu do 13 oddechów końcowych u królika z zaciśniętą tchawicą), przemawiał dowodnie za słusznością mego, a przeciw twierdzeniom Margulies a. Mimo to jednak ilość wody, wetchniętej do płuc w tem ostatniem doświadczeniu mojem, wynosząca 8·3 gr. na 1 kg. wagi, była rażąco sprzeczną z wynikiem badania kryoskopowego i co więcej z wynikiem obliczeń ilości wody sposobem Margulies a we wszystkich poprzedzających moich doświadczeniach. Ponieważ sposób oznaczania ciężaru wody w płucach utopionych królików, względnie obliczenie Margulies a średniego ciężaru tkanki płucnej królika na 1 kg. wagi wydawały mi się od początku zbyt niepewne i niezdolne stanowić podstawy ścisłej do wyjaśnienia jeszcze spornej (zdaniem Margulies a) sprawy co do czasu wnikania płynu do płuc tonącego, wykonałem jeszcze jedno doświadczenie w sposób następujący: Królika samca o wadze 1650 gr. udusiłem, zadzierżgając mu szyję pętlą. Śmierć nastąpiła w $3^1/_2$ minuty. Stosownie do wagi tego królika powinny były ważyć jego płuca, jako nie zawierające w sobie wody, 10·86 gr., tymczasem wynosił ich ciężar rzeczywisty 14 65 gr., a zatem o 4·73 gr. za wiele. Doświadczenie to wskazuje jaskrawo, na jak niepewnej podstawie opierał się Margulies w swoich doświadczeniach, których wyniki miały stanowić łańcuch dowodów, zwracających się przeciw naszemu poprzedniemu i obecnie raz jeszcze na ścisłych podstawach opartemu twierdzeniu, że tonący wciąga do swych płuc wodę przedewszystkiem w okresie duszności.

Na tem mógłbym zamknąć prawdziwy, bo z wielu (ostatnie dostarczył mi sam Margulies przez zachętę do powtórzenia jego doświadczeń) złożony łańcuch dowodów, pragnę jednak oświetlić jeszcze krytycznie wynik doświadczeń Margulies a, a przedewszystkiem wyjaśnić przyczyny, dla czego tak znaczna zachodzi różnica między nimi, a wynikami moich obecnych doświadczeń.

Przyczynę tej różnicy muszę przedewszystkiem upatrywać w tem, że Margulies zabrał się do pracy bez należytego przygotowania, t. j. że nie rozejrzał się wprzód w pracach tak poważnych badaczy, jak n. p. A. Paltauf, że zanim wystąpił z zarzutami przeciw nam, nie zapoznał się dokładnie z oryginałem naszej pracy, wreszcie, że właśnie z powodu niedostatecznego przygotowania sądził, iż sprawę sporną, rozstrzygniętą przez nas na podstawie znacznej liczby doświadczeń, zdoła rozstrzygnąć kilku, bo zaledwie 4. względnie 8 doświadczeniami.

Jeżeli zaś gdzie i kiedy potrzebna jest znaczniejsza liczba doświadczeń do rozstrzygnięcia spornego zagadnienia, to właśnie w danem zagadnieniu, wszakże bowiem wszyscy badacze biegu objawów tonięcia, a najdosadniej A. Paltauf oświadczają zgodnie, że ilość płynu, jaki wniknął do płuc tonącego, zależy od różnych okoliczności. Gdy zaś one przez wzgląd na swą różność nie mogą się dostatecznie w tak znikająco małej liczbie doświadczeń, jaką podjął Margulies, uwidocznić, przeto wnioski, wysnute z tak małej liczby doświadczeń, mogą, jak się to zdarzyło właśnie Marguliesowi, być mylne i z prawdą niezgodne. Te różne okoliczności, które wpływają na ilość wody, wciągniętej do płuc tonącego, były poraz pierwszy dokładniej przezemnie i Horoszkiewicza w pracy naszej zbadane i określone, lecz o nich Margulies nie wspomina. I w tem nieuwzględnieniu ich tkwi właściwe źródło jego omyłki.

Ściśle biorąc, wykonał Margulies tylko jedno doświadczenie, przy którem zacisnął zwierzęciu tchawicę przed nastaniem oddechów końcowych i to jedno doświadczenie wystarczało mu do obalenia naszych wniosków, wysnutych z 53 doświadczeń, wykonanych w sposób rozmaity, dozwalający zbadać wpływ wspomnianych już różnych okoliczności.

Rozpatrując wyniki czterech pierwszych doświadczeń Margulies a, widzimy, że ilości wody, wciągniętej do płuc przez trzy pierwsze króliki w stosunku do 1 kg. wagi, wynoszące 14·5, 15 5 i 13 1 gr., nie pozostają w żadnym stosunku do ilości wykonanych przez nie oddechów końcowych, albowiem, jeśli pierwszy królik przy 6 oddechach końcowych wciągnął do płuc 14·5 gr. wody na 1 kg. wagi, a następny przy 7 tych oddechach wciągnął 15·5 gr., to ten przyrost o 1 gr. wody, przypadający na jeden więcej oddech końcowy, nie może stanowić dowodu dla przyjęcia stosunku prostego ilości wody, wciąganej do płuc, a ilości oddechów końcowych ze względu na odnośny wynik trzeciego

doświadczenia. W tem trzeciem doświadczeniu wykonał królik 9 oddechów końcowych. zatem, przyjmując prosty stosunek między ilością oddechów końcowych, a ilością wciągniętej wody, jakby to odpowiadać powinno twierdzeniu Marguliesa, musiałaby ilość wody, wciągniętej przez królika do płuc, być większą na 1 kg. wagi, niż u poprzednich. Przyjąwszy dalej wedle różnicy między temi ilościami w dwóch poprzednich doświadczeniach, że na jeden oddech końcowy przypada 1 gr. wody w stosunku do 1 kg. wagi, to królik trzeci, wykonawszy o dwa oddechy końcowe więcej, niż drugi, powinienby był wciągnąć o 2 gr. więcej wody do swych płuc od drugiego królika, t. j. powinienby był wciągnąć 17·5 gr. wody na 1 kg. wagi. Tymczasem wciągnął on w rzeczywistości 13·1 gr., t. j o 4·4 gr. mniej wody, niżby to wedle tej rachuby wypadało, a o 1·4 gr., względnie o 2·4 gr. mniej wody, niż pierwszy, względnie drugi królik przy 6, względnie 7 tylko oddechach końcowych. Stąd więc wynika, że ilość wciągniętej do płuc wody nie pozostaje w żadnym stosunku ani zależności do liczby oddechów końcowych.

W pracy mej, wspólnej z Horoszkiewiczem, wykazaliśmy, że ilość wciągniętej do płuc wody zależy, pomijając już wpływ ciepłoty wody, w której zwierzę tonie, oraz wpływ poprzedniej narkozy, od życiowej pojemności płuc tonącego. A że ta zależy znowu, jak wiadomo z fizyologii, między innymi od płci i od ciężaru ciała tonącego i to w ten sposób, że większą jest u osobników męskich, niż u żeńskich, oraz że przy znaczniejszym wzroście ciężaru ciała ponad ciężar średni ona się zmniejsza i to dosyć znacznie, zatem staraliśmy się rzecz tę stwierdzić na podstawie wyników naszych licznych doświadczeń. I oto wyniki te dowiodły w istocie, że samice wciągały mniej wody, niż samce, zwierzęta znacznie cięższe ponad średnią wagę wciągały jej również mniej. Szczegóły te, stwierdzone przez nas, n. p. tak dobitnie w 14 i 15 doświadczeniu IV grupy, gdzie dwa psy samce, w tych samych warunkach utopione, przy tej samej ilości i nasileniu oddechów końcowych, wciągnęły pierwszy przy ciężarze ciała 4870 gr. 71 cm.^{3} wody na 1 kg. wagi, drugi przy ciężarze ciała 11460 gr. tylko 28 cm.^{3} wody na 1 kg. wagi, znajdują potwierdzenie także i w wyniku doświadczeń Marguliesa. I tak bowiem widzimy, że trzeci jego królik, który wciągnął przy 9 oddechach końcowych tylko 13·1 gr. wody, był samicą, a więc musiał jako posiadający od dwóch pierwszych królików-samców mniejszą życiową pojemność płuc, wciągnąć mniej wody od nich (14·5 i 15·5 gr.). Czwarty jego królik, któremu zacisnął tchawicę po pierwszym końcowym oddechu, był także samicą, a nadto przewyższał dwa pierwsze króliki samce o przeszło 25% ich wagi, zatem powinien był, zgodnie z wynikami naszych poprzednich doświadczeń i zgodnie z prawidłem fizyologii, wciągnąć znacznie mniej wody od nich, jako posiadający o wiele od nich mniejszą życiową pojemność płuc. I w istocie wciągnął on znacznie mniej wody od poprzednich, bo tylko 3·6 gr. na 1 kg. wagi, czyli cztery razy mniej od królika pierwszego. W wspomnianych zaś co dopiero dwóch naszych doświadczeniach (IV grupa L. 14 i 15) pies samiec cięższy wciągnął od psa samca lżejszego 2·5 razy mniej wody, a zatem przez porównanie tego wyniku z wynikiem pierwszego i czwartego doświadczenia Marguliesa byłoby równie z tego tytułu usprawiedliwione, gdyby czwarty jego królik, jako o tyle cięższy, wciągnął tylko 2·5 raza mniej wody od pierwszego. Pozostałoby więc jeszcze wytłómaczyć, dlaczego wciągnął on wogóle 4 razy mniej wody, t. j. o 1½ razy jeszcze mniej, niżby to z powyższego porównania tych wyników wypadało. Lecz i w tym względzie wytłómaczenie łatwe, gdyż dwa nasze, porównane ze sobą doświadczenia dotyczą samców, które nadto utopione były jednako, t. j. oba po wydechu, tymczasem oba porównane ze sobą doświadczenia Marguliesa dotyczą samca i samicy, która właśnie mniej wciągnęła wody, wreszcie nie mógł Margulies przy swoim sposobie doświadczeń brać w rachubę fazy oddechowej, po której zanurzał zwierzęta swe we wodzie. Jeżli się tedy z ilości wody, za mało wciągnionej przez jego czwartego królika, odliczy coś na rachunek wpływu jego płci żeńskiej i na rachunek tego, że królik ten mógł być utopionym po wdechu, a pierwszy po wydechu, to zrozumiemy łatwo, że mała ilość wody, wciągnionej do płuc przez czwartego królika Marguliesa, w porównaniu z ilością wody, wciągniętą przez pierwszego jego królika, tłómaczy się dostatecznie różnicą mniejszej życiowej pojemności jego płuc i to tem bardziej nawet, że wedle obliczenia Marguliesa objętość płuca czwartego królika wynosiła mimo większej wagi jego ciała tylko 37 cm. sz., a pierwszego mimo przeszło o 25% mniejszej wagi ciała wynosiła 49 cm. sz. Zresztą pomijając i te roztrząsania, nie miał Margulies prawa wysnuwać z wyników swych omawianych czterech doświadczeń wniosku, jaki podał, gdyż, jak to już zaznaczyłem, nie uwzględnił on w swych doświadczeniach wpływu fazy oddechowej, po której zanurzał we wodzie swe zwierzęta. Tymczasem, jak to z Horoszkiewiczem wykazaliśmy w naszej wspólnej pracy, zwierzę utopione po wydechu wciąga o 6 cm. sz. więcej wody do płuc w stosunku do 1 kg. wagi, niż zwierzę, utopione w równych zresztą warunkach po wdechu. Jeżeli więc przyjmiemy, a możemy to uczynić z uwagi na wskazaną już niedokładność rzeczonych doświadczeń Marguliesa zupełnie słusznie, że jego królik czwarty, któremu przed oddechami końcowymi podwiązał tchawicę, utonął we wodzie po wdechu, a królik pierwszy, któremu nie zacisnął tchawicy wcale, utonął po wydechu, to w takim razie czwarty królik musiał z tego względu wciągnąć o 6 cm. sz. mniej wody na 1 kg. wagi, niż pierwszy, czyli biorąc wciąganą przezeń wodę choćby co do ciężaru za równą wodzie przekroplonej, to wciągnął on co najmniej o 6 gr. za mało wody. Z tego możliwego założenia wychodząc, gdyby ten czwarty królik utonął był także po wydechu, byłby był wciągnął do swych płuc na 1 kg. wagi nie 3·6 gr., lecz co najmniej 9·6 gr. wody, a zatem zaledwie o 4 gr. mniej od pierwszego. Tak więc krytyczne rozpatrzenie nieścisłych doświadczeń Marguliesa doprowadza nas znowu do tego pewnika, że tonący wciąga do swych płuc płyn w okresie duszności, a nie w okresie oddechów końcowych.

II.

W jednej z ostatnich swych prac dowodzi Revenstorf (7), iż rozcieńczenie krwi, zwłaszcza zawartej w lewej połowie serca, nie wskazuje jeszcze na wniknięcie płynu za życia do płuc, a tem samem i na śmierć wskutek utonięcia, jak to wykazali poprzednio Carrara, Stoenescu, H. K. W. Schmidt, Placzek i ja z Horoszkiewiczem.

Zdaniem jego może takie rozcieńczenie krwi lewego serca nastąpić także pośmiertnie w drodze „prawidłowej zmiany pośmiertnej", t. j. w drodze dyfuzyi płynu, jaki wniknął do dróg oddechowych zwłok w nim zanurzonych, do „treści" naczyń krwionośnych płuc, a stąd do krwi lewego serca. Twierdzenie to popiera Revenstorf szeregiem doświadczeń wykonanych w tęn sposób, że wlewał zwłokom osób powieszonych wprost do tchawicy (przez kaniulę) wodę wodociągową, przyczem zwłoki te, z wyjątkiem jednego doświadczenia, ułożone były pionowo. Na 8 takich doświadczeń otrzymał w 3 z nich stwierdzone kryoskopem rozcieńczenie wodą krwi lewego serca ($\Delta = -0.40, -0.39, -0.45$). Ten wynik, choćby nawet tylko trzech doświadczeń, pozostaje w sprzeczności z wynikami wszystkich poprzednio już wymienionych badaczy, albowiem nie zdołali oni nigdy stwierdzić rozcieńczenia krwi lewego serca u tych zwierząt, użytych do doświadczenia, które już po śmierci, w inny sposób wywołanej, we wodzie na dłuższy przeciąg czasu zanurzyli. Zdaniem Revenstorfa wywołuje dostanie się płynu topielnego za życia z płuc do krążącej krwi w naczyniach płucnych ogólne rozcieńczenie krwi w całym ustroju, t. j. także rozcieńczenie krwi żylnej, a więc zawartej w prawej połowie serca, gdy natomiast pośmiertne przedostanie się wody do naczyń płucnych rozcieńcza tylko krew tętniczą, t. j. zawartą w lewem sercu. Na tej podstawie twierdzi Revenstorf, że tylko wówczas dowodzi rozcieńczenie krwi śmierci wskutek utonięcia, jeźli to rozcieńczenie da się stwierdzić także w krwi żylnej (prawego serca). Przyznaje on jednak, że rzadko tylko udawało mu się stwierdzić rozcieńczenie krwi prawego serca w zwłokach osób notorycznie utopionych. Wobec tej zawodności próby kryoskopowej począł Revenstorf szukać innych sposobów, którebу umożliwiły stwierdzić obecność płynu topielnego w płucach, a zarazem wskazywały na to, że ten stwierdzony w płucach płyn dostał się do płuc jeszcze za życia.

Badając (8) płuca utopionych, znajdował Revenstorf różne składniki wody, w której oni utonęli, a przedewszystkiem plankton, złożony z resztek alg, zwłaszcza okrzemków (*diatomeae*). Otóż idąc za świeżym przykładem Reinsberga, przypisuje on obecności alg i okrzemków w płucach przy pewnych warunkach doniosłe rozpoznawcze znaczenie. Wychodząc z założenia, że człowiek tonący wciąga wodę wraz z wspomnianymi jej składnikami równomiernie do całych płuc, gdy natomiast do płuc zanurzonych zwłok odbywa się wnikanie wody wedle prawa ciężkości, oświadcza się Revenstorf za drobnowidowem badaniem płuc. Jeźli ono wykryje po całych płucach rozrzucone składniki wody (algi), to wynik ten dowodzi, iż denat za życia utonął, jeźli wykaże je tylko w pewnych częściach płuc, to usprawiedliwiony jest wniosek, iż zwłoki dopiero jako takie dostały się do wody.

Prócz tej metody planktonowej zaleca Revenstorf jeszcze metodę hemolityczną (9) do tego samego celu. Woda, wnikając za życia do płuc, dostaje się z nich do krwi zrazu lewej połowy serca, a stąd dalej do ogólnego krążenia, przyczem, o ile tylko powstanie dostateczna różnica stężenia cząsteczkowego między osoczem krwi, a treścią krwinek czerwonych, musi powstać hemoliza wskutek utonięcia (*Ertränkungshämolyse*). Wskutek gnicia zwłok powstaje również hemoliza i ona to stanowi najwcześniejszą makroskopową cechę gnicia. Hemolizie gnilnej ulega najwybitniej krew żyły wrotnej, mniej krew żylna prawej połowy serca, a najmniej wyraźnie krew lewego serca i tętnic. Tymczasem hemoliza wskutek utonięcia jest najwybitniejsza właśnie we krwi lewego serca i tętnic, a w każdym razie większa, niż we krwi prawej połowy serca. Jeźli stę stwierdzi hemolizę tylko we krwi serca (lewego), zarazem brak jej we krwi żyły wrotnej, to wynik ten będzie dowodem, że woda wniknęła do serca (lewego) po ustaniu krążenia, zatem po śmierci. Hemoliza wskutek utonięcia stanowi jakościowe znamię śmierci z utonięcia, które czułością swą przewyższa wszystkie inne znamiona jej, wykazalne we krwi zapomocą innych metod fizycznego badania.

Podniesiona już sprzeczność wyników doświadczeń Revenstorfa z wlewaniem wody do tchawicy i płuc zwłok z wynikami badań Carrary i innych badaczy, nie wyłączając tutaj wyników moich i Horoszkiewicza, skłoniła mnie do wykonania kilku doświadczeń, celem zbadania jej przyczyny.

Doświadczenia te podzieliłem na dwie grupy, z których w jednej zastosowałem sposób Revenstorfa, t. j. wlewałem wodę z zwykłego irygatora do płuc zwłok noworodków, (a raz do płuc zwłok dorosłego mężczyzny, zmarłego wskutek powieszenia), przez założoną w tym celu kaniulę tchawiczną, toż samo do płuc psa, poprzednio zabitego zapomocą cyanku potasowego, w drugiej zaś zastosowałem sposób, używany przez Carrarę i t. d., t. j. sposób, odpowiadający zupełnie zwykłemu porzuceniu zwłok do wody. W pierwszej grupie wlewałem wodę przez tchawicę do płuc zwłokom w pozycyi pionowej, po wlaniu otwierałem ich lewą komorę serca, zbierałem krew i określałem jej Δ. Na 4 w ten sposób wykonanych doświadczeń otrzymałem we wszystkich wyraźne rozcieńczenie krwi ($\Delta = -0.40$, 0.38, 0.46, 0.36). W jednem z tych doświadczeń już po otwarciu lewej komory serca i po zebraniu jej krwi dla badania w kryoskopie, począłem ponownie wlewać do tchawicy zwłok wodę, a wówczas przekonałem się, że z żył płucnych poczęła ponownie wypływać krew obficie i coraz więcej wodnista, jasna, coraz bardziej rozcieńczona. W piątem doświadczeniu, wykonanem w ten sam sposób na zwłokach noworodka, stwierdziłem dowodnie wpływ ciśnienia, pod jakiem wpływał płyn przez kaniulę tchawiczną do płuc, albowiem im wyżej podnoszony był irygator, tem obficiej i silniej wypływał płyn w otwartym poprzednio przedsionku lewym serca z żył płucnych, zmięszany z krwią. Natomiast nie stwierdziłem rozcieńczenia krwi tak w zwłokach psów, otrutych gazem świetlnym, jak i w zwłokach dzieci, których krew z lewego serca badaną była kryoskopowo po 24 godzinach zanurzenia ich w basenie z wodą, zabarwioną błękitem metylenowym, mimo że ten roztwór błękitu metylenowego zalegał ich płuca. O obecności roztworu tego w płucach świadczyły: obraz wrzekomego obrzęku (*pseudooedema aquosum*), sine zabarwienie płuc, wreszcie wynik kryoskopowego badania płynu z nich wyciśniętego, dla którego Δ wahało się między -0.09 a -0.13. Płyn wyciśnięty z płuc jednego noworodka, którego płuca wypełniły się roztworem błękitu metylenowego, wprowadzonego do nich z irygatora przez kaniulę tchawiczną (z wysokości 50 cm. nad tchawicą), posiadał $\Delta = -0.08$, gdy sam roztwór błękitu miał $\Delta = -0.05$.

Doświadczenia te uczą, że płyn topielny może wniknąć do lewego serca z płuc w zwłokach, ale tylko wówczas, gdy wpływa on wprost przez otwartą tchawicę do płuc zwłok i pod znacznem ciśnieniem, jakie nastaje, gdy się go wpuszcza wprost z wodociągu, z irygatora i to zwłaszcza w pozycyi stojącej zwłok, że natomiast nie wniknie on do krwi lewego serca z płuc w zwłokach, w całości we wodzie zanurzonych, albowiem ciśnienie płynu, pod jakiem on wpływa wówczas do płuc, nie jest tak znaczne, a zwłaszcza jest ono złagodzone przez takie samo ciśnienie, jakie ten płyn wywiera na ściany klatki piersiowej. Dla tego też zarzut Revenstorfa, uczyniony kryoskopowemu sposobowi rozpoznania śmierci z utonięcia przez oznaczenie Δ krwi z lewego serca, jakoby takie same wyniki Δ można uzyskać przy badaniu krwi lewego serca tak osób zmarłych z utonięcia, jak i niekiedy zwłok, jako takich we wodzie zanurzonych, nie ma praktycznego znaczenia. W praktyce bowiem zdarzyć się mogą tylko przypadki wrzucenia zwłok ludzkich do jakiego płynu, n. p. wody, a nie przypadki, w którychby ktoś rozmyślnie płuca zwłok nastrzykiwał przez tchawicę płynem. Skoro zaś w przypadkach pierwszego rodzaju krew lewego serca nie ulega nigdy rozcieńczeniu, jak o tem pouczają zgodne wyniki badań Carrary i wszystkich późniejszych badaczy, przeto rozcieńczenie krwi lewego serca, stwierdzone zapomocą kryoskopu w zwłokach dobytych z wody, dowodzi zawsze śmierci z utonięcia. Jeden tylko zarzut, podniesiony już dawniej przez Revenstorfa przeciw kryoskopowej metodzie badania krwi zwłok utopionych jest słuszny, a zarzut ten tyczy się tego, iż rozcieńczenie krwi lewego serca może być stwierdzone tą metodą tylko wkrótce po śmierci zaszłej wskutek utonięcia, zwłaszcza, jeżli badanie przypada w ciepłej porze roku.

Badaniu kryoskopowemu płynu, wyciśniętego z płuc zwłok wydobytych z wody nie mogę przypisać żadnego znaczenia w przeciwstawieniu do Revenstorfa. Jak wiadomo wnika płyn topielny tak do płuc tonących, jak i do płuc zwłok w nim zanurzonych, zatem może on być wykrytym i w jednym i drugim razie zapomocą fizycznych metod badania, t. j. zapomocą określenia ciśnienia osmotycznego, przewodnictwa elektrycznego lub zjawiska hemolizy. Wszak w podanych poprzednio doświadczeniach otrzymałem wyniki, świadczące o bardzo znacznem rozcieńczeniu płynu z płuc wyciśniętego, choć chodziło w tych doświadczeniach tylko o pośmiertne wniknięcie wody do płuc. Zresztą wykazaliśmy już z Horoszkiewiczem we wspólnej naszej pracy na podstawie odnoszących się do tego doświadczeń, że badaniu kryoskopowemu płynu uzyskanego z płuc zwłok, wydobytych z wody, nie można przypisywać żadnego znaczenia ze względu na rozpoznanie śmierci z utonięcia.

Z odnośnych badań Reinsberga, a obecnie i Revenstorfa wynika, że najpewniejszym środkiem do rozpoznania śmierci z utonięcia jest wykrycie w płucach planktonu, t. j. przedewszystkiem okrzemków. Zarzutowi, jaki uczyniliśmy tej metodzie badania, podanej przez Reinsberga, że plankton może się przecie także po śmierci dostać z wodą do płuc, stara się Revenstorf przeciwstawić różnicę wnikania wody do płuc człowieka żywo tonącego, a do płuc zwłok, wrzuconych do wody. Zdaniem jego wnika płyn topielny do płuc żywego osobnika wśród czynnego wdechu równomiernie do całych płuc, zaś wnikanie jego do płuc w zwłokach odbywa się wedle prawideł ciężkości, t. j. tyczy się tylko części płuc niżej położonych. Skutek tej różnicy wnikania płynu do płuc za życia, a po śmierci, uwidocznić się musi w sposobie rozmieszczenia cząstek planktonu w płucach tak, że jeźli one będą rozrzucone po całem płucu, to będą dowodem, że dostały się z wodą za życia do płuc, że zatem śmierć nastąpiła wskutek utonięcia, jeźli zaś znajdą się tylko w pewnych częściach płuc, to będą dowodem pośmiertnego wrzucenia ciała do wody.

Twierdzenie to może być teoretycznie słuszne, mimo to praktyka może dać wyniki odmienne. Już samo badanie płuc osób, zmarłych wskutek utonięcia, jeźli się stwierdzi w nich wyraźny stan „rozedmy wodnej“, stwierdza dowodnie, że pewne ich części, jak to wynika także z trafnych dawniejszych wywodów Marguliesa (10), przedstawiają się silnie powietrzem, a nie płynem topielnym wypełnione. Te zatem ich części, do których woda z powodu zagęszczenia się w nich powietrza nie mogła wniknąć, nie będą mogły zawierać cząstek planktonu. Równomierne rozmieszczenie się wody i zawartego w nich planktonu w płucach osób tonących musiałoby tylko wówczas nastąpić, gdyby ich płuca w chwili ich zanurzenia się w wodzie były całkiem bezpowietrzne. Zresztą uczą wyniki doświadczeń, n. p. A. Paltaufa, moich i Horoszkiewicza, że płyny zabarwione, w których giną zwierzęta, wnikają tylko do pewnych części płuc, a nie do ich całości, zupełnie tak samo, jak i wówczas, gdy się zwłoki ich zanurzy, a nawet w tym ostatnim razie większa jeszcze część płuc wypełni się płynem i wywoła obraz, nazwany przezemnie i Horoszkiewicza „wrzekomym obrzękiem wodnym“, gdyż płuca zwłok zawierają z natury rzeczy mniej powietrza stawiającego opór napływającemu płynowi, niż płuca żywego osobnika. Jeźli zaś płyn wnika przez tchawicę do płuc zwłok pod ciśnieniem, n. p. przy wlewaniu go z irygatora, wówczas niemal całe płuca wypełniają się nim, jak to stwierdziły doświadczenia nasze, z Horoszkiewiczem podjęte i obecnie jeszcze przezemnie powtórzone i powyżej już omówione. Zresztą dla rozstrzygnięcia, czy i o ile różni się rozmieszczenie płynów charakterystycznych w płucach osobników za życia, a po śmierci w nie zanurzonych, wraz z uwzględnieniem rozmieszczenia w nich planktonu, będą jeszcze podjęte badania przez moich uczniów.

Zjawisko hemolizy krwi lewego serca u zwierząt utopionych nie uszło uwagi mojej i Horoszkiewicza (11), chociaż, jak to słusznie zaznacza Revenstorf, podobnie jak inni badacze nie podnieśliśmy go do rzędu cech rozpoznawczych śmierci wskutek utonięcia. W czterech doświadczeniach moich obecnych, opisanych poprzednio, stwierdziłem mniej lub więcej wybitną hemolizę we krwi lewego serca, przy słabej hemolizie krwi serca prawego. Mimo to jednak, że hemoliza, jak to wynika z przypadków, zestawionych przez Revenstorfa, daje się częściej stwierdzić w zwłokach osób zmarłych wskutek utonięcia, niż rozcieńczenie ich krwi z lewego serca zapomocą kryoskopu, nie przewyższa w tym względzie o wiele metody kryoskopowej. Na 21 przypadków śmierci z utonięcia, badanych przez Revenstorfa, w 3 stwierdził on kryoskopem rozcieńczenie krwi, a w 7 hemolizę wskutek utonięcia; w 6 z nich nie dała się wogóle stwierdzić hemoliza, w 8 zaś pozostałych należało ją jedynie odnieść do gnicia, które, jak to nader

słusznie zauważa Revenstorf, może się jeszcze przy sekcyi zwłok, przez pewien czas leżących w wodzie, nie objawić żadną wyraźniejszą cechą, a mimo to może już wywołać hemolizę krwi, ile że zwłaszcza hemoliza stanowi najwcześniejszy objaw gnicia. Z tego więc powodu i zjawisko hemolizy w nielicznych tylko przypadkach użyczy podstawy do rozpoznania, czy utonięcie nastąpiło za życia, czy też po śmierci. Gdy nadto badanie krwi na zjawisko hemolizy, podobnie zresztą, jak i badanie kryoskopowe, jest mało dostępne dla praktycznego lekarza sądowego, wykonującego sekcyę często poza miejscem swej siedziby i nie posiadającego stosownego urządzenia do tego rodzaju badań, przeto winno być usilnem staraniem badaczy, użyczyć praktycznemu lekarzowi sądowemu innych, dlań dostępniejszych sposobów rozpoznania śmierci z utonięcia. Do nich należy w pierwszym rzędzie odmienny obraz, jaki mogą przedstawiać płuca zmarłego wskutek utonięcia (*emphysema aquosum*) od obrazu, jaki przedstawiają płuca zwłok, wrzuconych do wody (*pseudo-oedema aquosum*), na co już również z Horoszkiewiczem zwróciłem uwagę. Wartość rozpoznawcza objawu, podanego przez Fagerlunda (niemożność przedostania się płynu topielnego poza żołądek zwłok, nie dotkniętych jeszcze zgnilizną, wrzuconych do wody) powinna być jeszcze doświadczalnie wypróbowaną.

Piśmiennictwo. 1) Experimentelle Studien zur Lehre vom Ertrinkungstod. Vierteljschr. f. ger. Med. 1904. T. 28 Dokładna literatura — 2) Ertrinkungsgefahr und Rettungswesen an der See. Berlin. klin. Wochenschrift 1905. Nr. 25. — 3) Zur Lehre vom Ertrinkungstode. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1905. T. 86 Str. 159. — 4) Ueber den Tod durch Ertrinken. Wien-Leipzig 1888. Str. 110—123. — 5) Ueber den Tod durch Ertrinken. Inaug.-Dissert. Berlin. Str. 21—23. — 6) Lehrb. d. ger. Med. Wien-Berlin. 1903. — 7) Der gerichtsärztliche Nachweis des Todes durch Ertrinken. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. 1905. Nr 5. — 8) Der Nachweis der aspirierten Ertränkungsflüssigkeit als Kriterium des Todes durch Ertrinken. Vierteljschr. f. gerichtl. Med. 1904. T 27. Str. 274. — 9) Weiterer Beitrag zur ger.-ärztl. Diagnostik des Ertrinkungstodes. Münch. Med. Wochenschr. 1905. 11/12. — 10) Die Casper'sche Hyperaërie. Vierteljschr. f. g. M 1903. T. 26. — 11) jak pod 1) Str. 270.

Z kliniki chirurgicznej „szpitalnej" (prof. P. I. Djakonowa) w Moskwie.

Przyczynek do techniki i kliniki ezofagoskopii.

Podał

Dr Romuald Węgłowski

docent chirurgii w Uniwersytecie moskiewskim.

(Dokończenie).

Nowotwory przełyku.

Najczęstszą chorobą przełyku są jego nowotwory; lecz o ile częste są nowotwory złośliwe, o tyle rzadkie nowotwory łagodne. Obrazy ezofagoskopowe łagodnych nowotworów opisali dotychczas tylko Hacker i Hermer.

Hacker znalazł niewielkiego włókniaka na tylnej ścianie przełyku, w okolicy podziału tchawicy. Hermer opisał gładki przeźroczysty nowotwór o średnicy 1,5 ctm., usadowiony na szypułce. Charakteru tego nowotworu nie mógł określić, podczas bowiem badania nowotwór oderwał się i wpadł do żołądka.

Spostrzegałem łagodne nowotwory przełyku 2 razy. W jednym przypadku u 45-letniego pijaka znalazłem na tylnej ścianie gardła i szyjnej części przełyku szereg niewielkich brodawczaków. Największy z nich znajdował się w odległości 19 ctm. od zębów, na przedniej ścianie przełyku (tabl. I, fig. 11). Powierzchnia jego była nierówna, zorana małemi bróździkami. Brodawczak ten siedział na szypułce, mającej w średnicy 3 mlm. Odciąłem go zapomocą ostrej łyżeczki. Badanie drobnowidowe stwierdziło typowego brodawczaka, pokrytego warstwą płaskiego nabłonka. W drugim przypadku, u 32-letniego chorego, przy nader wyraźnych objawach utrudnienia połykania, znajdował się nad wpustem niewielki polip (tabl. I. fig. 16); zwieszał się on w dół i zasłaniał wejście do żołądka. Usunąłem go ostremi szczypcami. Badanie drobnowidowe wykryło nader złożoną budowę, wskazującą najprawdopodobniej na zarodkowe pochodzenie nowotworu.

Rak przełyku jest obecnie jedną z najstraszniejszych i beznadziejnych chorób. W dzisiejszych warunkach walczyć z tem cierpieniem może tylko chirurgia, lecz niestety wszelkie usiłowania, by doszczętnie usunąć zajęte rakiem części przełyku, kończą się niepomyślnie.

Przyczyną bezskuteczności tych usiłowań jest z jednej strony mało opracowana technika operacyjna, z drugiej zaś to, że dotychczas brak sposobów wczesnego rozpoznania raka przełyku, określenia jego siedziby i stosunku do sąsiednich narządów. Gdy z czasem nauczymy się wyświetlać wczesne objawy rozpoczynającego się raka, wówczas będziemy mieli w ręku daleko silniejszy oręż do pomyślnej walki. Ścisłe i szczegółowe rozpoznanie raka przełyku możliwe jest tylko przy użyciu ezofagoskopu, dlatego więc tylko od udoskonalenia tej metody badania możemy oczekiwać lepszych wyników w walce z tem strasznem cierpieniem.

Rak przełyku rozwija się albo z głębokich warstw nabłonka, albo z komórek przewodów wydzielniczych gruczołów śluzowych, albo też wreszcie (w razach wyjątkowych) z komórek samych gruczołów. Najczęstsze są raki płaskokomórkowe z typowemi perełkami rakowemi, wychodzące z nabłonka przełyku. Takie raki najpierw szerzą się na górne warstwy nabłonka i wystają ku światłu przełyku w postaci niewielkich guziczków; na tkankę podśluzową przechodzą zaś nieco później. Ta postać raka wcześnie wywołuje objawy utrudnionego połykania i dość rychło wiedzie do zwężenia światła przełyku. Przeciwnie zaś raki, które rozwijają się z komórek przewodów gruczołowych, szerzą się pierwotnie w tkance podśluzowej, a znacznie później przechodzą na błonę śluzową i na mięśnie przełyku. Z tego powodu objawy zwężenia przełyku przy tej postaci raka rozwijają się znacznie później, mianowicie wtedy, gdy rak zajmuje już dość znaczną przestrzeń ściany przełyku.

Szczególnie ważną i znamienną wskazówkę dla rozpoznania raka przez ezofagoskop tworzy zmniejszenie ruchów tej części przełyku, która zajęta jest przez nowotwór. Światło prawidłowego przełyku pod wpływem ruchów oddechowych to się rozszerza, to zwęża; gdy zaś którąkolwiek jego część zajmie nowotwór, traci ona właściwą swą elastyczność i ruchy. Im dalej posuwa się rak w głębsze warstwy ściany, tem wyraźniej zmniejsza się ta ruchomość przełyku. Nadto, ponieważ przełyk w prawidłowym stanie otoczony jest wiotką tkanką łączną, więc daje się znacznie przesuwać w jedną lub drugą stronę zapomocą rury ezofagoskopu. Skoro zaś rak zajmie nietylko przełyk, lecz i sąsiednie

tkanki szyi lub śródpiersia, wówczas nie udaje się przełyku w tem miejscu zapomocą ezofagoskopu na bok przesuwać. Przy badaniu przez ezofagoskop można prawie zawsze określić stan owej biernej ruchomości przełyku. Wogóle zaś te dwa sposoby ocenienia ruchomości przełyku pozwalają bardzo dokładnie określić rozszerzanie się raka na ściany przełyku i na sąsiednie narządy.

Obrazy raka przy badaniu ezofagoskopem są dość typowe i zwykle można je rozpoznać bez wielkich trudności, chociaż w samym początku rozwoju niekiedy zawodzą. By uniknąć wszelkich wątpliwości, należy koniecznie w każdym przypadku wycinać zapomocą ostrych szczypczyków niewielkie kawałeczki nowotworu dla badania drobnowidowego. Jeżeli nowotwór składa się z guzków, odcinam najbardziej wystające ich części; jeżeli utworzyły się wrzody rakowe, wycinam cząstkę z brzegu wrzodu. Przypadkowe wycięcie cząstki prawidłowej błony śluzowej nie pociąga za sobą żadnych prawie powikłań.

Jak już wspomniałem, ezofagoskopowe obrazy raka przełyku zależą od postaci, rozwoju i siedziby nowotworu. Każdy niemal przypadek ma swe odmienne cechy. Gdy rak rozwija się z nabłonka, guzki nowotworowe różnych rozmiarów i kształtów zwykle wysuwają się najpierw do światła przełyku. W szyjnej części przełyku takie mało rozwinięte guzki nie zwracają wielkiej uwagi, ponieważ bardzo nieznacznie zmieniają światło przełyku. Baczną uwagę trzeba zwracać na zmniejszone ruchy i jakby zdrętwiałość zajętych rakiem miejsc. Miejsca te przy naciskaniu rurą ezofagoskopu różnią się od prawidłowej błony śluzowej tem, że nie przesuwają się gładko i elastycznie, lecz odstają i jakby jeżą się. Barwa tych miejsc z początku bywa zazwyczaj biaława, później zaś sinawa. Fig. 2 na tablicy II daje wyobrażenie o takim rozpoczynającym się dopiero raku szyjnej części przełyku, w odległości 19 ctm. od zębów.

W piersiowej części przełyku, gdzie światło jest otwarte, owe guzki rakowe daleko znaczniej zmieniają kształt światła i dla tego dostrzedz i poznać je łatwiej. Zwykle światło piersiowej części przełyku bywa okrągłe lub owalne, guzki zaś rakowe nadają jednej stronie linię łamaną lub falistą (tabl. II, fig. 3 i 4). Wyobrażony na fig. 3 rak znajdował się w odległości 24 ctm. od zębów, na fig. zaś 4 ej w odległości 37 ctm.

Rozwijając się nieustannie dalej, rak dąży w głąb i wszerz, ogarnia coraz to większą przestrzeń i nareszcie obejmuje światło przełyku pierścieniasto. Ezofagoskopowy obraz takiego nie owrzodziałego rakowego pierścienia widzimy na fig. 5, tabl. II.

Rozwojowi i szerzeniu się raka towarzyszy zwykle bezpośrednio obumarcie, zgorzel tkanki rakowej i wytworzenie się owrzodzenia rakowego. Rozpoczyna się to zwykle od łuszczenia się powierzchownego nabłonka, które stopniowo przetwarza się w typowy wrzód rakowy. Te postacie raka, które rozwijają się z powierzchownego nabłonka, bezwątpienia ulegają martwicy rychlej, niż postacie raka, rozwijające się z głębszych warstw.

Ezofagoskopowe obrazy owrzodzenia rakowego są dość typowe: w znacznej większości przypadków znajdujemy zwężenie światła przełyku, naciek rakowy błony śluzowej, oraz cały szereg powierzchownych płaskich owrzodzeń (tabl. I, fig. 12). Czasami takich owrzodzeń bywa kilka (tabl. II, fig. 8).

Z czasem zgorzel tkanki rakowej sięga dalej w głąb i wytwarza głęboki wrzód rakowy z brudnem i nierównem dnem i stwardniałymi, wysokimi brzegami. Na tabl. I, fig. 13 widać taki niewielki, lecz głęboki wrzód rakowy w piersiowej części przełyku. Nowotwór tu znacznie się rozszerzył, zajął tylną ścianę przełyku i prawie zupełnie zamknął światło przełyku. Większy wrzód rakowy, zajmujący całą prawie powierzchnię nowotworu, widzimy na tabl. I, fig. 15.

Jeżeli nowotwór obejmuje światło przełyku pierścieniasto, wówczas i owrzodzenie rakowe ma także kształt pierścienia, a raczej lejka, zwróconego szerokim końcem ku górze, a wązkim ku dołowi. Ściany lejka stanowią obumarłe masy rakowe, na dnie zaś widać zwężone światło przełyku (tabl. I, fig. 14; tabl. II, fig. 7). Lejkowate wrzody rakowe w szyjnej części przełyku dość często mają wysokie i jakby wywrócone brzegi (tabl. II, fig. 6).

Oprócz opisanych wyżej postaci raka przełyku, czasami zdarza się rak w kształcie polipa, osadzonego na szypułce. Rozmiary takiego polipa zazwyczaj nie przewyższają 1—1,5 ctm., chociaż czasem dochodzą do 3—4 ctm. Miałem sposobność badać jeden taki przypadek, gdzie polip rakowy, wielkości 4×3 ctm., usadowiony w dolnej części przełyku, przekroczył przez wpust do żołądka i swobodnie w nim wisiał. Obrazy ezofagoskopowe potwierdziła w tym przypadku sekcya. Wogóle takie polipy rakowe znajdują się najczęściej w pobliżu wpustu.

Od łagodnych polipów rakowe odróżniają się tem, iż są mniej ruchome, mają dość grubą szypułę, a część ściany przełyku naokoło szypuły zasiana bywa guzkami rakowymi.

Na tablicy II, fig. 9, wyrysowano takiego niewielkiego polipa, usadowionego nad wpustem. Fig. 10 na tablicy II przedstawia polipa znacznie większego, stwierdzonego także w dolnej części przełyku.

W piersiowej części przełyku znacznie częściej, niż polipy, spotykamy nowotwory rakowe w postaci brodawczaków. Gałązki takiego brodawczaka rakowego bardzo często pozbawione są nabłonka, łatwo krwawią przy najmniejszem uszkodzeniu. Dość często można widzieć, że tylko środkowa część nowotworu składa się z brodawkowatych rozgałęzień, część zaś obwodowa składa się ze zwyczajnych guzków rakowych. Tablica II, fig. 11 i 12, przedstawia obrazy takich brodawczaków rakowych, usadowionych w odległości 30 i 31 ctm. od zębów.

Odrębne stanowisko pośród raków przełyku zajmują raki wpustu żołądka. Te raki, które się wytwarzają w dolnej części przełyku i później szerzą się na wpust, niczem się nie różnią od wyżej wymienionych; zmieniają tylko kształt wpustu, a rozpoznać je zapomocą ezofagoskopu dość łatwo. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy rak rozwija się niżej szpary, czyli rozetki, stanowiącej granicę wpustu. Błona śluzowa przełyku niżej otworu przeponowego na pewnej przestrzeni zachowuje jeszcze swoje znamienne cechy i dopiero o 3—4 ctm. niżej przybiera cechy błony śluzowej żołądka. Rozwijający się w tem miejscu rak rozrasta się w górę i w dół i najpierw unieruchomia fałdy wpustu, wywołując oczywiście zwężenie. W ezofagoskopie wpust w tych przypadkach wygląda wcale prawidłowo. Podejrzenie powinna wzbudzić tylko nieruchomość samych fałdów podczas oddechu, oraz przeszkoda dla przesuwania rury ezofagoskopu dalej do żołądka. Jednakże objawy te spotyka się i w in-

nych cierpieniach przełyku, jak n. p. w kurczu wpustu, wobec czego kurczu od raka wpustu dość często nie można stanowczo rozróżnić. Badanie drobnowidowe skrawków, wyciętych z okolicy wpustu, często najlepiej wyjaśnia wątpliwości

Oprócz wyżej wymienionych przypadków, objawy zwężenia przełyku wywołują także raki żołądka, stopniowo rozszerzające się na wpustową część przełyku. Budowa tych raków znacznie się różni od budowy raków przełyku, ponieważ raki żołądka nigdy nie bywają złożone z komórek płaskich.

Obrazy ezofagoskopowe są różne i zależą wyłącznie od rozwoju raka i od szerzenia się jego na wpust. Najczęściej te raki żołądka przybierają kształt grzyba, lub kalafiora. W niektórych przypadkach te masy rakowe sterczą w otworze ezofagoskopu tylko z jednej strony (tabl. II, fig. 13), w innych zaś otaczają one wpust pierścieniem lub półpierścieniem (tabl. II, fig. 14).

Przy bardzo daleko posuniętych rakach, nowotwór szerzy się na żołądek, wpust i dalej na dolną część przełyku. Ponieważ tak szerzący się nowotwór ulega jednocześnie zgorzeli, przeto wytwarza się ogromne lejkowate owrzodzenie rakowe, którego wązki koniec zwrócony jest ku górze, a część rozszerzona znika w ścianach żołądka.

Bliznowate zwężenia przełyku.

Przy zwężeniach bliznowatych przełyku badanie zapomocą ezofagoskopu jest niezbędne nietyle dla rozpoznania choroby, ile dla jej leczenia. Uchyłki i fałszywe drogi, które nieraz powstawały przy dawniejszych sposobach rozszerzania zwężonego przełyku na ślepo, powinny obecnie zniknąć zupełnie, gdy można wprowadzać rozszerzadła lub zgłębniki pod nadzorem oka.

Obrazy ezofagoskopowe bliznowatych zwężeń przełyku są rozmaite. Trzeba jednakże zaznaczyć, iż te obrazy odnoszą się tylko do wejścia w zwężoną część przełyku, ponieważ głębiej bez poprzedniego rozszerzania wsunąć rury ezofagoskopu nie można. Już jednak dokładne zbadanie wejścia do zwężenia ma ogromne znaczenie tak teoretyczne, jak i praktyczne.

Nieglębokie powierzchowne blizny długo zachowują barwę czerwonawo-burą, czem znacznie wyróżniają się od sąsiedztwa przy oglądaniu zapomocą ezofagoskopu.

Jeżeli blizny wytworzyły się tylko w błonie śluzowej, wtedy przy ezofagoskopowaniu piersiowa część przełyku przedstawia obraz niezmiernie znamienny: blizny tu biegną najczęściej w kierunku poprzecznym i wystają jako sierpowate, półksiężycowate fałdeczki i zmarszczki (tabl. II, fig. 16, 17, 18 i 20), zwężające światło przełyku.

Zmarszczki te i fałdeczki tworzą się nietylko z samych blizn, lecz także i z prawidłowej błony śluzowej, ściągniętej przez blizny, leżące na przeciwległej ścianie przełyku. Przy dotykaniu zgłębnikiem fałdeczki bliznowate są twarde i naprężone, jak struny, fałdy zaś błony śluzowej są przeciwnie miękkie i podatne.

Przy bliznach powierzchownych ruchy oddechowe przełyku, chociaż istnieją jeszcze, lecz wydają się słabsze, aniżeli w przełyku prawidłowym.

W trudniejszych przypadkach, gdy zbliznowacenie zajmuje nietylko błonę śluzową, lecz i głębsze warstwy, widać przy badaniu ezofagoskopowem również fałdy poprzeczne i sierpowate, jednakże wtedy wszystkie fałdy są twarde, nieruchome i jakby odrętwiałe. W przełyku nie dostrzega się wtedy żadnych ruchów oddechowych.

Samo zwężenie, czyli wejście do zwężenia, wygląda jako mniej lub więcej bliznowaty lejek, na którego końcu widać okrągłe lub owalne światło; dość często sprawia ono wrażenie części pochwowej macicy (tabl. II, fig. 18), zwłaszcza. gdy przełyk ponad zwężeniem jest nieco rozszerzony, a wejście do zwężenia jakby nieco wgłębione w owo rozszerzenie.

Przy ciężkich oparzeniach przełyku zwykle najsilniej uszkodzoną bywa część przełyku ponad wpustem. Dla tej części przełyku znamiennem jest tworzenie się potem twardych, sztywnych, rurkowatych zwężeń bliznowatych. Ściany takiej bliznowatej rury nie mają żadnych zmarszczek, ani fałdów, chociaż są niegładkie i nierówne, ponieważ są pozbawione na całej swej przestrzeni błony śluzowej. W początkowym okresie wewnętrzna powierzchnia tej rury złożoną jest z łatwo krwawiącej ziarniny, w okresach zaś późniejszych, gdy się już utworzy blizna. powierzchnia miejscami bywa białawą, miejscami czerwono-burą z rozsianemi tu i owdzie owrzodzeniami.

Jak już wspomniałem, oddaje ezofagoskopia największe usługi przy leczeniu bliznowatych zwężeń przełyku nietylko dla tego, że pozwala pod nadzorem oka prędko i energicznie rozszerzać zgłębnikami zwężenie, lecz także i dla tego, że również pod nadzorem oka pozwala ona łatwo zastosowywać tak energiczne sposoby rozszerzania, jakiemi są wsuwanie tupelo i błaszecznicy *(laminaria)*.

Przyczyną zwężeń bliznowatych przełyku bywają przeważnie wszelkiego rodzaju uszkodzenia przełyku, lub też sprawy zapalne. Uszkodzenia najczęściej bywają chemiczne: oparzenia przełyku płynami żrącymi.

Stopień i miejsce oparzenia bywają zwykle ściśle określone. Połknięcie płynów żrących wywołuje krótkotrwały kurcz zwieracza gardła; kurcz ten zatrzymuje na pewien czas płyn i wytwarza w tem miejscu oparzenie. Dalej znaczne oparzenie wywołuje płyn żrący w okolicy podziału tchawicy. Przejście płynu przez część piersiową przełyku wywołuje silny odruchowy kurcz wpustu, wskutek czego płyn na długo zatrzymuje się w dolnej części przełyku, sprawiając tu n a j s i l n i e j s z e oparzenie.

Na tablicy II, fig. 16, widzimy dość znaczne bliznowate zwyrodnienie piersiowej części przełyku po oparzeniu kwasem siarkowym. Całą powierzchnię tej części przełyku pokrywają drobne, twarde, sierpowate blizny i zmarszczki poprzeczne. Głębokie rurkowate zwężenie dolnej części przełyku, z nierówną, pokrytą ziarniną i owrzodzeniami powierzchnią przedstawia fig. 15, tabl. II.

Na tablicy II, fig. 17 i 18, przedstawiono obrazy bliznowatego zwężenia części piersiowej przełyku u 19-letniej chorej po oparzeniu amoniakiem. Na fig. 17 wyrysowano miejsce przejścia części szyjnej w część piersiową przełyku; błona śluzowa jest tu mniej więcej prawidłowa, w głębi zaś widać światło, zwężone bliznowatemi zmarszczkami. Wejście do zwężenia przedstawione jest na fig. 18. Błona śluzowa uległa tu prawie zupełnie bliznowatemu zwyrodnieniu, brzegi zwężenia są zaostrzone, twarde i wpuklają się ku górze nakształt części pochwowej macicy. W głębi widać takież same blizny.

Zwężenie nieznaczne widzimy na tabl. II, fig. 19 i 20; było to u chorego, który przez nieostrożność oparzył się ługiem żrącym. Fig. 19 — szyjna część przełyku; część ta znaczniej jest zwężona, a blizny przebiegają wzdłuż nakształt promieni, wychodzących z jednego punktu. Po dokładnem rozszerzeniu zwężenia szyjnej części przełyku można było obejrzeć część piersiową (fig 20); powierzchnia jej pokryta była dużemi, głębokiemi, sierpowatemi fałdami nieprawidłowo ściągniętej błony śluzowej.

Oprócz tych przypadków spostrzegałem u trojga chorych zwężenie przełyku, wywołane przez ostrą sprawę zapalną i następowe wytworzenie się blizn. Zwężeniu temu uległa jednakże znacznie mniejsza część przełyku, blizny zaś były powierzchowne, nietrwałe i rozmieszczone bardzo nieregularnie.

We wszystkich tych przypadkach bliznowatych zwężeń przełyku rozszerzałem tylko przez ezofagoskop, używając to zwyczajnych rozszerzadeł, to tupelo, to blaszecznicy. Dzięki ezofagoskopowi mogłem swobodnie stosować forsowne, a prędkie rozszerzanie przełyku bez żadnej obawy. Zwyczajny przebieg leczenia przy pomocy ezofagoskopu nie trwał więcej nad 2—3 tygodnie, zamiast dawnych kilku miesięcy.

Kurcz wpustu.

Cierpienie to, szczególnie zaś jego przyczyny nie są jeszcze dokładnie zbadane.

W roku 1877 Zenker i Ziemssen opisali przypadek olbrzymiego rozszerzenia przełyku, w którym ani badania kliniczne, ani sekcya nie wykryły żadnej przyczyny. Z piśmiennictwa zebrali oni jeszcze 17 podobnych przypadków. W roku 1881 pierwszy Strümpell, a za nim w roku 1887 Mikulicz wypowiedzieli przypuszczenie, iż takie rozszerzenia przełyku wywołane są przez kurcz wpustu. To zapatrywanie i do dziś dnia jest panującem, tem bardziej, iż potwierdziły je badania ezofagoskopowe. Przy badaniu ezofagoskopowem wpust żołądka zawsze jest kurczowo zaciśnięty i ma postać rozetki, lub gwiazdeczki, ułożonej z fałdów błony śluzowej przełyku (tabl. I, fig. 6 i tabl. II, fig. 21). Przesuwanie rury ezofagoskopu przez ściśnięty wpust napotyka wtedy zawsze na pewien elastyczny opór.

Kurcz wpustu zaczyna się zwykle zwolna, jako cierpienie przewlekłe, a zdarza się przeważnie w wieku dojrzałym. Jako najwcześniejszy objaw zwraca uwagę pewna przeszkoda przy połykaniu płynów, zwłaszcza drażniących. Dla pokonania tej przeszkody chory połyka kilka razy tylko powietrze, co zwiększa ciśnienie w części piersiowej przełyku, przezwycięża kurcz wpustu i przesuwa pokarm do żołądka.

Często i ludzie zdrowi doznają podobnego kurczu wpustu przy połykaniu płynów drażniących, zawierających w sobie kwas węglowy (wody gazowe, szampan i t. d.).

Przy długo trwającym kurczu wpustu coraz to znaczniejsze zatrzymywanie się pokarmów wywołuje rozszerzenie przełyku. Największemu rozszerzeniu ulega dolna część przełyku; ku górze i ku żołądkowi to rozszerzenie stopniowo się zmniejsza, skąd często nadawano temu cierpieniu nazwę: „samorodne wrzecionowate rozszerzenie przełyku“.

Przy oglądaniu rozszerzonego przełyku zapomocą ezofagoskopu znamiennem jest to, iż pomimo rozszerzenia światła błona śluzowa układa się w nieprawidłowe, poprzeczne fałdy, jak to widzimy na tabl. I, fig. 9 i 10. Błona śluzowa ma odcień brudnawy, wywołany nieżytem przewlekłym.

Muszę nadmienić raz jeszcze, iż bardzo często rak wpustowej części przełyku bywa brany za kurcz wpustu, ponieważ i objawy kliniczne i obrazy ezofagoskopowe tych cierpień są bardzo do siebie podobne. Głównem jednakże znamieniem kurczu wpustu jest miękkość i elastyczność powstających fałdów, a także dość łatwe rozsuwanie się ich przy naciskaniu ezofagoskopem. Fałdy przy raku wpustu są przeciwnie zawsze twarde, sztywne i stawiają niepokonany opór rurze ezofagoskopu. Wogóle zaś dość często trzeba poddać chorego dość długiej obserwacyi i kilkakrotnemu badaniu, by módz stanowczo określić rodzaj cierpienia.

Badałem 12 przypadków kurczu wpustu; większą część ich badałem kilkakrotnie w przeciągu $1^1/_2$ —2 lat. Leczyłem je z dobrym wynikiem (oprócz dyety, wód mineralnych i przepłukiwania przełyku) rozszerzaniem wpustu zapomocą grubych rozszerzadeł (NN 40—50). Mikulicz radzi rozszerzać dopiero po utworzeniu przetoki żołądkowej; przypuszczam jednakże, iż jest ona zbyteczna.

Uchyłki przełyku.

Ten dział cierpień przełyku nie jest zbyt wdzięcznem polem dla ezofagoskopii, która tu nie daje dokładnych wyników, albowiem tylko wyjątkowo udaje się zapomocą ezofagoskopu odrazu rozpoznać uchyłek.

Uchyłki przełyku, jak wiadomo, mają zwykle pewną typową siedzibę Przypominam, że światło szyjnej części przełyku zawsze jest zapadnięte i ma kształt podłużnej, lub nieprawidłowej szpary, utworzonej z fałdów błony śluzowej. Jeżeli w tej części przełyku powstanie uchyłek, to jego ściany i wejście także muszą być zapadnięte, wobec czego nadzwyczaj jest trudno przy pierwszem badaniu ezofagoskopem ściśle określić wśród fałdów błony śluzowej wejście do uchyłka, które odznacza się tylko jeszcze jednym nadliczbowym fałdem lub szparą. Z tego powodu większość autorów opisuje ezofagoskopowe obrazy uchyłków w swoich spostrzeżeniach tylko po dokładnem i kilkakrotnem badaniu. Daleko łatwiej rozpoznać w ezofagoskopie uchyłek piersiowej części przełyku, której światło zawsze jest otwarte.

Miałem sposobność spostrzegać tylko jeden przypadek uchyłka przełyku. Uchyłek znajdował się w szyjnej części przełyku i dawał ezofagoskopowy obraz taki, jaki widzimy na tabl. II, fig. 22. Na odległości 17—18 ctm od zębów ciągnął się na tylnej ścianie przełyku poprzeczny wałeczek z błony śluzowej. Do środkowej części tego wałeczka z tyłu i z przodu schodzą się na kształt promieni nowe fałdy błony śluzowej i jakby znikają pod nim. Są to zapadnięte światła uchyłka i przełyku. Zgłębnik przy wprowadzeniu od przodu, t. j. przed wałeczkiem błony śluzowej, wchodzi aż do żołądka; jeśli zaś wprowadzać go od tyłu, poza wałeczkiem, w szparę między tylną ścianą przełyku i wałeczkiem, to wchodzi on tylko na jakie 2 ctm. i napotyka tu opór.

Ugniecenie przełyku od zewnątrz nowotworami, tętniakami i t. p.

W sprawach tego rodzaju przełyk uczestniczy tylko biernie, wobec czego samo ugniecenie światła przełyku nie wiele daje wskazówek dla określenia przyrody głównego

cierpienia. W szyjnej części przełyku, gdzie światło prawidłowo jest zapadnięte, ugniecenie przełyku od zewnątrz nie wytwarza znamiennych obrazów ezofagoskopowych. — W części zaś piersiowej, gdzie światło powinno być szeroko otwarte, ugniecenie przełyku przez nowotwory, lub tętniaki tętnicy głównej łatwo rozpoznać przy badaniu ezofagoskopowem. Obrazy ezofagoskopowe nie zależą od rodzaju cierpienia i przedstawiają tylko zwężenie światła piersiowej części przełyku. Światło to przybiera zwykle w tych przypadkach postać półkrągłej szpary wskutek przyciśnięcia jednej ściany przełyku do drugiej.

Na tabl. II. fig. 23 i 24, przedstawiono ezofagoskopowe obrazy ugniecionego przez tętniaki tętnicy głównej światła piersiowej części przełyku; światło przełyku jest zapadnięte i ma kształt półksiężyca.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Hans Kehr. **Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit.** (Wewnętrzne i chirurgiczne leczenie kamicy żółciowej). Nakład J. F. Lehmanna. Monachium, 1906. Stron 176, 1 tablica. Cena 4 mk.

Dziełko Kehra jest opracowaniem wykładu, wygłoszonego przy otwarciu domu »Für das ärztliche Fortbildungswesen« w Berlinie. Na początku zastrzega się autor, że chociaż specyalnie zajmuje się operacyami w kamicy żółciowej, bynajmniej nie odrzuca leczenia wewnętrznego, o czem świadczy najlepiej to, że na 3000 przypadków, w których udzielał porady, operował tylko w 1108, t. j. w 37 prc.; pamiętać zaś należy, że wszyscy chorzy przysłani zostali do autora przez lekarzy, lub zgłosili się sami sądząc, że będą operowani.

Roztrząsając przyczyny tworzenia się kamieni, przyłącza się autor do zdania tych, którzy kamicę żółciową uważają zawsze za skutek zakażenia dróg żółciowych. Kamienie tworzą się prawie jedynie w pęcherzyku żółciowym, w przewodzie wątrobowym rzadko; we wspólnym przewodzie zawsze są następowymi. U kobiet jest kamica 4 razy częstszą, niż u mężczyzn, a zdarza się głównie po 60 roku życia. Położenie społeczne, jako też odżywienie nie ma żadnego wpływu na powstawanie kamicy. Uraz budzi często chorobę z uśpienia (okresu utajenia) i bywa uważanym za bezpośrednią jej przyczynę. Wogóle kamienie żółciowe (utajone) ma co dziesiąty prawie człowiek.

W razie istnienia kamieni prawie zawsze w żółci stwierdzić można drobnoustroje. Sprawa zapalna woreczka udziela się otoczeniu, tworzą się zrosty z otoczeniem, sprawiające różne przypadłości, jak żołądkowe, kiszkowe, nieraz także naśladujące zapalenie wyrostka robaczkowego. W sprawie chorobowej bierze często udział i trzustka (33 prc.), ulegając ostremu lub przewlekłemu zapaleniu, obumarciu lub ropieniu. Ból, znamienny dla kamicy, rzadko jest skutkiem mechanicznego działania kamieni, a kolkę odnieść należy głównie do sprawy zapalnej, bo zdarza się ona nieraz, chociaż nie ma złogów, a naodwrót nieraz liczne kamienie nie sprawiają żadnych dolegliwości, choć tkwią w przewodach. Duże kamienie są mniej niebezpieczne, niż małe. Żółtaczka nie zawsze towarzyszy kamicy, przeciwnie zjawia się ona dość rzadko, w 20 prc. przypadków, a nawet przy kamieniach w przewodzie wspólnym występuje ona tylko w 33 prc. Natomiast bardzo często, szczególnie w początkach choroby, zdarzają się tak zw. »kurcze żołądka«, które bywają powodem pomyłek w rozpoznaniu. W odróżnieniu od cierpień żołądka pojawia się jednak kolka wątrobna najczęściej około północy, zupełnie niezależnie od pory posiłków. Zresztą bole bywają w kamicy bardzo różnorodne, nieraz zgoła nie typowe. Przy zatkaniu przewodu żółciowego wspólnego pojawiają się bole najczęściej w okolicy pępka, rozpromieniać się zresztą mogą na wszystkie strony. Najsilniejsze bywają bole przy przejściu sprawy zapalnej na błonę surowiczą. Przy kolce po poprzedzającym dreszczu wzrasta gorączka szybko do 40—41° C. i zwykle szybko potem opada.

Wątrobę badać należy zawsze obu rękami, podobnie jak nerkę. Przy kamicy jest wątroba rzadko kiedy powiększona, o wiele częściej tylko obniżona. Nakłucia próbnego nie wolno wykonywać nigdy. Ponieważ kamień często odchodzi bardzo późno, nieraz po 6 tygodniach, i przebywać może długi czas w odbytnicy *(ampulla recti)*, trzeba więc badać zawsze i przez odbytnicę. Z wymiotami odchodzą kamienie bardzo rzadko, również tylko rzadko przebijają się na zewnątrz i to w okolicy pępka, powyżej więzadła Pouparta i t. d. Ręką prawie nigdy nie można wymacać kamieni przez powłoki, a opisywane w książkach trzeszczenie kamieni jest chyba równie wyjątkowe, jak t. zw. drżenie wodunkowe przy bąblowcu, którego autor nigdy dotąd nie stwierdził, choć operował już 40 przypadków bąblowca. Rentgenizacya również nie przynosi wielkich korzyści, bo najważniejszą rzeczą w kamicy jest określenie, gdzie kamienie się znajdują i co zawiera pęcherzyk żółciowy, a tego rentgenizacya nie stwierdzi.

Kehr rozróżnia następujące rodzaje choroby, które zdaniem jego powinniśmy już obecnie umieć zosobna rozpoznawać:

1) Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego: a) surowicze, b) surowiczo-włóknikowe, c) ropne, d) zgorzelinowe. 2) Przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego: a) puchlina, b) ropniak, c) zapalenie wrzodziejące. 3) Ostre zamknięcie przewodu wspólnego. 4) Przewlekłe zamknięcie przewodu wspólnego: a) przez kamień, b) przez guz lub zmiany trzustki. 5) Rak woreczka lub wątroby.

Kamienie żółciowe uważa Kehr za ciała obce, które, podobnie jak n. p. kulę, zostawić należy w spokoju, o ile żadnych dolegliwości nie sprawiają.

Zapobieganie kamicy polega u kobiet na nienoszeniu gorsetu (suknie reformowe), używaniu ruchu i wszelkiego rodzaju sportów, leczeniu nieżytów żołądka i kiszek, uregulowaniu posiłków (częste a skąpe) i t. d. Co do samego cierpienia, to leczenie ma tu za zadanie: 1) rozpuszczanie i usuwanie złogów, 2) przywrócenie drożności przewodów, 3) usuwanie zakażenia i spraw zapalnych. Co do punktu pierwszego, t. j. rozpuszczania kamieni, to żaden z licznych środków, głośno reklamowanych, nieskutkuje, podobnie jak i t. zw. środki żółciopędne. Jeżeli punkt pierwszy sprawia trudności w leczeniu wewnętrznem, to jeszcze większe sprawiać musi drugi. Co do punktu trzeciego, to staramy się usuwać sprawę zapalną przez spokój, gorące okłady, przez częste picie gorących napojów lub jakiejś szczawy alkalicznej. Gorące płyny podaje się na czczo łykami, najlepiej zdrój karlsbadzki Mühlbrunn, z początku z rana pół litra, w 2—5. tygodniu cały litr, w 6. znowu pół litra. Gdy po 3 tygodniach objawy ostre nie łagodnieją, istnieje ciągle ból, autor radzi swym chorym zabieg operacyjny. Przed polecanem gorąco przez innych w kamicy miesieniem autor bardzo przestrzega. W razie silnej kolki gorące okłady oddają najlepsze usługi.

Dyeta przy kamicy stosować się powinna w pierwszym rzędzie do istniejących w danym przypadku powikłań jelitowych: w razie istnienia ich wysyła się chorych do Karlsbadu i Neuenahr, przy niedowładzie jelit do Kissingen i Homburga, przy zaparciu stolca do Maryenbadu. Najlepiej posiłek podawać chorym często, mianowicie mieszane pokarmy co 3 godziny. Środki przeczyszczające, stosowane odpowiednio, działają bardzo dobrze. Autor używa chętnie oliwy w ilości ¼ litra co dzień w lawatywie. Natomiast podawaniu oliwy, oleju migdałowego lub lipaniny przez usta nie przypisuje autor żadnego znaczenia. Również za bezskuteczny uważa autor środek Duranda, leczenie sposobem Schürmayera, chologen, polecany przez Glasera, cholelizynę i eunatrol, polecany przez Clemma. Wszystkie te i inne podobne, bezczelnie nieraz przez fabryki zachwalane środki, jak *extractum fluidum orthos*, gallinę i t. d. uważa Kehr poprostu za szarlatanerye. Kamienie, które po podaniu tych środków odchodzić mają ze stolcem, są najczęściej kulkami tłuszczu. Autor przy sposobności zakładania przetok pęcherzyka badał te środki i przekonał się, że nawet nalane wprost do pęcherzyka kamieni zupełnie nietylko nie rozpuszczają, ale nawet nie miękczą.

Co do samej operacyi, to autor operuje tylko głównie w przerwie między napadami. Głównie wykonuje wycięcie woreczka i sączkowanie przewodu wątrobowego. W razie kamieni w przewodzie wspólnym przy nacięciu tegoż, usunięciu kamieni i szwie na głucho blizko w 20 prc. przeocza się inne kamienie, dlatego też najlepiej jest sączkować wprost przewód wątrobowy, przyczem usuwa się ewentualnie i zakaźne pierwiastki z dróg żółciowych na zewnątrz. Riedel radzi operować kamicę żółciową odrazu, podobnie jak się odrazu operuje zapalenie wyrostka robaczkowego; autor postępuje inaczej, a mianowicie: każdego chorego w razie silnego napadu kładzie do łóżka, polecając jak najgorętsze okłady, a w razie potrzeby morfinę. Gdy nie wystąpi gorączka, tętno pozostaje wolnem i guz pęcherzyka wybitnie się

zmniejsza w przeciągu tygodnia, to autor nie uznaje potrzeby operacyi; natomiast radzi operacyę, gdy napady się powtarzają, lub gdy po tygodniu któryś z wymienionych objawów chorobowych jeszcze się utrzymuje. Niezwłocznie operuje autor: przy ciężkiem zakażeniu, upadku sił, silnej gorączce, przyśpieszeniu tętna, w razie wielkiego powiększenia pęcherzyka, przy objawach podrażnienia otrzewnej. Wobec puchliny pęcherzyka bez objawów operuje autor wyrobników, ludzi zaś zamożniejszych nie nakłania do operacyi, bo ci mogą szanować się, a sprawa może jeszcze samoistnie się wyleczyć. Podobnie postępuje autor przy ostrych i przewlekłych zmianach przewodu wspólnego; i tak, operować należy przy często powtarzających się kolkach z żółtaczką i dreszczami bez odchodzenia kamieni.

Ogólne zasady autora w sprawie leczenia kamicy żółciowej są następujące: 1) W wielu przypadkach kamicy osiągnąć można przez leczenie wewnętrzne trwały nawet wynik leczniczy, t. zn. wprawdzie nie wydalenie kamieni zupełne, lecz przycichnięcie choroby. 2) Zdania Riedla, by operować jak najwcześniej, gdy jeszcze kamienie są w pęcherzyku, autor nie podziela. 3) Również nie należy operować, gdy napady przebiegają lekko, a pomiędzy niemi są przerwy, w czasie których stan zdrowia jest dobry, a pęcherzyk niebolesny. 4) Ostrą niedrożność przewodu wspólnego prawie zawsze udaje się wyleczyć środkami wewnętrznymi. 5) Częste kolki i żółtaczka bez odchodzenia kamieni zmuszają do operacyi, gdy podkopują odżywienie. 6) Przypadki z żółtaczką lecz z równoczesnem każdorazowem odchodzeniem kamieni należą do lekarza chorób wewnętrznych. 7) Puchlina i ropniak pęcherzyka należą do chirurga, z wyjątkiem puchliny u ludzi zamożnych, którzy mogą się szanować, operacyi się opierają, a choroba nie sprawia im dolegliwości. 8) Przewlekłe zatkanie przewodu wspólnego należy operować. 9) Również operować należy chorych, którzy wskutek silnych kolek stali się morfinistami. 10) Operować należy w razie przypuszczenia nowotworu, t. j. gdy istnieje przewlekła żółtaczka bez typowych napadów i bolesności i wyłączyć można zmiany wątroby. 11) Powikłania kamicy, jak przedziurawienie pęcherzyka, ropnie, zwężenie żołądka, dwunastnicy i kiszek i t. d. powinny być operowane niezwłocznie.

Na 1111 operowanych przez autora zmarło 180, co stanowi 16·2 prc. śmiertelności. Z tych 180 jednak przypadków większość dotyczyła operacyi, powikłanych nowotworami, zapaleniem otrzewnej i równoczesnymi zabiegami na innych narządach tak, że właściwie śmiertelność po czystych operacyach wątrobowych wynosi u Kehra 3·2 prc.

Wogóle u mężczyzn, o ile kamienie są rzadsze, o tyle znów choroba przebiega cięższej i warunki operacyjne są zwykle gorsze z powodu częstego zatrucia ustroju wyskokiem i tytoniem. I tak u mężczyzn śmiertelność jest 5 razy większą, niż u kobiet.

Co do wyników pooperacyjnych i nawrotów choroby, to czasem wydarzają się kolki, a to albo z powodu przeoczenia kamieni przy operacyi w przewodach, lub, co częściej bywa, wskutek następowych zrostów pooperacyjnych. Co do nawrotów, to najczęściej polegają one na przeoczeniu kamieni; natomiast nawrotów rzeczywistych, t. j. ponownego wytwarzania się kamieni, autor nigdy nie spostrzegał i nawet wprost zaprzecza, by były możliwe, twierdząc, że kamienie tworzą się li tylko drogą zakażenia, a to usuwa się przez zabieg. To też ze spokojnem sumieniem zapewnia Kehr chorych, że choroba jako taka, t. j. kamienie, już się nie wrócą. Aby uniknąć jednak następowych zarzutów i skarg chorych z innych powodów, trzeba przy operacyi uwzględnić wszystkie okoliczności, a więc n. p. często usunąć i zmieniony wyrostek robaczkowy, lub wykonać plastykę odźwiernika, lub połączenie żołądka z jelitem i t. d., gdyż często chorzy przypadłości, pochodzące z innych przyczyn, uważają za skutek operacyi.

Co do wyników następowych, to z zestawienia Kehra wynika, że 1) w 4 prc. zostawił przy operacyi kamienie, 2) w 7 prc. utworzyły się przepukliny następowe, 3) w 11 prc. wystąpiły następowe kolki wskutek zrostów, 4) w 6 prc. kolki zapalne. Jeżeli pęcherzyk przyszyto do powłok, to należy szwy skrupulatnie usuwać, bo tworzą się potem nawroty »nitkowe« (Faden-recidive), t. j. złogi około jedwabiu.

Na wysłane do chorych zapytania (357), jak się czują po operacyi, dostał autor 350 odpowiedzi, z których przekonał się o powikłaniach powyżej wspomnianych; zresztą wynik był zupełnie pomyślny.

Ze spostrzeżeń fizyologicznych nad wydzielaniem się żółci przytacza Kehr następujące: Ilość dzienna żółci wydzielanej z przetoki żółciowej waha się od 800—1000 cm.³. Wszelkie zabiegi i środki żółciopędne nie wzmagają wiele wydzielania żółci, a jedynie picie na czczo gorących płynów, i to jakichkolwiek, przyśpiesza trochę wydzielanie. Środków rozpuszczających kamienie w ustroju nie znamy. Spożywanie posiłku odciąga zaraz żółć do przewodu pokarmowego i jest najlepszym środkiem żółciopędnym.

Dziełko Kehra, posiadającego niewątpliwie największe doświadczenie w zakresie kamicy żółciowej wśród współczesnych chirurgów, zasługuje ze względu na częstość kamicy w praktyce na to, aby rozpowszechniło się w szerokich kołach lekarskich, dla których jest też głównie przeznaczonem. *Dr Adolf Kłęsk.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Ehrmann. **Przyczynek do fizyologii i doświadczalnej patologii nadnercza.** (*Archiv f. exp. Path. u. Pharm.* 55, 1906, Z. 1). Opierając się na wynikach własnych badań (p. *Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* 53, 1905, str. 97), w których dowiódł, że nadnerczynę można wykryć we krwi żył nadnercza, doszedł autor do wniosku, że i zmiany w wydzielaniu nadnerczyny pod wpływem wywołanych szkodliwych czynników tą drogą najlepiej stwierdzić się dadzą. W tym celu badano działanie nadnerczyny na oświetloną źrenicę wyłuszczonej gałki ocznej żaby. Krew pobierano z żyły głównej dolnej, tuż ponad ujściem żył nerkowych, tak aby ile możności nie była zmieszaną z krwią sąsiednich naczyń żylnych. Uzyskaną z tej krwi surowicę rozcieńczano wedle potrzeby fizyologicznym roztworem NaCl. Z dwu gałek ocznych tej samej żaby, jedną kładziono do surowicy z krwi żyły głównej, a drugą (dla porównania) do tak samo przygotowanej surowicy żyły lub tętnicy szyjnej. Jak poprzednio, tak i te badania dowiodły przedewszystkiem jednostajnego wydzielania nadnerczyny przez nadnercze. Autor badał dalej zmiany w tem wydzielaniu pod wpływem jadu błoniczego. Zastrzyknięto go 5 królikom po 0,3 ctm.³, poczem w 10—20 godz. pobierano krew. Surowica z niej sprawiała w rozcieńczeniu 5-krotnem, rozszerzenie źrenicy prawie do ostateczności, w 10-krotnem — znaczne, a w 20-krotnem — ślad. Sekcya stwierdziła u trzech zwierząt zabarwienie nadnercza zmienione: ciemno-czerwone aż do sinego. Zważywszy, że w warunkach prawidłowych nadnerczyna w rozcieńczeniu 10-krotnem prawie nigdy, a w 20-krotnem nigdy rozszerzenia źrenicy żabiej nie wywoływała, trzeba przyjąć, że działanie jadu błoniczego nietylko nie zmniejsza ilości wydzielonej nadnerczyny, ale przeciwnie zwiększa ją, nawet wtedy, gdy w nadnerczu powstały widoczne gołem okiem zmiany anatomiczne. — Dalej doszedł autor, że pilokarpina i atropina nie wpływają ani pobudzająco, ani hamująco na wydzielanie się nadnerczyny, chyba w granicach bardzo nieznacznych. — Co się tyczy zmian pod wpływem wzmożonego lub zmniejszonego parcia krwi, to autor, — opierając się na spostrzeżeniach, że ani krew żył nadnerczowych królików zatrutych jadem błoniczym, w chwili zapadu, ani takaż krew psów pod wpływem czy to małych dawek atropiny (parcie wzmożone), czy też dużych (parcie zmniejszone), nie wykazuje zmian w ilości wydzielonej nadnerczyny, — stwierdza, że ilość wydzielonej nadnerczyny nie stoi w żadnym stosunku do parcia krwi. W stanie fizyologicznym może nadnerczyna utrzymuje parcie na jednej wysokości, ale w stanach chorobowych, zdaniem autora, nie wpływa na regulowanie parcia krwi. Natomiast dopatruje się autor pewnego stosunku między ilością nadnerczyny zawartej we krwi żył nadnerczowych pewnego zwierzęcia, a jego wrażliwością na działanie adrenaliny. Widać to zwłaszcza z porównania ilości nadnerczyny we krwi żył nadnerczowych królika, który wytwarza jej około 0,0000005 gr. w 1 ctm.³ krwi, z ilością nadnerczyny we krwi kota, którego wydajność pod tym względem jest znacznie mniejsza; chociaż dawka śmiertelna adrenaliny dla kota jest znacznie większa, niż dla królika. Stąd autor wysnuwa wniosek, że ten gatunek zwierząt, który więcej wydziela adrenaliny, jest zarazem wrażliwszy na jej działanie. *Oszacki.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Iwanow. **W sprawie leczenia choroby Basedowa surowicą zwierząt, pozbawionych gruczołu tarczowego.** (*Char. Med. Żurnal* 1906, Nr 3). Iwanow leczył w klinice prof. Opienchowskiego w Charkowie 5 przypadków choroby Basedowa surowicą krwi kóz, pozbawionych gruczołu tarczowego. W 3 przypadkach autor wstrzykiwał surowicę podskórnie w ilości 10 sz. ctm. zwykle codzień, w 2 przypadkach podawał wewnętrznie co dnia 10 sz. ctm. naraz. Pierwsza chora otrzymała 10 wstrzyknięć, druga 24 (z przerwą), trzecia 47 (także z przerwami); czwarta zażywała surowicę w ciągu 15 dni, wreszcie

piąta — w ciągu 26 dni. Wnioski autora są następujące: Surowica dała dobre wyniki przy stosowaniu nietylko podskórnem, lecz wewnętrznem; zwłaszcza dobry wpływ surowica wywierała na czynność serca i na układ nerwowy. Już po pierwszych dniach jej stosowania tętno stawało się rzadszem, napady bicia serca. przedtem bardzo częste i męczące chorych, ustępowały, stan podmiotowy chorych szybko się poprawiał, drżenie i wole zmniejszały się; w 2 przypadkach niezadawnionych wole pod koniec leczenia znikło zupełnie; najtrudniej pod wpływem surowicy znikały objawy oczne, zwłaszcza wysadzenie gałek ocznych, lecz i tu przy długiem leczeniu stwierdzano znaczną poprawę, a w trzech przypadkach wysadzenie gałek ocznych znikło zupełnie. Waga ciała we wszystkich przypadkach zwiększyła się. Żadnych ujemnych objawów ubocznych nie było. Jeżeli autor przerywał leczenie zaraz na początku, wszystkie objawy, zwłaszcza sercowe, wracały; po dłuższem zaś stosowaniu surowicy polepszenie było stałem: w jednym przypadku po 8 miesiącach, w drugim po 7 stan chorych nie pogorszył się wcale.

Z. Orłowski (Ptbg.).

Klimow. **Nowy kliniczny sposób oznaczania krwi w moczu.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 16). Klimow (ze szpitala dla dzieci w Ptbg.) gorąco poleca następujący sposób określenia krwi w moczu. (Zresztą w istocie nie nowy. jest to bowiem przystosowany do moczu i trochę zmieniony sposób Klunge określenia krwi w stolcu): do probówki nalewa się w równych ilościach moczu i starego terpentynowego olejku, wsypuje się potem trochę proszku aloiny; wszystko to starannie się kłóci i lekko ogrzewa; mocz, nie zawierający krwi, pozostaje żółtego koloru; jeżeli zaś w moczu jest choć trochę krwi, mocz przybiera jaskrawo purpurowe zabarwienie. Jeszcze lepiej zamiast olejku terpentynowego używać nadtlenku wodoru. Ilość dodawanego nadtlenku wodoru nie wywiera wielkiego wpływu na odczyn, ilość zaś proszku aloiny wywiera pewien bardzo nieznaczny wpływ na stopień zabarwienia, lecz nie na uzyskanie samego odczynu. Odczyn występuje wybitnie nietylko przy ogrzewaniu, lecz i na zimno. We wszystkich przypadkach krwawego moczu wynik odczynu był dodatni i pozwalał ze stopnia zabarwienia sądzić o ilości domieszanej krwi. Dodać należy, że odczyn bezwarunkowo wskazuje na domieszkę krwi, jeżeli mocz jest kwaśny; mocz alkaliczny zawsze daje z aloiną i nadtlenkiem wodoru purpurowe zabarwienie nawet wtedy, jeżeli nie zawiera krwi. W takim razie trzeba mocz podkwasić do ukazania się kwaśnego odczynu; mocz, nie zawierający krwi, zaraz zmieni zabarwienie z purpurowego na żółte. Obecność białka lub innych nieprawidłowych domieszek nie wpływa na odczyn, z wyjątkiem barwików żółciowych, które same przez się dają z aloiną zabarwienie purpurowe. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Mełuzow. **Oznaczenie siły ruchowej żołądka sposobem Elsnera.** (*Izwiest. woj.-med. Akad.* Nr. 4, 1906). Sposób Elsnera zasadza się na oznaczeniu ogólnej ilości treści żołądkowej, wydobytej w oznaczonym czasie po próbnem śniadaniu, oraz oznaczeniu stałych resztek pokarmów w tejże treści. Jeśli w wydobytej w godzinę po próbnem śniadaniu treści żołądkowej znajduje się bardzo mało stałych części pokarmowych, a ogólna ilość treści żołądkowej jest nadmierna, to z wszelkiem prawdopodobieństwem zależy to od nadmiernego wydzielania się soku żołądkowego, przy osłabieniu zaś siły ruchowej żołądka lub jakiejkolwiek przeszkodzie w okolicy odźwiernika ilość części stałych przewyższać powinna ilość prawidłową. Sposobem Elsnera badał M. chorych, u których nie było nieprawidłowej czynności żołądka, i chorych w przebiegu rozmaitych cierpień żołądkowych. Badanie czynności ruchowej prawidłowego żołądka u dwunastu chorych dało następujące wyniki: 1) Naczczo żołądek jest pusty lub zawiera nieznaczną ilość treści słabo kwaśnej; 2) w godzinę po próbnem śniadaniu ogólna ilość treści waha się od 70—180 sz. ctm., średnio 130 ctm.[3]; 3) ilość stałych resztek pokarmów waha się od 30—100 sz. ctm., średnio 62; 4) stosunek odsetkowy stałych resztek pokarmu do całej treści żołądka wynosi 47 prc. W sześciu przypadkach czystej postaci sokotoku M. znajdował 1) naczczo kwaśną treść żołądkową w większej lub mniejszej ilości, jednak bez domieszki stałych części pokarmów; 2) po próbnem śniadaniu ogólna ilość treści żołądkowej dochodziła do 325 sz. ctm., średnio zaś 260 sz. ctm.; 3) ilość niestrawionych resztek pokarmów wynosiła od 40 do 80 sz. ctm., średnio 62; 4) odsetkowy stosunek między ilością części stałych, a całą treścią żołądka wynosił 23 prc. Badanie 6 chorych z nadmierną wydzieliną soku żołądkowego przy równoczesnem osłabieniu jego siły ruchowej w nieznacznym stopniu dało wyniki następujące: 1) Naczczo treść oddziaływania kwaśnego, nie zawierająca resztek pokarmów, w ilości od 75 do 140 sz. ctm.; 2) po próbnem śniadaniu ogólna ilość treści waha się między 240 a 340, średnio 301 ctm. sz.; 3) ilość stałych resztek pokarmowych od 140—200, średnia liczba 160 sz. ctm.; 4) stosunek części stałych do całej treści żołądka 53 prc. W 15 przypadkach czystego osłabienia czynności wydalniczej żołądka znaleziono: 1) Żołądek naczczo pusty lub też zawiera od 40—99 sz. ctm. treści z domieszką resztek pokarmów lub brakiem tejże; 2) ogólna ilość treści żołądka po próbnem śniadaniu waha się od 175—370 sz. ctm., średnio 247; 3) ilość części stałych od 155 do 230, średnio 176 sz. ctm, 4) stosunek części stałych do całej treści żołądka wynosi 79 prc. W przypadkach braku lub niedostatku wydzielania kwasu solnego (*anaciditas i hypaciditas*) nierakowego pochodzenia przy nerwicy żołądkowej (6 chorych) otrzymano liczby prawie takie same, jak przy badaniu chorych, w których żołądku znajdują się wolny kwas solny. Sposób Elsnera należy zdaniem M. zalecić dla badań klinicznych; główną jego zaletą prosty sposób wykonania. *Bolesław Swolkień* (Ptbg.).

M. Peigerová. **Spostrzeżenia w sprawie etyologii kamicy żółciowej.** (*Sbornik klinický* 1906, Nr 3). W piśmiennictwie lekarskiem, głównie w Niemczech, panuje dziś przekonanie, głoszone zwłaszcza przez Naunyna i jego szkołę, że kamica żółciowa jest wynikiem miejscowych spraw w pęcherzyku żółciowym, przeważnie w następstwie zapalenia powstałych. Pogląd ten bardzo zachęca do chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej. Mimoto istnieją liczne spostrzeżenia, przemawiające za więcej zawikłaną przyrodą kamicy. Takich właśnie spostrzeżeń przytacza autorka dwie serye, z których pierwsza obejmuje 4 przypadki, gdzie kamica pojawiała się u kobiet tylko w ciąży lub bezpośrednio po porodzie, druga dotyczyła mężczyzn, spożywających w nadmiarze (np. z powodu zajęcia w cukrowni) substancye cukrowe. Obie serye spostrzeżeń dowodzą zależności kamicy od głębszych zmian, zachodzących w odżywieniu ustroju. *Dr. Blassberg.*

Ebstein. **O wzbudzających przypuszczenie ospy prawdziwej postaciach ospy wietrznej.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 19). Autor na zasadzie własnych spostrzeżeń i danych z piśmiennictwa, zwłaszcza francuskiego, uważa za możliwe pojawianie się ospy wietrznej w postaciach ciężkich, nawet śmiertelnych. Wysypka przybiera postać, do ospy prawdziwej podobną. Pojawiają się postacie krwotoczne i ropne. Do zropienia krost w przebiegu ospy wietrznej może dojść w sposób rozmaity. U osobników charłaczych może dojść do tego skutkiem samego osłabienia ustroju; często zropienie bywa skutkiem zakażenia mieszanego, czasem wreszcie zdarzają się całe epidemie ospy wietrznej, odznaczające się skłonnością do zropienia krost. Wysypka w tych postaciach, zwanych przez autorów francuskich *varicelle suppurée* jest oczywiście bardzo do ospowej podobna, brak jednak w odróżnieniu od ospy prawdziwej stwardnienia dookoła krost, a w ropie przeważają ciałka białe wielojądrzaste (Desandre). Wysypce takiej towarzyszą w łagodniejszej postaci niekiedy ograniczone czyraki i ropnie, w postaciach cięższych rozwija się obraz prawdziwej ropnicy (Desandre). Wbrew temu, co zwykle podają, może się też i przy ospie wietrznej w ciężkich jej postaciach pojawiać wysypka i na błonach śluzowych. Czas wylęgania jest dłuższy średnio w ospie wietrznej. Gorączka w ospie prawdziwej znika wraz z pojawieniem się wysypki, lub się przynajmniej znacznie obniża; przeciwnie w ospie wietrznej w czasie wysypywania się jest gorączka zwalniająca, lub przerywana. Tor gorączki jest tutaj prawdopodobnie w związku ze sposobem tworzenia się wysypki, która nie pojawia się odrazu, ale stopniowo. Przeszczepianie treści krost na cielęta nie rozstrzyga całkiem pewnie rozpoznania, wiadomo bowiem, że u pewnych osobników odczyn nie występuje, chociaż treść pochodzi z niewątpliwie ospowych pęcherzyków. — Autor radzi chorych na ciężkie postacie ospy wietrznej odosobniać w salach, które nie łączą się z salami chorych na ospę prawdziwą. Radzi też chorych szczepić, a przy leczeniu, podobnie, jak przy leczeniu ospy prawdziwej, stosować metodę Finsena. *Dr. M. Godlewski.*

Determan. **W sprawie metodyki oznaczania lepkości krwi ludzkiej.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 19). Przyrząd, którym się autor posługuje, ma tę zaletę, że wystarczają bardzo małe ilości krwi. Minimalne ilości hirudyny zabezpieczają krew od skrzepnięcia. Krew z żyły jest bardziej lepka, aniżeli wydobyta przez nakłucie z płatka ucha. *Dr. M. Godlewski.*

Prof. L. Bard. **O mechanizmie i określeniu klinicznem szmeru cwałowego przy przeroście serca lewego.** (*Semaine médicale* 1906, Nr 20). Szmer cwałowy (*bruit de galop*), który pojawiać się zwykł przy przeroście lewej komory serca w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek lub miażdżycy tętnic, a rzadziej przy zwyrodnieniu mięśnia sercowego w ostrych chorobach zakaźnych, bywa rozmaicie wyjaśniany. Część autorów odnosi go do okresu skurczowego, inni do okresu rozkurczowego lub też przedskurczowego. Według teoryi autora szmer cwałowy zależy od rozbiegu szmeru mięśniowego i zastawkowego przy pierwszym tonie sercowym, który w prawidłowych warunkach powstaje przy zgo-

dnem współdziałaniu obu powyższych czynników. Znacznie rzadziej powstaje szmer cwałowy przy przeroście prawej komory serca, a wówczas mechanizm jego powstania jest ten sam, co przy przeroście lewej komory sercowej. *Dr. Blassberg.*

K. Hynek. **Przyczynki do nauki o złośliwej niedokrwistości.** (*Sbornik klinický* 1906, Nr 4). Autor donosi o wynikch prób leczenia promieniami Roentgena w ośmiu przypadkach niedokrwistości złośliwej. Pięciu chorych zmarło, u innych nastąpiła poprawa wybitna, która w jednym przypadku utrzymuje się już prawie 2 lata. Ponieważ u chorych, u których stan się polepszył, nie stosowano żadnego innego leczenia, przeto poprawę należy przypisać wyłącznie działaniu promieni X. Według autora poprawę tę tłómaczy jedynie działanie limfocytolityczne promieni Roentgena. Przy niedokrwistości złośliwej zawsze buja tkanka limfadeniczna (w szpiku kostnym, w błonach śluzowych, zwłaszcza w przewodzie pokarmowym). Niektórzy autorowie uważają to bujanie za następowe, wywołane przez niedokrwistość, inni za bezpośredni skutek tego samego czynnika, który wywołuje niedokrwistość złośliwą, a który ma według nich działać równocześnie hemolitycznie i limfocytoplastycznie. Lecznicze działanie promieni Roentgena w niedokrwistości złośliwej dowodzi, że bujanie tkanki limfadenoidalnej jest zjawiskiem pierwotnem, a dopiero następowe wywołuje ono hemolizę i niedokrwistość. Niedokrwistość złośliwą należy tedy uważać za jednostkę kliniczną, którą cechuje skład krwi o charakterze złośliwym, oraz pewne objawy somatyczne, przyczem przeważa bujanie tkanki limfoidalnej głównie w szpiku kostnym, a mniejsze w przewodzie pokarmowym i w innych okolicach ciała. Bujanie to znamionuje się przemianą młodych limfocytów na erytroblasty, które są tylko co do postaci równe prawidłowym; natomiast co do czynności są one mniej wartościowe i z powodu swej słabości rozpuszczają się we krwi krążącej. Przy niedokrwistości złośliwej jest zatem hemoliza wtórną, a wywołaną przez wytwarzanie się chorobliwych ciałek czerwonych. Prawidłowa tkanka szpikowa (złożona z erytro- i leukoblastów) zmniejsza się pod wpływem ucisku wybujałej tkanki limfadenoidalnej, a w następstwie powstaje brak białych ciałek ziarnistych i prawidłowych krwinek czerwonych. Bujanie tkanki limfadenoidalnej jest zazwyczaj prawdziwym przerostem. Postacie atypowe niedokrwistości złośliwej oraz kombinacye z białaczką bywają wynikiem powikłania sprawy przerostowej tkanki limfatycznej z metaplazyą krwinek czerwonych. *Dr. Blassberg.*

Tieutlein. **O chorobach ludzkich i zwierzęcych, wywoływanych przez pierwotniaki w Indyach i niemieckich koloniach wschodniej Afryki.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 18). Przedmiot pracy autora stanowią trzy choroby: 1) Zaraza pojawiająca się w Texas, (w Europie zdarza się w Niemczech północnych, Finlandyi i Pomorzu), wywoływana przez *piroplasma bigeminum*, pojawia się u bydła rogatego i jest przyczyną moczu krwawego. U człowieka spostrzegano tego pasorzyta dotąd tylko raz jeden. Usadawia się on w ciałkach czerwonych krwi. 2) Zaraza bydlęca, panująca na pobrzeżu (*Küstenfieber der Rinder*), wywoływana przez twór, pokrewny pasorzytom zimniczym. 3) Kala-Azar (czarna febra) nagminnie panuje w Indyach. Przebiega klinicznie ze znacznem powiększeniem śledziony, z gorączką, obrzękami kończyn dolnych, z wybroczynami i pigmentacyami, oraz wybitną leukopenią. Twór, wywołujący tę ciężką, często śmiertelną chorobę, należy również do pierwotniaków; niektórzy uważają go za pokrewny ze świdrowcem (*trypanosoma*, Marchand, Leissmann), inni (Ross) za twór odrębny z grupy *sporozoa;* Laveran i Schaudinn przypuszczają, że czarna febra i zaraza teksańska są wynikiem jednego i tego samego zarazka. *Dr. M. Godlewski.*

Rosengart. **W sprawie objawów klinicznych zmian miażdżycowych w jamie brzusznej.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 20). Rozpoznawanie sprawy miażdżycowej nie jest rzeczą tak łatwą, jakby się to pozornie zdawać mogło. Pokręcenie tętnic skroniowych spotkać można i bez zmian miażdżycowych (Klemperer), zmiany miażdżycowe w tętnicy sprychowej bynajmniej nie odpowiadają stale miażdżycy tętnic głębszych (Nothnagel), a nawet mierzenie parcia krwi nie zawsze sprawę wyjaśnia, parcie może być bowiem niekiedy wyższe od prawidłowego u osób zdrowych i naodwrót znane są przypadki daleko posuniętej miażdżycy, gdzie parcie było stale prawidłowe. Nie lepiej stoi sprawa rozpoznawania zmian miażdżycowych w poszczególnych narządach wewnętrznych. Dusznica bolesna nie zawsze ma swoją przyczynę w zajęciu tętnic wieńcowych (Krehl). Mimo, że od czasu Charcota wiemy, że przyczyną chromania okresowego zazwyczaj jest sprawa miażdżycowa, to jednak niekiedy objaw ten jest niewątpliwie skutkiem jedynie zmian czynnościowych (Oppenheim). Autor zwraca uwagę na mało znane dotąd kliniczne objawy miażdżycy tętnic trzew brzusznych i stara się objawy te wyjaśnić na wzór przyjętego dzisiaj powszechnie wyjaśnienia dusznicy bolesnej. Zmiana anatomiczna tętnic trzewnych musi się oczywiście odbić na krążeniu tętn. brzusznem zwłaszcza wtedy, gdy skutkiem wzmożonej pracy narządu trawienia zapotrzebowanie krwi się wzmaga. Chory odczuwa to jako silny ból w jelitach. Ból ten bywa czasem tak silny, że już kilkakrotnie, opierając się na nim, rozpoznawano błędnie choroby chirurgiczne trzew brzusznych i wykonywano laparotomię. Zaburzenia w krążeniu odbijają się (Zuntz) na utrudnionem wessaniu gazów, co klinicznie przedstawia się jako bębnica. Rokitańsky jest zdania, że tętnica śledzionowa ulega stosunkowo dość często zmianom miażdżycowym, rzadko zaś tętnice krezkowe; zdaniem Hasenfelda zmiany w tętnicach krezkowych nie są tak rzadkie, aby jednak je stwierdzić, trzeba wykonać badanie drobnowidowe. *Dr. M. Godlewski.*

J. Skłodowski. **Przypadek choroby Basedowa leczony zapomocą promieni Roentgena.** (*Gazeta lek.* 1906, Nr 7). Przypadek autora dotyczył 15-letniej uczennicy, u której objawy chorobowe trwały około sześciu miesięcy, a rozwinęły się stopniowo. Wykonano 12 naświetlań okolicy gruczołu tarczowego przy odpowiedniem zabezpieczeniu innych okolic ciała, przyczem za każdym razem naświetlano tylko jedną połowę gruczołu w ciągu 10 minut przy oddaleniu 20 centymetrów. W ciągu 16 tygodni stwierdzono wybitny wpływ naświetlań na odżywianie, albowiem chorej przybyło 13,3 klgr. wagi. Jednocześnie ustąpiło nadmierne pocenie się i zupełnie poprawił się ogólny stan nerwowy. Inne objawy choroby, mianowicie wysadzenie gałek ocznych, drżenie, częstość tętna i rozmiary wola, pozostały bez zmiany. *Dr. Blassberg.*

Penzoldt. **W sprawie leczenia gruźlicy w uzdrowiskach ludowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). Przeciwwskazania do leczenia w takich zakładach nie mogą być brane szablonowo. Nieraz tylko dłuższe śledzenie przebiegu może pouczyć, czy u danego chorego można spodziewać się wyzdrowienia, czy nie. Zdaniem autora, kliniki i szpitale powinny spełniać zadanie takich stacyi obserwacyjnych, powinny też być w każdym szpitalu leżalnie, które stanowią tak ważną pomoc w leczeniu tej choroby. Zdaniem P. grzeszą prawie wszystkie sanatorya, pozwalając swym chorym używać stosunkowo jeszcze zawiele ruchu. Czas przebywania chorego w uzdrowisku powinien być w razie potrzeby przedłużony (zazwyczaj pozostają chorzy 3 miesiące). Doświadczenie poucza, że wielu chorych, którzy w czasie pobytu w zakładzie doznali znakomitej poprawy, zapada znowu, wróciwszy do dawnych niekorzystnych warunków bytu. Powtórzeniu leczenia w takim razie przeszkadza nawał nowych chorych i ta okoliczność, że wielu chorych, opuściwszy zakład, zaniedbuje zgłaszać się od czasu do czasu do kontroli stanu swojego zdrowia. Zaprowadzenie kontroli przymusowej nie byłoby zdaniem P. ani nie etycznem, bo wychodziłoby na dobre chorym, ani bezprawiem, jeżeli bowiem jakaś instytucya ubezpieczająca pokrywa koszta pobytu chorego w zakładzie, to powinna mieć prawo poddawania go w razie potrzeby badaniu lekarskiemu. *Dr. M. Godlewski.*

Heinecke i Deutschmann. **Zachowanie się krwinek białych w czasie napadu dychawicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). Znaczna ilość komórek eozynochłonnych w plwocinie dotkniętych dychawicą ma swe źródło, zdaniem autorów, we krwi. Nic więc dziwnego, że ilość ich we krwi zaraz po napadzie będzie mniejsza, niż w warunkach prawidłowych. Dopiero po kilku dniach ilość tych komórek we krwi wzrasta nadmiernie. Autorowie tłomaczą sobie to zjawisko, zgodnie z zapatrywaniami Ehrlicha, w ten sposób, że w dychawicy nieznany nam dokładniej bodziec działa drażniąco, wywołując przyrost tych właśnie komórek najpierw we krwi, a potem w plwocinie. *Dr. M. Godlewski.*

Groedel. **W sprawie wykształcenia ortodiagrafii.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). Autor podaje przyrząd własnego pomysłu do badań ortodiagraficznych. Zdaniem jego rozedma, uniemożliwiająca zupełnie określenie wielkości serca zwykłymi sposobami, nie nastręcza przy tej metodzie badania żadnych przeszkód w stwierdzeniu rozmiarów serca; przeszkody takie powstają jedynie przy wysiękach opłucnych. *Dr. M. Godlewski.*

Arneth. **O zachowaniu się drżenia głosowego w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc, oraz uwagi o trzeszczeniu** (krepitacyi). (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17 i 18). We wszystkich podręcznikach dyagnostyki i patologii szczegółowej spotykamy się z twierdzeniem, że zapaleniu płuc towarzyszy stale wzmożenie drżenia głosowego. Według spostrzeżeń autora jest tak istotnie tylko w pierwszym i trzecim okresie, w okresie zaś największego nasilenia sprawy, czyli w okresie zwątrobienia czerwonego, drżenie głosowe nietylko nie bywa nigdy wzmożone, ale spotykamy się przeciwnie z jego osłabieniem, a nawet zupełnem zniesieniem. Przyczyna tego zjawiska leży w każdym razie w płucu samem; jeśli bowiem, jak się o tem autor przekonał, wyjęte wraz

z tchawicą płuca połączymy szczelnie z lejkiem, do którego głośno i wyraźnie mówić będziemy, możemy się przez dotykanie kolejno to jednego, to drugiego płuca przekonać, że na płucu zdrowem czuć drżenie prawidłowe, na płucu zaś, będącem w okresie zwątrobienia czerwonego, jest drżenie zupełnie zniesione. Arneth ogranicza się właściwie do stwierdzenia faktu, wytłomaczenie sam uważa za wątpliwe. Przypuszcza mianowicie, że zmysł dotyku, jako mniej od słuchu subtelny, zdoła pochwycić i odczuć tylko fale głosowe o pewnej ściśle określonej ilości drgań, innych fal dotyk nie odczuwa, mimo, że są dostępne dla ucha, tworząc znamienne zjawisko bronchofonii. W okresie drugim zapalenia płuco jako właśnie całkiem bezpowietrzne jest niesprężyste, przeto do drgań odpowiednich niepodatne, dlatego drżenie głosowe słabnie, a nawet znika; przeciwnie w okresie pierwszym i trzecim niezbyt silnie naciekła tkanka stanowi niejako resonator, — drżenie jest więc wzmożone. — Ciekawe są spostrzeżenia autora, dotyczące trzeszczeń w okresie rozejścia się zapalenia (*crepitatio redux*); w dwóch kierunkach podają one nowe szczegóły. Przedewszystkiem zwraca autor uwagę na trzeszczenia, które powstają w trzecim okresie choroby przy wydechu. Zdaniem jego chodzi w takim razie, przynajmniej często, nie o rzężenia, ale o bardzo drobne tarcie opłucne lub o zjawisko słuchowe, składające się z obu tych genetycznie różnych dźwięków. Arneth proponuje dla tych zjawisk słuchowych nazwę trzeszczenia trącego (*Knisterreiben*). — Wreszcie zwraca autor uwagę na przypadki, w których w ciągu okresu rozejścia się zapalenia wcale trzeszczenie się nie pojawiało, a mimoto wysięk z pęcherzyków ustąpił. Arneth wysnuwa stąd wniosek, że wysięk może w czasie włóknikowego zapalenia płuc zniknąć z pęcherzyków płucnych także „na drodze suchej“.

Dr. M. Godlewski.

Geigel. **Pierwszy ton.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 17). Zjawisko pierwszego tonu składa się według autora z dwóch faz. Faza pierwsza zależy od zamknięcia komory, druga od napięcia ścian tętnicy głównej wtedy, gdy krew do niej z komory wpada. Faza druga następuje po pierwszej w 0.06 sekundy. Ta okoliczność, że ton pierwszy jest zjawiskiem słuchowem złożonem, a nie jednolitem, jest przyczyną, dla której ton pierwszy nie jest nigdy tak krótki i czysty, jak drugi, stąd tak często klinicznie musimy się uciekać do określenia tonu „z podmuchem“ lub tonu „nieczystego“. Faza pierwsza jest oczywiście najwyraźniej słyszalna nad końcem serca, faza druga, mająca niekiedy nawet charakter szmeru, nad tętnicą główną. Pomiędzy tymi punktami można, zdaniem autora, zawsze znaleźć przestrzeń, gdzie każda faza słyszalna jest oddzielnie.

Dr. M. Godlewski.

Fink. **O długości leczenia karlsbadzkiego u chorych na kamicę żółciową.** (*Münch. m. Woch.* 1905, Nr 40). Rozstrzygającem, jak długo ma trwać leczenie w Karlsbadzie, ma być ustąpienie zmian chorobowych w układzie żółciowym, co jednak może stwierdzić tylko lekarz kąpielowy, a zatem on powinien oznaczać długość leczenia. Krótki trzytygodniowy okres leczenia dla wielu chorych nie wystarcza; wyjeżdżają oni z Karlsbadu z istniejącemi jeszcze zboczeniami układu żółciowego, dlatego wkrótce potem wracają świeże napady. Szablonowy okres leczenia w Karlsbadzie przez 3, najdłużej 4 tygodnie należy przedłużyć na 5—6 tygodni, a w przypadkach cięższych pożądane jest powtórzenie leczenia na wiosnę i w jesieni. W pewnej części przypadków leczenie karlsbadzkie wogóle nie może wywrzeć skutku; w takich przypadkach zamiast przedłużać leczenie, należy raczej nakłaniać chorych do wczesnej operacyi.

Dr. Fels.

Cheinisse. **O sinicy pochodzenia jelitowego.** (*Semaine méd.* 1905, Nr. 49) Oprócz sinicy skóry i błon śluzowych, która jest skutkiem przekrwienia żylnego powierzchownych naczyń. wynikłego z chorób serca i płuc, istnieje sinica pochodzenia toksycznego, gdy na krew działają substancye, które zmieniają oksyhemoglobinę i nadają krwi barwę siną. Prof. Stokvis z Amsterdamu pierwszy zwrócił na ten szczegół uwagę. Spostrzegał on u pewnego żołnierza z Indyi holenderskich stałą ogólną sinicę przy zupełnym braku zmian w sercu i płucach. Sinicy tej towarzyszyła uporczywa biegunka, której podstawą były wrzody w kiszkach, stwierdzone potem przy sekcyi, a w moczu chorego była substancya, która z kwasem fosforowym tworzyła zabarwienie rubinowo-czerwone i zmieniała oksyhemoglobinę w methemoglobinę. Stokvis wysnuł z tego wniosek, że ze schorzałych jelit nieprawidłowo obfite fermenty dostawały się do krwi, wywołując samozatrucie ustroju i przemianę hemoglobiny w methemoglobinę. Tordeus opisywał podobne przypadki, które nazwał sinicą dyspeptyczną i uważał za zjawisko odruchowe, wywołane obecnością niestrawionych pokarmów w przewodzie pokarmowym. Torti i Nazari spostrzegali u siedmioletniego dziecka sinicę, towarzyszącą glistom jelitowym. Autor sądzi, że przypadek sinicy ogólnej przy dysenteryi, opisany przez Fallota, należy także do tejsamej kategoryi zjawisk. Wreszcie opisał profesor w Utrechcie Talma trzy, a Hijmans van de Bergh dwa podobne przypadki. H. v. d. Bergh stwierdził przy sinicy obecność sulfohemoglobiny, jako wytworu przemiany hemoglobiny pod wpływem produktów bakteryj jelitowych. — O tej sinicy pochodzenia jelitowego nie należy w praktyce zapominać, bo nie oznaczając ciężkich zmian sercowych, daje ona wytyczną właściwego leczenia i dobre rokowanie.

M. Blassberg.

PEDYATRYA. Rachmaninow. **Nowotwory złośliwe nerek u dzieci.** (*Medicinskoje Obozrenije* 1906, Nr 4). Jakkolwiek, na podstawie badań Williamsa, Robertsa, Ebsteina i innych, przez długi czas przyjmowano, że z nowotworów złośliwych w nerkach u dzieci zdarzają się przeważnie raki, jednakże spostrzeżenia lat ostatnich dowiodły, iż rak jest wielką rzadkością w tym wieku, najczęściej zaś zdarzają się mięsaki lub nowotwory mieszane. Eberth pierwszy w roku 1872 wykrył w tych nowotworach niedojrzałe prążkowane pierwiastki mięśniowe w kształcie wrzecionowatych komórek i cienkich włókien. Birch-Hirschfeld wydziela te nowotwory w osobną grupę zarodkowych gruczoło-mięsaków. Przytoczywszy piśmiennictwo, Rachmaninow omawia 6 własnych przypadków, spostrzeganych przez długi przeciąg czasu w dwóch dziecinnych szpitalach w Moskwie. Z tych 6 przypadków tylko w trzech (w jednym napewno, w dwóch prawdopodobnie) pierwotnem siedliskiem nowotworu była nerka, w trzech zaś innych wskutek równoczesnych zmian nadnercza nie można było rozstrzygnąć stanowczo. skąd wychodził nowotwór. Najmłodszy chory miał 1 rok 2 miesiące, najstarszy 5 lat. Najkrótszy przebieg choroby 1 miesiąc, najdłuższy 6 miesięcy. Choroba przejawiała się zwiększeniem brzucha z wystąpieniem sieci rozszerzonych żył na skórze brzucha i klatki piersiowej, zwłaszcza po stronie chorej nerki; przy badaniu w jamie brzusznej w miejscu nerki czuć było twardy, gładki guz, czasami o nierównej powierzchni; odgłos stłumiony nad guzem zlewał się ze stłumieniem w okolicy wątroby lub śledziony. Co się tyczy szybkości rozwoju nowotworów, to w jednym przypadku objętość brzucha (przy braku puchliny brzusznej) wzrosła na 8 ctm. w przeciągu 18 dni. Czasami nowotwór sprawiał wrażenie chełbotania. Puchliny brzusznej w żadnym przypadku nie było. Badania moczu w dwóch przypadkach nie wykonano, w dwóch mocz nie zawierał nieprawidłowych składników, w jednym był białkomocz, wreszcie w jednym przypadku dwukrotnie w moczu wykryto domieszkę krwi. Spostrzeżenia autora stwierdzają w ten sposób, że białkomocz i krwiomocz niezawsze występują przy nowotworach nerek. We wszystkich przypadkach u chorych było wybitne charłactwo. Pod względem histologicznym miał nowotwór tylko w jednym przypadku budowę miękkiego raka z obfitym rozwojem naczyń krwionośnych, inne przypadki stanowiły mieszane nowotwory, mianowicie gruczolako-mięsaki i gruczolako-mięśnio-mięsaki. Dokładniejsze badania histologiczne dowiodły, że te nowotwory mogły pochodzić, zgodnie z teoryą Cohnheima, jedynie z ognisk tkanki zarodkowej. Zdanie, które panowało dotychczas o częstości raków nerek u dzieci, Rachmaninow tłómaczy tylko brakiem lub niedokładnością badań histologicznych.

L. Jastrzębski (Ptbg.).

Backhaus. **Postępy w otrzymywaniu mleka i przyrządzaniu mleka dla dzieci.** (*Verhandl. der Ges. f. Kinderheilk.*, 1906). Autor opisuje ulepszenia, wprowadzone w ostatnich latach w fabrykacyi t. zw. mleka Backhausa. Idą one głównie w kierunku jaknajczystszego otrzymywania mleka, a za wielki postęp w tym kierunku uważa autor dojenie przy pomocy nowej maszyny, naśladującej wiernie złożony mechanizm aktu ssania. Dzięki wprowadzonym udoskonaleniom zdołał obniżyć B. liczbę drobnoustrojów w 1 ctm.³ poniżej 2000, zatem 100 razy mniej od ilości, znalezionych w mleku, sprzedawanem jako wyborowe. Za postęp uważa również B. t. zw. homogenizacyę, t. j. zmiażdżenie kuleczek tłuszczu przez zastosowanie wysokiego ciśnienia, przez co tłuszcz traci zdolność oddzielania się od mleka w postaci wierzchniej warstwy śmietanki. Sposób następowego przyrządzania mleka Backhausa pozostał ten sam, co dawniej; jak wiadomo, opiera się on na zasadzie upodobnienia składu mleka do mleka kobiecego.

T. Żeleński.

Salge. **Zakażenie, a odżywianie.** (*Verhandl. der XXII. Versamml. der Ges. f. Kinderhk.*). W ostatnim czasie podał Schlossmann, iż wstrzykując 0·1 ctm.³ jałowej surowicy krowiej niemowlęciu, wywołuje się u niego wyraźny odczyn, ale tylko wtedy, jeżeli niemowlę to było żywione wyłącznie piersią kobiecą. Jeżeli zaś niemowlę żywione było mlekiem krowiem, odczyn nie pojawia się, co Schlossmann tłómaczy uodpornieniem dziecka przeciw białku krowiemu drogą przewodu pokarmowego. Twierdzenie to podaje obecnie w wątpliwości Salge, stwierdziwszy u 4 sztucznie żywionych dzieci oddziaływanie bardzo wybitne na surowicę.

T. Żeleński.

Heller. **O leczeniu dzieci nieprawidłowych umysłowo przez zatrudnienie.** (*Verhandl. der XXII. Versamml. der Ges. f. Kinderheilk.*). Leczenie to skuteczniejszem jest w młodym wieku, niż u dorosłych, gdyż wymaga pewnej podatności wychowawczej leczonego osobnika. Najskuteczniejszem jest wówczas, jeżeli połączonem jest ze zmianą środowiska, zatem w specyalnych zakładach. Zatrudnienie powinno mieć charakter celowej pracy, nie zaś zabawy lub wypełnienia czasu; powinno również dawać bezpośrednio widoczne i sprawiające dziecku przyjemność wyniki. Taką jest przedewszystkiem praca w polu i ogrodzie, jakoteż rzemiosła ręczne; nadto gospodarstwo domowe dla dziewcząt. H. leczył w ten sposób z dobrym skutkiem nieudolność umysłową, histeryę, drgania nerwowe, nawykowy samogwałt i niedomogę duchową (psychastenię).

T. Żeleński.

Eschorich. **Nowy oddział dla osesków w szpitalu św. Anny w Wiedniu.** (*Verhandl. der Ges. f. Kinderheilk.*, 1906). Opis urządzeń zakładu, których przewodnią myślą jest jak najdalej posunięta aseptyka i izolacya. Oddział zaopatrzony jest w cieplarkę dla niedonoszonych pomysłu E., stanowiącą duży, podzielony na 3 ubikacye pokoik o szklannych ścianach. Dzięki temu urządzeniu nie naraża się dziecka na zmiany ciepłoty w czasie karmienia i przewijania, co stanowi ujemną stronę małych francuskich modeli. *T. Żeleński.*

Moro. **Znaczenie fizyologicznej flory jelitowej.** (*Verhandl. der Ges. f. Kinderheilk.*, 1906). Ażeby się przekonać, o ile flora jelitowa niezbędną jest dla prawidłowego rozwoju zwierzęcia, powtórzył autor klasyczne doświadczenie Schotteliusa z tą odmianą, iż zamiast jajka kurzego użył jajka żaby. Żaba, wylęgnięta z jajka w sposób ściśle jałowy, pozostawała przez 34 dni w warunkach bezwzględnie jałowego oddychania i odżywiania się. Przez porównanie z żabami, hodowanemi w zwykłych warunkach, stwierdzono znaczną niższość fizyczną zwierzęcia, chowanego jałowo; zatem doświadczenie wykazało, iż fizyologiczna flora ma ważne znaczenie dla prawidłowego rozwoju. Stwierdziwszy to, stara się autor wyjaśnić rolę i działanie bakteryi jelitowych. Wytwarzając w jelitach środowisko kwaśnej fermentacyi, zapobiegają one gniciu, powstrzymują rozwój obcych gatunków bakteryi i nie pozwalają im osiedlać się w jelitach, wreszcie oddziałują korzystnie na mechanizm trawienia, wytwarzając gazy. Obecność gazów ma wielorakie znaczenie: pobudza ruchy robaczkowe, ułatwia posuwanie się pokarmów, rozszerzając światło jelit, powiększa powierzchnię błony śluzowej, rozciągając ją. Ponieważ w doświadczeniu, wykonanem przez autora, szkodliwe działanie obcych gatunków bakteryi odpada samo przez się, zaś sam brak wytwarzania gazów nie wystarcza, zdaniem M., dla wytłómaczenia tak znacznego upośledzenia rozwoju zwierzęcia, pozbawionego flory jelitowej, należy zatem przyjąć, iż drobnoustroje, zamieszkujące stale przewód pokarmowy, posiadają jeszcze inne przeznaczenia, dotychczas nam nieznane. *T. Żeleński.*

Jagot. **Korzyści i niebezpieczeństwa żłóbków.** (*Pediatrie pratique* 1906, Nr 8). Wspólne pomieszczenie znaczniejszej liczby niemowląt jest rzeczą obosieczną przez ciągłe niebezpieczeństwo różnorodnych zakażeń, przenoszących się z dziecka na dziecko bądźto zapomocą pościeli i sprzętów, bądź też przez ręce posługaczek i dozorczyń. Stąd dostatecznie liczna, dobrze wyuczona służba i urządzenia, zapewniające dostateczną aseptykę, są w żłóbkach niezbędne. Na czas, w którym dziecko przebywa w domu, powinna matka otrzymywać potrzebną ilość porcyjek mleka. Na jaknajszersze rozpowszechnienie zasługują żłóbki przy fabrykach i pracowniach, urządzone w ten sposób, że pracujące matki mogą co 3 godziny karmić piersią pozostawione w tych żłóbkach dzieci. *T. Żeleński.*

Docent Gabryczewski. **Szczepionka płonicza i sprawa swoistości paciorkowca płoniczego.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 16). Autor starał się rozwiązać sporną dotąd sprawę swoistości paciorkowca płonicy przy pomocy swoistej szczepionki. Jest to zgęszczona hodowla bulionowa paciorkowca, pochodzącego z chorych na płonicę, zabita przy ciepłocie 60° C., poczem dodano do niej 0,5 prc. kwasu karbolowego; 1 sz. ctm. tej hodowli zawiera 0,02 do 0,03 sz. ctm. osadu z masy bakteryjnej, uzyskanego przy pomocy silnej centryfugi; 0,02 sz. ctm. tego osadu zawiera 0,05 suchej pozostałości. Szczepionkę po silnem skłóceniu wstrzykuje się w tkankę podskórną brzucha lub grzbietu w ilości 0,5 sz. ctm. pierwszy raz (u dzieci od 2 do 10 lat), potem jeszcze 2 razy w odstępach 7—10-dniowych, zwiększając dawkę za każdym razem 1½—2 razy, stosownie do wywołanego odczynu; o ile można, trzeba unikać ciepłoty wyżej 39° C. Dawka dla dzieci do 2 lat jest 2 razy mniejszą, dla dorosłych 2 razy większą. Przy podniesionej ciepłocie szczepionki nie należy wstrzykiwać. Autor, wykonawszy wstrzykiwania u przeszło 700 dzieci różnego wieku, zauważył do pewnego stopnia zapobiegawcze działanie szczepionki. W 13,3 prc. zjawiła się wysypka, nadzwyczaj podobna do wysypki płoniczej, tylko bez następnego łuszczenia się skóry. W niektórych razach oprócz wysypki zjawiało się zapalenie migdałków i wymioty; rumień szczepionkowy trwał 1—3 doby, przy następnych szczepieniach nie powtarzał się; u dzieci zaś, które już przebyły płonicę, rumień nie występował; obrzmienia gruczołów chłonnych i następnego łuszczenia się skóry nie było; ciepłota zwykle dochodziła do 38° C., rzadko wyżej 39° C. Na migdałkach niekiedy zjawiały się lekkie błony, język miał w niektórych razach znamienny wygląd malinowy. Wszystko to przemawia, zdaniem G., za swoistością paciorkowca płoniczego. Autor poleca używać swojej szczepionki, która może zmniejszyć zarówno ilość zachorowań na płonicę, jak i odsetkę śmiertelności. Autor wreszcie przypuszcza, że szczepionka płonicza może do pewnego stopnia uchronić ustrój i od innych zakażeń pokrewnymi paciorkowcami wskutek t. zw. uodpornienia grupowego.

Z. Orłowski (Ptbg.).

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Esch. **Przyczynek do leczenia przeszkód porodowych, wywołanych włókniakiem macicy.** (*Zentralblatt für Gynekologie* 1906, Nr 17). 1) Kobieta 37-letnia, poroniła raz, a w 3 lata później zgłosiła się z końcem ciąży. Dno macicy niezwykle szerokie, płód żywy, w położeniu miednicowem I., cała prawa połowa macicy tworzy guz twardy. Część pochwowa bardzo wysoko, z przodu, ku stronie lewej; zatoka Douglasa wyparta przez duży guz, zajmujący większą część miednicy małej. Miednica prawidłowa. Po 4-godzinnych silnych bolach wysunął się guz ponad miednicę małą, część pochwowa znalazła się w osi miednicy, szyja drożna dla 2 palców, palec dochodzi do nóżki płodu. Nazajutrz rano ujście na 5 koron, tętno płodu gorsze; wieczorem wydobyto przy ujściu zupełnie rozwartem płód omdlały (3810 gr.), który zmarł po 6 godzinach. Sekcya wykryła między innemi wynaczynienia w jamie czaszkowej i brzusznej. W 11. dniu połogu wystąpił 3-krotnie zapad, połączony z duszności ą i sinicą; 15. dnia gorączka, objawy zakrzepu w żyle udowej lewej; 16. dnia małe stłumienie w płucach; od 19. dnia ciepłota prawidłowa; plwocina krwawa; 30. dnia stwierdzono włókniak podsurowiczy po stronie prawej macicy, wielkości głowy mężczyzny. W następnym roku poroniła tażsama chora, a po niespełna 2 latach zgłosiła się znowu jako rodząca. Płód w położeniu czaszkowem, guz w zatoce Douglasa, mało ruchomy; bole z początku słabe potem silne, mimoto ujście wewnętrzne rozwarte tylko na wielkość korony. Gdy odprowadzenie guza się nie udało, wykonano klasyczne cięcie cesarskie, połączone z wyłuszczeniem włókniaka podsurowiczego z tylnej ściany macicy, z wycięciem i zaszyciem łożyska guza. Płód żywy (3880 gr.). Wyleczenie zupełne. 2) U 28-letniej pierwiastki, rodzącej z końcem ciąży, wyczuć można w okolicy pępka kilka ruchomych włókniaków macicznych; płód w położeniu miednicowem I., miednica prawidłowa. Część pochwowa poza spojeniem, ujście zewnętrzne na 2 palce, do wewnętrznego palec nie dochodzi; zatoka Douglasa wyparta przez okrągły, nieruchomy, twardy guz, wypełniający prawie zupełnie miednicę małą; wody odchodzą. Po dalszych 8 godzinach wysunął się guz nieznacznie ku górze. Nazajutrz ujście wewnętrzne na 2 palce, lecz guza odprowadzić nie można. Cięcie cesarskie z odcięciem nadpochwowem macicy włókniakowej. Płód żywy (3130 gr.). Wyleczenie gładkie.

B. Wojciechowski.

J. Saks. **Dwukrotne przedarcie sklepień pochwy podczas porodu u tej samej osoby.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 17). Chora 37-letnia rodziła po raz dziewiąty; 5 pierwszych porodów siłami przyrody, przy dalszych wymagało położenie nóżkowe zawsze pomocy lekarskiej, a dzieci ginęły z powodu trudności przy wydostawaniu główki. Teraz odeszły wody równocześnie z wystąpieniem bolów. Po 8 dobach z powodu bardzo gwałtownych bolów wezwano lekarza, który stwierdził zapad, krwawienie z części rodnych, nóżki w pochwie, nie dotarł jednak do ujścia. Wydobycie główki napotkało na trudności, pokonane po wezwaniu drugiego kolegi. Po urodzeniu płodu pokazały się pętle jelit w pochwie. Przewieziono chorą do zakładu, gdzie wyjęto przez pochwę łożysko z jamy brzusznej i stwierdzono oderwanie sklepienia tylnego i obu bocznych; macica dobrze skurczona. Jelito oczyszczono, odprowadzono i założono worek Mikulicza do pochwy. W połogu najwyższa ciepłota 37·8, objawy otrzewne przez kilka dni; 5. dnia usunięto gazę i znaleziono mały tylko otwór w pochwie; pierwsze wypróżnienie dopiero 10. dnia, poczem zwrot ku lepszemu. Miednica płaska ze sprzężną prawdziwą około 8 ctm. Po niespełna 3 latach zgłasza się chora jako rodząca z końcem ciąży; bole od doby. Ujście na 4 palce, przoduje ruchoma główka, płód ma się dobrze. Po 6 godzinach silne bole i osłabienie, a położna znalazła ujście, jak przedtem, główkę ruchomą, niewielkie krwawienie z części rodnych. Z powodu pogorszenia się

stanu ogólnego chorej badał ją S. w 2 godziny później i stwierdził zewnętrznie objawy pęknięcia macicy, wewnętrznie zaś oderwanie tylnego sklepienia, przodowanie łożyska i rączki, powyżej główkę. Po obrocie trudno wydobyć główkę. Tym razem jelita nie wypadły; wytamponowano pochwę. W połogu najwyższa ciepłota 38·7. z początku niepokojące objawy otrzewne. 11. dnia otwór w sklepieniu zagojony. Ponad sklepieniem tylnem wytworzył się wysięk. Chora wyzdrowiała. Oderwanie się pochwy przy położeniu nóżkowem należy do wielkich rzadkości, zaś powtórzenie się tego zdarzenia u tej samej chorej zdaje się być spostrzeżeniem dotąd jedynem.

B. Wojciechowski.

G. Friedemann. **Nowy sposób sztucznej niepłodności u kobiety.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 17). F. zgniótł trąbkę enterotryptorem Mikulicza i podwiązał rowek katgutem. Podobnie, jak to stwierdzono w chirurgii jelit, powinno tu nastąpić bliznowate zamknięcie światła trąbki wskutek zupełnego zniszczenia błony śluzowej. F. zachęca ze względu na prostotę zabiegu do doświadczeń na zwierzętach i prób na ludziach. *B. Wojciechowski.*

Henkel. **O pubiotomii.** (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.* T. LVII, Z. 1). Autor zaznacza, iż pubiotomia jest jedną z tych operacyi, które mają na celu ocalić życie dziecka. Już rozcięcie spojenia łonowego w tym celu stworzono, lecz następstwa tej operacyi były czasami tak niepomyślne, iż operacya nie zyskała sobie nigdzie uznania. Już Gigli w 1893 r. zamyślał o pubiotomii, lecz pierwszy wykonał ją dopiero Basilio Bonard w Lugano w r. 1897 z pomyślnym skutkiem. Od tego czasu powoli zaczęto ją i gdzieindziej stosować. Pierwotnie wykonywano pubiotomię, tworząc ranę aż do kości, dopiero Döderlein pierwszy zastosował metodę podskórną z nieznacznem nacięciem na górnym brzegu kości łonowej. Tak nieznaczną rankę można z łatwością ustrzedz przed zanieczyszczeniem odchodami połogowymi. Autor radzi następnie, by zawsze przed wprowadzeniem igły oddzielać okostnę i dokładnie oznaczyć sobie miejsce przepiłowania, co nie jest trudne, zwłaszcza, że można brzeg otworu jajowatego wyraźnie namacać. Przy piłowaniu uważać należy, by kość przepiłować zupełnie, gdyż najmniejszy nieprzepiłowany mostek kostny może stawiać bardzo silny opór przejściu główki. Rozszerzenie się kości jest stopniowe; odległość zrazu 1—2 ctm., zwiększa się coraz bardziej w miarę rozciągania się więzadeł w stawie krzyżowo-biodrowym i dochodzi mniejwięcej do 5 ctm. Krwawienia z ciała jamistego łechtaczki nigdy nie są niebezpieczne, ustawały przy zwykłym ucisku, a powstające niekiedy krwiaki goją się przy odpowiedniej czystości zupełnie bez ropienia. Co do tego zaś, czy należy po pubiotomii rodzącą sztucznie rozwiązywać, to autor radzi iść za zdaniem Mengego, by poród pozostawić siłom przyrody, w razie zaś konieczności zabiegu radzi obrót z następowem wydobyciem lub kleszcze. Do wydobycia radzi stosować ułożenie Walcherowskie. Po operacyi chora może zacząć wstawać w 14 lub 15-tym dniu. Co do wskazań do operacyi ze względu na miednicę, to granicę przy miednicach płaskich stanowi sprzężna 6·75—8 ctm., a przy ogólnie ścieśnionych 7·5—9 ctm. U pierwiastek wogóle autor nie radzi wykonywać pubiotomii ze względu na wązkość pochwy i możliwość znacznych obrażeń matki.

Dr. G. Wierzbicki.

OKULISTYKA. Wadziński. **Przypadek kilaka twardówki.** (*Wiest. Oftalm.* Nr 2, 1906). Chory, ślusarz, został przyjęty w lutym 1905 r. do lecznicy w Wilnie z guzem lewego oka. Przed 9 miesiącami zachorował na kiłę; leczył się rtęcią i jodkiem potasowym. W końcu grudnia 1904 r. podczas pracy doznał urazu lewego oka odłamkiem żelaza: oprócz niedużego krwotoku na dolnej powiece, niewielkiego zaczerwienienia spojówki, bolu i owrzodzenia, żadnych zmian nie było. Po pewnym czasie na tem miejscu rozwinął się guz, który się ciągle powiększał; guz był usadowiony o 2—3 mlm. ku dołowi od brzegu rogówki w kształcie ciała podługowatego, wyraźnie odgraniczonego, 12 mlm. długości, 9 szerokości i 5 wysokości; był nieruchomy, barwy żółtawo-czerwonej i łączył się mocno z twardówką. Zaczerwienienie spojówki było nieznaczne; na ból chory się nie skarżył; rogówka, tęczówka i siatkówka były całkiem prawidłowe; granice tarczy nerwu wzrokowego trochę zaciemnione; bystrość wzroku, akomodacya, refrakcya — prawidłowe; źrenice dobrze oddziaływały na światło; prawe oko było zupełnie zdrowe. W ciągu kilku pierwszych dni pobytu chorego w szpitalu powstał na tem samem oku nieco na zewnątrz drugi trochę mniejszy guz o cechach bardzo podobnych. Choremu zalecono wcieranie rtęci, ciepłe wanny, przemywanie oka roztworem kwasu borowego, ciemne okulary i ogólne leczenie wzmacniające. W ciągu trzech tygodni guzy znikły; na miejscu większego pozostała trochę wciągnięta blizna, zrośnięta ze spojówką; na miejscu zaś mniejszego została nieduża zabarwiona plamka. Autor zwraca uwagę na to, iż kilak w danym przypadku powstał w tem miejscu, gdzie zadziałał uraz, który obniżył miejscową odporność ustroju. Autor przytacza w końcu 3 przypadki, opisane przez Dodda, w których wkrótce po urazie u chorych na kiłę zjawiło się miąższowe zapalenie rogówki.

Karol Karnicki (Ptbg.).

Doc. Sniegirew. **Dwa przypadki jednoczesnego ostrego obustronnego zapalenia gruczołów łzowych i ślinianek.** (*Wiestnik Oftalmologii* 1906, Nr 2). I. Chory, urzędnik 19-letni, zgłosił się do szpitala ocznego w Moskwie ze skargą na ropienie się oczu, zaczerwienienie i obrzmienie powiek, które powstało przed kilku dniami. Przy badaniu chorego znaleziono, co następuje: górne powieki obu óez zaczerwienione i znacznie obrzękłe, szczególnie w zewnętrznej części, w której można wyczuć znacznie powiększony, dość twardy gruczoł łzowy; chory odczuwał ból nietylko przy dotknięciu, lecz i przy ruchach gałki ocznej; znaczne przekrwienie i obrzmienie spojówek, dość znaczny śluzotok. Ślinianki podżuchwowe w stanie zapalnym; ciepłota 38,2; kiły, ani wiewióra chory nie przechodził. Zalecono przemywanie óez roztworem cyanku rtęciowego 1: 6000, ogrzewające okłady z maścią z cyanku rtęciowego 1: 1000 i wewnętrznie 2 razy dnia 0,5 grm. salicylanu sodowego. Po dwóch tygodniach zapalenie i obrzmienie gruczołów łzowych i ślinianek ustąpiło. II. Robotnik fabryczny przeziębił się trzy dni przed zgłoszeniem się do lekarza. Przy badaniu: silne zaczerwienienie i obrzmienie górnych powiek; w zewnętrznej części powiek górnych czuć znacznie powiększone, twarde gruczoły łzowe; znaczne przekrwienie i obrzmienie spojówek; mały śluzotok, silny ból przy ruchach gałki ocznej; nieżyt nosa; ślinianki znacznie powiększone; ciepłota 37,7. Leczenie to samo, co i w pierwszym przypadku; po 10 dniach wyzdrowienie. W wydzielinie spojówek badanie wykryło znaczną ilość laseczników rzekomo-błoniczych i niewielką ziarenkowców. *Karol Karnicki* (Ptbg.).

Kazas. **W sprawie szczelin ocznych.** (*Wiestnik Oftalmologii* Nr 2, 1906). Autor opisuje trzy przypadki szczelin ocznych, które spostrzegał w szpitalu wojskowym w Brześciu. W pierwszym przypadku nieprawidłowość była na obu oczach, a mianowicie: w tęczówkach, siatkówkach, naczyniówkach i nerwach wzrokowych były szczeliny. W drugim przypadku na lewem oku były szczeliny w tęczówce, siatkówce i naczyniówce; prawe oko było prawidłowe. W trzecim przypadku była na lewem oku szczelina plamki żółtej; równocześnie stwierdzono drżenie gałki ocznej lewej. Autor zwraca uwagę na szczególne podobieństwo szczelin naczyniówki do zanikowych plamek na dnie oka, pozostałych po zapaleniu naczyniówki i zgadza się z teoryą Deutschmanna i Panasa, iż szczeliny oczne powstają wskutek zapalenia naczyniówki w życiu płodowem. Ponieważ tęczówka tworzy się w życiu płodowem z naczyniówki, więc bardzo prawdopodobnie zapalenie naczyniówki lub zmiany jej naczyń w tym okresie mogą wywołać szczeliny w tęczówce. Co się tyczy przyczyn, które mogą wywołać zapalenie naczyniówki u płodu, to autor sądzi, iż muszą one być te same co i u ludzi dorosłych, a mianowicie: kiła, zakażenie, skazy krwi, choroby przemiany materyi itd.

Karol Karnicki (Ptbg.).

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 2 maja 1906 r.

Obecnych członków 36. Przewodniczy kol. Doc. Rutkowski. Protokół po odczytaniu przyjęto.

I. Kol. Prym. Borzęcki przedstawia dziecko kilkoletnie z rozległemi **odmrozinami** (*perniones*) na ręce, niezwykle długo i uporczywie pomimo leczenia się utrzymującemi.

W dyskusyi kol. Prof. Reiss zapytuje, czy stosowaną była *calcaria chlorata*, podana przez Binza z Bonn, która ma dawać wyniki względnie dobre.

II. Kol. Nitsch zdaje sprawę ze swoich **doświadczeń nad wścieklizną,** wykonanych w ostatnich 2 latach w krakowskim zakładzie higieny U. J. Jako najważniejsze wyniki tych badań przytacza następujące fakta: 1) Zarazek stały (*virus fixe*) ze środkowej części rdzenia w stanie zupełnie świeżym może być nieszkodliwy dla człowieka przy podskórnem zaszczepieniu (doświadczenie prelegenta na sobie samym). 2) Właściwą siedzibą zarazka wścieklizny są za życia ustroju komórki nerwowe. 3) Po śmierci zarazek przenika z komórek nerwowych w otaczającą substancyę nerwową, a może i w inne tkanki. 4) Zarazek wścieklizny

posiada ruchy własne. 5) Wzmocnienie jadowitości zarazka wścieklizny stałej (*vir. fixe*) w porównaniu ze zarazkiem ulicznym odnosi się do układu nerwowego wszystkich zwierząt ssących, a nie do ustroju królików. I to jest główna i zasadnicza różnica między zarazkiem stałym, a zarazkiem ulicznym. Prelegent w krótkich słowach przedstawia dowody na poparcie tych twierdzeń. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi kol. Eisenberg zwraca uwagę, że nauka dotychczas znała jeden rodzaj przystosowania, a mianowicie przystosowanie drobnoustrojów do gatunku lub ras zwierzęcych, nie zwracano zaś wcale uwagi na to, że takie przystosowanie jest możliwe i dla tkanek lub narządów ustroju zwierzęcego. Badania kol. Nitscha zdają się za tem przemawiać.

Sekretarz: *Wilczyński.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Na posiedzeniu w d. 9 marca 1906 przedstawił Dr Krysiewicz 11-letniego chłopca **z porażeniem lewego nerwu sprychowego i strzałkowego** skutkiem postrzału kulą teszyngową, która przeszywszy prawy policzek w okolicy dołu szczękowego utkwiła w głębokich mięśniach karku pod kością potyliczną po stronie prawej. Porażenie wystąpiło dopiero na drugi dzień po postrzale, z początku jako połowicze, a dopiero później ograniczając się do zakresu wymienionych nerwów. Przerwa dróg ruchowych powstała albo w szypule mózgowej, albo w moście, a to nie wskutek zmiażdżenia substancyi nerwowej bezpośrednio przez kulę, lecz wskutek krwotoku, wywołanego silnem uderzeniem kuli o kość potyliczną. Dlatego też porażenie nie powstało odrazu, ale dopiero wtedy, gdy zwiększający się krwotok wywołał ucisk na substancyę nerwową; po wessaniu krwi wybroczonej ustąpiło porażenie połowicze, ale potworzyły się blizny, niszczące niektóre szlaki ruchowe, wobec czego pozostałe porażenie nn. sprychowego i strzałkowego będzie prawdopodobnie trwałe. — Z kolei przedstawił Dr Pomorski: a) przypadek **operowanej** własnym sposobem **przepukliny mózgowej** u kilkodniowego dziecka, b) okaz **mięsaka gruczołów,** wyłuszczonego u 3-letniego dziecka w warunkach trudnych, gdyż tętnica pachowa była zupełnie nowotworem obrośnięta. — W końcu odbyły się ożywione rozprawy nad wykładem W. Zakrzewskiego: **O wrzodzie żołądka.** Dr Swięcicki omawiał związek żołądka i narządu rodnego i powstawanie wrzodu żołądka w okresie okwitania i w przypadkach niedokształtu narządu rodnego, oraz powstawanie wrzodu równocześnie z *endometritis dyscratica* jedynie wskutek błednicy, po której wyleczeniu oba tamte cierpienia ustępowały; dalej wskazał na to, że krwawienia żołądkowe nie zawsze przemawiają za wrzodem, nawet, jeśli można wyłączyć raka i marskość wątroby, że usadowienie bolu w pewnem określonem miejscu niezawsze odpowiada istotnej siedzibie wrzodu; nadmienił wreszcie, że zmiana postawy chorego, zmniejszając lub usuwając ból, nieraz pozwala określić siedzibę wrzodu i tak: zniknięcie bolu przy położeniu się na lewy bok przemawiaćby mogło za wrzodem w okolicy odźwiernika, a zniknięcie bolu przy położeniu się na brzuch — za wrzodem na tylnej ścianie żołądka. Morfina jest przy obawie przedziurawienia żołądka wskutek wrzodu przeciwwskazaną, bo może zaciemnić obraz chorobowy, przez to opóźnić operacyę i pogorszyć rokowanie. Dr Gantkowski na podstawie własnego obfitego doświadczenia zalicza do najpewniejszych objawów przewlekłego wrzodu nie ból, wywołany uciskiem, ale raczej okresowe ciśnienie po jedzeniu. Bole, powodowane rozrzuconemi bliznami, koi dobrze bornywal. Dr Tomaszewski obawiałby się wśród silnego krwawienia używać zgłębnika żołądkowego; w takim przypadku najlepsze usługi oddaje morfina. Dr Pomorski sprawdził, że przy krwawieniach miąższowych podczas operacyi płukanie letnim rozczynem soli oddaje niemal te same usługi, co tampon. Stąd sposób Ewalda (przepłukiwanie żołądka przy krwotoku wodą lodową) przemawia mu do przekonania; możeby nawet wodę zimną zastąpiła letnia lub chłodna. W końcu Dr Zakrzewski odpowiada mowcom poprzednim i nadmienia, że do najlepszych środków w przypadkach podostrych zalicza azotan srebrowy, który również dobrze działa przy przekwaśności i sokotoku. Bornywal koi bole tylko czysto nerwowe, przeciw bolom wskutek samego wrzodu zaleca Dr Z. w ostrym okresie morfinę, w przewlekłym atropinę.

(Według »Nowin lekarskich«, 1906, Nr 5). *R.*

Koło lekarskie w Petersburgu.

Posiedzenie dnia 11/24 kwietnia 1906 r.

Obecnych członków 20.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Dr Wojciech Kozłowski odczytuje rzecz p. t.: **„Dwa przypadki torbielowego zapalenia wyrostka robaczkowego“** (rzecz przeznaczona do druku). Odczyt był objaśniony okazami wyciętych wyrostków.

W dyskusyi doc. dr Witold Orłowski na zapytanie dra Skargi przedstawia historyczny rozwój poglądów na wewnętrzne i chirurgiczne leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego. Przemawiali również dr Strawiński i dr Uliński.

III. Dr med. Z. Orłowski wykłada rzecz p. t.: **„Ze spostrzeżeń klinicznych nad digalenem“** (rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: Dr Wilamowski nie zgadza się z wnioskiem prelegenta, że digalen nie ma działania zbiorowego. — Prof. dr St. Zaleski zwraca uwagę na nagłe zejście śmiertelne w kilku przypadkach prelegenta przy napozór dobrym stanie chorych i na zbiorowe działanie naparstnicy; wstrzykiwanie śródżylne dużych dawek (4—15 cm.³) digalenu, stosowane przez niektórych badaczy, uważa za niebezpieczne, ponieważ oprócz digitoksyny wprowadzamy w ten sposób do krwi dużo nieobojętnej dla ustroju gliceryny. — Doc. dr W. Orłowski omawia sprawę zbiorowego działania naparstnicy, stosowanie jej przez czas dłuższy, polecane przez Eichhorsta, oraz stosowanie dużych dawek we włóknikowem zapaleniu płuc (Petresco); wreszcie wytyka usterki w metodyce prelegenta, których usunięcie (nie zawsze zresztą zależne od badacza) pozwoliłoby porównać kliniczną wartość digalenu z wartością innych leków sercowych.

Na posiedzeniu administracyjnem doc. dr W. Orłowski przedstawia zebraniu stosunek »Przeglądu lekar.« do tych Towarzystw, których »Przegląd« jest organem, oraz wyniki układów, które na mocy uchwały Koła prowadził z Administracyą tego czasopisma w celu zawiązania stałego stosunku Koła z »Przeglądem«. Po dyskusyi, w której brali udział dr Strawiński, prof. St. Zaleski i doc. dr W. Orłowski, zebranie odrzuca wniosek o zawiązanie stałego stosunku »Koła« z »Przeglądem« na wzór stosunku »Przeglądu« z Towarzystwem lekarzy galicyjskich, ale uznając »Przegląd« za wzorowsze czasopismo polskie, uchwala zebranie jednogłośnie popierać go w swojem Kole.

Sekretarz: *Witold Orłowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Towarzystwo „Samopomocy lekarzy Galicyi“ uchwaliło 6 maja 1906 na wniosek Wydziału przystąpić do **Związku państwowego organizacyi lekarskich austryackich** (*Reichsverband österreichischer Aerzteorganisationen*), który powstał z końcem marca r. b. w Wiedniu, a wzoruje się w ogólnych zarysach na Związku lipskim. Celem Związku jest popieranie interesów ogólnolekarskich z wyjątkiem spraw, tyczących się polityki (§ 2 statutu). Do celu tego będzie zmierzać drogą zwyczajnych i nadzwyczajnych posiedzeń, pisemnej wymiany myśli, za pomocą pism zawodowych i przez wspieranie wszelakich dążeń, zmierzających do poprawy lekarskich interesów zawodowych, dalej przez udzielanie porady we wszystkich sprawach zawodowych i przez udział w zgromadzeniach i naradach w kraju i za granicą, jakoteż przez wymianę myśli z zawodowymi Związkami lekarskimi w innych państwach. Na posiedzenia Związku, które mają się odbywać przynajmniej raz w roku w Wiedniu, a częściej, jeśliby zaszła tego potrzeba, deleguje każda organizacya swego przewodniczącego, a zgromadzeni przewodniczący wybierają z pośród siebie prezydenta Związku na trzy lata. Poszczególne organizacye (§ 6) płacą wkładki dobrowolne, byle wystarczyły na opędzenie kosztów administracyjnych Związku. *E. S.*

Medycyna i dziennikarstwo. Pisma lekarskie, jak przypuszcza w ostatnim numerze »*La Medécine moderne*«, okażą się niedługo najzupełniej zbytecznemi, skoro prasa codzienna zajmuje się ponad wszelką potrzebę wszelkiemi lekarskiemi nowinami i senzacyjnemi odkryciami w zakresie medycyny. Tak się dzieje w Europie, a nie inaczej w Ameryce. Jedna z nowojorskich

gazet, »Sun«, prześciga pod tym względem wszystkie inne. Ostatnimi czasy umieściło to pismo najdokładniejsze sprawozdanie o operacyi kamienia nerkowego, dokonanej przez znanego chirurga w Nowym Jorku. Jednak najciekawszą rzeczą jest to, że owa tak drobiazgowo opisana operacya odbyła się dopiero w 12 godzin po wyjściu dziennika! Już więcej na pewno nie można wymagać od sumiennego reportera. *E. S.*

Reforma ustawy prasowej w Austryi obchodzi lekarzy ze względu na § 34 i 35 przedłożonego obecnie parlamentowi projektu ustawy. § 34 brzmi: »Kto w pewnem piśmie umieszcza ogłoszenia, zajmujące się w formie, naruszającej obyczajność, obcowaniem płciowem albo zapobieganiem chorobom płciowym albo ich leczeniem, ma być z powodu tego przekroczenia karany aresztem od 1 dnia do 6 tygodni, z czem może się łączyć grzywna aż do wysokości 1000 k.«, a § 35 nakłada grzywnę od 10—500 k., lub areszt od 1 dnia do 4 tygodni za ogłaszanie w pismach leku, urzędownie zakazanego. VII. wiec Izb lekarskich w roku 1902 uchwalił starać się o takie poprawki tych §§, aby pierwszy z nich stanowił jeszcze silniejszą zaporę dla nieetycznego reklamowania się lekarzy, a drugi mógł służyć do zwalczania partactwa leczniczego. Wniesionej petycyi komisya parlamentarna nietylko nie uwzględniła, ale nawet skreśliła z § 34 zakaz ogłoszeń o zapobieganiu chorobom płciowym i ich leczeniu. Co prawda Izby lekarskie austryackie po wniesieniu petycyi sprawą tą się nie zajmowały, a niektóre oświadczyły się odrazu przeciw uchwale wiecu. A jednak, jak podnosi Dr Mikołajski (»Głos lek.«, 1906, 10) zmiana § 35 w ten sposób, by mógł on służyć do zwalczania panoszącego się partactwa, jest dla stanu lekarskiego bardzo ważną i pożądaną. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 20 do 26 maja 1907 r. doniesiono o nowych przypadkach: ospy 14 przypadków w 5 gminach, a mianowicie pow. Chrzanów (Libiąż wielki 1, Libiąż mały 1), Tarnów (m. Tarnów 9, Kielanowice 2), Wieliczka (Żerosławice 1); duru plamistego 83 przypadków w 23 gminach, mianowicie w pow. Brzeżany (Płancza m. 4), Buczacz (Koropiec 3), Dolina (Olchówka 1), Horodenka (Żuków 9), Jaworów (Zawadów 2, Świdnica 2, Czaplaki 1, Gnojnice 1, Szczepłoty 4), Łańcut (Łańcut 1), Nadwórna (Zielona 6), Rawa (Ulhówek 2, Rzyczki 6), Stryj (Pławie 3), Tarnopol (Józefówka 2), Tłumacz (Bortniki 8, Puźniki 2, Targowica 5, Grabicz 4), Turka (Jabłonka n. 4), Zaleszczyki (Burakówka 10), Złoczów (Bużek 2), Zborów (Korszyłów 1); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 14 przypadków w 13 gminach, mianowicie w m. Krakowie 1, Bochnia (m. Bochnia 1, Ujazd 1, Kamionna 2), Chrzanów (m. Chrzanów 1), Gorlice (Sokół 1), Jarosław (Tymowice 1), Jasło (m. Jasło 1), Łańcut (Brzyska w. 1), Pilzno (Jaźwiny 1), Ropczyce (Dębica 1), Rzeszów (Kraczkowa 1), Żywiec (Lipowa 1).

Ruch ludności w Krakowie. Między 20 a 26 maja b. r. urodziło się dzieci żywo 62, nieżywo 2; zmarło osób 54 (obcych 17); z tego z gruźlicy 15 (9), zapalenia płuc 6 (—), błonicy — (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry — (—), duru osutkowego 8 (1), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), innych chorób zakaźnych — (—), śmierci gwałtownej 5 (2).

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 13 do 19 maja zgłoszono przypadków błonicy 3 (obcych 3), krztuśca 2 (2), płonicy 3, odry 2, duru osutkowego (1), duru brzusznego (3), zapalenia opon nagminnego 2 (1). W tymże czasie zmarło z płonicy 1, z duru brzusznego (1).

Wakacyjne kursa lekarskie

zamierzone w Krakowie w lipcu b. r., nie odbędą się w tym miesiącu i muszą być odłożone, gdyż zgłosiło się na nie po dziś dzień bardzo mało uczestników, (nawet na najważniejsze przedmioty kliniczne zaledwo po 3 -4).

W nadziei, że za parę miesięcy ze zmianą stosunków politycznych nadejdzie sposobniejsza dla wznowienia kursów pora, poruszono myśl, by odłożyć kursa tylko na pół roku i spróbować urządzić je w Krakowie w grudniu r. b. w czasie feryi świątecznych, o czem dokładniejsza wiadomość podaną będzie w październiku za pośrednictwem prasy lekarskiej.

Kraków 31 maja 1906.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 30 maja posiedzenie w klinice okulistycznej, na którem uchwalono utworzyć w Towarzystwie komisyę higieniczną i wybrano jej prezesem prof. Jordana, a sekretarzem dr Biera; wybrano delegatów do Rady zawiadowczej i na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich, poczem 1) prof. Wicherkiewicz *a*) wyłożył rzecz »O pyoktaninie w okulistyce«, *b*) przedstawił szereg ciekawych przypadków (*blepharochalasis, anirydia cong.* i w. i.), *c*) przedstawił przyrządy (eksoftalmometr, lampę Sachsa i t. d.); 2) dr Witaliński mówił »O uszkodzeniach ócz ciałami obcemi« (według spostrzeżeń kliniki w r. b.).

— Rada honorowa Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbyła dnia 26 maja posiedzenie, na którem toczyła się rozprawa honorowa, zarządzona z urzędu przeciwko drowi S. Po przesłuchaniu obwinionego i skarżącego odroczono rozprawę celem dalszego dochodzenia na podstawie aktów sądowych, mających związek pośredni z tą sprawą, których uchwalono zażądać od odnośnego sądu. Druga rozprawa, na dzień ten rozpisana, nie odbyła się, a Rada honorowa oświadczyła obwinionemu drowi J., że sprawa przeciw niemu, wniesiona do Izby przez dr B., upada z powodu niestawienia się skarżącego, co uważać należy za cofnięcie skargi. — W tym samym dniu odbył posiedzenie Wydział Izby, załatwiając kilka spraw administracyjnych i bieżących. *L.*

— Egzamin fizykacki złożyli dr Freund i dr Karas.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej zajmował się na posiedzeniu w dniu 21 b. m. następującemi sprawami: Zamianowano dr Teofila Stachiewicza zastępcą przewodniczącego Kasy chorych lekarzy. Petycyę do parlamentu wniesioną przez lekarzy więziennych galicyjskich sądów o poprawę warunków służbowych, postanowiono na razie poprzeć w ten sposób, że uchwalono przedłożyć tę sprawę Wydziałowi wykonawczemu Izb i Izbie gospodarczej. W sprawie jednej z powiatowych Kas chorych przypomniano orzeczenie Namiestnictwa, że lekarzowi powiatowemu, jako urzędnikowi starostwa, które powołane jest do kontroli tej instytucyi, nie wolno przyjmować posady lekarza Kasy chorych; postanowiono nadto zebrać od wszystkich Izb wzory kontraktów lekarzy z Kasami chorych, by mieć odpowiedni materyał przy udzielaniu rad zwracającym się do Izby lekarzom i przy ratyfikowaniu zawartych kontraktów. Postanowiono zająć się sprawą Kas chorych majstrów i sprawą podwyższenia honoraryum lekarskiego za badanie ubezpieczających się na życie w Towarzystwach ubezpieczeń. Uchwalono w myśl wniosku Izby zach.-gal. założyć wspólne bióro informacyjne dla całej Galicyi. Załatwiono kilka drobniejszych spraw administracyjnych i honorowych. — Rada honorowa przeprowadziła 25 maja rozprawę między dwoma lekarzami, zakończoną pogodzeniem się obu stron.

— Porządek dzienny XI posiedzenia naukowego Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w dniu 1/VI obejmował: 1) dr J. Świątkiewicz: Leczenie tocznia eugallolem. 2) Prof. Gluziński: Przedstawienie i objaśnienie kliniczne preparatów *a*) raka płuc, *b*) przerostowej marskości wątroby (i *infantilismus*). 3) dr Fels: 720 zamachów samobójczych (z lwows. stacyi ratunkowej).

— Egzamin fizykacki złożyli dr dr: Bogdan Barański, Eugeniusz Doliński, Juliusz Kocwa, Jarosław Novak, Stanisław Szczurkowski, Eugeniusz Wajgiel, wszyscy z odznaczeniem.

Warszawa. Szpitale warszawskie miały przejść pod zarząd miasta. Przyczyną tego stało się ostateczne bankructwo finansowe zarządzającej dotąd szpitalami Miejskiej Rady dobroczynności publicznej, utworzonej w r. 1870 w celu upaństwowienia szpitali, a obecnie, wskutek wadliwej administracyi majątkiem tych instytucyi, niedopisywania podatku szpitalnego i t. d., mającej 700,000 rb. długu. Do narad w sprawie umiastowienia szpitali zaproszono jako znawców przedstawicieli warszawskiego Towarzystwa lekarskiego i higienicznego. Niespodzianie jednak sprawa ta napotkała na poważne trudności i zapewne znowu ulegnie zwłoce. Magistrat gotów był przejąć szpitale już 14. czerwca b. r., obecnie jednak okazuje się, że nie może to tak rychło nastąpić z przyczyn prawnych, wypływających z manifestu 30. października r. z. Na mocy bowiem jego odebranym być może zarząd szpitali Miejskiej Radzie dobroczynności publicznej tylko na zasadzie uchwał Dumy państwowej i Rady państwa. *L.*

— »Gazeta lekarska« (Nr 20) prostuje podaną przez siebie wiadomość o zamknięciu przytułku dla chorych umysłowych w Drewnicy. Strajk służby nie doszedł do skutku i przytułek nie został zamknięty.

— W tych dniach wyszła z druku praca zbiorowa p. t. »Medycyna w Samorządzie«, mająca być drogowskazem dla przyszłych samorządnych organizacyi sanitarnych. Z pracy tej zdaną będzie sprawa w jednym z następnych numerów »Przegl. lekarskiego«.

— W Lublinie otwarto składki na tablicę pamiątkową ś. p. Gustawa Dolińskiego.

Z różnych stron. Niemiecka prasa lekarska z powodu pogłosek o podziale czynności ministeryum oświaty w Niemczech i przydzieleniu spraw sanitarnych ministerstwu spraw wewnętrznych, ponawia żądanie, aby utworzono osobne ministeryum zdrowia.

— Na uniwersytecie lipskim zezwolono kobietom wpisywać się jako słuchaczki zwyczajne.

— Międzynarodowa wystawa higieniczna odbędzie się w roku 1909 w Dreźnie. Na ten cel przeznacza rada miejska 200,000 M.

— W Karlsbadzie czyni miejscowe Towarzystwo lekarskie starania, by miasto założyło międzynarodowy zakład leczniczy dla niezamożnych lekarzy.

— Wyjątkową rzeczywiście, bo 70-tą rocznicę doktoratu obchodził niedawno w Poczdamie dr Stolte, liczący obecnie lat 91.

— Prof. Koch ma dla zbadania śpiączki afrykańskiej pozostać w Afryce najmniej 2 lata.

— Miasto Hamburg przeznaczyło na asanizacyę niezdrowych mieszkań niemniej, jak 10 milionów marek.

— Zjazd, poświęcony chorobom zawodowym, odbędzie się 9—14 czerwca b. r. w Medyolanie. Wiadomości udziela sekretarz generalny Zjazdu, prof. Devoto (Medyolan, via Manzoni 10).

— Prof. Brouardel złożywszy przed paru laty po wieloletnich rządach urząd dziekana Wydziału lek. w Paryżu, obecnie ustępuje także z katedry medycyny sądowej.

Mianowani: J. H. Croom profesorem położnictwa w Edynburgu.

Powołani: Prof. Chiari z Pragi na miejsce Recklingshausena do Strassburga; prof. Ziemke z Halle na dyrektora nowo utworzonego zakładu sądowolekarskiego w Kiel.

Zmarli: anatom prof. Allard w Grenobli.

Dr Stanisław Turkiewicz w Warszawie w 68 r. ż.; dr Michał Kaufmann z Krakowa, w Maryenbadzie w 64 r. ż.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr 19. Grzankowski: Podstawy operacyjnego leczenia raka macicy. Bzura: (c. d. z Nr 18). — Nr. 20. Zembrzuski: Przyczynek do powstawania ropnicy po czyraku skóry. Grzankowski, Bzura: (dok. z Nr 19).

— *Tygodnik lekarski* Nr 21. Damański: Kilka słów o zastosowaniu wody iwonickiej w pewnych postaciach miażdżycy tętnic. Blumenfeld, Fels: (c. d. z Nr 20).

— *Kronika lekarska* Nr 10. Ciąg dalszy artykułów Hornowskiego, Sędziaka i Giedroycia.

— *Časopis lekařův českých* Nr 21. Molek: O resekci kloubů dolních a horních končetin. Poledne: Kazuistika z I int. oddělení. Novotny: Řídký případ zrůdnosti pyje. Babor (c. d. z Nr 20).

— *Semaine médicale* Nr 21. Pierre Marie: Rewizya sprawy niemoty: trzeci lewy zakręt czołowy nie ma żadnego szczególnego znaczenia w czynności mowy.

— *Presse médicale* Nr 40. Raymond i Guilain: Zanik mięśni o typie lędźwiowo-miedniczno-udowym. Pater: Działanie żywności, niezawierającej chlorków, na ciężar ciała w toku płonicy. Romme: Serodyagnostyka kiły. — Nr 41. Roger i Garnier: Niedrożność jelit. Patogeneza i fizyologia patologiczna. Fischer: Wodoleczenie cholery azyatyckiej i swojskiej. — Nr 33. Paisseau: Zatrzymanie mocznika.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 21: Detre: O stwierdzeniu swoistych niweczników i ich antygenów u chorych na kiłę. Kraus i Volk: Dalsze badania odporności w kile i przy szczepieniu przeciwospowem. Müller i Scherber: Dalsze wiadomości o etyologii i klinice zapalenia żołędzi (*balanitis erosiva circinata* i *balanitis gangraenosa*). Passini: Bakteryjne substancye hamujące Conradiego i wpływ ich na wzrost beztlenowców w jelitach. Bloch i Reitmann: Badania wymiany materyi w twardzinie skóry. Favarger: W sprawie przewlekłego zatrucia tytoniem. Moro: O odruchach twarzowych u oseskow. Foges: Rectoromanoscopia.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 21. Ledderhose: Rozpoznanie i leczenie stopy płaskiej. Herxheimer: Trzustka a cukrzyca. Martin: Przypadek równoczesnego duru i dysenteryi amebowej, powikłanych ropniami wątroby i śledziony. Riese: Operacya w chorobie Barlowa. Puschmann: Przypadek guza mostu i móżdżku. Hirsch: (dok. z Nr 20). Busalla: Rzadki objaw w zakresie tętna przy krwotoku wewnętrznym wskutek ciąży jajowodowej. Matté: Trepanacya błędnika i wyskrobanie przedsionka z powodu dolegliwych szmerów przy t. zw. zakostnieniu ucha środkowego (*otosclerosis*).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 21. Weil i Nakajama: O stwierdzeniu antytuberkuliny w tkance gruźliczej. Schickele: W sprawie zbrodniczego spędzenia płodu. Rosenstern: Badania wymiany materyi w białaczce w czasie leczenia promieniami Röntgena. Walz: W sprawie rozpoznawania wrodzonej niedrożności jelit cienkich, z uwzględnieniem badania smółki. Scheibe: O leczeniu ostrych zapaleń ucha środkowego z uwzględnieniem rozmaitej ich etyologii. Gerlach: Próby podawania neuronalu u chorych umysłowo. Lindemann: W sprawie stwierdzenia kwasu acetooctowego w moczu. Kuhn: W sprawie techniki przekrwienia sposobem Biera. Uffenheimer: Psychologia lekarska ze względu na leczenie i wychowanie tępych umysłowo.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 22. Talma: Ropomocz przez leukocytozę. Kast: Przyczynek doświadczalny do mechanizmu wydzielania żołądkowego po śniadaniu próbnem. Bauer: O wykryciu dającej się strącić substancyi mleka krowiego we krwi wyniszczonych oseskow. Kronthal: Czy histerya jest chorobą nerwową? Senator: O toczniu błon śluzowych w górnych drogach oddechowych. Deutschländer: (dok. z Nr 21). Mohr: W sprawie patologii i terapii stwardnienia tętnic.; nadto wykłady ze zjazdu balneologów.

Redakcya otrzymała: Krzyształowicz: Grzyby chorobotwórcze włosów. Odb. z „Przeglądu chorób skórn. i wener.“ 1906. — Regiec: Rymanów-Zdrój. — Rydygier Ant.: O pierwotnym mięsaku torebki stawowej kolana. — Medycyna w Samorządzie. Praca zbiorowa grona lekarzy warszawskich. Warszawa. E. Wende i Sp., 1906. Str. VII+298.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Vichy poleca L. Fürst z Berlina w przewlekłych niestrawnościach, spowodowanych nienależytym doborem potraw w kołach zamożniejszych. Sama zmiana dyety bowiem w tych przypadkach jeszcze nie wystarcza do zobojętnienia treści żołądka. Vichy stoi na czele wskazanych wówczas środków alkalicznych, dających się czas długi bez szkody zażywać. Liebreich poleca szczególnie kołaczyki „Comprimés Vichy Etat“, przetwór źródeł „Grande Grille, Hôpital i Célestins“, które przez zawartość soli sodowych, chlorków i kwasu węglowego nadają się do leczenia w domu lub podczas podróży. W szklance wody rozpuszcza się 2—3 kołaczyki, przez co powstaje płyn smaczny i orzeźwiający. Dawkę taką należy zażyć 3 razy dziennie w $^1/_2$ godziny po jedzeniu.

Rok XLV. Kraków 9 Czerwca 1906. Nr 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O mieszaninie kamfory z fenolem.
(Camphora carbolisata).

Podał

Doc. Dr Ignacy Lemberger.

Jeżeli kamforę w kawałkach umieścimy w słoiczku razem z krystalicznym fenolem, natenczas dwa te ciała łączą się ze sobą w krótkim już czasie, tworząc ciecz oleistą, bezbarwną, przeźroczystą i silnie łamiącą światło; jeżeli użyjemy kamfory utartej, natenczas połączenie się tych ciał następuje w kilku minutach. O własnościach fizycznych tego związku niewiele wiemy. Mieszanina ta nie rozpuszcza się we wodzie i glicerynie, natomiast rozpuszcza się w wyskoku, chloroformie, olejkach eterycznych i tłustych; oziębiona w mieszaninach oziębiających nie krzepnie (1). Mieszaninę tę znano od dawna i stosowano jako taką, lub w rozczynie w olejach tłustych do okładów na rany, w chorobach skórnych, jako krople na zęby, a wewnętrznie zamiast fenolu w przebiegu chorób zakaźnych (2); zmieszana z równą ilością oliwy służyła także do wyjaławiania narzędzi chirurgicznych. Zdaje się, że pierwszy Cochran (3) podał tę mieszaninę. Mieszanina kamfory z kwasem karbolowym, używana dawniej w lecznictwie w stosunku 1:1, lub 2 cz. kamfory na 1 cz fenolu, wyszła z użycia i poszła w zapomnienie. W ostatnich jednak czasach znów poczęto ją stosować, a w piśmiennictwie nowszem, jakkolwiek szczupłem dotychczas, zalecano ją nawet gorąco jako środek przeciwgnilny na rany.

Chlumsky (4) stosuje ją od szeregu lat z dobrym skutkiem, przykładając ją zewnętrznie wprost na rany, lub stosując na skórę chorą przy róży, ropowicach, zanokcicach, krostach ropnych, w zapaleniu naczyń chłonnych, oraz do leczenia przetok gruźliczych i czyraków. Miejsce chore już to pędzluje mieszaniną kamfory z fenolem, już też przykłada ją na wacie i pokrywa lekkim opatrunkiem; ropnie nacina, a do rany wlewa mieszaninę, lub wkłada wacik, napojony tą mieszaniną. Przebieg gojenia według Chlumskyego jest przytem nadzwyczaj pomyślny. W przypadkach róży świeżej, niezbyt rozległej, już po kilkorazowem zastosowaniu środka ustępuje zaczerwienienie skóry w kilku godzinach, a w przypadkach cięższych w kilku dniach następuje złuszczenie, skóra wraca do stanu prawidłowego. Rany również szybko się goją, wydzielanie ropy zmniejsza się szybko. Na skórę środek ten nie działał drażniąco, ani żrąco; wyjątek stanowiło kilka przypadków, w których środka winić nie można, użyto w nich bowiem mieszaniny, która w otwartem naczyniu stała czas długi i utraciła kamforę. Podrażnienie następowało także, jeżeli użyto u chorego z bardzo wrażliwą skórą mieszaniny równych części kamfory i fenolu. Aby i tych ujemnych stron uniknąć, używa autor mieszaniny, zawierającej więcej kamfory z dodatkiem wyskoku: *Acid. carbol. purissimi 30 0, Camphorae tritae 60 0, Alcohol. absol. 10 0 MS. Zewnętrznie.* Taka mieszanina zupełnie nie działa ujemnie na skórę.

C. Ehrlich (5), zachęcony wynikami Chlumskyego, stosował również mieszaninę kamfory z fenolem w ropowicach, zanokcicach, czyrakach, wrzodach goleni, przetokach gruźliczych i ranach zakażonych, ogółem w 50 przypadkach z nadzwyczaj pomyślnym skutkiem, przyczem ani razu nie zauważył złego działania mieszaniny. Dlatego też przyłącza się w zupełności do zdania Chlumskyego i zaleca mieszaninę fenolowo-kamforową do leczenia wszystkich takich przypadków szczególnie tam, gdzie zastosowanie przekrwienia zastoinowego sposobem Biera napotyka na trudności lub jest niewykonalne. Ehrlich sądzi, że działanie mieszaniny kamfory z fenolem polega na jej działaniu przeciwgnilnem i na przekrwieniu, wywołanem długotrwałem podrażnieniem skóry. Autor zmieniał również stosunek fenolu do kamfory, ale przekonał się w końcu, że stosunek przez Chlumskyego podany jest najodpowiedniejszy i najskuteczniejszy.

Mieszanina ta ze względu na swoje własności fizyczne i fizyologiczne, tak odmienne od własności składników, jest bardzo ciekawa. Co do własności fizycznych i chemicznych, to kamfora jest ciałem stałem, krystalicznem, budowy ketonu, które się topi w ciepłocie $+175^0$, a wrze przy $+204^0$; kwas karbolowy jest również ciałem stałem, krystalicznem, które się topi przy $+43^0$, a wrze przy $+183^0$ i posiada woń silną znamienną. Fizyologiczne własności fenolu ogólnie są znane, a najważniejszą dla nas w danym razie jest nadzwyczaj silne działanie żrące, które czysty kwas karbolowy na skórę wywiera, a które objawia się już po chwilowem zadziałaniu utworzeniem się białej plamy, a po dłuższem działaniu zniszczeniem naskórka i wywołaniem ran, trudno się gojących.

Przez proste zmieszanie tych dwóch ciał tracą one pierwotne własności, zmieniają stan skupienia, ze stałych zamieniają się na ciekłe, a silne działanie żrące fenolu ginie. Ciecz posiada słabą tylko woń fenolową, a przeważa woń kamfory. Cieczą tą można bez szkody dłoń i grzbiet ręki silnie natrzeć, a zmywszy po kilku godzinach rękę wodą nie zobaczymy ani śladu zadziałania na naskórek; skóra pozostaje zupełnie prawidłową, gładką, bez plamy i zmiany barwy, a jedynie silna woń kamfory, czas jakiś się utrzymująca, świadczy, żeśmy mieszaniną tą na skórę zadziałali.

Mieszaninę tę poddałem badaniu, a wyniki były następujące:

Mieszaninę przyrządziłem w ten sposób, że do słoika ze szklanym korkiem dałem równe ilości ciężarowe czystego, krystalicznego fenolu i kawałki czystej, zwykłej kamfory. Po kilku godzinach ciała te rozpłynęły się i utworzyły ciecz z odcieniem lekko różowym, oleistą, przeźroczystą, silnie łamiącą światło, woni kamforowej, w której jednak słabo i fenolową rozróżnić było można. Ciecz ta nie mieszała się z wodą, jednakowoż w cieczy wodnistej, oddzielonej po kłóceniu z mieszaniną kamfory i fenolu, można było łatwo stwierdzić tak obecność kamfory, jak i fenolu. Mieszanina kamfory z fenolem rozpuszcza się zatem trudno i w małej ilości we wodzie, ale nie można jej uważać za zupełnie we wodzie nierozpuszczalną. Mieszanina ta rozpuszcza się łatwo w wyskoku, eterze, eterze naftowym, chloroformie, alkoholu metylowym, olejku terpentynowym, olejkach eterycznych i olejach tłustych. Zmieszana z kwasami mineralnymi rozcieńczonymi, a podobnie z rozczynami wodorotlenków silnych potasowców (NaOH, KOH), rozkłada się ta mieszanina, przyczem tworzy się odpowiedni związek fenolowy, a kamfora wydziela się w postaci osadu krystalicznego. Oziębiona zwykłemi oziębiającemi mieszaninami (sól + lód i t. p.), nie zmieniała mieszanina swego stanu skupienia, pozostała płynną. Natomiast przy użyciu nowoczesnych środków oziębiających powiodło się mieszaninę tę zamienić na ciało stałe. Do oziębienia użyto ciekłego tlenu, którego mi uprzejmie użyczył Prof. Dr Olszewski, za co niniejszem składam Mu serdeczne podziękowanie. Oziębianie odbywało się w rurce szklanej cienkościennej, którą po napełnieniu badaną mieszaniną umieszczono ostrożnie w ciekłym tlenie. Ciepłotę mierzono przy pomocy termometru z dwusiarczkiem węgla. Przy oziębianiu w tlenie stawała się mieszanina kamfory z fenolem coraz gęstszą, potem zamieniła się na ciecz syrupowatą, później konsystencyi gęstej gumy, w nitki się ciągnącą, przyczem jednak pozostawała przeźroczystą, a w chwili gdy termometr wskazywał 75° C. poniżej zera, zamieniła się w masę szklistą, która przy większem jeszcze oziębieniu popękała. Mieszanina ta krzepnie zatem w temperaturze — 75° C. Następnie rurkę wyjęto z ciekłego tlenu, umieszczono w naczyńku izolacyjnem i badano, jakim ulegnie zmianom podczas topienia się. Gdy termometr podniósł się do — 73° C., masa szklista zaczęła topnieć i przybrała znów konsystencyę gęstego rozczynu gumy, potem stawała się coraz rzadszą, jednak przeźroczystą. Przy ciepłocie — 50° C. poczęła się masa mącić i wydzielać biały krystaliczny osad, którego ilość coraz bardziej się zwiększała, a ciecz stawała się znów coraz gęstszą z powodu wydzielonego osadu; szczyt ilości wydzielonego osadu i gęstości odpowiadał ciepłocie — 25° C. i wtedy ciecz znów skrzepła na masę białą, nieprzeźroczystą. Powyżej tej ciepłoty wydzielone kryształki znów się poczęły rozpuszczać, masa stawała się coraz płynniejszą, a w ciepłocie — 20° C. zamieniła znów na ciecz bezbarwną, przeźroczystą. Wydzielone w ciepłocie między — 50° do — 25° C. kryształki były kamforą.

Ciężar właściwy mieszaniny kamfory z fenolem (1:1) wynosił przy + 15° C. — 1·017. Mieszaninę tę poddano przekropleniu cząstkowemu. Punkt wrzenia tej mieszaniny wynosił + 182° C., poczem ciepłota podnosiła się powoli wśród przekraplania i doszła do + 204° C., jako najwyższej. Przy cząstkowem przekraplaniu zebrano trzy części: przekroplinę zebraną między t + 182° C. a 200° C. następnie między . . . . t + 200° C. a 204° C. i pozostałość w kolbie po przekropleniu. Ilość ich wynosiła:

Przekroplina + 182° do + 200° C. = 54%
+ 200 do + 204° C. = 36%
ponad 204° C. = 10%

Pierwsze dwie części były płynami gęstymi, przeźroczystymi, bezbarwnymi, silnie łamiącymi światło. Pozostałość w kolbce była po oziębieniu krystaliczną. Badanie stwierdziło, że pozostałość ta była kamforą, zawierającą jeszcze ślady fenolu.

Pierwsze dwie cząstkowe przekropliny badano chemicznie i oznaczono ciężar właściwy oraz zachowanie się podczas mrożenia w ciekłym tlenie. Przekroplina, chwycona podczas destylacyi w ciepłocie 182°—200° C., posiadała ciężar właściwy 1·029 i posiadała wybitną woń fenolu. Wobec ługu sodowego zachowywała się podobnie, jak mieszanina pierwotna z tą tylko różnicą, że ilość osadu, odczynnikiem wydzielonego, była mniejszą. Oziębiona w tlenie ciekłym marzła w ciepłocie — 71° C. na masę szklistą, przeźroczystą, która wyjęta z tlenu ciekłego w ciepłocie między — 65°—60° C. zaczęła topnieć, zamieniając się na ciecz gęstą, która w miarę wzrostu ciepłoty przybierała powoli pierwotną konsystencyę. Podczas topnienia nie zauważono krystalizacyi i wydzielania się osadu, jak poprzednio opisano przy mieszaninie pierwotnej. Przekroplina, chwycona w ciepłocie + 200°—204° C. miała ciężar właściwy 1·003, posiadała wybitną woń kamfory, a z ługiem sodowym wydzielała bardzo obfity osad biały. Podczas mrożenia już w ciepłocie — 23° C. zamieniła się w masę stałą, białą i nieprzeźroczystą; wydzielanie się osadu kamfory krystalicznej rozpoczęło się jeszcze przed zestaleniem.

Jak widzimy z tych doświadczeń, a w szczególności z zachowania się badanej mieszaniny przy cząstkowem przekropleniu, przy działaniu nizkiej ciepłoty, oraz z zachowania się wobec odczynników, połączenie kamfory z fenolem nie jest związkiem jednolitym w znaczeniu chemicznem, lecz połączeniem mechanicznem. Odmienne własności chemiczne i fizyczne, jakie mieszanina ta posiada w przeciwieństwie do własności jej części składowych, nie są zjawiskiem odosobnionem, bo podobne zjawiska napotykamy w innych analogicznych połączeniach. Jako przykład mogą służyć połączenia różnych metali ze sobą, znane pod nazwą stopów czyli aliażów; znamiennem dla nich jest, że posiadają zawsze niższy punkt topliwości, aniżeli pierwiastki, z których się składają. Wybitnym przykładem jest aliaż potasu i sodu, który zależnie od stosunku mieszaniny topi się w ciepłocie + 8·0 do 10° C., gdy sód topi się przy + 96° C., a potas przy + 65° C. Należy tu także nadmienić, że znane i używane są podobne związki kamfory, mianowicie z tymolem i z resorcyną: *Camphora resorcinata* i *Camphora thymolica*; oba te związki są to płyny oleiste, w wodzie nierozpuszczalne, ale łatwo rozpuszczalne w eterze, wyskoku, chloroformie i olejach tłustych. Próbowałem także łączyć w ten sposób inne związki, mające budowę kamfory, ze związkami o budowie fenolowej i przekonałem się, że wszystkie one łączą się częścią już na zimno, częścią po ogrzaniu, nie tworzą jednak połączeń ściśle chemicznych. W ten sposób otrzymałem połączenia mentolu, kamfory, fenchonu, karvonu z fenolem, tymolem, naftolem, carvacrolem, anisolem, eugenolem,

gwajakolem. Podobne związki znajdujemy także w przyrodzie, złożone w komórkach roślinnych w postaci olejków eterycznych.

Pozostaje jeszcze omówić sprawę działania fizyologicznego mieszaniny kamfory z fenolem, odmiennego od działania jej składników, a mianowicie brak działania żrącego, które posiada w tak wybitnym stopniu czysty fenol i jego zgęszczony roztwór wodny. Działanie żrące fenolu polega na strąceniu białka, a może ono tylko wtedy nastąpić, jeżeli fenol działa w stanie czystym lub w zgęszczonym roztworze. Gdy zaś, jak stwierdziłem, mieszanina fenolu z kamforą nadzwyczaj trudno rozpuszcza się w wodzie i tylko w takiej ilości, że jeszcze fenol odczynnikami wykryć można, więc też o działaniu żrącem tej mieszaniny mowy być nie może, co też dostatecznie stwierdza użycie tej mieszaniny przez chirurgów bez żadnej dla chorych szkody.

Co do działania przeciwgnilnego, odkażającego fenolu, to z nowszych badań wiemy, że fenol jest związkiem słabo tylko zjonizowanym i że wobec tego działanie jego przypisać należy nie tyle rozszczepionym jonom C_6H_5O, ile raczej całej drobinie C_6H_5OH; w pierwszym bowiem przypadku musiałaby jego sól sodowa, fenolan sodowy, posiadać daleko silniejsze własności odkażające, aniżeli sam fenol, gdyż sól ta silniej jest rozszczepioną, aniżeli fenol. Tymczasem badania, wykonane w tym kierunku na prątkach durowych, tego nie stwierdziły. R. Koch (6) dowiódł, że fenol w roztworze 1:2500, a kamfora w roztworze 1:2500—1250 wstrzymują rozrost prątków waglikowych i że w roztworze fenolowym 1:850 rozrost tych bakteryi całkowicie ustaje, gdy kamfora nie zdoła całkowicie zatamować rozrostu tych bakteryi. Scheuerlen (7), a zgodnie z nim Paul i Krönig (8), Beckmann (9), Weyland (10), Römer (11) stwierdzili, że działanie odkażające fenolu wzrasta znacznie, jeżeli roztwór fenolu działa wobec soli kuchennej lub innej soli. Ten szczegół jest tu ważny, gdyż spotykamy się z analogią tego działania odkażającego mieszaniny fenolu z kamforą przy stosowaniu jej na chorą skórę lub rany pomimo, że z powodu utrudnionej rozpuszczalności tylko mała ilość fenolu może brać udział w działaniu odkażającem. Działanie odkażające małej ilości fenolu wzmocnione zostaje obecnością soli, poddostatkiem znajdujących się w miejscach, na które stosujemy mieszaninę fenolowokamforową.

Natomiast nie można w zupełności wytłómaczyć, dlaczego mieszanina fenolowo-karbolowa nie wywołuje podrażnienia zapalnego w miejscach, okładanych tą mieszaniną i to przez tak długi czas, jak to w niektórych przypadkach czynić było potrzeba. Jak wynika z naszych badań, mieszanina fenolowokamforowa rozpuszcza się w olejach tłustych, a więc należy ją zaliczyć do tych ciał, które rozpuszczają lipoidy i mogą skórę przeniknąć. Mimo to doświadczenie stwierdza, że okłady mieszaniną fenolowokamforową, nawet czas długi stosowane, nie wywołują zapalenia skóry, ani też podrażnienia. Należałoby przyjąć, że z mieszaniny tej nie może przez dyfuzyą przejść taka ilość fenolu do tkanek, którąby wystarczała do strącenia białka, a przez brak tegoż strącenia możnaby poniekąd brak stanu zapalnego wytłómaczyć. Trudno też jest zgodzić się na takie tłómaczenie działania mieszaniny fenolowokamforowej, jakie podaje C. Ehrlich (l. c), t. j. że mieszanina ta przez długotrwałe drażnienie skóry wywołuje przekrwienie, które podobnie, jak przekrwienie zastoinowe Biera, jest przyczyną leczniczego działania mieszaniny. Bo gdyby nawet przyjąć można, że mieszanina fenolowokamforowa istotnie działa na skórę drażniąco, to w każdym razie działanie to jest słabe i trudno przypuścić, aby zdolne było wywołać większe zmiany w obiegu krwi.

Piśmiennictwo. 1) A. Brestowski. Handwörterbuch der Pharmacie, 1896. T. II. str. 336 artykuł „Phenolcampher“. — 2) Bernatzik u Vogel. Lehrbuch der Arzeneimittellehre, str. 581. — 3) Eulenburg. Real-Encyclopädie der gesamm. Heilkunde. T. 12, str. 77, 1897, artykuł „Kampher“ Vogla. — 4) V. Chlumsky (Kraków). Ueber die Behandlung der chirurgischen Infectionen mit Phenolcampher. Zentralbl. f. Chir., 1905, Nr. 33. — 5) Curt Ehrlich. Die Behandlung akuter und chronischer Eiterungen mit Phenolcampher. Münch. med. Woch., 1906, Nr. 11. — 6) R. Koch. Ueber Desinfektion. Mittheil. aus d. Kaiserl. Gesundheitsamt. Bd. 1. — 7) Scheuerlen. Die Bedeutung des Molekularzustandes der wassergelösten Desinfektionsmittel für ihren Wirkungswert. Arch. f. experim. Pharmak. Bd. 37. — 8) Paul u. Krönig. Ueber das Verhalten der Bakterien zu chemischen Reagentien. Arch. f. Hyg. T. 25. — 9) C. Viarda Beckmann. Ueber den Einfluss des Zusatzes von NaCl auf die Wirkung des Phenols. Centr. f. Bakt., 1896, T. 20. — 10) Weyland. Desinfektionswirkung und Eiweissfällung chemischer Körper. Centr. für Bakt., 1897, T. 21. — 11) Römer. Ueber Desinfektion von Milzbrandsporen durch Phenol in Verbindung mit Salzen. Münch. med. Woch., 1898, Nr. 10.

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu lwowskiego pod kierownictwem prof. dr Prusa.

O wpływie karmienia na pobudliwość układu nerwowego u osesków.

Podał

Dr Robert Quest.

Kliniczne spostrzeżenia, oparte na wynikach badań nad przemianą materyi, wskazały, jak wielki wpływ wywiera karmienie na cielesny i duchowy rozwój dziecka. Nauczyły nas one, że między dzieckiem, karmionem piersią, a dzieckiem, karmionem sztucznie, zachodzi zasadnicza różnica, że nadmiar lub brak jednego ze składników pokarmu wytwarza charakterystyczny obraz zaburzeń, nie ograniczających się tylko do samego przewodu pokarmowego, ale wpływających także na przebieg całej przeróbki materyi, na budowę chemiczną całego ustroju.

Badania nad składem chemicznym ustrojów dzieci, karmionych jednostronnie (n. p. tylko mączkami), wykonane przez szkołę wrocławską[1]), jakoteż prace doświadczalne, podjęte przez nią w tym kierunku, stwierdziły, że rodzaj pokarmu ma niewątpliwy wpływ na skład chemiczny ciała.

Rzecz oczywista, że w tych zmianach fizyologiczno-chemicznych musi brać udział także cały układ nerwowy; stan zaś jego każdorazowy możemy jak najdokładniej zbadać i osądzić przez oznaczenie stopnia jego pobudliwości elektrycznej.

Z ogólnych zasad nauki o elektryczności wiadomo, iż nieznaczne już zmiany składu chemicznego danego ciała

[1]) Steinitz: Über den Einfluss von Ernährungsstörungen auf die chemische Zusammensetzung des Säuglingskörpers. Jahrb. f. Kinderheil. N. F. LIX. H. 4, 1904. — Weigert: Über den Einfluss der Ernährung auf die chemische Zusammensetzung des Organismus. Jahrb. f. Kinderh. N. F. LXI. 1905. — Steinitz i Weigert: Über den Einfluss einseitiger Ernährung mit Kohlehydraten auf die chem. Zusammensetzung des Säuglingskörpers. Beitr. z. chem. Phys. u. Path. VI. 1905.

mogą sprawiać, że wahania igły galwanometru są nieodpowiednio zwiększone lub zmniejszone.

Do wywołania podobnego skutku w ustroju żyjącym potrzeba dłużej trwających szkodliwych wpływów, gdyż siły ochronne ustroju starają się uporczywie utrzymać skład jego chemiczny w stanie niezmienionym. Jakiż tedy związek zachodzi między sposobem karmienia, a stanem pobudliwości elektrycznej układu nerwowego?

Pierwsze wzmianki o dotyczących tej sprawy spostrzeżeniach znajdujemy u Flescha[2]) i Rehna[3]). Znajdowali oni drgawki prawie wyłącznie u dzieci karmionych sztucznie lub mieszano *(allaitement mixte)*, t. j. w ten sposób, że oprócz piersi dostawały sztuczny pokarm; a zauważyli także, że drgawki te ustępowały niezwłocznie po zastosowaniu wyłącznego karmienia piersią.

Pierwszą pracę o stosunku przyczynowym między karmieniem a pobudliwością elektryczną układu nerwowego, popartą dokładnemi badaniami, ogłosił Gregor[4]); wnet po nim ogłosili prace w tym kierunku Finkelstein[5]), Thiemich[6]) i Japha[7]). Wszyscy oni zgadzają się na to, że dzieci karmione piersią, jeśli nie są przekarmione, — z małymi wyjątkami okazują prawidłowe wartości elektryczne i prawie nigdy drgawek czynnościowych nie dostają, natomiast sztucznie karmione dzieci są bardzo skłonne do drgawek.

Nieliczne przypadki drgawek, zdarzające się u dzieci piersią karmionych, tłómaczy już Flesch w ten sposób, że albo mleko musiało być za tłuste, albo w nadzwyczaj wielkich ilościach podawane. Stosunek ten wyświetlają najlepiej dane, zebrane przez Finkelsteina[8]): znalazł on u 474 dzieci, żywionych sztucznie w wieku od 3 do 12 miesięcy, tylko u 210 prawidłowe wartości dla skurczu przy otwarciu katody, u 264 dzieci, t. j. 55·7% stan wzmożonej pobudliwości, a więc wartości poniżej 5 MA., to znaczy w granicach, które Thiemich i Mann uważają za typowe dla tężyczki, a to już wtedy, kiedy żadnego innego objawu, ani objawu Chvostka, ani objawu Trousseaua, wykryć nie można. Wśród 50 dzieci, karmionych piersią (w 2—4 kwartale życia), znalazł natomiast Finkelstein tylko jedno t. j. 2%, a wśród dzieci, które po karmieniu mlekiem krowiem przez czas dłuższy karmiono piersią, znalazł 5 t. j. 8·3% przypadków, w których pobudliwość na prąd galwaniczny była nieco zwiększona.

Zaburzenia czynnościowe układu nerwowego, powstające w czasie karmienia sztucznego, są wywołane tem, że podawano pokarm bądź to w nieodpowiedniej ilości, bądź to w nieodpowiedniej jakości, a występują one przedewszystkiem w następstwie dwóch rodzajów zaburzeń w odżywianiu, — określonych dokładnie przez Czernego i Kellera[9]), — a mianowicie raz przy nadmiernem i wyłącznem podawaniu mleka (Czernego *„Milchnährschaden“*), powtóre przy jednostronnem karmieniu mączkami (*„Mehlnährschaden“*). Oba wspomniane rodzaje zaburzeń w odżywianiu mogą być i są zazwyczaj połączone ze wzmożoną pobudliwością układu nerwowego, która dość często do tego stopnia się wzmaga, że sprawia wystąpienie drgawek.

Uszkodzenia układu nerwowego są jednak w obu przypadkach różne. I tak:

Zaburzenie w odżywianiu, wywołane przez nadmierne karmienie mączkami, wytwarza obraz chorobowy, cechujący się ogólnem wzmożonem napięciem mięśni *(hypertonia musculorum)*, opisany po raz pierwszy przez Czernego i Mosera[10]) i Gregora[11]), a które połączone jest z podwyższeniem pobudliwości nerwów na prąd galwaniczny; nadmierne zaś karmienie mlekiem wywołuje natomiast stan tężyczkowy, którego głównem znamieniem jest także zwiększona pobudliwość nerwów na prąd elektryczny, wzmagająca się jednak tutaj zazwyczaj do częściowych kurczów, jak kurcz głośni, albo też do drgawek ogólnych. Między temi dwiema odmianami znajdujemy naturalnie także postacie przejściowe.

Ponieważ powyższe objawy chorobowe w układzie nerwowym pojawiają się tylko przy pewnym rodzaju karmienia, a ustępują również przy dokładnie oznaczonej zmianie pokarmu, musimy uznać, że pomiędzy nimi zachodzi ścisły związek przyczynowy; nasuwa się tylko pytanie, który ze składników pokarmu stanowi właściwą przyczynę zaburzenia wymiany materyi układu nerwowego, a w następstwie wzmożonej jego pobudliwości. Zachodzą tu dwie możliwości: nieznany ten składnik pokarmu może być zawarty w ustroju albo w zwiększonej, albo w zmniejszonej ilości.

Pod tym względem zwracano już od dawna szczególniejszą uwagę na składniki mineralne pokarmu i to w pierwszym rzędzie na połączenia wapna i fosforu. Starano się wyszukać związek pomiędzy drgawkami czynnościowemi a krzywicą, której najwybitniejszem znamieniem jest brak wapna, uwydatniający się szczególnie w układzie kostnym.

Za związkiem między obiema chorobami przemawiałaby przedewszystkiem ta okoliczność, że zazwyczaj występują obie w tej samej porze roku, t. j. na wiosnę.

Niektórzy autorowie, a przedewszystkiem Kassowitz[12]) twierdzili nawet, że nie ma tężyczki bez krzywicy i że przeważnie ma ona być połączona ze zmięknieniem krzywiczem czaszki. Wzmożenie pobudliwości kory mózgowej tłómaczy Kassowitz[12]) przekrwieniem kości czaszki. Widzimy jednak często dzieci dotknięte tężyczką, u których żadnych objawów krzywicy, a przedewszystkiem ani śladu zmięknienia czaszki (*craniotabes*) wykryć nie można; również i przy sekcyach znajdowano w przypadkach tężyczki dość często właśnie niedokrwienie, a nie przekrwienie kości czaszki. Na podstawie tych spostrzeżeń większość autorów, a szczególniej Loos[13]) i Escherich[14]) zaprzeczyli temu, jakoby pomiędzy krzywicą a tężyczką miał zachodzić stosunek przyczynowy, a Heubner[15]) w tej sprawie niedawno

---

[2]) Flesch: Gerhard's Handb. d. Kinderkr. III. 2. P. 305. 1878.

[3]) Rehn: Berl. klin. Wochenschr. 1896. P. 737.

[4]) Gregor: Monatschr. f. Psychiatrie u. Neurologie. Bd X. H. 2.

[5]) Finkelstein: Fortschritte der Medizin. Bd 20. 1902.

[6]) Thiemich: Revue d'hygiene et de médecine infantiles. Tome II. 1903.

[7]) Japha: Berl. klin. Wochenschr. P. 1126. 1903.

[8]) Finkelstein: Lehrbuch d. Säuglingskrankheiten. 2 Theil. P. 244 i P. 247.

[9]) Czerny-Keller: Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. II Hälfte. 6 Abt.

[10]) Czerny-Moser: Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XXXVIII. 1894. p. 449.

[11]) L. c.

[12]) Kassowitz: Beitr. zur Kinderheilk. 1893.

[13]) Loos: Wiener med. Presse. 1891 i Arch. f. klin. Med. 1892.

[14]) Escherich: Wiener klin. Wochs. 1890.

[15]) Heubner: Lehrb. d. Kinderh. 1903. I. S. 225.

temu wyraził się, że chcąc tężyczkę wytłómaczyć przez krzywicę, stawiamy w miejsce jednej niewiadomej — drugą. Sprawa ta pozostała tedy dotychczas nierozstrzygniętą.

W ostatnich czasach pojawiło się jednak kilka prac, które rzucają pewne światło na tę sprawę. Są to obszerne badania Sabbataniego[16]) i jego uczniów co do wpływu soli wapniowych na korę mózgową. W doświadczeniach tych stwierdzono, że przez zwilżanie obnażonej kory mózgowej izotonicznym roczczynem soli wapniowej, n. p. chlorku wapna, obniżała się pobudliwość kory mózgowej; przeciwnie zaś, że przy stosowaniu roczczynów soli, które wapno z kory mózgowej odciągają (n. p. szczawianu amonowego) wzmaga się pobudliwość jej aż do wystąpienia drgawek ogólnych.

Wobec takich wyników musimy się zastanowić nad tem, czy mniejsza ilość wapna w ustroju, szczególnie w układzie nerwowym, nie ma pewnego znaczenia dla etyologii drgawek czynnościowych w wieku dziecięcym.

Pytanie to starałem się w następujący sposób rozwiązać:

Porównywałem w wrocławskiej klinice chorób dziecięcych ilość wapna w mózgach dzieci, które zmarły wśród objawów tężyczki, z ilością wapna w mózgach z dzieci, zmarłych z innych przyczyn, a będących w tym samym wieku. Okazało się przytem[17]), że mózgi dzieci zmarłych na tężyczkę zawierały stanowczo mniej wapna; nie chciałem jednak na podstawie nielicznych (trzech) zbadanych przypadków tężyczki zdania tego uogólniać, a że z braku odpowiedniego materyału nie mogłem dalszych rozbiorów chemicznych mózgów dotychczas wykonać, postanowiłem badania nad sprawą tą w innym kierunku poprowadzić, a mianowicie zbadać, czyby się nie powiodło u młodych zwierząt przez stosowanie dyety, niezawierającej wapna, doświadczalnie wywołać zwiększonej pobudliwości układu nerwowego. Metoda ta miałaby jeszcze tę zaletę, że możnaby uniknąć wszelkich mechanicznych drażnień mózgu, połączonych z trepanacyą czaszki.

Wprawdzie z góry nie wydaje się bardzo prawdopodobnem, aby można tak łatwo wywołać zubożenie ustroju w składniki mineralne, gdyż jak wiadomo ustrój stara się uporczywie swe składniki mineralne utrzymać w równowadze. Mózg należy przytem do tych narządów, które — jak to przy sposobności doświadczeń nad zagłodzeniem stwierdzono — najmniej na wadze tracą. Co się tyczy ilości wapna w mózgu osesków, zachodzi jeszcze ta okoliczność, że, jak to w dawniejszych badaniach[18]) dowiodłem, ilość jego w mózgu ośmiomiesięcznego płodu wynosi 2 razy więcej, niż u dziecka w czwartym miesiącu życia.

(Dok nast.)

[16]) Sabbatani: Importanza del calcio chetrovasi nella corteccia cerebrale. Riv. sperim. di freniatria. 1901. — Sabbatani: Funzione biologica del calcio. Academ. Reale delle scienze di Torino. 1904. — Roncoroni: Alcune esperienze intorno all'azione del calcio sulla corteccia cerebrale. Riv. sperim. di freniatria. 1903. — Roncoroni: Aumento dell'eccitabilita corticale e fenomeni di epilessia... Estratto dell'Archivio di Psichiatria Vol. XXIV. 1903.

[17]) Quest: Über den Kalkgehalt des Säuglingsgehirns und seine Bedeutung. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. MXI. H. 1.

[18]) Quest: l. c.

Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu[1]).

Napisał

Dr Adolf Wątorek.

A) Krwotoki w trzecim okresie.

Podręczniki położnictwa dzielą zaburzenia mechanizmu, spotykane w trzecim okresie, na dwie grupy:

a) Krwotoki z miejsca łożyskowego wewnętrzne i zewnętrzne, *b)* zatrzymanie popłodu.

Artykuł niniejszy ma na celu przedstawić przyczyny, które wywołują powstawanie tych zaburzeń, opierając się głównie na systematycznem badaniu przebiegu tych nieprawidłowych mechanizmów, ze szczególniejszem uwzględnieniem badania wewnętrznego, bez którego (jak dawniej, tak i obecnie twierdzę) — nie może być nauki o 3. okresie, a tylko zbiór mniej lub więcej udatnych przypuszczeń.

O ile wiem, dotychczas systematycznych badań przebiegu patologicznych mechanizmów 3. okresu nie wykonano, wobec czego, mojem zdaniem, patologia 3. okresu stanowi dotąd najgorzej w położnictwie opracowany rozdział. Czem wytłómaczyć ten brak zainteresowania się tą sprawą, dotycząca bądź co bądź tematu niezwykłej wagi dla zdrowia kobiet? Przeglądając piśmiennictwo tego przedmiotu dochodzę do wniosku, że przyczyna tego tkwi w fałszywem, apriorystycznem zapatrywaniu na cel 3. okresu.

I tak: Przy porodzie płodu każdemu położnikowi wielce zależy na tem, aby płód urodził się żywy i nieuszkodzony. Dlatego to lekarz stara się wszelkiemi siłami o to, aby poród płodu nastąpił siłami przyrody, nawet w przypadkach nieprawidłowych. Jeżeli zaś wypadnie sztucznie wydobyć płód, każdy stara się ile możności uczynić to w sposób jak najłagodniejszy, bez uszkodzenia dziecka, wobec czego każdy stara się dane zaburzenie mechanizmu porodu płodu jak najściślej rozpoznać, aby w danym razie postąpić ile możności jak najbardziej zachowawczo, naśladując przy zabiegach i leczeniu zaburzeń sposoby, jakich przyroda używa. Działalność lekarza jest w zgodzie z zamiarem przyrody utrzymania gatunku.

Tymczasem: lekarz w 3. okresie stara się uchronić przedewszystkiem matkę od doraźnych niebezpieczeństw, zaś o całość i nienaruszoność popłodu w zasadzie nie chodzi mu wcale, ze względu na sam popłód. Dlatego to nie ma tu zasadniczego zakazu wkraczania w czynność porodową w 3. okresie, nie ma zakazu skracania 3. okresu w sposób sztuczny. I owszem: są tacy jeszcze dziś, którzy twierdzą, że im wcześniej uwolni się matkę od niepotrzebnego już w kanale rodnym kobiety ciała obcego, tem lepiej, bo tem prędzej ulegnie macica należytemu ściągnięciu się, tem mniej straci kobieta krwi, tem prędzej wypocznie po porodzie, a i zakażenie matki jest tem mniej prawdopodobne. Byle o tyle dokładnie usunąć popłód i takimi sposobami, aby w połogu nie było zaburzeń! Wszystkie drogi i sposoby, które prowadzą do tego ostatniego celu, uważa się za równie dobre. Tymczasem okazało się, że owe korzyści są złudne, a przyroda nie bez celu przeznaczyła mniej lub więcej długi okres czasu dla porodu popłodu, nie bez celu szafuje krwią kobiety.

Zwrot ku lepszemu o tyle, że przecież do pewnego stopnia dozwolono bez przeszkody spełnić przyrodzie jej zadanie w trzecim okresie, nastąpił dzięki Ahlfeldowi i innym, ale tylko co do fizyologicznego porodu popłodu w przypadkach porodów płodów donoszonych i niedonoszonych. Przy poronieniach atoli wiele szkół nie bawi się wcale w badania toku mechanizmu trzeciego okresu, nie

[1]) *Uwaga Komisyi redakcyjnej:*
Jako dalszy ciąg prac Dra Wątorka, drukowanych w „Przeglądzie lekarskim" w r. 1903, umieszczamy niniejszy artykuł, aczkolwiek poglądy autora różnią się znacznie od przyjętych obecnie zapatrywań i wymagałyby niejednego zastrzeżenia.

wyczekuje, ale jak najspieszniej wprost w sposób chirurgiczny, narzędziami, uwalnia matkę od popłodu, jak gdyby się miało do czynienia z krwawiącym nowotworem złośliwym, a nie ze sprawą bądź co bądź naturalną. Podobnie rzecz się ma z leczeniem krwotoków zewnętrznych w 3. okresie.

Przyroda zaś, powiedziałbym, traktuje równorzędnie poród popłodu i poród płodu, starając się ile możności nieuszkodzony popłód wydalić na wewnątrz, choćby w czasie dłuższym. Ku temu celowi nie waha się w danym razie poświęcić większej ilości krwi matki, jak to następuje szczególnie przy poronieniach. Ale zato, jeżeli matka przetrzyma katastrofę, a popłód w sposób idealny odłuszczy się i odejdzie, narząd rodny niewiasty zachowuje na przyszłość w zupełności zdolność do dalszego rodzenia A o to przyrodzie głównie chodzi.

Ideałem dyetetyki i leczenia jest osiągnąć w przypadkach, mniej korzystnie, albo zgoła niekorzystnie dla matki przebiegających, (a więc gdzie samopomoc ustroju nie wystarcza, lub zeszła na bezdroża), wyniki te same, jakie osiąga przyroda w warunkach idealnie fizyologicznych. Bezwątpienia najłatwiej ów cel osiągniemy, idąc ile możności temi samemi drogami, któremi przyroda zdąża do celu. Wobec precyzyi działania czynników fizyologicznych, nasze sposoby chirurgiczne są niedokładne i niebezpieczne. Trzeba je więc stosować tylko w ostateczności. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Medycyna w Samorządzie. Stan obecny lecznictwa publicznego w Królestwie polskiem. Braki i potrzeby. Praca zbiorowa, podjęta i wydana staraniem grona lekarzy warszawskich. Warszawa. E. Wende i Sp. 1906. Stron VII. + 298. Cena 4 k. 80 h.

»Dziś, gdy wobec spodziewanego samorządu społeczeństwo ma być powołanem do pracy czynnej, staje się koniecznością rozpatrzenie najbliższych zadań w różnych dziedzinach życia społecznego. Przed przystąpieniem do pracy planowej koniecznem jest zestawienie bilansu społecznego, przedstawienie aktualnego stanu w różnych dziedzinach, aby na tej podstawie opracować plan przyszłej działalności«.

Nawet bez tych słów przedmowy źródło i cel pracy, wykonanej zbiorowemi siłami, są równie jasne, jak pewnem jest, że praca ta nader pilno była potrzebną. Zakresem swym obejmuje ona wszystkie sprawy zdrowia publicznego; w sposobie opracowania poszczególnych spraw starali się wydawcy osłabić nieuniknione wszelkich prac zbiorowych usterki przez wytyczenie jednolitego planu, według którego naprzód przedstawiono stan obecny każdej sprawy z uwzględnieniem warunków rozwoju historycznego, a następnie zestawiono najpilniejsze potrzeby i zadania. Uwzględnienie rozwoju historycznego nietylko nie było zbyteczne, ale przeciwnie, było niezbędne; bez niego praca nie byłaby pełną. Rządy biurokracyi rosyjskiej nietylko powstrzymały rozwój spraw zdrowia publicznego w Królestwie, ale były wprost niszczycielskie; należało, skoro tylko nastała możność, rzecz tę wyraźnie wyświetlić i głośno stwierdzić. Dopiero teraz, gdy już na jaw wyjść mogą fakta bezprzykładne, nadużycia, na które niema wprost nazwy, można zrozumieć w całej pełni, dlaczego wysiłki lekarzy i społeczeństwa w Królestwie, zmierzające do poprawy stosunków, w wielkiej części szły na marne; dlaczego z instytucyi, dawniej stworzonych, ostały się niemal tylko ruiny i w sprawach lekarsko-społecznych w Królestwie budować trzeba wszystko niemal na nowo, od podstaw. W tem leży uzasadnienie bardzo szeroko nakreślonego w dziele programu pracy; nie mogąc naprawiać i uzupełniać niczego z przeszłości, bo dziś już niemal wszystko, co istniało, a nawet kwitło, leży w gruzach, trzeba było w programie tym objąć nawet rzeczy elementarne. Taki program, gdyby nie ów historyczny podkład pracy, musiałby czytelnika, z dotychczasowymi stosunkami lekarsko-społecznymi w Królestwie mniej obznajomionego, zdumiewać tylekroć, ilekroć porusza sprawy, gdzieindziej załatwione od tak dawna, że się o nich już wcale nie wspomina. Ze spraw takich, o ile ich samo społeczeństwo cudem jakimś pomimo tysiącznych przeszkód załatwić nie zdołało, nie jest w Królestwie załatwioną — żadna, zabagnionych i wstecz przez dotychczasowy rząd cofniętych — mnóstwo.

Autorami pracy »Medycyna w Samorządzie« są: A. Karczewski, W. Męczkowski, Bronisław Sawicki (Szpitalnictwo), K. Rzętkowski (O żywieniu chorych w szpitalach), J. Landstein (Dezynfekcya w szpitalach), J. Jaworski (Pomoc położnicza), St. Kamieński (Domy wychowawcze), St. Kopczyński (Pomoc lekarska w szkołach), R. Radziwiłłowicz (Opieka nad umysłowo chorymi), S. Sterling (Pomoc lekarska dla ludności miejskiej, w szczególności fabrycznej), S. Bronowski, W. Męczkowski, Br. Sawicki (Pomoc lekarska dla ludności wiejskiej), M. Bornstein, E. Flatau, W. Knappe (Uniwersytet), K. Zycki (Dział farmacyi). Całą pracę podzielono na 3 części, z których pierwsza obejmuje szpitalnictwo, druga lecznictwo publiczne, trzecia kształcenie lekarzy.

Szpitalnictwo opracowane zostało niewątpliwie najszczegółowiej, a może i najlepiej. Tłómaczy się to łatwo tem, że jedyny to jeszcze dział, w którym mogli się lekarze polscy w Królestwie zetknąć bezpośrednio i czynnie z praktyczną stroną zagadnienia. Pierwszych sześć rozdziałów podaje dokładny, na licznych zestawieniach liczbowych i szczegółowych opisach oparty obraz fatalnego obecnego stanu szpitalnictwa w Królestwie, tem czarniej się przedstawiający, że w pierwszym rozdziale podano treściwie, czem szpitalnictwo było dawniej i czemby stać się mogło, gdyby rządząca biurokracya była mu pozostawiła choć te warunki, w jakich istniało do r. 1870, do zniesienia Głównej i Szczegółowych Rad opiekuńczych. Nietylko o szpitalach dla obłąkanych, ale wogóle o wszystkich szpitalach i przytułkach można powiedzieć, że szczególnie po r. 1870 stają się one wyłącznie »przedmiotem rusyfikacyi, rozsadnikami idei państwowej, urzędy i posady szpitalne synekurami dla urzędników rosyjskich; polityka wdziera się do instytucyi dobroczynnych i zajmuje w nich miejsce naczelne: fundusze, których wszędzie brakuje, idą na budowy cerkwi prawosławnych, na dodatki do pensyi, nagrody dla Rosyan i t. d.«. To też nic dziwnego, że ofiarność publiczna na szpitale zanikła najzupełniej; a gdy jeszcze własne ich fundusze zarządzane były jak najgorzej, niejednokrotnie »ginęły«, a rząd na szpitale nie dawał albo ani grosza, albo po kilkadziesiąt (sic!) rubli rocznie, musiały szpitale szybko pochylić się ku upadkowi, szereg szpitali zamknięto. Liczba łóżek z 7 na 10,000 mieszkańców jeszcze w r. 1867 — spadła w r. 1902 na 5·8! 34·5 prc. powiatów z obszarem 711 mil. kwadr., a ludnością 2,463.000 niema wcale szpitali. Z takich dat i faktów składa się cały rozdział drugi. W rozdziale III rozpatrzono opłakany stan wewnętrznych urządzeń szpitali co do pomieszczenia, pościeli, odzienia dla chorych, żywienia chorych, dezynfekcyi i pielęgnowania chorych, wreszcie uposażenia w personal lekarski, oraz leczenia. Rozdział IV poświęcony jest wyłącznie sprawie szpitali dla umysłowo chorych, V sprawie pomocy położniczej dla ludności (szkoły akuszerek i babek, przytułki dla rodzących i położnic), VI sprawom »Domu wychowawczego« (podrzutków) w Warszawie.

Rozdziałów tych, będących jednym aktem oskarżenia, opartym na mnogich a ścisłych dowodach, streścić niepodobna, trzeba je przeczytać, aby powziąć wyobrażenie, do jak potwornych wyników doprowadzić może niedbalstwo i zła wola rządzących i ile szkód i krzywd wyrządzić. Dla przykładu przytoczę choćby tylko wnioski, jakie z obliczeń statystycznych wysnuł o »Domu wychowawczym» autor tego rozdziału: 1) Liczba dzieci do zakładu przyjmowanych stale się zmniejsza, natomiast wzrasta liczba podrzuconych i co za tem idzie, chorych. 2) Matki zamiast ułatwień narażone są na szykany, stratę czasu, nędzę, wreszcie konieczność podrzucenia dziecka. 3) Dzieci pod względem fizycznym i moralnym wychowywane są źle; śmiertelność i chorobowość (w zakładzie) stale z roku na rok się zwiększa...

W rozdziale VII obliczono koszt nowych szpitali, potrzebnych dla Królestwa i koszta ich utrzymania. Przyjmując za normę najniższą 20 łóżek na 10,000 mieszkańców kraju wogóle, a 60 na 10,000 w miastach, potrzeba dla Królestwa ogółem około 25,000 łóżek (24,400 według zaludnienia z 1 stycznia 1903), a potrąciwszy obecnie istniejące szpitale, trzeba utworzyć nowych łóżek około 17,000. Koszt ich utworzenia obliczono na 22,417.200 rubli, roczny koszt utrzymania szpitali na 7,861.760 rb. W rozdziale VIII podano zasady, na których oprzeć się powinien przyszły samorządny ustrój szpitali. Głównemi zasadami są: leczenie bezpłatne, oparcie bytu szpitali na stałym dochodzie z powszechnego podatku szpitalnego, oddanie administracyi szpitali w ręce społeczeństwa, na razie — gminom miejskim; dalej przytoczono szczegółowy projekt jakby »ustawy szpitalnej«, rozpatrzony w Warszawskiem Towarzystwie higienicznem; w końcu

zarys zakresu działania centralnego organu, zarządzającego nietylko szpitalnictwem, ale wogóle sprawami zdrowia publicznego w Królestwie, »Komisyi Zdrowia publicznego«. Do zadań tej komisyi należałyby także sprawy, zazwyczaj zaliczane do dziedziny dobroczynności, jakoto opieka nad dziećmi i zakłady dobroczynne (domy dla starców, kalek i t. d.).

Druga część książki poświęcona jest lecznictwu publicznemu, a objęto tu: opiekę lekarską nad szkołami, pomoc lekarską dla ludności miejskiej, w szczególności fabrycznej, pomoc lekarską dla ludności wiejskiej (do tej bowiem części należy właściwie rozdział XIV, pomieszczony na końcu książki z przyczyn niezależnych od redakcyi) i walkę z chorobami wenerycznemi. Czytając te rozdziały nie trudno zauważyć, że obejmują one właściwie więcej, niż zapowiada tytuł tej części książki, bo nietylko lecznictwo we właściwem słowa znaczeniu, ale wogóle całą organizacyę sanitarną i sprawy uzdrowotnienia. Prawda, że przedmiot jest tu traktowany mniej równomiernie, niż w części pierwszej, skoro np. lekarzom szkolnym i zwalczaniu chorób wenerycznych poświęcono odrębne rozdziały, a ważna sprawa organizacyi sanitarnej na pożytek przeważnej części ludności, t. j. ludności wiejskiej, zajmuje zaledwo parę stronic na końcu rozdziału XIV, gdzie mowa o instytucyi lekarzy-higienistów; ale autorom pracy tem mniej można z tego czynić zarzut, im bardziej lekarze Polacy w Królestwie byli odsunięci od praktycznej działalności na tem polu, a więc im mniej ono im może być praktycznie znane i im więcej zważać się będzie na r z e c z, a nie na formę, w jakiej ją podano. A bądźcobądź, żadnej istotnej strony samej r z e c z y w książce nie pominięto.

Przywykłym do wzorów zachodnich może się wyda niezwykłym plan oddzielenia spraw uzdrowotnienia kraju od spraw lecznictwa publicznego i oddania jednych i drugich w ręce osobnych wykonawców: pierwszych — lekarzom-higienistom, drugich — osobnym lekarzom okręgowym. Jednakże rozstrzygnięcie zagadnienia, czy mają być dwie, czy jedna organizacya służby sanitarnej, pozostawić trzeba, nie wdając się w przedwczesną teoretyczną krytykę, samym lekarzom Królestwa, jako najlepiej znającym stosunki i teren, na którym im pracować przyjdzie; a zresztą praktyka sama pouczy, czy pomysł był dobry i wskaże, jak trzeba udoskonalić lub zmienić organizacyę, gdyby tego zaszła potrzeba. Zresztą sami autorowie tego rozdziału zaznaczają, że plan urządzenia pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej i organizacyi sanitarnej w kraju nie może być obecnie jeszcze ani szczegółowy, ani ostateczny, słusznie wychodząc z założenia, »że społeczeństwo znajduje się w okresie przełomowym, z którego niewiadomo jeszcze, co się wyłoni« (sprawa agrarna!), a »od tych właśnie kształtów, jakie przyjmie nasze życie, zależeć będzie w znacznym stopniu taka lub inna budowa wszelkich instytucyi społecznych«; więc też i sprawa pomocy lekarskiej na wsi, pomimo, że tą sprawą w ostatnich miesiącach w Królestwie najwięcej się może zajmowano i podano szereg planów, które autorowie krytycznie roztrząsają, a o których podawaliśmy wiadomości i w »Przeglądzie«, musi pozostać jeszcze do czasu w zarysach tylko najogólniejszych. Autorom poprzednich projektów w tej sprawie zarzucają autorowie »Medycyny w Samorządzie« głównie, że wzorując się na organizacyi, przyjętej przez rosyjskie ziemstwa, starali się wprawdzie usunąć wiele jej braków, ale nie uniknęli jednak pewnego biurokratyzmu. Ma on leżeć np. w tem, że wszystkie projekta oddają wybór lekarzy okręgowych w ręce władz rządzących lub choćby zgromadzeń lekarskich, a nie w ręce bezpośrednio interesowanej ludności. Ten np. zarzut zdaje mi się jednak oparty na pewnym nieusprawiedliwionym idealizmie, przypuszczającym znacznie wyższy stopień oświaty i kultury ludności, niż jest obecnie i byćby mógł w najbliższych latach. Wspominam zaś o nim dlatego, ponieważ jest on dosyć znamienny dla sposobu, w jaki ten dział opracowano, w jaki zresztą — przypuszczam — w danych warunkach na mglistem jeszcze tle przyszłości opracować go autorowie wogóle mogli.

Wobec znacznej przewagi ludności rolniczej we wszystkich naszych ziemiach, jest sprawa organizacyi sanitarnej wśród tej ludności sprawą pierwszorzędną i dlatego zatrzymując się nad nią nieco dłużej, wspomnieć należy jeszcze o głównych wnioskach, do jakich dochodzą w tej sprawie autorowie »Medycyny w Samorządzie«. Jedyną racyonalną organizacyą będzie — ich zdaniem — taka, która oprze się o powszechne ubezpieczenie na wypadek choroby i niezdolności do pracy. Wszelka inna organizacya, oparta n. p. na wzorach ziemstw rosyjskich, będzie bezdną, nieużyteczną, a kosztowną. Podstawą zaś i pierwszym krokiem w tej sprawie musi b́yć utworzenie odpowiedniej liczby należycie urządzonych szpitali. Dla udostępnienia zaś pomocy ambulatoryjnej mogłyby tymczasowo poszczególne gminy wynagradzać lekarzy, (bądźto na prowincyi już osiadłych, bądźto nowosprowadzonych), za obowiązkową bezpłatną pomoc dla ludności ubogiej.

We wnioskach tych uderza rzecz jedna; to stanowczość, z jaką autorowie potępiają organizacye, oparte na innych zasadach, niż te, które podali, bez krytycznego rozpatrzenia form, jakie przybrała organizacya sanitarna w społeczeństwach zachodnich. Przypuszczam jednak, że wnioski swe oparli autorowie na znajomości szczególnych stosunków miejscowych, a porównawczego przeglądu urządzeń zagranicznych unikali ze względu na treściwość pracy.

Z innych tu należących spraw zawiera rozdział o opiece lekarskiej nad szkołami powszechnie uznane postulaty co do lekarzy szkolnych, a nadto porusza, jako ściśle z higieną szkolną związane: budowę higienicznych gmachów szkolnych, bezpłatną pomoc dentystyczną dla młodzieży szkolnej, założenie zakładu leczenia zboczeń mowy i odrębnych szkół dla dzieci umysłowo upośledzonych. Rozdział o pomocy lekarskiej dla ludności miejskiej rozpatruje szczegółowo sprawę leczenia ubogich na wzór głównie urządzeń zachodnich i podaje projekt ustawy o ubezpieczeniu robotników na wypadek choroby oraz odpowiednie uwagi. Projekt ten, oparty na wzorach zagranicznych, stara się jednak usunąć ich braki (uwzględnia n. p. wolny wybór lekarzy ze względu na dobro chorych i uwolnienie lekarza z pod wpływu fabrykantów). W rozdziale, poświęconym sprawie walki z chorobami wenerycznemi, mieszczą się żądania, by bezwarunkowo zniesiono reglementacyę prostytucyi, zakazano prostytucyi nieletnich i wydano prawo o chorobach wenerycznych, karzące za szerzenie tych chorób bądź rozmyślne, bądź przez niedbałość, zarówno mężczyzn, jak kobiety (na wzór praw skandynawskich i szwajcarskich, oraz projektów kodeksu karn. niemieckiego i austryackiego); dalej omawia sprawę profilaktyki indywidualnej (szpitale, bezpłatne ambulatorya, popularyzacya wiadomości o niebezpieczeństwie chorób wenerycznych i t. d.).

Wreszcie trzecia część pracy zajmuje się sprawą kształcenia lekarzy, a więc zestawiwszy jaskrawe braki obecnego uniwersytetu warszawskiego, podaje projekt jego unarodowienia i zreformowania, o tyle tylko różny od tych urządzeń, które są wszędzie na zachodzie, że zapewniający uniwersytetowi stosunkowo jeszcze większy samorząd, a słuchaczom pewien większy, niż gdzieindziej, wpływ na szkołę (n. p. wybór młodszych asystentów klinicznych z własnego grona). Nadto położono nacisk na stosunek wydziału lekarskiego do społeczeństwa, przez żądanie, by wydział zorganizował celowo popularyzacyę wiedzy, kierował pracami w zakresie uzdrowotnienia ludności (statystyka lekarska, organizacya walki z zarazami i t. d., co jednak zdaniem mojem raczej należałoby do zakresu działania »Komisyi zdrowia publicznego«) i wreszcie urządzał uzupełniające kursa lekarskie. Wogóle jednak plany, rozwinięte w tym rozdziale, niemal nie wybiegają poza to, co jest już wszędzie w krajach cywilizowanych, a tylko świadczą, w jak strasznych dotąd warunkach zmuszone były wyrastać i kształcić się w Królestwie młode pokolenia lekarskie.

Całość książki, którąby powinien przestudyować każdy lekarz, nieobojętny dla spraw medycyny społecznej u nas, sprawia wrażenie niezmiernie dodatnie i pokrzepiające. Możnaby spierać się o ten lub ów szczegół, nie godzić się gdzieniegdzie z trochę może za idealnem ujęciem planów; ale to są drobnostki, o które rozprawiać się dość jeszcze będzie czasu, gdy dojdzie do wykonania i do których rozstrzygnięcia znajdą się wtedy na miejscu powołani. Te drobne wątpliwości i usterki znikają w ogólnym zarysie dzieła, z którego na każdym kroku widnieje: rozważanie spraw zdrowia publicznego nie od dziś, w wielu rzeczach plan dokładnie opracowany i dojrzały, wszędzie zaś zdolność do wspólnego działania i myśl obywatelska, myśl społeczna. Można być dumnym, że w budzącem się do odrodzenia społeczeństwie naszem w Królestwie stan lekarski jeden z pierwszych kreśli dokładny plan pracy dla ogółu, a pewnym, że jeden z pierwszych obowiązek swój spełni.

Ciechanowski.

Doc. dr L e m b e r g e r: **Komentarz do ósmego wydania farmakopei austryackiej.** Część bakteryologiczną opracował doc. dr D r o b a. Kraków 1906. Nakładem Towarz. farmaceutycznego »Unitas« w Krakowie. Zeszyt I.

Nowa farmakopea austryacka, obowiązująca od 1 lipca b. r., przepisuje wykonywanie w aptekach wielu nowych sposobów

badania przetworów leczniczych i wyjaławianie niektórych rozczynów. Stąd powstała potrzeba podręcznika, któryby ułatwił zapoznanie się dokładniejsze z tymi sposobami i ich naukową podstawą zarówno aptekarzom, jak i lekarzom, utrzymującym apteki domowe i wykonującym z urzędu nadzór nad aptekami. Towarzystwo »Unitas« zasługuje na szczere uznanie, że podjęło wydawnictwo takiego podręcznika, oddając jego opracowanie w doświadczone ręce. Podręcznik składać się będzie z działu ogólnego, rozpadającego się na część chemiczną, farmakognostyczną i bakteryologiczną, oraz z działu szczegółowego — właściwego komentarza do farmakopei, a wyjdzie w 10—12 zeszytach 3-arkuszowych (cena zeszytu 1 K 80 h.). *R.*

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Dieulafoy. **Kilka uwag o zmianach kiłowych tętnicy głównej.** (*Presse méd.* 1906, Nr 32). Autor opisuje trzy przypadki zmian kiłowych w tętnicy głównej z niedomykalnością ujścia tętniczego lewego w 2 przypadkach, a charakterystyczną we wszystkich trzech przypadkach dusznicą bolesną z ciągle ponawiającymi się napadami. Dwa z tych przypadków leczono poprzednio rtęcią i jodem bez żadnego skutku. Mimo, że cierpienie to trwało już od lat 4, powiodło się autorowi przez podskórne wstrzykiwanie jodku rtęciowego (*hydr. bijodatum*) uleczyć chorych zupełnie, tak że jeden z nich w 7 lat po przebyciu choroby nie doznaje żadnych objawów dusznicy bolesnej i może oddawać się wszelkiej pracy fizycznej mimo pozostałej niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Autor nie podaje nigdy jodku potasowego w podobnych cierpieniach kiłowych, lecz, nauczony doświadczeniem, zawsze leczy jodkiem rtęciowym, w dawkach 0,004—0,02 na jedno wstrzyknięcie. Wstrzykiwania wykonywa się codziennie przez 10—12 dni; po 2—4-tygodniowej przerwie następuje drugi szereg wstrzykiwań, w razie potrzeby trzeci. Inne przetwory rtęciowe, jak będźwinian rtęci, nie działają przy podobnych cierpieniach tak skutecznie. *Dr. Mostowski.*

Landouzy. **Kamptodaktylia, wczesne znamię organiczne dny nerwowej.** (*Presse méd.* 1906, Nr 32). Autor streszcza swe dwudziestoletnie badania nad kamptodyktalią. Podstawą tego objawu, polegającego na przykurczeniu (καμπτος krzywy, δακτυλοι palec) głównie palca piątego, a także czwartego i trzeciego, jest lekkie zgrubienie torebek, otaczających stawy palców; kości same, jakoteż stawy nie ulegają żadnym zmianom. Zmiana ta dotyczy ściśle trzech wymienionych palców; w stawie śródgarstkowo-palcowym niema przykurczenia. Autor uważa te zmiany za wyraz pewnych zaburzeń nerwowo-odżywczych, pozostających pod wpływem tej części rdzenia, która tworzy przejście rdzenia szyjnego w rdzeń piersiowy, tu bowiem znajdują się ośrodki ruchowe i naczynioruchowe dla kończyn górnych; te zaś miejscowe zmiany ośrodków odżywczych rdzenia są skutkiem ogólnego czynnika szkodliwego, dotychczas dokładnie nieznanego, a wywołującego zmiany, nazywane dną, czyli artrytyzmem. Kamptodaktylia jest według autora pierwszym objawem dny, nagabującej układ nerwowy; mimoto często chorzy, dotknięci wyraźnymi objawami dny nerwowej, nie mają opisanego przykurczenia palców. Jak dna, tak i kamptodaktylia jest dziedziczną, częstszą u kobiet, niż u mężczyzn; zwykle zjawia się już w bardzo wczesnym wieku, t. j. 5—8 r. ż. Jako jeden z najpierwszych objawów dny jest kamptodaktylia ważną wskazówką w rozpoznaniu i rokowaniu. Tak np. powiodło się autorowi na podstawie kamptodaktylii dobrze rokować w dość daleko posuniętej gruźlicy płucnej, gdyż ta gruźlica u cierpiących na dnę ma raczej skłonność do przemian włóknistych, niż do rozpadu serowatego. *Dr. Mostowski.*

NEUROLOGIA. Racine. **O znieczuleniu ścięgna Achillesa w przebiegu wiądu rdzenia.** (Objaw Abadiego). (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 20). Autor potwierdza w zupełności spostrzeżenia Abadiego, że w przebiegu wiądu rdzenia w 80 prc. zdarza się upośledzenie czucia bolu lub nawet zupełna bezbolesność przy ściskaniu ścięgna Achillesa poza kostkami. Objawu tego nie można jednak uważać za znamienny, spotkać go bowiem można wyjątkowo u osób zupełnie zdrowych; spotykamy go również w histeryi, neurastenii, zapaleniu rdzenia, oraz stwardnieniu rozsianem; w tych jednak razach dotknięta jest znieczuleniem także skóra, ponad ścięgnem położona. *Dr. M. Godlewski.*

Egon Hartung. **Dlaczego porażenia nerwu strzałkowego są częstsze, aniżeli goleniowego?** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 20). Wbrew zdaniu Hoffmanna i Bartoldyego, którzy w gorszem ukrwieniu szukają przyczyny tej mniejszej odporności, odnosi ją autor do stosunków anatomicznych. Jako położony bardziej powierzchownie jest nerw strzałkowy bardziej na zewnętrzne wpływy narażony, jest dalej — jako cieńszy — znacznie wątlejszy. Poporodowe porażenia tego nerwu tłómaczą się również stosunkami anatomicznymi. Linię bezimienną bowiem krzyżuje przeszło połowa włókien nerwu strzałkowego, a zaledwie część czwarta goleniowego, nic więc dziwnego, że główka, ugniatająca tę okolicę w czasie dłuższego przeciągania się porodu, wpłynie częściej na porażenie w zakresie nerwu strzałkowego, aniżeli goleniowego. *Dr. M. Godlewski.*

T. Dunin. **O istocie neurastenii.** (*Gazeta lek.* 1906, Nr 5—6). Autor uważa neurastenię za *sui generis* stan psychiczny, to jest psychozę, której znamienną cechą nawet w najsłabszych stopniach jest nadmierna samoobserwacya. Między neurastenią, a hypochondryą niema żadnej granicy, ani żadnej zasadniczej różnicy. Chory roztrząsa szczegółowo banalne objawy somatyczne, które często mylnie bywają brane za istotę neurastenii, nadaje każdemu szczegółowi ważne znaczenie i stwarza sobie teoryę ich powstawania. Stopniowo zaczyna zwracać uwagę i na takie odczuwania, które nie mają już w sobie nic chorobliwego. Skutkiem ciągłego skupienia uwagi na własną osobę mogą powstać i powstają objawy czysto podmiotowe, dla których już niema żadnej ani patologicznej, ani fizyologicznej podstawy. Są to więc objawy urojone, czysto psychiczne. Neurastenik przykre uczucie, doznane przy pewnem wrażeniu, przenosi na osoby, rzeczy, miejsca lub okoliczności towarzyszące, które w pamięci chorego połączone są odtąd stale z ujemnym przydźwiękiem czuciowym. Ciągłe zajęcie się swoją osobą jest powodem niemożności skupienia uwagi na czemś, co się nie odnosi do osoby chorego, oraz obojętności na wszystko, co leży poza obrębem jego osoby. Stąd wynika brak woli do czynów, oraz obojętność wobec wszelkich celów, a z biegiem czasu życie tylko odruchowe i zniechęcenie z powodu poczucia swej niższości w porównaniu do innych ludzi, pędzących życie czynne i używających uciech światowych. Z poglądu autora, odrzucającego istnienie grubszych materyalnych zmian w neurastenii, wynika, że jedynie odpowiedniem i celowem może być leczenie psychiczne neurastenii. Zapobiegawczo możemy działać przy wychowaniu dzieci, unikając przesadnej dbałości o ich zdrowie, zwracania uwagi na każdy najdrobniejszy szczegół, a przez to uczenia dzieci ciągłego zajmowania się własną osobą. *Dr. Blassberg.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDODOGIA. Doc. Drobnow. **Kiłak gruczołu krokowego.** (*Medicinskoje obozrenie* Nr 7, 1906). Chory, l. 32, oficer, zgłosił się na klinikę z powodu silnych bolów w miednicy, trwających już trzy miesiące. Pojawiają się one głównie przy spółkowaniu podczas wytrysku nasienia. Bole te z początku były nieznaczne, w ostatnich jednak czasach tak się wzmogły, że spółkowanie stało się zupełnie niemożliwem; podczas jazdy konnej, jak i przy chodzeniu, chory odczuwa tylko słabe parcie na stolec. Z cewki moczowej nieprawidłowej wydzieliny nie ma, parcie na mocz pojawia się częściej, niż dawniej, przy oddawaniu moczu chory bolesności nie odczuwa; wiewióra nie przechodził; przed dziesięciu laty zaraził się kiłą, którą niedostatecznie leczył. Przy badaniu przedmiotowem znaleziono powiększenie gruczołów chłonnych i nieznaczną bolesność wątroby przy ucisku; cewka moczowa przy uretroskopii bez zmian, cewnik Nr 17 napotyka na opór w szyjce pęcherza. Badaniem przez odbytnicę stwierdzono powiększenie gruczołu krokowego do wielkości jaja kurzego i to głównie płatu prawego; powierzchnia jego gładka, twarda, przy ucisku dosyć bolesna; ucisk na gruczoł wywołuje parcie na stolec; przy lekkiem miesieniu udało się wycisnąć kilka kropel cieczy mętnej barwy żółtej, w której badanie mikroskopowe wykryło znaczną ilość ciałek ropnych bez przymieszki jakichkolwiek drobnoustrojów. Rozpoznano kilak gruczołu krokowego i zastosowano leczenie przeciwkiłowe, pod wpływem którego w ciągu dwóch miesięcy gruczoł krokowy zmniejszył się prawie do rozmiarów prawidłowych i bole przy spółkowaniu zupełnie ustały. Bole przy spółkowaniu należy objaśnić tem, że kilak, usadowiony głównie w prawym płacie gruczołu, uciskał na jego przewody i przewód wytryskowy i gdy podczas wytrysku komórki mięśniowe gruczołu kurczyły się, wydzielina przewodów gruczołu i nasienie napotykały na przeszkodę w odpływie i rozciągały przewody, a tem samem na drodze odruchu wywoływały bole w dolnej części miednicy. Sam zaś kilak wskutek swej wielkości zadrażniał sploty nerwowe, co się wyrażało słabem parciem na stolec podczas jazdy i przy chodzeniu. Tkanka, położona dokoła kilaka, uległa zapaleniu odczynowemu, czem objaśnia się nieznaczna bolesność przy ucisku na gruczoł krokowy i obecność ciałek ropnych w wydzielinie. Często parcie na mocz wytłómaczyć można z jednej strony powiększeniem samego gruczołu, z drugiej

lekką sprawą zapalną szyjki pęcherza; powiększony gruczoł w tem miejscu zwężał cewkę moczową, co potwierdziło badanie. — W zakończeniu swej pracy autor powtarza zdanie Caspera, że we wszystkich przypadkach, w których gruczoł krokowy szybko się powiększył i gdzie badanie przez odbytnicę dostarczy pewnych wskazówek, przy równoczesnych innych zmianach, wskazujących na kilę, tam zawsze należy stosować leczenie swoiste. *Dr. B. Swolkień* (Ptbg.).

Prof. E. Finger i Landsteiner. **Badania kiły u małp.** (*Rozpr. Akad. umiej. w Wiedniu*, 1905 i 1906. T. CXIV, CXV). Autorowie szczepili jad kiłowy małpom niższego rzędu *(macacus sinicus, rhesus, cynomolgus)* zapomocą powierzchownego nacierania skóry lub robiąc w skórze płytkie kieszonki. Do szczepień używano wydzieliny nacieków pierwotnych i kłykcin sączących i tkanek z tych wykwitów, oraz z gruczołów chłonnych u ludzi, jakoteż szczepiono i ze zwierzęcia na zwierzę. Na 24 szczepień jadu ludzkiego 21 razy wynik był dodatni, a na 22 szczepień z małp na małpy raz tylko nie powstały żadne zmiany. Doświadczenia te dowodzą, że małpy niższego rzędu nadają się do badań kiły doświadczalnej, (co i Neisser w zupełności potwierdza). Najważniejszym dowodem swoistości zmian, pojawiających się u małp po szczepieniu, jest dla autorów czas wylęgania, który trwał w tych przypadkach od 10—42 dni. Objawy pierwotne posiadały znamiona, które opisywali u małp pierwsi Miecznikow i Roux. Na początkowem rozlanem zaczerwienieniu pojawiają się guzki, szybko wrzodniejące i pokrywające się strupami, a po pewnym czasie zlewające się w większe owrzodzenia. Brzegi owrzodzeń są zawsze nieco naciekłe, ale nie ma znamiennego dla kiły pierwotnej stwardnienia. Zmian drugorzędnych ogólnych autorowie nie spostrzegali, w dwóch przypadkach tylko zauważyli pojawienie się zmian w otoczeniu zagojonego wrzodu. Wrzód pierwotny trwał od 7 do 60 dni. Badania histologiczne kilku wyciętych zmian stwierdziły znamienne nacieki kiłowe. Szczepienia ze zwierzęcia na zwierzę dowiodły, że w ten sposób nie można uzyskać osłabienia jadu kiłowego, gdyż ten sam jad, szczepiony z jednej małpy na drugą, (aż do sześciu), wywoływał często zmiany wybitniejsze u zwierząt później szczepionych. (To samo stwierdza Neisser w pracy później ogłoszonej. *Przyp. spraw.*). Podobnie wstrzykiwania surowicy ze szczepionych małp ludziom i małpom, dotkniętym świeżą kiłą, nie dawały żadnych wyników. W końcu stwierdzają autorowie przeszczepialność kilaków, jeżeli do tego celu używa się części nierozpadłych guza, (także zgodnie z wynikami Neissera. *Spr.*).

W drugiej części pracy ogłaszają autorowie dodatnie wyniki po szczepieniu gruczołów chłonnych okresu pierwotnego i drugorzędnego. Szczepienia krwi kiłowych nie dały wyników wyraźnych; w jednym przypadku pojawiły się w 38 dni po zakażeniu małe i szybko ustępujące guzki, w drugim po 26 dniach tylko lekkie zaczerwienienie, a zwierzę okazało się odpornem na późniejsze szczepienie tkanki kiłowej. Szczepienie mleka dwóch kobiet kiłowych dało wynik ujemny. Najwięcej zajęcia budzą szczepienia nasienia kiłowych, uzyskanego przez wyciśnięcie pęcherzyków nasiennych. Z trzech szczepionych nasieniem małp, jedna (pawian) okazywała wyraźne objawy kiły, druga (makak) tylko bardzo nieznaczne, u trzeciej (pawian) wynik był ujemny. W pierwszym i trzecim przypadku użyto materyału z chorych, dotkniętych kiłą drugorzędną, w drugim z chorego, który przebył obustronne zapalenie kiłowe jąder. Z doświadczeń tych wnoszą F. i L., że nasienie może zarażać mimo braku zmian w narządzie płciowym, dalej że w ten sposób może nastąpić zakażenie kiłą kobiety, albo jej odporność bez wyraźnych objawów choroby.

Szczepienia powtórne u małp jeszcze przed pojawieniem się nacieku pierwotnego po pierwszem szczepieniu dawały zawsze wyniki dodatnie. Również i w tych przypadkach nie można było stwierdzić odporności na jad, w których szczepiono w kilka dni po powstaniu nacieku pierwotnego, przyczem zauważono po powtórnych szczepieniach krótszy czas wylęgania. W przypadkach szczepień późniejszych po przebyciu zakażenia wynik bywał zawsze ujemny, w jednym tylko przypadku wywołano w 10 miesięcy po pierwszem szczepieniu słaby objaw pierwotny. W odniesieniu do kiły u ludzi sądzą autorowie, że stosunki w tym względzie są zupełnie równorzędne. Osobnik, dotknięty kiłą, posiada tylko względną odporność i dlatego szczepienia późniejsze wywołują u niego zmiany wprawdzie znacznie słabsze, ale nierzadko całkiem wyraźne i dla kiły znamienne. Na mocy doświadczeń na zwierzętach i szczepień u kiłowych ludzi dochodzą autorowie do wniosku, że w czasie tworzenia się wrzodu pierwotnego nabywa zakażony osobnik odporności wzrastającej, która w czasie pojawienia się nacieku nie jest jeszcze zupełna, a nawet i wtedy, gdy występują objawy wtórorzędne. W przebiegu drugorzędnego okresu odporność zdaje się okresowo zwiększać, to znowu zmniejszać. Co zaś do okresu trzeciorzędnego, to objawy zdają się przemawiać za zmienionym odczynem ustroju, częściowo uodpornionego na jad kiłowy. Na mocy dalszych doświadczeń ze szczepieniem zmian trzeciorzędnych stwierdzić trzeba istnienie jadu żywego w kilakach, a swoistość tych zmian odnieść należy albo do zmienionej postaci jadu, albo, co prawdopodobniejsze, do zmienionego i wzmożonego odczynu ustroju, kiłą dotkniętego.

Krzyształowicz.

Wassermann, Neisser i Bruck. **Odczyn surowiczy w kile, jako znamię rozpoznawcze.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr 19). W. i B. zwrócili w ostatnich czasach uwagę, że w narządach i sokach ustroju gruźliczego dają się wykryć z jednej strony rozpuszczone substancye mikrobów, a z drugiej swoiste niweczniki (tuberkulina i antytuberkulina). Próby, podjęte w kile, polegające na metodzie Bordeta i Gengou, dowiodły, że jeżeli miesza się surowicę małp, szczepionych czyto krwią kiłowych, czy wyciągiem narządów z przypadków kiły dziedzicznej, albo surowicę małp w 7—8 tygodni po zakażeniu z wyciągiem narządów dzieci lub płodów kiłowych, albo z wyciągiem łożyska kiłowego lub wyciągiem nacieków pierwotnych lub zmian drugorzędnych, czy narządów małp kiłowych, to następuje brak hemolizy, — dowód zatem, że w uzyskanej surowicy małp znajdują się niweczniki przeciw swoiście kiłowym substancyom, a w badanych wyciągach te kiłowe substancye. Jako dowód swoistości tej metody dla kiły przytaczają autorowie: 1) Uzyskana surowica małp po ich szczepieniu materyałem kiłowym działa równocześnie i w tej samej mierze na materyał kiłowy z ludzi, jak i z małp, i bez względu na to, czy przedtem do szczepienia użyto materyału z kiły człowieka, czy małpy. 2) Uzyskana surowica małp działa na materyał kiłowy z człowieka, czy małpy, ale nie działa na substancye, uzyskane z niekiłowych. 3) Surowica prawidłowa małp nie działa na materyał kiłowy z ludzi lub małp 4) Surowica małp jednego gatunku, szczepiona materyałem niekiłowych, nie dawała odczynu. W ten sposób udowodniono, że istnieje surowiczy odczyn swoisty dla kiły. Odczyn ten ma do pewnego stopnia i znaczenie praktyczne, bo zapomocą niego można oznaczyć, czy w surowicy ludzkiej istnieją swoiste niweczniki przeciwkiłowe, a nawet ilościowo je oznaczyć, wreszcie zbadać można, o ile jakiś narząd je zawiera.

Krzyształowicz.

DENTYSTYKA. A. Senn. **O ropotoku zębodołu.** (*Corresp. für Zahnärzte* 1906, Zeszyt 2). Ropotok zębodołu prawie powszechnie uznany został za schorzenie miejscowe, którego występowaniu i trwaniu sprzyja skaza ogólna lub nieodpowiedni tryb życia. Poniżej 20 r. ż. występuje ropotok rzadko. Przyczyną jego jest najczęściej kamień zębowy poddziąsłowy, niekiedy zboczenia w osadzeniu zębów. We wszystkich innych przypadkach, t. zw. *pyorrhoea alveolaris essentialis*, gdzie ani kamienia, ani zboczeń w osadzeniu zębów niema, istnieje inna, zazwyczaj tylko przez niedość staranne badanie niewykryta przyczyna. Wydzielina ropotokowa zawiera wszystkie drobnoustroje, zamieszkujące jamę ust, czasem jeden z nich przeważa. Autor zwraca uwagę na ważne objawy rozpoznawcze, jak: 1) swoiste cuchnienie z ust, różniące się od cuchnienia przy próchnieniu zębów, ropieniu w jamie Highmora lub po otwarciu ropnia okołoszczękowego; 2) lekki obrzęk i zaczerwienienie brodawek i brzegu dziąseł. Uważając ropotok za sprawę miejscową, zaleca autor leczenie wyłącznie tylko mechaniczne, a polegające na usunięciu kamienia. Oczyszczaniu zębów zbyt mało poświęca się uwagi: wielu dentystów pomija małe ilości kamienia zębowego, inni usuwają kamień zbyt pobieżnie lub usuwają tylko większe nagromadzenia, chociaż należy usuwać go zawsze starannie także z miejsc dla wzroku niedostępnych — z pod dziąseł. Jeżeli niema innego pilnego wskazania, np. do uśmierzania bolu, czy wypełnienia większych jam zębów próchniejących, jeżeli nie zostało właśnie wykonane otwarcie ropnia okołoszczękowego, to autor rozpoczyna leczenie zgłaszającego się chorego od usunięcia kamienia zębowego, najprzód powierzchownie zwykłemi narzędziami, potem z pod dziąseł zapomocą zestawienia 9 narzędzi własnego pomysłu, a wyrabianych przez Ascha. Po paru dniach należy sprawdzić, czy zabieg wykonany był dokładnie. Następowemu zadrażnieniu zapobiega się przez przemycie 3-prc. kwasem borowym, choć i woda przekroplona wystarcza, poczem objawy zapalne, ropienie, ziarnina ustępują. Przy leczeniu uwzględniać należy stan ogólny, a osobliwie choroby takie, jak cukrzycę, gościec, kiłę, gruźlicę, które sprzyjają trwaniu ropotoku zatok zębowych. Zapobieganie osadzaniu się kamienia zębowego polega na dokładnem oczyszczaniu jamy ust i zębów, a więc wydobywaniu resztek pokarmowych z pomiędzy zębów piórkiem i nitką, potem oczyszczeniu ich szczoteczką i pastą; autor poleca pastę Unny, zawierającą chloran potasu i Solvolit Hermanna z solą karlsbadzką, która ma posiadać własność rozpuszczania kamienia zębowego. *Dr. Budzyński.*

Bauchwitz. **Zrost w stawie szczękowym.** (*Deutsche Monatsschr. für Zahnhk.* Nr 5, 1906). Autor opisuje przypadek zrostu w stawie szczękowym u kobiety przeszło 40-letniej, trwającego od 35 lat (od 6-go r. ż.). Do szóstego roku życia były ruchy w stawach szczękowych, uzębienie i układ szczęk prawidłowe. W 6-tym roku życia cierpiała chora na ból dolnego trzonowego zęba po stronie lewej, który jej kilkakrotnie usiłowano usunąć, ale bezskutecznie, poczem powstało obecne kalectwo; szczęki zupełnie nieruchome, niedokształcone, pozbawione prawie zupełnie zębów; na podbródku po stronie lewej duża blizna wyniosła; usta zwarte. odżywienie bardzo złe, gdyż chora mogła spożywać tylko płyny. Bliznę nacięto, przecięto błonę śluzową dziąsła, podniesiono okostnę na pewnej przestrzeni (na ramieniu wstępującem szczęki dolnej), zepsuty pierwszy ząb trzonowy usunięto, podobnież trzeci, który był zupełnie przemieszczony i otoczony torebką, wypełnioną złogami cholestearyny. Kącik szczęki wycięto, usunięto wyrośle kostne i zrosty na wyrostkach szczęki dolnej. Po wygojeniu się ran pooperacyjnych zastosowano najpierw mechaniczne rozwieranie szczęk zapomocą rozwieracza Heistera, a następnie protezy, podnoszące i poprawiające zwarcie zębów (zgryz). Wreszcie po 6 miesiącach można było wstawić szczęki sztuczne z całkowitem uzębieniem tak szczęki górnej, jak i dolnej, poczem chora mogła wykonywać dostateczne ruchy w stawach szczękowych i prawidłowo się odżywiać. Spostrzeżenie to poucza, jak wiele zdziałać można nawet w bardzo zaniedbanych przypadkach. *A. Kozaczka.*

Euler. **Gruźlicze zajęcie szczęki dolnej w postaci ziarniniaka gruźliczego w następstwie próchnienia zęba.** (*Deutsche Monatschr. f. Zahnhk.* Z. 4, 1906). Przypadek autora dotyczy 12-letniej dziewczynki, leczonej początkowo na klinice chirurgicznej w Heidelbergu z powodu gruźlicy lewych gruczołów chłonnych podszczękowych. Kiedy po pewnym czasie chora powtórnie się zgłosiła z przetoką w miejscu blizny pooperacyjnej, odesłano ją w celu usunięcia mocno spróchniałego pierwszego dolnego zęba trzonowego po lewej stronie do zakładu dentystycznego. Tutaj przy badaniu stwierdzono poniżej tego zęba guz wielkości orzecha, wypuklający się na zewnątrz, po części także na wewnątrz ku jamie ustnej, z przetoką w miejscu największej wypukłości; przy znieczulaniu płyn wstrzykiwany wydobywał się przez obie przetoki, na szyi i w jamie ustnej. Przy wyjęciu przedniego korzenia spróchniałego zęba usunięto równocześnie zrośnięty z nim zbity guz wielkości orzecha laskowego, a w guzie tym stwierdzono drobnowidowo utkanie gruźlicze i prątki Kocha. Dalszy przebieg był pomyślny i obie przetoki wkrótce się wygoiły. Przypadek ten dowodzi, że drogą zębów spróchniałych mogą prątki gruźlicze dostać się do ustroju, co do czego zapatrywania były do dziś rozmaite. Że inne drobnoustroje tą drogą istotnie do ustroju się dostają, dowodem tak częste zapalenia okostnej w sąsiedztwie spróchniałych zębów, co do prątków gruźliczych jednak zdania są podzielone. Wielu autorów, (np. Kaposi-Port) twierdzi, że miazga zębowa nie posiadając naczyń chłonnych, nie sprzyja rozwojowi prątków gruźliczych, nie uwzględniają oni jednak, że miazga może być zupełnie zniszczona, a szeroko otwarty kanał zębowy, jaki spotykamy u dzieci, może w wysokim stopniu sprzyjać wtargnięciu rozmaitych mikrobów, a więc i prątków gruźliczych. Natomiast inni, jak Primrose, Stark, są wręcz przeciwnego zapatrywania, opierając się na badaniach bakteryologicznych, które wykryły u ludzi zresztą zupełnie zdrowych obecność prątków gruźliczych w zepsutych zębach. Zandy twierdzi nawet, że prątki gruźlicze wnikać mogą w przestwory, między zębami a dziąsłem lub też wyrostkiem szczękowym się znajdujące, jak to również prof. Łepkowski w jednym przypadku spostrzegał. W przypadku Eulera sprawa chorobowa bez wątpienia wzięła swój początek w próchniejącym pierwszym zębie trzonowym dolnym u osobnika zresztą zupełnie zdrowego, wytwarzając zapalenie ozębnej z następowem wytworzeniem ziarniniaka gruźliczego i zajęciem gruczołów podszczękowych z przetokami. — Dalsze badania w tym kierunku mogłyby dać cenne bardzo wyniki, przyczem leczenie zębów zyskałoby ważne znaczenie zapobiegawcze. *P. Szadkowski.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

IX. Posiedzenie naukowe dnia 4 maja b. r.

Przewodniczy kol. Kośmiński, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych członków 48.

Przewodniczący zawiadamia o przyjęciu nowego członka, którym jest kol. Eugeniusz Karchezy.

Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I. Kol. Bocheński przedstawia chorą, znaną już członkom Tow. lekarskiego z posiedzenia dnia 16 marca b. r.; wówczas było znaczne **zwężenie pochwy po porodzie,** obecnie **wyleczone** przez zakładanie do pochwy (rozszerzonej najpierw przez rozcięcie) krążków i kul Bozemanna. Prelegent wyleczył tym sposobem dotychczas dwie chore. (Oba przypadki będą osobno obszernie opisane).

Dyskusya: Kol. prof. Mars, przypominając, jak bezowocne bywały zwykle usiłowania, mające na celu zwalczyć podobne zwężenia pochwy, tak, że uzyskanie najmniejszej bodaj drożności uważane było za dodatni wynik leczenia, podnosi z uznaniem niezwykły skutek sposobu, zastosowanego przez kol. Bocheńskiego. — Kol. Starzewski uważa leczenie, opisane przez kol. Bocheńskiego, za wstęp do dalszego zabiegu, jakim powinna być plastyka. Sądzi bowiem, że blizny przez ściąganie się zwężą z czasem światło pochwy, wywołując przeszkodę przy spółkowaniu i porodzie. Chwila obecna, zupełnego wygojenia powierzchni pochwy, byłaby, zdaniem mowcy, najodpowiedniejszą do wykonania plastyki.

II. Kol. Franke przedstawia chorego, który w tydzień po zranieniu palca zgłosił się do kliniki lekarskiej z objawami tężca. Stan jego nie należał do ciężkich. Opierając się na znanych od niedawna doświadczeniach Amerykanina Meltzera (patrz *(Berl. klin. Wochs.* 1906 z dnia 15/I.), który badał zachowanie się przewodnictwa tkanki nerwowej pod wpływem soli magnowych i zastosował siarkan magnowy do znieczulania lędźwiowego, co wyzyskał Blake, stosując takie znieczulenie w przypadku tężca, wykonano u chorego szereg wstrzyknięć lędźwiowych 25 prc. rozczynu **siarkanu magnowego** (1—2 ctm.^{3}). Po każdem wstrzyknięciu chory miał się podmiotowo i przedmiotowo lepiej przez 24—36 godzin, (napięcia mięśni znacznie zmniejszały się, napady ustępowały, ciepłota opadała). Niekorzystnych objawów na wzór opisywanych w doświadczeniach Meltzera (jak zatrzymanie moczu, brak tchu) nie było. Chory wyzdrowiał, a jakkolwiek prelegent dalekim jest od przypisywania tego jedynie wstrzykiwaniom siarkanu magnowego, zachęca do dalszych prób.

III. Kol. doc. Sołowij wygłosił odczyt: **„O miażdżycy naczyń macicznych, jako o przyczynie nieuleczalnych krwotoków“,** nawiązując do przypadku, spostrzeganego przez siebie. U kobiety 41-letniej utrzymywały się obfite krwawienia maciczne, powtarzające się w rozmaitych odstępach czasu. Skrobanie, które stwierdziło zapalną sprawę na błonie śluzowej macicy, było bezskuteczne. Ostatecznie wystąpił tak silny krwotok, że prelegent widział się zniewolonym macicę jak najprędzej wyłuszczyć. Po jej wyjęciu i przecięciu okazało się, że jedno z większych naczyń było otwarte i wypełnione skrzepem, sterczącym do wnętrza macicy. Na podstawie badania anatomiczno-patologicznego przyszedł prelegent do wniosku, że chodzi tu o miażdżycę naczyń macicy. W piśmiennictwie znalazł prelegent tylko 4 podobne przypadki. (Rzecz przeznaczona do druku).

Po odczycie kol. Sołowija rozwinęła się nader ożywiona dyskusya.

Kol. Wein zaznacza, że w podobnym przypadku uzyskał wynik korzystny zapomocą przyżegania gorącem powietrzem *(atmocausis).*

Kol. Starzewski byłby również zastosował przyżeganie gorącem powietrzem przed zdecydowaniem się na wyłuszczenie macicy.

Kol. Weinreb przypomina sobie przypadek, znany też kol. Festenburgowi, gdzie przyżeganie parą *(vaporisatio uteri)* po bezskutecznych innych usiłowaniach dało wynik korzystny.

Kol. Czyżewicz *(jun.)* przypomina pracę Pinkusa, który jest zdania, że macicy, krwawiącej bez widocznej wikłającej przyczyny, nie powinno się wyłuszczać, zanim się nie zastosuje przyżegania powietrzem, już to ograniczając się na wyparzeniu, już to doprowadzając do zarośnięcia. Mowca nie zgadzałby się nadto na nazwę: »miażdżyca naczyń macicy«. Skłaniając się bowiem do przypuszczenia, że tu pierwotną sprawą było zapalenie macicy *(metritis),* a następowo powstały zmiany w naczyniach, uważałby za odpowiedniejszą nazwę: *metritis chronica haemorrhagica.*

Kol. prof. Gluziński sądzi, że przypadek, opisany przez prelegenta, może mieć także ogólniejsze znaczenie. Być może, że macicę należy zaliczyć do tych narządów, które odznaczają się szczególniejszą skłonnością do krwawienia, a za które uważamy z jednej strony mózg, z drugiej żołądek i pęcherz. Wiemy

jednak, że krwawienia takie występują przedewszystkiem u ludzi starych, u osobników, dotkniętych miażdżycą znacznego już stopnia. Przypadek prelegenta znamion ogólnej miażdżycy nie okazywał. Trudno przypuścić, ażeby miażdżyca usadowiła się jedynie tylko w macicy z pominięciem reszty narządów jamy brzusznej (nerki), gdzie z takiem upodobaniem zwykła się rozwijać. Mowca więc przypuszcza, że albo mamy tu sprawę zapalną, która wywołała szczególniejszą kruchość naczyń i którą nazwalibyśmy n. p. *arteriitis sclerotica*, albo sprawę, mogącą wywoływać zmiany naczyniowe, ograniczone do pewnego narządu, a taką jest kiła. Co do sprawy zapalnej, to znane są podobne krwawienia z błon śluzowych na tle zapalnem; co do kiły, to znamy n. p. silne krwotoki z powodu wrzodu żołądka, rozwijającego się na tle zmian naczyniowych w 2—3 lat po zakażeniu przymiotowem. Za kiłą przemawiałyby też poronienia, w wywiadach wspomniane.

Kol. doc. Bylicki zwraca uwagę na pracę Browicza, który dowiódł, że t. zw. wrzód Clarkea polega na miażdżycy naczyń macicznych. W sprawie tej stwierdził on występowanie zarośnięć (obliteracyj), jako wybitnej cechy miażdżycowej, prowadzącej do obumierania tkanki. Ponieważ prelegent wspomniał w swych wywodach o rozszerzaniu się naczyń macicznych i pękaniu, mowca powątpiewa, czy w przypadku opisanym istniała w istocie miażdżyca.

Kol. prof. Mars przypomina sobie przypadek ze szkoły położnych w Krakowie, w którym wycięto macicę z powodu krwotoków, wywołanych, jak się zdawało, obecnością włókniaka. Na tylnej ścianie macicy dawał się bowiem stwierdzić guz. Po wycięciu macicy pokazało się, że tylna ściana macicy była jedynie znacznie grubszą od przedniej, a badanie anatomiczno-patologiczne wykazało w niej zmiany miażdżycowe w naczyniach. Co do przyżegania macicy zapomocą gorącego powietrza i pary, to na przeprowadzenie tej metody, — w której zresztą bezwzględną skuteczność mowca nie wierzy, — nie było w przypadku prelegenta czasu.

Kol. prof. Ziembicki zwraca uwagę na obecność w macicy, okazanej przez prelegenta, drobnych włókniaków. Okoliczność ta osłabia, zdaniem mowcy, tłómaczenie krwawień jedynie tylko zmianami miażdżycowemi.

Kol. Skałkowski przypomina sobie z własnego doświadczenia przypadki, w których osoby młode, a nawet panny (przypadek z kliniki Chrobaka) tak silnie krwawiły, iż wyłuszczenie macicy było u nich *ultima ratio*, a mimo tego nie znajdowano żadnych zmian w macicy. Wyprowadza analogię z t. zw.: »*besondere Körperbeschaffenheit*«. Powątpiewa, ażeby w przypadku niniejszym przyczyną krwawień była miażdżyca. Jeżeli nie sprawę zapalną, to owe drobne włókniaczki należałoby zdaniem jego uważać za prawdopodobny powód. Powołując się na doświadczenia z fizyologii, (powtarzane upusty krwi zmniejszają jej krzepliwość), — sądzi, że uporczywe krwotoki maciczne u kobiet mogą z czasem potęgować się jedynie przez zmiany w krzepliwości krwi. Co do przyżegania powietrzem *(atmokausis)*, uważa je tem samem w podobnych przypadkach (brak krzepliwości krwi) za bezsilne.

Kol. Schellenberg sądzi, że w przypadku kol. Sołowija w istocie jedynie wyłuszczenie macicy mogło być chorej pomocne. Mowca, podobnie jak prof. Gluziński, uważa w tym przypadku za zupełnie prawdopodobne tło kiłę i ubolewa, że przymiotowe zmiany w macicy są w piśmiennictwie traktowane po macoszemu. Mowca opisuje przypadek z własnej praktyki, gdzie (u kobiety dwudziestokilkoletniej) uporczywe krwotoki maciczne nie ustępowały pomimo stosowania odpowiednich zabiegów. Uderzało go, jak nieznaczną była zawsze treść, uzyskana przez skrobanie. Kiedy wreszcie w czasie leczenia zauważył u chorej półpasówkę nadoczną *(herpes zoster supraorbitalis)* i porażenie nerwu odwodzącego, a mąż jej przyznał się do przebytej kiły, zastosowano środki przeciwkiłowe, poczem krwawienia zupełnie ustąpiły.

Kol. Nowicki roztrząsa ze stanowiska anatomiczno-patologicznego zmiany, właściwe z jednej strony miażdżycy, z drugiej kile. Przytaczając jako przykład zmian miażdżycowych t. zw. *endometritis marantica* (kobiet starych), nie widzi w preparatach prelegenta z niemi podobieństwa. Przypomina, że właściwemi dla miażdżycy są zmiany w warstwie wewnętrznej (*endateriitis*), natomiast zmiany, jakie widzimy w okazanych preparatach, ograniczają się do w. środkowej i zewnętrznej, a takie są cechującemi dla kiły *(mesarteriitis luetica)*. Także nagłe i silne krwotoki, a więc krwawienie z większych gałęzi naczyniowych, jest znane w kile. Mowca sądzi zatem, że pomimo braku pewnych szczegółów, (n. p. nacieków drobnokomórkowych około *vasa vasorum)* należy w przypadku kol. Sołowija rozpoznawać kiłę.

Kol. Wątorek miał w przypadku nagłego i silnego krwotoku macicznego korzystny wynik dzięki tamponowaniu gazą, umaczaną w rozczynie adrenaliny.

Kol. prelegent odpowiada najpierw mowcom, którzy podnosili sprawę przyżegania macicy powietrzem i parą. Otóż nie jest on zwolennikiem tej metody, widział nawet szkody, wynikające z jej stosowania, (n. p. martwicę macicy, tak że musiano się uciec do jej wyłuszczenia), a zresztą w przypadku opisanym nie było czasu na podobne próby. Wątpi, ażeby w razie otwarcia większego naczynia, (jak było w tym przypadku), metoda ta mogła się wogóle na co przydać. Co do zapatrywania na miażdżycę miejscową macicy w porównaniu z ogólną, starczą, starał się je poprzednio uzasadnić. Wspomina o postaci, znanej w literaturze francuskiej, t. zw. *sclérose uterine*. Możliwości tła kiłowego nie zaprzecza. Sądzi, że włókniaki, znajdujące się w okazanej macicy, nie miały dla krwotoków żadnego w tym przypadku znaczenia. Pomijając, że największy z nich dochodzi ledwo wielkości 2 ziarnek grochu, są one właśnie od miejsca najsilniejszego krwawienia, bo od widocznego na preparacie otwartego naczynia, zbyt odległe. Sekretarz: *W. Ziembicki.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 9 maja 1906 r.

Obecnych członków 27. Przewodniczy k. prym. Borzęcki. Protokół ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

I. Kol. prym. Borzęcki przedstawia chorego na **liszaj kończysty** *(lichen ruber acuminatus)*.

II. Kol. Bier wygłasza rzecz **„O gruźlicy w Krakowie“**. (będzie niebawem w całości drukiem ogłoszona), opartą na całym szeregu tablic statystycznych i zestawień porównawczych.

W dyskusyi zapytuje kol. Hirsch, jaki stosunek w statystyce śmiertelności z powodu gruźlicy przedstawiają mieszkańcy suteryn a pięter. — Kol. Eisenberg nadmienia, że 1) w przyszłości zestawienia obejmować winny przypadki choroby, a nie śmierci, 2) że statystyka odniesioną być powinna do gęstości zaludnienia i ruchu ludności. — W odpowiedzi prelegent tłómaczy, że co do niektórych szczegółów, jak n. p. wymienionego przez kol. Hirscha, nie może przytoczyć danych, gdyż ich i kartki pośmiertne nie podają, a miejskie biuro statystyczne nie wypracowało jeszcze za ostatnie lata wszystkich szczegółowych obliczeń.

Sekretarz *Wilczyński.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 24 kwietnia 1906.

Landau Henryk wygłosił odczyt p. t. **„Morfologia i geneza białych ciałek krwi“**. Prelegent przytoczył dokładne dane, tyczące się budowy białych ciałek krwi, uwzględniając wszelkie metody barwienia, ku uwydatnieniu tej budowy służące, podał następnie klasyfikacyę wszystkich rodzajów białych ciałek i przytoczył teorye naukowe, starające się wyjaśnić pochodzenie każdego rodzaju tych składników krwi (Ehrlich, Pappenheim i in.); w końcu omówił leukocytozę, białaczkę i białaczkę rzekomą o tyle, o ile stany te przyczyniają się do wyświetlenia morfologii i pochodzenia białych ciałek krwi.

Posiedzenie kliniczne dnia 9 maja 1906 r.

I. Kozerski A. i Łapiński W. przedstawili 8-letniego chłopca, operowanego z powodu **mięsaka** nad obojczykiem i **leczonego następczo promieniami Roentgena.** W 6 tygodni po usunięciu guza nastąpił nawrót, wobec czego wyłuszczono go poraz wtóry; gdy w trzy tygodnie po operacyi guz znowu począł odrastać, K. przystąpił do naświetlania. Obecnie upłynęło od ostatniej operacyi 7 miesięcy, nawrotu niema, na miejscu nowotworu -- blizna miękka.

II. Łapiński W. wygłosił rzecz p. t. **„Operacyjne leczenie gruźlicy kości długich** *(spina ventosa)* **stopy i dłoni u dzieci“**. Prelegent jest zwolennikiem leczenia zachowawczego w gruźlicy kostnostawowej u dzieci, jednakże przy rozdęciu kości *(spinosa ventosa)* leczenie to często zawodzi. W takim wypadku należy operować tak w celach leczniczych, jakoteż, aby zapobiedz szerzeniu się gruźlicy na kości napiestka i stępu. Zabieg operacyjny powinien zmierzać do odsłonięcia całego ogniska kostnego, z drugiej jednak strony nie jest pożądane całkowite usunięcie chorej kości z uwagi na późniejszą czynność danego członka. Cięcie skórne powinno odsłonić całą chorą kość, z której należy usunąć całą ścianę przednią i po części ściany boczne,

pozostawiając z kości dość płytki rowek lub tylko ścianę tylną. Racyonalne zatem zabiegi operacyjne, wskazane w tej postaci gruźlicy kostnej u dzieci, są doszczętne, zmierzają bowiem do odsłonięcia i oczyszczenia całego ogniska chorobowego, a przecież jednocześnie zachowawcze, bo dążą zawsze do zachowania ciągłości kości.

Dyskusya: Prof. Kryński zaznacza wybitną zasługę chirurgów dziecięcych, którzy w ostatnich czasach znakomicie uszczuplili wskazania do zabiegów operacyjnych w gruźliczych cierpieniach kości u dzieci. — Oderfeld nie jest za leczeniem zachowawczem; może ono dać wyniki pomyślne jedynie w warunkach klimatycznych dobrych, jak w specyalnym zakładzie Ménarda, co u nas miejsca niema. — Karczewski na zasadzie kilku własnych spostrzeżeń wypowiada się za leczeniem zachowawczem (moczenie w słonej wodzie), szczególniej wobec nowej metody Biera. — Bron. Sawicki jest przeciwny wczesnemu operowaniu, a w leczeniu zachowawczem ucieka się często z bardzo dobrym skutkiem do wstrzykiwań mieszanki jodoformowej. — Skowroński w leczeniu klimatycznem widzi czynnik niezmiernie doniosły w tego rodzaju cierpieniach, na dowód czego przytacza przypadek zupełnie wyleczonego próchnienia kręgów, rozdęcia kości dużego i małego palca ręki u chłopca, który przez 4 lata przebywał na Rivierze. *Ign. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Czy lekarz sądowy ma prawo zdjąć opatrunek w nieobecności lekarza ordynującego? Na pytanie to, wystosowane do wszystkich Izb lekarskich austryackich przez sekcyę niemiecką Izby lek. w Czechach, odpowiada dr Mikołajski w »Głosie lekarzy« (Nr 11) przecząco, bo tylko lekarz ordynujący może lekarza sądowego objaśnić, czy zdjęcie opatrunku choremu nie zaszkodzi, a najwyższą zasadą jest »*Primum non nocere*«. Z tego wynika, że sąd powinienby wzywać do udziału w oględzinach sądowo-lekarskich lekarza ordynującego, a nim to będzie zarządzone, powinni lekarze sądowi odmawiać zdejmowania opatrunku. *R.*

Nowe przepisy dla wiedeńskich ambulatoryów szpitalnych mają zawierać postanowienie, że z porady w ambulatoryach korzystać mogą tylko chorzy »stosunkowo niezamożni« na podstawie odpowiednich świadectw, wystawionych przez radców dobroczynności. Natomiast nie mogą z ambulatoryów korzystać ani członkowie kas chorych, mający swoich lekarzy, ani służba, której koszta leczenia mają według ustawy ponosić służbodawcy. Zarządzenia te zmniejszyć mają szkodę materyalną, ponoszoną dotąd przez lekarzy praktycznych wskutek nadużywania porady ambulatoryjnej przez chorych, mogących zapłacić lekarza. *R.*

Emigracya lekarzy z tych krajów Europy, które ich posiadają w nadmiarze, nie może już liczyć na powodzenie. Okazuje się bowiem z danych, zestawionych przez »Annales de la Soc. méd.-chir.« w Liège, a powtórzonych przez »Prager med. Wochenschrift« (Nr 22), że dzisiaj już w całym świecie, prócz Persyi, Turcyi, Egiptu, Nowej połudn. Walii i Nowej Zelandyi, muszą lekarze obcy składać ponowny egzamin w języku krajowym, aby uzyskać prawo praktyki, w której zresztą nie mogą tam liczyć na powodzenie. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 27 maja do 2 czerwca 1906 doniesiono o nowych przypadkach: ospy 12 przypadków w 3 gminach, a mianowicie pow. Tarnów (Kielanowice 3, Rzędzin 6, Joniny 3); duru plamistego 40 przypadków w 19 gminach, a mianowicie pow. Brzeżany (Glinna 1, Płancza m. 3), Buczacz (Dobropole 2, Potok zł. 1), Cieszanów (Lipsko 1), Horodenka (Żuków 5, Piotrów 3), Nadwórna (Zielona 4), Rawa (Rzyczki 1), Śniatyn (Podwysoka 1), Stryj (Pławie 1, Kruszelnica 3), Tarnopol (Józefówka 2), Tłumacz (Bortniki 4, Korolówka 2, Olesza 1), Zaleszczyki (Burakówka 1), Złoczów (Buzek 1, Bełzec 3); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 23 przypadków w 13 gminach: w m. Lwowie 2, Krakowie 1, pow. Biała (Kaniów st. 2, Buczkowice 5), Bochnia (Wiśnicz nowy 1), Cieszanów (Płazów 1), Chrzanów (Czatkowice 1), pow. Kraków (Grzegórzki 1), Przemyśl (m. Przemyśl 1), Przeworsk (Nowosielce 2), Ropczyce (Sędziszów 4), Rudki (Rudki 1), Wieliczka (Siepraw 1). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Między 20. a 26/V b. r. zgłoszono przypadków błonicy 8 (obcych 6), płonicy 5 (1), odry 3, duru brzusznego 1 (1), nagminnego zapalenia opon 1 (1). W tymże czasie zmarło z nagminnego zapalenia opon (1).

Wiadomości bieżące.

W roku bieżącym kończy się trzydziestolecie pracy dydaktycznej profesora Laskowskiego.

Wśród młodzieży, która musiała opuścić w r. 1863 ojczyznę, znajdował się i 22-letni wówczas Zygmunt Laskowski. Urodzony 19 stycznia 1841 w Warszawie, zapisał się on był w r. 1858 do nowootwartej Akademii medycznej i należał do najgorliwszych słuchaczy. Przerwane studya kończyć musiał w Cambridge i Londynie; w roku 1865 przeniósł się do Paryża, gdzie pracował w warunkach trudnych, walcząc z nędzą; w r. 1867 uzyskał dyplom doktorski. Przykładając się z zamiłowaniem do anatomii, w Anglii pod Humpreyem, we Francyi pod kierunkiem Sappeya, rozpoczął w r. 1869 wykłady tego przedmiotu w paryskiej szkole lekarskiej, jako »professeur libre«. W roku 1870 pełnił służbę lekarską w korpusie generała Vinoy, przebył oblężenie Paryża i wszystkie w jego okolicach stoczone bitwy; za położone zasługi otrzymał obywatelstwo francuskie i krzyż kawalerski legii honorowej. Po wojnie powrócił do przerwanej pracy, która zjednała mu wnet taką sławę, że naprzód uniwersytet w Bostonie ofiarował mu katedrę, a potem, w roku 1875, rząd szwajcarski powierzył mu organizacyę wydziału lekarskiego w Genewie i oddał mu w nim katedrę anatomii.

Znakomita działalność dydaktyczna i praca naukowa prof. Laskowskiego zjednała mu głośną sławę i wiele odznaczeń od obcych i swoich. Od wielu lat jest prof. Laskowski członkiem honorowym licznych Towarzystw lekarskich polskich, wśród nich i krakowskiego, a Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało go członkiem honorowym 29 maja b. r.

Z prac prof. Laskowskiego, ogłaszanych przeważnie w języku francuskim, największy rozgłos zdobył sobie atlas anatomiczny.

Z hołdem uznania i wdzięczności, składanym zasłużonemu Jubilatowi przez mnogich Jego uczniów, łączymy życzenie »Ad multos annos!«

Kraków. Pod nazwą »Krajowy związek turystyczny« powstało Towarzystwo z siedzibą w Krakowie, mające na celu rozbudzenie ruchu turystycznego i ściągnięcie turystów z zagranicy do Galicyi. Ponieważ działalność tego Towarzystwa może przynieść niemały pożytek krajowym zdrojowiskom i przyczynić się do ich rozwoju, przeto pomysł stworzenia »Związku« zasługuje na uznanie i poparcie także przez koła lekarskie. Pierwsze walne zgromadzenie celem wyboru zarządu »Związku« odbędzie się w Krakowie w drugiej połowie b. m.; przedtem można otrzymać szczegółowe wyjaśnienia i wpisywać się na członków w Prezydyum krakowskiej Dyrekcyi kolei państwowych (Kraków, plac Matejki l. 12).

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich otrzymał p. Antoni Hipolit Kasprzyk, rodem ze Stryszowej w Galicyi.

— Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy gal. odbędzie się 11 czerwca (Porządek dzienny obacz str. 439).

— Zarząd Zakładu w Wysowej zaprzeczał wprawdzie, jakoby z roku na rok obniżał płacę lekarza zakładowego, jednakże szczegółowe badania, podjęte przez Redakcyę »Głosu lekarzy« (Nr 11) dowiodły, że tak było istotnie, a zarazem zapobiegły dalszemu deprecyonowaniu, gdyż po odmownej odpowiedzi kilku lekarzy, ostrzeżonych wiadomością w »Głosie«, zarząd ofiarował nieco większą płacę.

— Zamiast wieńca na trumnę ś. p. dr Macha złożyli drdr: Gürsching, Halarewicz, Porycki, Gwozdecki, Czerwiński, Stein, Damm, Terlecki, Schaff i aptekarz Wallner 54 kor. na fundusz wdów i sierót Tow. Samopomocy.

Lwów. XI posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się 1 czerwca 1906 r. 1) dr Selzer przedstawił chorą 23-letnią, która w kilka miesięcy po pobiciu przez męża cierpieć poczęła na silne bole głowy i zauważyła że nos,

się jej powiększa. W szpitalu stwierdzono powiększenie nosa, warg, szczęki dolnej i kości palców u nóg i rąk; skóra blada, sucha, pole widzenia zwężone, przeczulica po prawej stronie ciała; drgawki zauważono tylko 2 razy. Rozpoznano akromegalię. 2) dr Świątkiewicz Józef mówił: »O leczeniu tocznia eugallolem« (przedstawiając chorych). Obok maści eugallolowej stosuje również okłady z eugallolu, mianowicie w tych przypadkach, w których wydzielina chorej tkanki nie dopuszcza do dokładnego zetknięcia się maści z tkanką. Prelegent stosuje przez 3—4 dni okłady z płynu Burowa 1:5, a po upływie tego czasu eugallol, jako okład przez 24 godzin, pokrywając okład ceratką Billrotha, watą i opaską. Po 24 godz. zdejmuje okład z eugallolu, a stosuje okład zwykły, by zmniejszyć nieznaczne zapalenie skóry, wywołane eugallolem i złagodzić bole. Po następnych 3 dniach stosuje zwykłą maść borową aż do zupełnego wyleczenia. Wyniki takiego leczenia są dotychczas bardzo dobre. W dyskusyi prof. Łukasiewicz, który osobiście jest zwolennikiem operacyjnego leczenia tocznia, przyznaje, że w pewnych przypadkach (gdzie toczeń zajmuje całą skórę lub większą jej część) operacyi użyć nie można i tu eugallol oddaje dobre usługi. 3) a) Prof. Gluziński przedstawia płuco z przypadku, dotyczącego 51-letniego kominiarza. Chory dawniej przebywać miał kilkakrotnie zapalenie płuc; zgłosił się do kliniki ze skargami na gorączkę, dreszcze, kłucie w kl. piersiowej, kaszel i obrzmiewanie twarzy, szyi, kończyn górnych, występujące głównie rano po kaszlu. Badanie stwierdziło stłumienie w szczycie prawym, sięgające do 2 żebra, drżenie tamże zniesione, szmery oddechowe niesłyszalne, w dolnych częściach opłucnej wysięk surowiczy. W lewem płucu objawy rozedmy. Ze względu na dość szybko powiększające się stłumienie w płucu prawem przypuszczano raka płuca, co też sekcya potwierdziła. Rak wychodził z oskrzeli, wrastał w żyłę główną górną. b) Okazuje wątrobę z przypadku, dotyczącego 28-letniego chorego, cierpiącego na żółtaczkę i ogólny niedorozwój. W klinice zapadł chory na zapalenie płuc, które zakończyło się śmiercią. Badanie pośmiertne stwierdziło utrzymaną grasicę, gruczoł tarczowy zmniejszony, serce w całości przerosłe, wątroba powiększona, okazująca cechy marskości, śledziona znacznie powiększona. Prof. Gluziński przypuszcza, że stan grasicy i gruczołu tarczowego stoi w pewnym związku z ogólnym niedorozwojem, a z drugiej strony ze zmianami śledziony i wątroby. W dyskusyi przemawiał prof. Wiczkowski.

— Porządek dzienny posiedzenia Towarzystwa lek. lwowskiego w d. 8 czerwca b. r.: 1) doc. Rencki: »Polycythaemia cum splenomegalia et cyanosi»; 2) dr Fels: »720 zamachów samobójczych, zebranych z lwowskiej stacyi ratunkowej«.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Józef Czesław Kajetan 3 im. Jasieński z Kasztowiec w Galicyi.

Warszawa. W Warszawie zaczął wychodzić w Maju pod redakcyą Wład. R. Kozłowskiego dwutygodnik »Ruch«, poświęcony sprawie wychowania fizycznego i wogóle normalnego rozwoju ciała. Redaktorem odpowiedzialnym we Lwowie jest dr Eugeniusz Piasecki. Nr 1 »Ruchu« zawiera prócz słowa wstępnego artykuły: dr J. Peszkego »Jędrzej Śniadecki«, dr J. Bogdanika »Fizyczne wychowanie dzieci« Jędrzeja Śniadeckiego w świetle pojęć dzisiejszych«, dr E. Piaseckiego »Nieco o gimnastyce szwedzkiej«, J. Kühna »Slojd szkolny«, Wł. R. K. »Metoda japońska« i drobniejsze wiadomości. W liście współpracowników znajduje się kilkadziesiąt nazwisk z Warszawy, Lwowa, Krakowa, z Danii i Szwecyi.

— Wskutek złożenia urzędu prezesa przez dra Dunina, wybrało Towarzystwo lekarskie warszawskie d. 28 maja prezesem dotychczasowego wiceprezesa, dra W. Kamockiego.

— Kurs bakteryologii, szczególnie mleczarskiej i rolniczej, odbędzie się od 15/VI do 1/VII b. r. w Zakładzie bakteryologicznym dr Serkowskiego w Łodzi.

— Stosunki w szpitalach warszawskich maluje drobny, ale znamienny fakt, że w szpitalu św. Rocha szczur nadgryzł ucho śpiącemu posługaczowi szpitalnemu (»Zdrowie« Nr 5).

— W Lublinie ma powstać muzeum higieniczne staraniem tamtejszego oddziału warszawskiego Tow. higienicznego.

— »Gazeta lek.« (Nr 21) podaje pogłoskę, że »Przegląd chirurgiczny« przestał wychodzić.

Petersburg. Rada profesorów żeńskiego instytutu lekarskiego postanowiła przyjmować na V kurs i dopuścić do egzaminów lekarskich także słuchaczki wszechnic zagranicznych, jeżeli udowodnią, że za granicą słuchały odpowiednich przedmiotów. Internat, istniejący przy instytucie, będzie zwinięty, a nazwa instytutu zmienioną na »Instytut lekarski«, aby mogła się zapisywać młodzież obojga płci.

Z różnych stron. W świeżo wybranym parlamencie francuskim zasiada niemnicj, jak 46 lekarzy!

— I we Francyi, jak wszędzie, liczba słuchaczy medycyny znacznie spadła wskutek pogorszenia się warunków bytu lekarzy. W roku 1895 uczęszczało na medycynę rodowitych Francuzów 7,779 — a w r. 1906 — 6,735. Jeszcze znaczniej spadła liczba cudzoziemców, zdążających do Francyi na studya lekarskie, bo w ciągu dziesięciolecia z 1,137 na 604. Przyczyną tego są, zdaniem prasy lekarskiej francuskiej, czynione cudzoziemcom trudności; ale zapewne nietylko one, lecz i to, że gwiazda medycyny francuskiej zbladła, a w urządzeniu studyów przestała Francya dotrzymywać kroku innym krajom.

— Wspomniany w Nrze 22 »Przeglądu lek.« projekt utworzenia osobnego ministeryum zdrowia odnosi się do Prus, nie do Rzeszy Niemieckiej, posiadającej już osobny »Reichsgesundheitsamt«.

Powołani: Prof. Garré z Wrocławia na miejsce Czernego do Heidelbergu.

Mianowani: Ginekolog doc. Füth, otyatra doc. Preyssing z Lipska profesorami Akademii lekarskiej w Kolonii; prof Rummo z Palermo dyrektorem kliniki lekarskiej w Neapolu; doc. Dalén profesorem oftalmologii w Lund; dr Tedeschi profesorem pedyatryi w Padwie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr 21. Schoeneich: Refraktometryczne badania surowicy krwi. Puławski: W kwestyi żywienia się naszej inteligencyi.

— *Medycyna* Nr 21. Ettinger: Przypadek nagłego ucisku klatki piersiowej i brzucha z następczymi wylewami krwi, obrzękiem i sinicą twarzy i szyi. Grosglik: (dok. z Nr 20). — Nr 22. Orgielbrand: Miażdżyca aorty u królików pod wpływem zastrzykiwań dożylnych roztworu chlorku barowego. Rzętkowski: O niektórych zaburzeniach w czynnościach mięśnia sercowego w świetle najnowszych badań.

— *Tygodnik lekarski* Nr 22. Spira: Przyczynek do zachowawczego leczenia przewlekłego ropienia ucha środkowego zapomocą preparatów formalinowych. Blumenfeld: (dok. z Nr 21).

— *Krytyka lekarska* Nr 6. Biegański: Pojęcie przyczynowości w biologii (c. d.). Kramsztyk: Notatki językowe.

— *Przegląd higieniczny* Nr 6. Papée: Choroby weneryczne, ich rozszerzenie i zapobieganie. Gizelt: (dok. z Nr 5).

— *Zdrowie* Zesz. 5. Dobrowolski: Jaką powinna być rzeźnia higieniczna. Korybut-Daszkiewicz: O żywieniu niemowląt surowem mlekiem koziem. Męczkowski: W sprawie niższej służby szpitalnej.

— *Głos lekarzy* Nr 11. Mikołajski: Czy lekarz sądowy ma prawo zdjąć opatrunek w nieobecności lekarza ordynującego? Mikołajski: Z lwowskiej komisyi przeciwgruźliczej. Ciąg dalszy artykułów z Nr 10.

— *Przegląd zdrojowy* Nr 5. Damański: Kilka słów o zastosowaniu wody iwonickiej w pewnych postaciach miażdżycy tętnic. Skórczewski: (c. d. z Nr 4).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr 4. Regiec: O działaniu wód rymanowskich na skazę moczanową i niektóre choroby przewodu pokarmowego.

— *Časopis lékařův českých* Nr 22. Plavec: Hlavni a vedlejši učinek theocinu. Libensky: Ke kasuistice spontánních fraktur. Babor: (dok. z Nr 21). Pexa: Ataxie z disseminované encefalomyelitidy.

— *Russkij Wracz* Nr 18. Timaszew i Romanow: Przypadek mnogich guzów zwapniałych w tkance podskórnej i w skórze. Kirikow: (c. d. z Nr 17). Rubel: Spokój czynnościowy płuca i kojarzenie ruchów oddechowych w gruźlicy płuc. — Nr 19. Łangowoj: Spostrzeżenia nad działaniem szczepionki płoniczej. Geisler: Przyczynek do symptomatologii zatkania tętnicy krezkowej. Kirikow: (dok. z Nr 19). Antonowa: O wytwarzaniu kreatyniny przez bakterye. Herasimowicz: Maślanka jako środek leczniczy i odżywczy.

— *Semaine médicale* Nr 22. de Bovis: Pozorne przedziurawienia macicy w toku zabiegów wewnątrzmacicznych.

— *Presse médicale* Nr 35. Hayem: Nowy przypadek kiły żołądka. — Nr 42. Jeannin: Syncytyum, jego rola fizyologiczna i patologiczna. Calmette, Guerin i Deléarde. Jelitowe pochodzenie gruźliczych zmian w gruczołach tchawiczno-oskrzelowych. Desfosses: Metodyczne zabezpieczenie od zimnicy. — Nr 43. Dieulafoy: Wielu chorych, dotkniętych prostem śluzowobłoniastem zapaleniem kątnicy

operuje się jakoby z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, choć go nie mają.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 22. Kraus: O jadach przecinkowca cholery i pokrewnych mętwików. Nobl: Przyczynki do odporności krowiankowej. Fischer: O szczególnym zaniku włókien rdzennych w korze mózgowej przy porażeniu. Velich: Badania wpływu układu nerwowego na tętno. Ullmann: Moje wyniki zapomocą surowicy przeciwgruźliczej Marmorka. Heil: Krótkie doniesienie o przypadku podwójności narządów płciowych żeńskich.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 22. Dieudonné: Czynne uodpornienie przeciw chorobom zakaźnym. Fornet: W sprawie hodowania prątka durowego ze krwi. Loele: O użyciu formaliny przy sposobie Uhlenhutha. Köster: Z kazuistyki polycytemii, zarazem przyczynek do etyologii migreny ocznej. Martin: Przypadek cięcia cesarskiego przy niedrożności jelit. Bier: W sprawie historyi znieczulenia rdzeniowego. Fink: Leżalnie dla chorych na kamienie żółciowe. Gebele: Sprawozdanie roczne z ambulatoryum kliniki chirurgicznej w Monachium. Arneth: Kilka dalszych uwag o rentgenizacyi w białaczce. Rosenstern: (dok. z Nr 21). Ranke: Rozwój kliniki dziecięcej w Monachium 1887—1906.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 22. Lewin: O najwyższych dawkach leków, niezawartych w niemieckim lekospisie. Rabinowitsch: O samorodnej gruźlicy u małp. Hoffmann i Beer: Dalsze wiadomości o wykrywaniu krętka bladego w tkankach. Krienitz: O pojawianiu się krętków rozmaitej postaci w treści żołądka przy raku żołądka. Alexander i Schlesinger: O wartości odczynu Sahliego. Richartz: W sprawie dny trzew, w szczególności postaci żołądkowo-jelitowych. Boveri: O działaniu jodu na miażdżycę tętnicy głównej, wywołaną przez adrenalinę. Riese: Pojedyncza torbiel bąblowcowa krezki. Seeligmann: Przypadek donoszonej ciąży brzusznej z usadowieniem się łożyska na dolnej powierzchni wątroby i pęcherzyka żółciowego matki. Canon: Czy używane w wiewiórze ostrym u mężczyzn wstrzykiwania są postępowaniem odpowiedniem?

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 23. Pick: W sprawie patologii akroparestezyi. Milchner i Wolff: W sprawie tworzenia się leukotoksyn przez naświetlanie rentgenowskie. Holländer: Leczenie gruźlicy błon śluzowych. Meyer: O rynologicznem leczeniu łzawienia. Kast. Mohr: (dok. z Nr 22); wykłady ze zjazdu balneologów.

Redakcya otrzymała: Podciechowski: Aphrodisiaca. Odb. z „Czasop. lekar." 1906. — Śliwiński: O nowoobrazowanii kosti i kostnaho mozga w poczkie u krolika. Rozpr. dokt. Petersburg. 1906. — Lemberger i Droba: Komentarz do VIII. wydania farmakopei austryackiej. Kraków 1906. Zesz. I.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie **sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galicyjskich** odbędzie się w **poniedziałek d. 11. czerwca 1906** o godzinie 6 wieczór w szpitalu powszechnym w **Jarosławiu.**

Na porządku dziennym: 1) Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia. 2) Demonstracya chorych, kol. dr Fechter. 3) „O najnowszych środkach leczniczych" referat kol. dr Haendla. 4) Wnioski wybranej komisyi w sprawie „Taryfy za czynności lekarskie". Z uwagi, że uchwalone taryfy po uzyskaniu potwierdzenia Izby lekarskiej będą obowiązywać wszystkich kolegów do sekcyi przynależnych, a więc sprawa jest bardzo ważną, upraszamy o jaknajliczniejsze przybycie.

Z biura sekcyi jarosł. Tow. lekarzy galic.

Dr Fechter	*Dr Puzon*	*Dr Czyżewicz*
sekretarz naukowy.	sekr. administracyjny.	przewodniczący

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Protargol poleca ponownie M. Steinkühler, (*Wochenschrift f. Ther. u. Hyg. des Auges* 1905, Nr 5), kładąc nacisk na to, że zdarzające się niekiedy objawy podrażnienia są wynikiem niewłaściwego sporządzania rozczynu. Należy go sporządzać świeżo i z wodą zimną, a nie wśród ogrzewania. Ponieważ aptekarze często od tej zasady odstępują, należy dodawać na recepcie *»recenter et frigide parand.«*. W tym samym duchu pisze o protargolu prof. Königshofer (*Deutsche med. Wochs.* 1905, Nr 50). Skłonność do szybkiego rozkładu nie pozwala na używanie rozczynu starszego nad 8 dni. *L.*

Teocynę uważa Mitterer (*Wiener med. Presse* 1905, Nr. 45) na podstawie poczynionych doświadczeń za znakomity środek moczopędny. W 1 przypadku uzyskał 15 l. moczu na dobę. Szczególnie nadaje się teocyna do leczenia obrzęków na tle chorób serca i nerek, natomiast w innych przypadkach i przy wysięku opłucnym działanie jest mniej pewne. Rozpoczynając od dawek małych 0·25 i nie podając teocyny na czczo, uniknąć można opisywanych niekiedy przykrych objawów ubocznych. Najłatwiej rozpuszcza się *theocin. natr. acet.* i to najwygodniej w oryg. kołaczykach Bayera po 0·25. Jeżeli niema skutku po 2—3 dniach, należy środek odstawić, lecz po jakimś czasie znowu spróbować, gdyż wtedy może, jak doświadczenie uczy, mimo poprzedniego zawodu okazać się skutecznym. *L.*

Lysoform potwierdza zdanie R. Kocha, że siła środków odkażających chemicznych znacznie się wzmaga przez ogrzanie. Z wyjątkiem sublimatu przewyższa lysoform wszystkie inne środki co do własności bakteryobójczych, a działanie to wzmaga się znacznie przez ogrzanie do 37—40° C., jak się przekonano na gronkowcach i prątkach durowych. Zdaje się, że po ogrzaniu następuje dyssocyacya i formaldehyd działa w charakterze czynnym. Nie należy jednak ogrzewać ponad 40°. *H.*

Haemostan jest środkiem przeciwkrwotocznym nietrującym, z tego powodu ma wyższość nad sporyszem. Nadaje się do długiego stosowania. Wskazania: krwotoki maciczne, obfite regularności, niezupełne zwinięcie się macicy po porodzie, krwotoki w okresie przejściowym. Skład: *extr. hydrastis, e. gossypii, e. hamamelidis, chin. mur., pulv. rad. hydrast.* Kołaczyki obleczone cukrem, o 40 prc. tańsze od innych podobnych przetworów, podaje się 3 razy dziennie po 3 po jedzeniu. Wskazane leczenie 6-tygodniowe, przyczem w dniach wolnych od krwotoku zmniejsza się ilość pastylek do 3 razy po 2. Próbki i prospekta rozsyła na żądanie apteka „Austria" we Wiedniu. *A.*

Rok XLV. Kraków 16 Czerwca 1906. Nr 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O cięciu cesarskiem pochwowem i bocznem wysokiem rozcięciu szyjki (cztery przypadki z praktyki prywatnej).

Podał

Dr Emanuel Herz,

lekarz chorób kobiecych w Rzeszowie.

Nowoczesne starania ginekologów, aby niektórym zabiegom operacyjnym, które dotychczas wykonywano wyłącznie na klinikach, nadać prawo obywatelstwa w praktyce, t. j. umożliwić wykonanie ich w domu prywatnym i przez lekarzy-praktyków, — znalazły z jednej strony wielu zwolenników, z drugiej zaś jeszcze więcej przeciwników.

Mam tu na myśli przedewszystkiem dwie, niedawno podane operacye położnicze, a mianowicie: cięcie cesarskie pochwowe i pubiotomię. Jeżeli się zważy, z ilu trudnościami lekarz-praktyk, nie mający wielkiej wprawy w położnictwie i spotykający się z przypadkami położniczymi dość rzadko, musiałby walczyć w domu prywatnym, przystępując do pubiotomii, lub cięcia cesarskiego pochwowego, to każdy przyzna słuszność tym ginekologom, którzy oświadczają się za wykonywaniem tych zabiegów jedynie przez lekarzy specyalistów.

W tym duchu przemawiają obecnie Henkel („Zentralblatt für Gyn.", 1906, Nr. 8), który obie te operacye uważa za czysto specyalistyczne i nie przypuszcza, aby lekarz-praktyk mógł je w domu prywatnym wykonać, jako też i Kroemer („Zentralblatt f. Gyn.", Nr 8, 1906), który nie wierząc w możność wykonania tych zabiegów w domu prywatnym, twierdzi, że chore tego rodzaju w ostatecznej chwili udają się do klinik, gdzie się czują najbezpieczniejsze.

Nawet ci autorowie, którzy są za próbnem wykonywaniem obu tych zabiegów w domu prywatnym, między nimi Schauta i Stoeckel („Zentralbl. für Gyn.", Nr 3, 1906), żądają od lekarza dokładnej znajomości techniki i wskazań do pubiotomii, zaś co do cięcia cesarskiego przez pochwę Uthmöller („Zentralbl. für Gyn.", Nr 10, 1906) twierdzi, przytaczając jeden przypadek, operowany w domu prywatnym, że trudności, z jakiemi się tu lekarz spotykać może, są czasem niepokonane; doradza więc, by chore w takim razie koniecznie przenieść do kliniki.

Jest to jednak mojem zdaniem za daleko posunięte żądanie, gdyż po pierwsze nie zawsze klinika jest pod ręką, powtóre u chorych, u których postanowiono wykonać cięcie cesarskie przez pochwę, nie można zabiegu odwlekać, gdyż częstokroć rychłe wykonanie zabiegu rozstrzyga o ich losie.

Na uzasadnienie mego twierdzenia niechaj mi wolno będzie zdać sprawę z czterech przypadków, które miałem sposobność operować nietylko w domu prywatnym, ale, co więcej, dwa z nich w chacie wiejskiej, w najniekorzystniejszych warunkach higienicznych, a które przecież ukończyły się prócz jednego bardzo pomyślnie. Były one następujące:

I. Stwardnienie szyjki macicznej u starszej pierworódki.

Dnia 18 kwietnia 1905 zawezwano mnie o godzinie 11 przedpołudniem do M. F. do Przybyszówki (wsi $^1/_4$ mili od miasta oddalonej). Rodząca małego wzrostu, dobrze zbudowana i odżywiona, liczy lat 34. Nigdy nie rodziła, ani też nie roniła. Cierpiała tylko na obfite białe upławy i miewała na dwa dni przed miesiączką dość znaczne bole w krzyżach i nogach. Ostatnia regularność 10 lipca 1904. Ciepłota prawidłowa. Tętno 78. Bole rozpoczęły się 16 kwietnia nad ranem. Pęknięcie pęcherza płodowego między 5 a 6 wieczorem. Dnia 17 kwietnia przez cały dzień znaczne bole. 18 kwietnia zastałem bole dość silne z dłuższemi przerwami. Brzuch kształtu podłużnego; wielkość odpowiada końcowi ciąży. Grzbiet płodu po stronie lewej; tętno po stronie lewej u dołu wyraźne. Badanie wewnętrzne: Pochwa mało rozpulchniona, dość ciasna. Część pochwowa utrzymana, $1^1/_2$ ctm. długa, nadzwyczaj twarda, nierozpulchniona. Ujście zewnętrzne na koniec palca drożne; brzegi ujścia twarde, niepodatne. Główka w środku miednicy ustalona. Szew strzałkowy zbliżony ku kości krzyżowej. Przednia kość ciemieniowa najniżej i ku przodowi ustawiona. *Obliquitas Naegelii.* Wymiary miednicy: Sp. = 22 ctm. Cr. = $24^1/_2$ ctm., Troch. = 28 ctm., Bd. = $17^1/_2$, C. D. = $9^3/_4$, C. V. = $7^3/_4$. Miednica ogólnie zwężona, płasko-krzywicza.

Ponieważ bole były dobre, a wskazania do ukończenia porodu ani ze strony matki, ani też płodu nie było, postanowiłem czekać do wieczora. Badanie po kilkugodzinnych dobrych bolach stwierdza ten sam stan, co przedtem. Założyłem kolpeurynter do pochwy, lecz gdy ten po 3-godzinnem leżeniu skutku żadnego nie wywarł, założyłem balon gumowy (hystereurynter) do wnętrza macicy, który obciążyłem ciężarkiem ($^1/_4$ kilgr.). Główka płodu prawie na dnie macicy, w tem samem położeniu. Znaczne napięcie dolnego odcinka macicy. Część pochwowa dalej niepodatna, utrzymana, ujście ledwo na mały palec drożne. Tętno płodu 170. Wody płodowe brudne, zanieczyszczone smołką. Wobec tych objawów, widząc, że balon nie zdoła rozszerzyć szyjki tak twardej i że grozi niebezpieczeństwo tak matce, jakoteż i płodowi, wyjąłem balon i posłałem do miasta po drugiego lekarza w celu uśpienia chorej i wykonania cięcia cesarskiego pochwowego. Po dokładnem oczyszczeniu chorej i wyjałowieniu przyrządów, potrzebnych do operacyi, ułożono chorą na łóżku poprzecznem dość wysoko, poczem kol. dr Kraus uśpił ją, a następnie asystował przy cięciu cesarskiem pochwowem, które wykonałem typowo według Dührssena. Krwawienie z ran bardzo nieznaczne. Epizyotomia po stronie lewej. Założyłem kleszcze i wydobyłem po kilku silnych pociągnięciach płód płci męskiej, nieco omdlały, który jednak wnet krzyczał.

Po odejściu łożyska zeszyłem rany szyjki macicznej z przodu 5, z tyłu 6 szwami jedwabnymi, a 6 szwami srom i pochwę. Płód żył tylko 28 godzin. W 3. dniu po porodzie odwiedziłem położnicę. Ciepłota 37·3, tętno 86. Chora ma się dobrze, rany czyste, goją się bez ropienia.

W trzy tygodnie po operacyi przybył do mnie mąż chorej z oświadczeniem, że żona w 12. dniu wstała z łóżka, że czuje się zupełnie zdrową i w celu wyjęcia szwów później się zgłosi.

Chora wyzdrowiała, lecz szwów nie dała sobie wyjąć. Szwy macicy najprawdopodobniej same wypadły, zewnętrzne zaś szwy sromu miała jej wyjąć babka wiejska.

II. Przedwczesne odklejenie się łożyska prawidłowo przyczepionego.

Dnia 14 września 1905 wezwano mnie nagle do wieloródki P. D., u której w 8. miesiącu III. ciąży miały nagle (po upadku na ziemię z powodu potknięcia się o próg) wystąpić wymioty, omdlenie i krwawienie z części rodnych. Kobieta 26-letnia, nadzwyczajnie blada. Tętno ledwo wymacalne, szybkie, nieregularne, małe. Ciepłota 36·2° C. Chora nie oddziaływa na pytania. Powieki przymknięte. Brzuch znacznie powiększony, kształtu półkulistego. Wyraźne chełbotanie cieczy w nim zawartej. Części drobnych płodu mimo dokładnego obmacywania znaleźć nie można. Tętna płodu nie słychać. Na zapytanie, jak dotychczas rodziła i czy przedtem była zdrowa, odpowiada mąż, że rodziła lekko, lecz po każdym porodzie, po odejściu łożyska znaczne miewała krwawienia, a po ostatnim porodzie krwotok miał być tak groźnym, że trzeba było zawezwać pomocy lekarskiej i ledwo udało się uratować kobietę niezmiernie już niedokrwistą. Krwawienia te miały się u niej powtarzać prawie co kilka dni w połogu, gdy się tylko ruszyła w łóżku, a nawet w 3 i 4 tygodnie po porodzie zdarzało się, że nagle bez przyczyny występował krwotok. Później dowiedziałem się przez dokładniejsze zapytania, że u chorej tej po każdem stłuczeniu się występowały niezwykle rozległe sińce w miejscu uderzonem, że po przypadkowych skaleczeniach uchodziło zawsze dużo krwi i że często bywały bez powodu krwotoki z nosa. Zresztą nigdy nie chorowała. W moczu nie zauważyła żadnych nieprawidłowości, nogi nigdy nie były obrzmiałe.

Mieliśmy zatem w danym przypadku krwawiączkę (*haemophilia*), która wywołała przedwczesne odklejenie się łożyska, prawidłowo wysoko przyczepionego i znaczny krwotok. Badanie wewnętrzne: Pochwa prawidłowo rozpulchniona. W tylnem sklepieniu skrzepy krwi, po których usunięciu szyjka maciczna przedstawia się jako stożek, na falangę długi, dość rozpulchniony, przepuszczający koniec palca. Przez pochwę można wyczuć ciastowato miękką treść macicy, zresztą nic więcej. Ujście wewnętrzne szyjki zamknięte.

Ponieważ stan chorej coraz bardziej się pogarszał, tętno prawie zanikało, a chora bez ustanku mdlała, nie pozostało nic innego, jak wykonać czemprędzej zabieg, pozwalający wydobyć płód i usunąć źródło krwotoku. I tak bez żadnej pomocy umiejętnej (z powodu oddalenia 2 mil od miasta nie mogłem czekać na przybycie drugiego lekarza, gdyż chora byłaby pierwej życie skończyła) — musiałam chcąc nie chcąc przystąpić do cięcia cesarskiego pochwowego, gdyż o rozszerzaniu balonem tu mowy być nie mogło wobec wzmagającego się krwotoku i złego ogólnego stanu chorej. Do asysty użyłem męża chorej, któremu sam oczyściłem i odkaziłem jak najdokładniej ręce. Chorą wzięto na stół, dwie kobiety wiejskie przytrzymały nogi i bez uśpienia wykonałem operacyę również typowo sposobem Dührssena. Krwawienie nieco obfitsze, niż w przypadku pierwszym; było jednak tyle miejsca, że wygodnie mogłem dostać się ręką do wnętrza macicy i wykonać obrót na nóżkę płodu, który też zaraz wydobyłem, poczem wypadło łożysko wraz z kilkoma skrzepami krwi wielkości pięści. Ponieważ jednak znaczne krwawienie nie ustawało, zmuszony byłem dodatkowo wprowadzić rękę do macicy, by wyjąć kilka skrzepów i kawałki błon płodowych, nadto przestrzykać macicę gorącą wodą, poczem dopiero macica dobrze się skurczyła. Założenie szwów (w górze i dole po 5). Ponieważ z wnętrza macicy podczas szycia krwawi, tamponada wnętrza i szyjki gazą jodoformową. Krwawienie ustało. Wlewania roztworu fizyologicznego soli 250 gramów, a po pół godzinie powtórnie tyleż. Po kilku godzinach przychodzi położnica do siebie, tak że tętno staje się lepiej wyczuwalnem. Pozostałem całą noc przy chorej. Po dalszych 2 godzinach znów 250 gr. roztworu fiz. podskórnie, a nad ranem ta sama dawka. Chora miała się stosunkowo dość dobrze. Tętno 122, wyglądanie ogólne o wiele lepsze, tak że mogłem ją teraz bez obawy o jej stan opuścić. Nazajutrz t. j. dnia 15 września, odwiedziwszy ją, przekonałem się naocznie o jej dobrym stanie. Tętno 120, ciepłota 38·1.

Odtąd odwiedzałem położnicę co drugi dzień. W trzecim dniu po porodzie wyjąłem gazę. Krwawienia więcej nie było. Ergotyna wewnętrznie. Dalszy przebieg bezgorączkowy. Chora wyzdrowiała. W cztery tygodnie wyjąłem szwy. Blizny szyjki tylko w dolnej części, obok ujścia zewnętrznego wyczuwalne i widoczne.

III. Drgawki porodowe (*eclampsia*) u 18-letniej pierwiastki.

Dnia 15 grudnia 1905 wezwany zostałem do Łańcuta do R. P., u której wśród czynności porodowej dnia 14/12 między 5. a 6. godziną wieczorem miały wystąpić pierwsze napady drgawek. Miały one z początku być rzadsze, później coraz to częstsze i silniejsze, tak że rodząca nie odzyskiwała już przytomności między napadami, które trwały nieustannie przez całą noc. Napadów było aż do mojego przybycia, około godziny 11 przedpołudniem, 30—40.

Chora zupełnie nieprzytomna. *Status eclampticus.* Dobrze odżywiona 18-letnia pierworódka. Tętno małe, 138—142. Ciepłota 39·2° C. Twarz sina, nabrzmiała, objawy ostrego obrzęku płuc i ogólnego zatrucia krwi.

Tętno płodu po stronie lewej u dołu, bardzo przyspieszone. Bole silne, częste. Badanie wewnętrzne: Główka w ułożeniu pierwszem, dobrze ustalona. Szyjka macicy 1 ctm. długa, ujście ledwo na palec drożne.

Wobec tego stanu chorej przystąpiłem o godzinie 12 w południe, przy pomocy kol. dra Fleszara i dra Arzta z Łańcuta do operacyi na łóżku poprzecznem bez uśpienia. Z powodu bliskości pęcherza, którego dolny odcinek oddalony był o 2—3 ctm. od przedniego brzegu zgrubiałej szyjki, zmuszony byłem wykonać nacięcia szyjki i dolnej części macicy nie ku przodowi i tyłowi, jak zwyczajnie, lecz po stronie prawej i lewej na 6—7 ctm.; w ten sposób uniknąłem otwarcia pęcherza, a prowadząc cięcia niezupełnie poziomo, lecz pod kątem 45° skośnie ku dołowi (u kobiety leżącej), spodziewałem się uniknąć zranienia naczyń macicznych, co też rzeczywiście się powiodło, gdyż krwawienie było nieznaczne, nie większe, niż w innych przypadkach. Założenie kleszczy, któremi po wielu silnych pociąganiach wydobyliśmy płód nieżywy, donoszony. Wobec nieznacznego krwawienia ran nie zeszywałem, (miały one zastąpić zamierzony upust krwi), tembardziej, że bardzo słabą była nadzieja utrzymania chorej przy życiu.

Po odejściu łożyska ułożono chorą w łóżku. Krwawienie z części rodnych bardzo słabe. Wstrzyknęliśmy około 250 gramów fizyologicznego roztworu solnego, jednak chora mimo poprawienia się tętna i rzadkości napadów, — przy mnie było jeszcze około 3—4 napadów, — nie odzyskała ani na chwilę przytomności i w nocy z dnia 15 na 16 grudnia umarła.

IV. Stwardnienie szyjki macicy u starszej pierworódki.

Pani A. K. w Rzeszowie, miernie odżywiona, lat 33, od 12 lat zamężna. Nigdy nie rodziła, ani też nie roniła. W roku 1904 wykonano u niej w Krakowie w klinice położniczej rozcięcie szyjki macicy z powodu zwężenia. W dzieciństwie nigdy nie chorowała. Później częste białe upławy i bole przedmiesiączkowe. Regularność pierwsza w 15 roku życia, ostatnia przed obecną ciążą 23 kwietnia 1905. Czynność porodowa rozpoczęła się 20 stycznia 1906. Bole rzadkie, słabe. 21 stycznia bole nieco silniejsze. 23 stycznia znaczne bole porodowe, wieczorem pęknięcie pęcherza płodowego.

Gdy poród mimo silnych bolów i wysiłków rodzącej nie postępował naprzód, zostałem 24 stycznia zrana wezwany do chorej.

Bole silne; rodząca z powodu długotrwałej czynności porodowej dość osłabiona. Brzuch kształtu podługowatego. Grzbiet płodu po stronie lewej; tętno płodu po lewej stronie u dołu, wyraźne, prawidłowe. Krocze wysokie; szpara sromowa nadzwyczaj ciasna. U wejścia do pochwy napotyka palec na dnie miednicy na główkę okrągłą, twardą, w I. ułożeniu ustaloną. Szyjka macicy w tyle, obok kości krzyżowej, prawie na wysokości wzgórka (*promontorium*), tak że nawet trudno palcem się tam dostać. Szyjka 2 ctm. długa, twarda. Ujście zewnętrzne zamknięte. Przednia ściana macicy w dolnej części przez zestąpienie główki płodu nadzwyczaj napięta, wypuklona ku przodowi i bardzo cienka. Nader silne bole, obawa przed pęknięciem macicy i osłabienie rodzącej rozstrzygały o konieczności szybkiego ukończenia porodu.

W uśpieniu chloroformowem (kol. dr Kraus) na stole naciąłem szyjkę macicy (po należytem oczyszczeniu chorej i założeniu dwóch łyżek), którą sobie wprzód z tyłu ściągnąłem i ustaliłem w środku pola operacyjnego zapomocą haczyka Museaux. Cięcie ku przodowi i tyłowi na razie tylko na 4—5 ctm. w nadziei, że bole same dalszego rozszerzenia dokonają.

Jednak wyczekiwanie, a nawet założenie balonu do wnętrza macicy nas zawiodły, gdyż tkanki szyjki były bardzo twarde i niepodatne; przystąpiłem tedy około godziny 10-tej w nocy w powtórnem uśpieniu do cięcia cesarskiego pochwowego według Dührssena. Cięcie z przodu znacznie dłuższe, gdyż dolna część macicy bardzo wydłużona, a pęcherz zupełnie w górze. Z łatwością założyłem kleszcze i wydobyłem płód żywy, donoszony, płci męskiej. Wśród pociągań okazała się nadto potrzeba obustronnej epizyotomii.

Krwawienie nieznaczne tamowałem kleszczykami Peana, a po odejściu łożyska ostatecznem zeszyciem ran, poczem chorą ułożono w łóżku.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy Szwy w 10 dni wyjęto; rany zgoiły się doraźnie. Dziecko żyje; matka w 14 dni opuściła łóżko, oboje zupełnie zdrowi. Blizny macicy gładkie, ledwo wymacalne. (Dok. nast.)

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu lwowskiego pod kierownictwem prof. dr Prusa.

O wpływie karmienia na pobudliwość układu nerwowego u osesków.

Podał

Dr Robert Quest.

(Dokończenie.)

W doświadczeniach moich trzymałem się co do wyboru zwierząt do doświadczenia, jak i dyety (niezawierającej wapna), przykładów, znalezionych w piśmiennictwie w pracach Miwy i Stöltznera[19]), Pfaundlera[20]) i innych, podejmowanych w celu sztucznego wywołania krzywicy.

Do doświadczeń wybrałem 4 psy wielkiej rasy (nowofundlandczyki krzyżowane z seterami) jednego rzutu (ur. 13/V). Dwa z nich, t. j jednego psa (I) maści białej z czarnemi plamami i jedną sukę (II) maści brunatnej, karmiono przez cały przeciąg doświadczenia mlekiem, bułkami, mamałygą, a w ostatnich tygodniach doświadczenia od czasu do czasu odpadkami kuchennymi; drugą zaś parę, t. j jednego psa maści białej z czarnemi plamami (III) i jedną sukę maści brunatnej (IV) karmiono do 21/V, t. j. do końca piątego tygodnia życia wspólnie z pierwszą parą, od 21/VI dodawano im $^1/_8$ kg. mięsa wołowego, a od 25/VI stwierdziwszy, że mięso dobrze znoszą, karmiono oba wyłącznie mięsem wołowem w ilościach $^5/_8$ kg., a od 15/VII w ilości $^3/_4$ kg. na dzień; do picia dostawały psy jedynie wodę przekroploną i to w dowolnych ilościach. Mięso wołowe zawiera nader mało wapna w porównaniu do innych rodzajów mięsa, mianowicie 0,003% CaO (w świeżem mięsie). Jeżeli obliczymy całą ilość wapna, wprowadzoną od 12/VI do 16/VIII, to wynosi ona 1,05 gr.

Pomimo pozornie małych ilości pokarmu przybywało psom, karmionym mięsem, zawsze więcej na wadze, niż drugiej parze, która dostawała obfity pokarm. To samo zauważyli w swoich doświadczeniach powyżej wymienieni autorowie. Mięso było oczywiście lepiej wyzyskane, o czem świadczą również rzadsze i mniej obfite wypróżnienia. Ciężar ciała (w gramach) zachowywał się następująco (patrz tabl. poniżej):

Mniej więcej od 15/VII. zaczynają psy, mięsem karmione, stawać się mniej ruchliwe, sierść ich jest mniej gładką, niż u psów, użytych do porównania.

21/VII. można u nich zauważyć rozpoczynające się osłabienie tylnych kończyn, tak że stawanie na nich przy wspinaniu się na ściany klatki staje się już nieco mozolne. Na przednich łapkach rozwijają się znamienne obrzmienia nasad kostnych, a na klatce piersiowej typowy różaniec nasad żebrowych[21]).

25/VII. Psy mięsem karmione okazują od dnia poprzedniego znaczniejsze zmiany w narządach statycznych. Chód ich staje się chwiejny, często ślizgają się na tylnych łapkach. 5/VIII. mogą się zaledwie przez chwilę przy karmieniu utrzymać na tylnych łapkach, poczem wyciągają je wstecz; chcąc się przenieść z miejsca na miejsce czołgają się zazwyczaj na pośladkach; szczególnie wpada w oczy wązkość miednicy. 12/VIII. Przy dotykaniu odczuwają widocznie bóle — skomlą i piszczą. 15/VIII. U psa (III) pojawia się poraz pierwszy brak łaknienia, natomiast suka (IV) zjada swoją porcyę z apetytem. Wystąpienie bólów samorodnych. Częste skomlenie.

Data	Psy karmione prawidłowo		Psy karmione mięsem	
	Pies I	Suka II	Pies III	Suka IV
10. VI.	1690	2070	1990	1920
21. VI.	1950	2420	2300	2500
2. VII.	2700	2470	2670	3150
15. VII.	3320	3370	3150	3290
21. VII.	3360	3430	3370	3550
30. VII.	3470	3800	3650	3680
8. VIII.	3750	4190	4250	4400
20. VIII.	4500	—	—	—

16/VIII. Przedsięwzięto badanie elektryczne u wszystkich 4 psów prądem faradycznym i galwanicznym. Elektrodę obojętną (5·5 cm.² szerokości) przymocowano do brzucha, drugą (1·5 cm.² szerokości) przykładano do zgięcia łokciowego łapki przedniej. Przytem znaleziono następujące dane co do pobudliwości nerwów:

Pobudliwość elektryczna układu nerwowego obwodowego:

		Psy karmione prawidłowo		Psy karmione pokarmem ubogim w wapno	
		Pies I	Suka II	Pies III	Suka IV
farad. odstęp cewek mm.		101	98	115	138
S. Z. K.	M. A.	2.5—3	3.5—4	2	2
S. Z. A.	M. A.	4.5	6.5—7	1.5	1.4
S. O. A.	M. A.	4.8	8.5	3	3.8
S. O. K.	M. A.	10	14	3.4	4.2

Z liczb powyższych widzimy, że pobudliwość układu nerwowego obwodowego psów, żywionych pokarmem, w którym brak prawie zupełnie wapna, jest tak na prąd faradyczny, jak i galwaniczny znacznie wzmożona. Stosunkowo najmniejszą jeszcze różnicę okazuje skurcz przy zamknięciu katody (S Z. K.). Liczby te zbliżają się jednak i w tężyczce często bardzo do liczb prawidłowych.

Nadzwyczaj wielkie różnice zachodzą natomiast pomiędzy liczbami dla skurczu przy otwarciu katody (S. O. K.), a są to właśnie te liczby, które w stanie tężyczkowym mają największe znaczenie i są według badań Thiemicha[22])

[19]) Miwa i Stoeltzner: Beiträge zur pathol. Anatomie und zur allgem. Pathologie. Bd XXIV.

[20]) Pfaundler: Jahrb. f. Kinderheilk. Bd LX P. 149.

[21]) Chciałbym tutaj nadmienić, że według badań histologicznych Miwy i Stöltznera (l. c.) nie jest to właściwa krzywica, jeno sprawa chorobowa, nazwana *osteoporosis*.

[22]) Thiemich: Ueber Tetanie u. tetanoide Zustände. Jahrb. für Kinderheilk. Bd 51.

i Manna[23]) dla tego stanu objawem wprost swoiście znamiennym. W tężyczce znaleźli Thiemich i Mann oprócz tego w większości przypadków znamienny stosunek pomiędzy skurczem przy otwarciu anody (S. O. A.), a skurczem przy zamknięciu anody (S. Z. A.), a mianowicie, że skurcz przy otwarciu anody wcześniej występuje, niż przy jej zamknięciu, a więc przeciwnie, jak w stanie prawidłowym. Tego przestawienia wartości w naszych przypadkach nie ma. Uwagi godnem jest atoli, że skurcz przy zamknięciu anody powstaje już wcześniej, niż przy zamknięciu katody; jestto jednak skurcz szybki, nie — jak w odruchu zwyrodnienia — robaczkowaty.

Widzimy tedy, że pod wpływem stosowania pokarmu, w którym (prawie) brak wapna, możemy u młodych szczeniąt wywołać doświadczalnie stan zwiększonej pobudliwości układu nerwowego obwodowego, przypominający pod wielu względami stosunki, znajdowane w tężyczce.

Po otrzymaniu takich wyników było rzeczą ciekawą zbadać, czy drażnienie kory mózgowej u tych psów prądem elektrycznym wykaże także różnice, podobne do tych, jakie Sabbatani wywoływał przez przykładanie rozczynów, wyciągających wapno z kory mózgowej.

W tym celu odsłonięto korę mózgową u jednego psa prawidłowo karmionego, (drugiego zachowano dla innych celów przy życiu), i u dwóch karmionych jadłem, zawierającem mało wapna, zapomocą trepanacyi czaszki (bez użycia środków znieczulających). Przy zastosowaniu prądu faradycznego przekonano się jednak, że tu prawie żadnych różnic stwierdzić nie można. Drażnienie kory mózgowej dało następujące wyniki:

	suka II	pies III	suka IV.
mm. odstępu cewek	60	65	65

Co do pobudliwości kory mózgowej, nie można stwierdzić różnicy pomiędzy oboma rodzajami psów. Kora mózgowa jest jednak i u psa, w sposób zwyczajny karmionego, bardzo mało pobudliwa, co odpowiada zupełnie wynikom badań Soltmanna[24]), który przekonał się, że ośrodki ruchowe kory mózgowej nowonarodzonych szczeniąt są dla prądu elektrycznego z początku wogóle nie pobudliwe i że pobudliwość ich rozwija się powoli, gdy przeciwnie wartości elektryczne dla systemu nerwowego obwodowego daleko prędzej się wzmagają.

Po stwierdzeniu powyższych wartości wyjęto mózgi i określono ilość zawartego w nich wapna.

W tym celu roztarto je (nie usuwając opon i naczyń), wysuszono w suszarce aż do osiągnięcia stałej wagi i spopielono. W popiele strącono naprzód żelazo, a potem oznaczono sposobem wagowym wapno jako CaO.

Mózg	Ciężar mózgu	% suchej subst. [25])	CaO%
II.	67·11 gr.	19·3	0·012
III.	66·75 „	16·05	0·011
IV.	62·10 „	16·01	0·012

Widzimy więc, że pomimo tak długotrwałego stosowania dyety, zawierającej mało wapna, mózgi nic tego składnika nie utraciły. Innych narządów pod tym względem nie badano, tylko krew, w której jednakowoż znaleziono różnicę: u psa, żywionego zwyczajnie, wynosi odsetek wapna we krwi 0,014%, u psów, karmionych mięsem — 0,010%.

Badania moje dowiodły, że w układzie nerwowym obwodowym możemy pobudliwość, — która według badań Soltmanna, Westfala, Thiemicha i Manna już w stosunkach prawidłowych w przeciągu kilku pierwszych tygodni życia osiąga wartości, znajdowane u dorosłych, — przez usunięcie wapna znacznie zwiększyć i doprowadzić do stopnia, jaki znajdujemy w tężyczce. Stan ten musimy uważać za skutek zmniejszonego dowozu wapna.

Pobudliwości kory mózgowej nie mogliśmy w naszych doświadczeniach zwiększyć, leży to jednak w naturze rzeczy, gdyż nie zdołaliśmy zmniejszyć jej zawartości wapna; widocznem jest tedy, że albo doświadczenie trwało za krótko, albo, że do osiągnięcia tego celu potrzebny jest inny sposób przeprowadzenia doświadczenia.

Co się tyczy wniosków, jakieby z powyższych wyników doświadczeń na zwierzętach wysnuć można dla leczenia tężyczki, to na to pytanie przy dzisiejszym stanie nauki nie można dać jeszcze zadowalniającej odpowiedzi, a to z tego właśnie powodu, że wymiana materyi co do soli wapniowych nie jest jeszcze dostatecznie znana. W piśmiennictwie znalazłem kilka doświadczeń nad działaniem wapna (podawanego bądźto wewnętrznie, bądźto podskórnie) w kilku przypadkach padaczki (Roncoroni l. c.), zresztą nic pewnego znaleźć nie mogłem.

Że przez podawanie jedynie większych dawek wapna nie osiągniemy w tężyczce zamierzonego celu, to rzecz pewna, wiemy bowiem, że tak krzywica, jak i tężyczka rozwijają się właśnie przy karmieniu mlekiem krowiem, które zawiera według badań Bungego i Soxhleta 5—6 razy tyle wapna, co mleko kobiece. Nadto Bartenstein[26]) zdołał przez wyłączne żywienie mlekiem krowiem u morskich świnek wywołać chorobę, której głównem znamieniem jest nieprawidłowe zwapnienie kości. Zwierzęta tracą przytem 1,43 do 1,78% ogólnej ilości wapna, w porównaniu do zwierząt prawidłowych.

Zdaje się tedy, że w tym przypadku będzie rzeczą główną pytanie, w jakiej postaci mamy podawać wapno, ażeby ustrój mógł je sobie przyswoić, a możliwem jest także, że i inne części, bądźto mineralne, bądźto organiczne, wchodzące w skład pokarmu, nie są obojętne w sprawie zatrzymania wapna w ustroju.

W ten sposób tylko możnaby sobie wytłómaczyć fakt, że, jak to stwierdza wielu klinicystów, pewien wpływ na stan tężyczkowy wywiera fosfor, a więc ten sam środek, który bywa zalecany, jako swoisty niejako lek przeciw krzywicy. Według niektórych autorów właśnie tej ostatniej

[23]) Mann: Monatsch. f. Psych. u. Neurolog. 1900.

[24]) Soltmann. Experimentelle Studien über die Functionen des Grosshirns der Neugeborenen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. IX. N. F. Über einige physiol. Eigentümlichkeiten der Muskeln und Nerven des Neugeborenen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XII. N. F.

[25]) Tu nadmienić należy, że mózgi psów Nr III i IV okazują większą wodnistość, niż mózg psa Nr I; pozostaje rzeczą nierozstrzygniętą, czy przypadkowo pokarm. obfitujący w białko, nie był przyczyną tej zmiany.

[26]) Bartenstein: Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. B. L XI.

okoliczności zawdzięczamy skuteczność fosforu w przypadkach tężyczki, według innych fosfor działa jako zwykły lek przeciwkurczowy *(antispasmodicum)*.

Finkelstein[27]) na 32 przypadków tężyczki, leczonych fosforem, zauważył 24 razy (t. j. 75%), że wartość dla skurczu przy otwarciu katody wracała do stanu prawidłowego, natomiast na 50 dzieci, u których fosforu nie stosował, tylko 2 razy (4%) wartość ta była prawidłową w przeciągu 5-tygodniowego spostrzegania.

Lange[28]) próbował zapomocą doświadczeń przekonać się o skutku fosforu, jako środka przeciwkurczowego. W tym celu stosował u młodego psa przez 6 dni fosfor po 0,002 dziennie, drugiego zaś psa tego samego rzutu użył do porównania. Siódmego dnia wstrzyknął obu psom po 0,0001 strychniny. U psa, który dostawał fosfor, powstały po wstrzyknięciu strychniny nieznaczne drgawki, u drugiego psa natomiast wystąpiły nadzwyczaj silne kurcze tężcowe.

Jednakże wpływ stosowania fosforu w każdym razie nie jest, jak to w moich przypadkach tężyczki spostrzegałem, zbyt wielkim, a bez zastosowania odpowiedniej dyety fosfor wcale nie działa. Przekonałem się o tem dosadnie w czasach, kiedy wpływ karmienia na pobudliwość układu nerwowego nie był jeszcze dostatecznie znany i ceniony, a leczenie ograniczało się tylko do podawania fosforu. Możemy tedy fosforowi w leczeniu tężyczki przypisać co najwyżej o tyle tylko znaczenie, o ile zdoła on przy stosownem wprowadzaniu wapna w pokarmie podnieść ilość wapna w ustroju przez tworzenie połączeń wapniowo-fosforanowych.

Na zakończenie niech mi będzie wolno złożyć podziękowanie Prof. dr Prusowi za łaskawe udzielenie mi środków do niniejszej pracy.

Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu.

Napisał

Dr Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy.)

Mechanizm krwotoków z miejsca łożyskowego w trzecim okresie.

Zanim przystąpię do rozbioru mechanizmu krwotoków w 3. okresie, zastanowić się muszę pokrótce nad krwotokami z miejsca łożyskowego w pierwszych godzinach połogu, bo warunki powstawania krwawienia są tu i tam identyczne, a dla teoretycznego rozważania przyczyn sprawa krwotoków w połogu jest zagadnieniem prostszem.

Po odejściu popłodu wnętrze dolnego odcinka i jamy trzonu macicy przedstawia jedną dużą ranę. Miejsce łożyskowe, pokryte strzępiastą warstwą doczesnej późnej, zawiera niezliczoną ilość pourywanych naczyń żylnych i drobnych tętniczek, z których krew swobodnie może płynąć, tem więcej, że droga dla odpływu krwi na zewnątrz stoi otworem. Istotnie, kobieta krwawi, ale nieznacznie. Według pomiarów Ahlfelda[2]) w ciągu pierwszych 3 godzin połogu w warunkach fizyologicznych traci kobieta średnio zaledwie 42—50 gramów krwi, z czego pewną drobną część należy odliczyć na krew z drobnych mechanicznych zranień w reszcie kanału rodnego. Jakież przyczyny tamują krwotok?

[27]) L. c. P. 260.

[28]) Lange: Verh. d. Ges. f. Kinderheilk. Naturf. Vers. München 1899 i Münch. med. Wochs. 1900 S. 24.

[2]) Lehrbuch der Geburtshülfe S. 110.

Pierwsze przypuszczenie nasuwa się takie, iż krew krzepnąc, zatyka pourywane naczynia miejsca łożyskowego, uniemożliwiając z nich wypływ krwi, podobnie jak to się dzieje przy tamowaniu się samoistnem krwawień z innych zranionych narządów. Na dowód, iż krzepnięcie krwi odgrywa tu znaczną rolę, przytacza się okoliczność, że przy badaniu wewnętrznem jamy trzonu macicy miejsce łożyskowe jest chropawe z powodu skrzepów, zatykających naczynia. Już dawniej udowodniłem, że uczucie chropowatości miejsca łożyskowego zależy od brodawek mięsnych, a nie od skrzepów. Nadto powszechnie znaną jest rzeczą, że w czasie obecności większej ilości skrzepów w jamie macicy kobieta krwawi, a chcąc krwawienie uspokoić musi się miesieniem (ba nawet ręcznie) możliwie dokładnie macicę ze skrzepów opróżnić. A zatem jakkolwiek krzepliwości krwi nie można odmówić znaczenia, to przecież skrzepy krwi w naczyniach miejsca łożyskowego nie są tu decydującym czynnikiem, któryby tamował krwotok.

Drugie przypuszczenie każe szukać głównej przyczyny tamującej krwotok w stanach skurczowych mięśnia macicy, obnażonego z popłodu. Za tem przypuszczeniem przemawiają: 1) skuteczność wszelkich takich zabiegów dla tamowania krwotoku poporodowego, które wywołują, ile możności, tężcowe skurcze macicy, np.: podanie sporyszu, miesienie mięśnia macicy, gorące wstrzykiwania, lodowe okłady itp.; 2) słuszne zresztą rozumowanie, że mięsień macicy, kurcząc się, musi zmniejszyć objętość ścian macicy do ostatecznych granic, pozaciskać przetykające mięsień naczynia i zmniejszyć do ostateczności jamę macicy. Wreszcie: 3) kliniczne śledzenie zachowania się trzonu macicy w połogu dowodzi, że w przypadkach, w których od pierwszych chwil połogu macica jest twarda, a skurcze okresowe pojawiają się często i są silne, tam nie ma obawy krwotoku. Tę wzmożoną trwale zbitość macicy tłómaczy się stanem czynnym mięśnia, który jest podobny do tego, jaki nastaje w czasie tężca jakiegokolwiek mięśnia. Ahlfeld wprost twierdzi, że w przeważnej liczbie porodów mniej więcej w $1^1/_2$ godziny po porodzie dziecka mięsień macicy popada w tak zw. trwały tężec („*Dauercontraction*“), który to stan mięśnia macicy cechuje połóg. W ten sposób przyroda zapobiegałaby rozkurczaniu się mięśnia macicy i trwale tamowałaby krwotok. Wywody te tak dalece przemawiają do przekonania, że utarło się w położnictwie zdanie, iż gdzie powstanie krwawienie w połogu z miejsca łożyskowego, tam należy przyjąć nieprawidłową, a mianowicie za słabą działalność mięśnia macicy, czyli wchodzi tu w grę niedowład, (atonia macicy, porażenie).

Przypuszczenie to, jakkolwiek na oko wydaje się niezłe, przecież nie zadowolni nas, jeżeli się dokładniej nad niem zastanowimy. I tak: z góry nieprawdopodobnem jest, aby mięsień mógł tak długo, bo aż kilka tygodni pozostawać w stanie czynnym. Po pewnym czasie musiałby się znużyć, a wtedy uległby rozkurczowi, co musiałoby za sobą pociągnąć krwawienie. Tymczasem, im dalej od porodu dziecka, tem mniejsze niebezpieczeństwo krwawienia, a konsystencya macicy tem trwalsza. Przyczyną zjawiska, określonego nazwą: „Dauercontraction“, nie może być tężec mięśnia. Zresztą sprzeciwia się temu bezpośrednie spostrzeganie kliniczne. I tak powszechnie znanem jest, że macica ulega w połogu seryi bolów okresowych, dla wieloródek kilka dni wielce bolesnych. Z chwilą powstawania bolu wzmaga się znacznie twardość macicy, na szczycie bolu dochodzi do najwyższego natężenia, potem opada do zbitości przed bolem. Te okresowe bole występują zawsze, wszystko jedno, czy owa zbitość macicy t. j. „Dauercontraction“ jest silniej, czy słabiej wyrażona. Taka czynność mięśnia, by on równocześnie był w skurczu tężcowym i równocześnie mógł się kurczyć okresowo, jest niezrozumiałą i nie znajduje w żadnym innym narządzie mięsnym analogii.

A zatem zjawisko, określone nazwą: „Dauercontraction“, wywołujące ostatecznie zatamowanie krwawienia, nie może

mieć nic wspólnego z tężcem. Na czemże to zjawisko polega? Odpowiedź łatwo znajdziemy, skoro bez uprzedzeń przypatrzymy się przebiegowi klinicznemu większej ilości połogów w pierwszych godzinach trwania.

W typowych przypadkach fizyologicznych macica, bezpośrednio po wydaleniu popłodu ściągnąwszy się, staje się tak oporną na dotyk, że kształty jej każdej chwili możemy dokładnie oznaczyć. Trzymając jakiś czas stale rękę na tak ściągniętej macicy, zauważamy co pewien czas bole okresowe, wśród których ta zbitość jeszcze bardziej się wzmaga. W czasie przerwy między bolami macica jest oporna, a krwawienia nie ma prawie żadnego tak, że wata, włożona między uda, dopiero po jakimś czasie zostaje krwią zawalana. Badając wewnętrznie jamę macicy w przerwie między bolami, zauważamy, że przednia ściana opornego trzonu przylega do tylnej, wobec czego jama macicy jest płaską szparą. Okolica pierścienia skurczowego również tworzy wązką, poprzecznie przebiegającą szparę, która atoli w razie skurczu macicy natychmiast zamienia się w pierścień okrągły, obciskający badające palce jak gdyby usta. W ten sposób przekonujemy się namacalnie, jaka zachodzi różnica w ugrupowaniu się włókien mięsnych w czasie stanu czynnego macicy, a w czasie przerwy między bolami, gdzie macica także na dotyk jest oporną. Jeżeli macica jest dłuższy czas w tężcu, jak naprzykład po podaniu dużej dawki ergotyny, to wtedy badaniem wewnętrznem również stwierdzić możemy, że okolica pierścienia skurczowego ma kształt kolisty.

Nie we wszystkich atoli przypadkach fizyologicznych jest macica z początku połogu tak oporną na dotyk w przerwie między bolami, jak wyżej podano. Często trafia się, że w przerwie między bolami nie tak łatwo kształty jej można oznaczyć, a mimo to krwawienia nie ma, a jedynie na szczycie bolu okresowego wysącza się nieco krwi z jamy macicy, tworząc na podkładzie z waty plamę krwawą. W przypadkach cięższych, będących już na granicy patologii, w przerwie między bolami macica jest już tak wiotka, że trudno ją czuciem ograniczyć. Wprawdzie i tu krwawienia niema, atoli broczenie zaraz pojawia się, skoro tylko powstanie ból, lub skoro wywołamy go miesieniem. Pobudliwość może być w tych razach prawidłowa, to zn. miesieniem czy ergotyną możemy z łatwością doprowadzić mięsień macicy do stanu czynnego; również skurcze okresowe pojawiają się tu w prawidłowych odstępach czasu samoistnie i silnie i trwają czas zwykły. A jednak przypadki te wymagają bardzo pilnego dozoru, albowiem krew, zwolna sącząca się — może tylko nieco obficiej, niż w warunkach fizyologicznych — zanim wypłynie na zewnątrz, krzepnie w pochwie i dolnym odcinku, tamując tem bardziej wypływ krwi na zewnątrz i maskując krwotok wewnętrzny. Trzon wiotki podnosi się do góry. Położnica niepostrzeżenie dostaje krwotoku wewnętrznego z wszystkimi objawami ostrej niedokrwistości, ujawniającej się przedewszystkiem przyśpieszeniem tętna. Jeżeli w tych razach pozostawimy położnicę bez dozoru i nie badamy ustawicznie tętna, które nas może wczas ostrzedz o grożącem niebezpieczeństwie, to zdarzyć się może, iż dopiero ziewanie, omdlewanie i niepokój chorej zwróci naszą uwagę, że niebezpieczeństwo już jest groźne. Skoro przystąpimy do badania zewnętrznego i doprowadzimy mięsień macicy do skurczu, położnica zwykle zaczyna przeć odruchowo i przed szparę sromną wypada nagle cała masa skrzepów.

(C. d. n.)

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Hartenberg. **Kiedy należy podawać bromki chorym nerwowym.** (*Presse méd.* 1906, Nr 39). Główne przeciwwskazanie do podawania bromków stanowi złe odżywienie chorych. Wyczerpany układ nerwowy tych chorych mimo przemijających okresów chorobliwego podrażnienia wymaga raczej leczenia skrzepiającego, niż środków chwilowo uspokajających, lecz wogóle działających obniżająco. Brom jest natomiast odpowiednim lekiem wtedy, gdy leczymy chorych dobrze odżywionych, cierpiących na przemijające podrażnienie lub napady strachu, podobnież u cierpiących na drgawki, tic i pobudzenie ruchowe. Jon alkaliczny bromków nie wpływa na działanie leku.

Mostowski.

Doc. Hagen-Torn. **Zastosowanie nakłucia lędźwiowego w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 16). Autor spostrzegał 2 przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w ziemskim szpitalu w Tambowie (więcej przypadków w tej okolicy nie było). Objawy choroby były niezupełnie jasne i w rozpoznaniu pomogło tylko nakłucie lędźwiowe. W obydwóch przypadkach wydobyto płyn lekko mętny, w którym po kilku godzinach tworzył się osad w postaci białawych błon. Taki płyn ma być według autora znamienny dla zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i nie zdarza się w żadnej innej chorobie. Drobnowidowo stwierdzono w płynie przeważnie wielojądrzaste krwinki białe i tylko gdzieniegdzie duże jednojądrzaste. Badanie bakteryologiczne wykryło w płynie dwoinki Weichselbauma. W pierwszym przypadku autor wykonał nakłucie trzy razy i za każdym razem płyn był coraz przeźroczystszy. Po pierwszem nakłuciu bole głowy zmniejszyły się, tętno poprawiło się, ciepłota spadła do 37,5° C. i stopniowo do 36,5, lecz wkrótce stan się pogorszył. Po 2. nakłuciu znowu stan polepszył się, lecz tylko na dobę. Po 3. nakłuciu stan polepszył się na 3 dni. W drugim przypadku po nakłuciu nastąpiła wybitna poprawa nietylko co do stanu ogólnego, lecz i ciepłoty. Na podstawie tego autor sądzi, że nakłucie lędźwiowe w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych jest cennym środkiem rozpoznawczym, w dodatku nieszkodliwym i sprawiającym znaczną ulgę, chociażby i czasową.

Z. Orłowski (Ptbg.).

Prof. W. Danilewskij. **Doświadczenia nad wpływem lecytyny na działalność serca.** (*Chark. Med. Żurnał* 1906, T. I, Nr 4). Autor badał wpływ lecytyn na działalność wyciętego serca żab, królików i kotów. Serce utrzymywano przy życiu metodą Langendorffa przy pomocy płynu Ringer-Locke, do którego dodawano lecytyny w różnej ilości. Słabe roczyny lecytyny (2—4 na 100.000) działały wyraźnie podniecająco na mięsień sercowy żab, zwiększając jego skurcze. Zwiększenie skurczów trwa jeszcze 5—10 minut po przerwaniu dopływu płynu z dodatkiem lecytyny. Na częstość skurczów lecytyna nie wywiera żadnego wpływu. Jeżeli działalność serca słabła i stawała się niemiarową, to pod wpływem lecytyny mięsień sercowy zaczynał pracować prawidłowo. Te same wyniki otrzymał autor i przy stosowaniu mocniejszych rozczynów (0,01—0,1 prc.). Elektrycznem i mechanicznem drażnieniem mięśnia sercowego stwierdził autor, że lecytyna w ilości nie większej nad 0,05—0,08 prc. zwiększa pobudliwość serca. Duże dawki lecytyny (0,1 prc. i wyżej) działają zupełnie odwrotnie: skurcze zmniejszają się, powstaje niemiarowość, pobudliwość serca zmniejsza się. Przy jeszcze większych dawkach mięsień obumiera. Serca królików i kotów pod wpływem lecytyny również zwiększały energię swoich skurczów, działalność ich wyrównywała się, jeżeli przedtem była nieprawidłową; ilość skurczów nie ulegała zmianie. Za przyczynę wszystkich tych zjawisk autor uważa bezpośrednie działanie lecytyny na mięsień sercowy. Wskutek tego radzi autor używać lecytyny we wszystkich przypadkach, w których trzeba podnieść działalność serca.

Z. Orłowski (Ptbg.)

Doc. Szatiłow. **Przypadek rzadkiego powikłania po wstrzyknięciu szczepionki cholerycznej.** (*Chark. Med. Żurnal* 1906, T. I, Nr. 3). Autora wezwano do chorego lekarza, któremu przed 1½ godziną w pracowni bakteryologicznej Towarzystwa lek. charkowskiego wstrzyknięto 1 ctm. sz. szczepionki cholerycznej Kollego. W 5 minut potem zjawiły się lekkie dreszcze i zawrót głowy, a w ciągu godziny rozwinęły się wstrząsające dreszcze, nieznośny ból głowy, duszność, sinica, bicie serca, uczucie ustawania ruchów serca. Po 3 godzinach wymiotował chory żółcią 6—7 razy. Przez cały czas chory był przytomny. Po dreszczach nastąpiła gorączka do 40,2, tętno z początku nieprawidłowe, przepuszczające, miękkie, 100—125. Tony serca czyste; niemiarowość. Po paru godzinach tętno 116—120, prawidłowe. Granice serca prawidłowe. W innych narządach zmian nie stwierdzono. W cztery godziny po wstrzyknięciu zjawił się pot i jednocześnie poprawa podmiotowa; chory, „jakby się znowu narodził“. Ciepłota wtenczas 39,2. Przez cały czas dreszczów wstrząsających silne burczenie w brzuchu (ruchy robaczkowe kiszek). Mimo dobrego podmiotowego nastroju chory tak potem osłabł, że nie mógł utrzymać w ręku nawet łyżeczki, czuł silne bole we wszystkich stawach, mięśniach, zwłaszcza koło lewej łopatki (miejsce wstrzyknięcia). Stan taki trwał całą noc, na-

zajutrz wszystko przeszło, zostało tylko silne osłabienie, które przeszło zupełnie i bez śladu dopiero po upływie $1^1/_2$ miesiąca. Na miejscu wstrzyknięcia przez cały czas nie było żadnego odczynu. Autor objaśnia wszystkie te zjawiska tem, że wstrzyknięty płyn dostał się albo wprost do naczynia krwionośnego, albo do chłonnego. Podobne zjawiska spostrzega się i u konia, jeżeli mu wstrzyknąć wprost do żyły jad błoniczy lub hodowle paciorkowców, albo cholery.

Z. Orłowski (Ptbg.).

CHIRURGIA. Letulle. **Raki pierwotne uchyłka Vatera.** (*Presse méd.* Nr 32, 1906). Raki, wychodzące z uchyłka Vatera, są wcale częste. Mogą one wychodzić albo z samego uchyłka Vatera, o ile taki rzeczywiście w danym przypadku istnieje, albo też z ujścia przewodu żółciowego wspólnego lub z ujścia przewodu Wirsunga. Zależnie od punktu wyjścia mają te raki różną budowę histologiczną: raki, wychodzące z przewodu żółciowego, złożone są z komórek wałeczkowatych; raki zaś, wychodzące z ujścia przewodu trzustkowego, zbudowane są z komórek brukowych. Nowotwory te są zawsze nader małe, zwykle wielkości pestki wiśni, nie mają skłonności do rozszerzania się na otoczenie, a tem mniej do tworzenia przerzutów w dalszych narządach, co ze względów ogólnopatologicznych, jak niemniej leczniczo-chirurgicznych jest nader ważne; dlatego też chorzy stosunkowo długo, bo 1—2 lat żyją. Natomiast stale wywołują te raki zamknięcie przewodu żółciowego i trzustkowego i następowe zmiany włókniste w wątrobie i trzustce, mniejsze w trzustce, bo ta może wydzielać swą treść przez dodatkowy przewód, stale natomiast w wątrobie z następową żółtaczką i rozszerzeniem pęcherzyka żółciowego. Cukromocz nie jest objawem stałym. Upośledzenie czynności trzustki można stwierdzić próbą salolową lub jodoformową. Ostateczną przyczyną śmierci nie jest charłactwo rakowe, ale wyczerpanie ustroju z powodu upośledzenia czynności dwu tak ważnych gruczołów, niemniej zaś często wtórne ropne zakażenie w wątrobie lub trzustce. Ta stosunkowa łagodność raka, groźnego tylko przez swe usadowienie, otwiera wdzięczne pole dla przyszłego leczenia chirurgicznego. *Mostowski.*

Prof. Reclus. **O szwie nerwów.** (*Presse méd.* 1906, Nr 31). W pierwszych próbach zeszycia nerwów wracało wprawdzie czucie, ruchy jednak były dalej porażone. Stąd Richelot wysnuł wniosek, że czynność nerwów ruchowych nie da się uratować przez zeszycie tych nerwów; że powrót czucia polega nie na odradzaniu się nerwu, ale na anastomozach nerwów czuciowych; podobnie spostrzegany niekiedy powrót ruchów starano się objaśnić zastępczem działaniem sąsiednich mięśni. Wkrótce jednak poczęły się mnożyć spostrzeżenia, w których wracały ruchy razem z czuciem, a w których, jak co do gałązki tylnej nerwu promieniowego, o anastomozie lub zastępczem działaniu innych mięśni mowy być nie mogło. Przypadki te przebiegały jednak różnie. Gdy w jednych czynność wracała po kilku tygodniach lub miesiącach, to inne, równie częste, przebiegały wprost paradoksalnie: zarówno ruchy, jak czucie wracały w kilka dni po zeszyciu, niekiedy nawet po kilkudziesięciu godzinach. Przypadki, w których czynność powracała po tygodniach lub miesiącach, stoją w zgodzie z teoryą neuronów i z doświadczeniami Wallera na zwierzęciu, stwierdzającymi, że w odradzaniu się nerwu uczestniczy czynnie tylko dośrodkowy koniec nerwu, stojący w związku z komorką, jako ogniskiem odżywczem neuronu. Ponieważ obwodowy koniec nerwu ulega zwyrodnieniu, nic dziwnego, że po zeszyciu nerwu musimy dopóty czekać na powrót czynności, dopóki włókno osiowe nie przerośnie stosunkowo bardzo długiej przestrzeni. Natomiast powrót czynności w kilka dni po zeszyciu nie da się absolutnie pogodzić z teoryą neuronów. To też te niewątpliwie stwierdzone fakta obalają teoryę neuronów, a przechylają stanowczo szalę na korzyść teoryi neuroblastów Apathyego i Bethego. Nadto doświadczenia Babińskiego i Duranta obaliły co do pewnych przynajmniej przypadków twierdzenia Wallera. W spostrzeżeniach tych autorów obwodowa część nerwów przeciętych wcale nie uległa zwyrodnieniu. Skoro nerw obwodowy nie jest niesłychanie nieproporcyonalną wypustką komórki nerwowej, ale utworzony jest z różańca neuroblastów, zlewających się swymi końcami, to każdy odcinek nerwu, tworzący jedną komórkę nerwową, może być punktem wyjścia dla miejscowego odradzania się. Teorya ta łatwo tłómaczy szybkie zrośnięcie się nerwów i powrót czynności po kilku dniach.

Trudniej już wytłómaczyć spostrzegany niejednokrotnie natychmiastowy powrót czynności. O ile nie chcemy uciekać się do tłomaczenia tych faktów tak niezmiernie szybkiem, bezpośredniem zrośnięciem się włókien osiowych, moglibyśmy je objaśnić możnością przenoszenia się podrażnień nerwowych przez włókna przecięte, o ile dostatecznie są zbliżone do siebie, lub jakiemś innem przypuszczeniem, dla którego fizyologia doświadczalna nie daje nam jednak dostatecznej podstawy.

Mostowski.

Tuffier, Mauté i Auburtin. **Późna śmierć po uśpieniu chloroformowem.** (*Presse méd.* 1906, Nr 39). Autorowie mieli sposobność spostrzegać przypadki późnego zejścia śmiertelnego w następstwie uśpienia chloroformowego. Śmierć nastąpiła w 6-tym dniu po uśpieniu wśród objawów nerwowych, wymiotów i osłabienia serca. Przez cały czas oddech chorych czuć było wybitnie chloroformem. Największe zmiany anatomopatologiczne znajdowały się w wątrobie; polegały one na stłuszczeniu; zmiany te były usadowione wyłącznie w otoczeniu żyły środkowej zrazików Nie było przytem ani bujania przewodów żółciowych, ani drobnokomórkowego nacieku. W nerkach znaleziono naciek tłuszczowy; w sercu stwierdzono naciek tłuszczowy, a tu i ówdzie tylko brak było poprzecznego prążkowania. Że zmiany patologiczne najsilniej dotykają wątrobę, można wnosić z doświadczeń Widala: po każdem uśpieniu chloroformowem stwierdzał on znaczne zmniejszenie się ilości mocznika, którego synteza odbywa się w wątrobie. Inne zmiany w wymianie materyi polegają na zwiększeniu ilości azotu, zwiększeniu wydzielanej kreatyniny, chloru i siarki nieutlenionej przy równoczesnem zmniejszeniu siarkanów związanych i fosforanów.

W rozpoznaniu należy strzedz się pomyłki z ropnicą; znamiennym objawem zatrucia chloroformowego jest woń chloroformowa oddechu, aż do śmierci się utrzymująca. Mechanizm zatrucia tłómaczą sobie autorowie zwolnionem wydzielaniem chloroformu, o czem świadczy ta woń chloroformowa oddechu chorych, a przy autopsyi woń, jaką wydziela mózg i wątroba, nawet w 7 dni po uśpieniu chloroformowem. Dlaczego w pewnych razach tak powoli wydziela się chloroform, niewiadomo. — Wystąpienie pierwszych objawów zatrucia dopiero w dwa dni po uśpieniu chloroformem tłómaczy się w ten sposób, że zatrucie wywołane jest ostatecznie wytworami rozpadu komórek i odpadnięciem czynności wątroby. Czynnik, te zmiany wywołujący, t. j. chloroform, musi działać przez pewien czas, zanim te zmiany wystąpią. *Mostowski.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. M. Hofmeier. **Rzadkie wskazania do przerwania ciąży wskutek chorób wewnętrznych.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 17, 1906). Ciąża wpływa tak źle na przebieg niektórych chorób wewnętrznych, że niejednokrotnie potrzeba ze względu na stan chorej wzniecić sztuczny poród lub poronienie. Naturalnie z zabiegiem tym powinno się o ile możności czekać, aż dziecko będzie zdolnem do życia, częstokroć jednak stan ogólny chorej wymaga natychmiastowego przerwania ciąży. Wskazanie do tego daje często przewlekłe zapalenie nerek, gdy objawy jego stają się groźne dla życia. I tak Hofmeier zmuszonym był przerwać ciążę u trzech chorych, cierpiących na przewlekłe zapalenie nerek, gdyż stan ich zdrowia z każdym dniem się pogarszał i pojawiły się silne obrzęki, sinica, duszność, utrata przytomności, bezmocz i napady rzucawki. Po sztucznem przerwaniu ciąży objawy te znikły, ilość białka w moczu znacznie się zmniejszyła, a stan ogólny chorych tak szybko się polepszył, że stosunkowo wcześnie mogły opuścić klinikę. Przy przewlekłem zapaleniu nerek około 60 prc. płodów obumiera w łonie matki. — Bardzo trudne zadanie ma nieraz lekarz wobec wady serca podczas ciąży. Tu nie da się ogólnie oznaczyć, jak ma lekarz postąpić, gdyż przy wadach serca wyrównanych ciąża i poród mogą przebiegać zupełnie prawidłowo, przy niewyrównanych zaś wadach może już samo wzniecanie przedwczesnego porodu wywołać groźne niebezpieczeństwo. Dlatego każdy przypadek wady serca w ciąży należy indywidualizować. Autor u chorej z niewyrównaną wadą serca po stosowaniu przez jakiś czas leków sercowych wykonał z bardzo dobrym wynikiem cięcie cesarskie sposobem Porry. — Bardzo rzadkiem, lecz ciężkiem powikłaniem ciąży jest cukrzyca. Najprawdopodobniej w przypadkach tych rozwija się cukrzyca dopiero podczas ciąży, gdyż, jak to z badań autora i innych wiadomo, choroba ta wywołuje bardzo wybitny zanik części rodnych, tak, że kobiety, cierpiące na cukrzycę, nie mogą zajść w ciążę. Wielka część kobiet i dzieci ginie podczas ciąży powikłanej cukrzycą, już więc ta okoliczność powinna skłaniać do przerwania ciąży, nim wystąpią groźne objawy choroby. Niektórzy autorowie, jak n. p. Kleinwächter, radzą ciążę w tych przypadkach pozostawić naturalnemu przebiegowi, gdyż każdy zabieg operacyjny u chorych na cukrzycę jest bardzo niebezpieczny, a wszczynać przedwczesny poród radzą dopiero wtedy, gdy powstaną jakieś szczególniejsze powikłania. Autor przerwał ciążę u jednej chorej na cukrzycę z wynikiem niepomyślnym, (śmierć w 4 dniu po zabiegu), który uważa za wynik zbyt długiego zwlekania zabiegu. — Ciąża wpływa również niejednokrotnie bardzo niekorzystnie na przebieg zapalenia rdzenia kręgowego (*myelitis*) i na niektóre choroby umysłowe. Przerwanie ciąży może również i w tych przypadkach wywołać znaczne polepszenie, jak o tem świadczą przypadki, ogłoszone przez autora, Hoesslina, Siemerlinga i innych.

Jaworowski.

H. Thomson. **W sprawie częściowego tyłozgięcia macicy ciężarnej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 19). O rzeczywistem częściowem tyłozgięciu macicy ciężarnej tylko wówczas mówić można, gdy znajdujemy w ciąży dalej posuniętej trzon uwięźnięty w miednicy małej, a przednią ścianę bardzo silnie rozdętą. Częściej spotyka się obraz podobny jedynie jako okres przejściowy, z tyłozgięcia zupełnego powstały. Typowy przypadek autora dotyczy 38-letniej wieloródki, która straciwszy regularność od 2 miesięcy, miewa od 10 dni okresowe bole dołem i krwawi z części rodnych. Pęcherz działa dobrze. Nad spojeniem czuć macicę nieznacznie powiększoną, poza nią guz elastyczny, nieruchomy, wypełniający miednicę małą, wypychający sklepienie tylne i unoszący się na dłoń ponad wchód miednicy, tkliwy. Ujście zewnętrzne poza spojeniem, zamknięte. Rozpoznawszy ciążę zewnątrzmaciczną, otworzył T. jamę brzuszną. Okazało się, że domniemana macica była włókniakiem, usadowionym na macicy, której dno uwięzło w miednicy małej, a ściana przednia wypukłała się silnie ku górze. Macicę odprowadzono ręką. W dwa dni po zabiegu poronienie jaja 4-miesięcznego. *B. Wojciechowski.*

J. Thies. **Wiąd rdzenia i ciąża.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 20). Rzadkie to powikłanie zdarzyło się u 37-letniej wieloródki, która roniła lub rodziła przedwcześnie 6 razy (w III. IV. V. VI. VII. i VII. miesiącu ciąży), przyczem do 5. ciąży płody były wymokłe, a płód szósty żył 1 dzień. Potem nastąpił poród na czasie, a dziecko zdrowe, chowa się. Bolów tym razem prawie zupełnie nie czuła. Obecnie znowu koniec ciąży; ruchów nie czuje. Od $1\frac{1}{2}$ roku coraz wybitniejsze objawy wiądu rdzenia, znieczulenia, niemożność chodzenia, objawy ze strony pęcherza i odbytnicy, osłabienie wzroku, zanik popędu płciowego, brak czucia przy spółkowaniu. Badanie stwierdza: krzywica; liczne objawy wiądu rdzenia w okresie porażnym, pomiędzy innymi zwichnięcie obu goleni ku tyłowi, dające się bez bolu odprowadzić. Ciąża w IX. mies., płód żyje, sprzężna przekątna $13\frac{1}{2}$. Po 2 dniach, nie odczuwszy przedtem żadnych bolów, czuje chora potrzebę oddania stolca i w tej chwili przerzyna się główka. Płód 2450 gr., 47 ctm. W połogu bezwiedne oddawanie moczu, nieżyt pęcherza, cewnikowanie; silne zaparcie do 16. dnia, potem polepszenie; w 1. 2. i 5. dniu ciepł. 38·7—39°. Po 15 dniach ustąpił nieżyt pęcherza, stan ogólny poprawia się. Dziecko zdrowe. W przypadku tym przebiegał poród szybko, gdyż 7 godzin przedtem nic go nie zapowiadało; opory były zmniejszone przez brak napięcia mięśni dna miednicy; tłocznia brzuszna odpadła; skurcze macicy musiały być silne. *B. Wojciechowski.*

Prof. J. Fedorow. **Nowa operacya sztucznej pochwy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 20). Nie zadowalniając się wynikami dotąd stosowanych metod, w szczególności sposobu Snegirewa, zastosował F. u 43-letniej mężatki operacyę własnego pomysłu. U chorej tej był zupełny brak części rodnych wewnętrznych, ropień prawego gruczołu Bartholiniego, rozszerzenie cewki moczowej (dawniej nieżyt pęcherza), rozszerzenie odbytu i zapalenie wiewiórowe odbytnicy. Wychodząc z zapatrywania, że można usunąć znaczną część ściany odbytnicy pomiędzy zwieraczem III. a wewnętrznym, bez szkody dla czynności odbytnicy, użył F., po ustąpieniu zmian zapalnych u chorej, tej właśnie części odbytnicy w połączeniu z płatkiem, uzyskanym z przedsionka i sąsiedniej skóry, do wytworzenia nowej pochwy (Szczegóły oper. w oryg.). Przetoka odbytnicza, która powstała w przebiegu pooperacyjnym wskutek puszczenia szwów katgut jodowy) zagoiła się sama. Rozmiary uzyskanej pochwy uważa F. za dostateczne i ma nadzieję, że pochwa ta nietylko odpowie swemu zadaniu, lecz i w przyszłości nie ulegnie zwężeniu.

B. Wojciechowski.

H. Füth. **Przyczynek do kazuistyki chorób nerwowych w połogu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 21). 23-letnia rodząca pierwiastka, opuściła podczas chwilowej nieobecności położnej łóżko i chodziła po pokoju, wśród czego doznała tak silnych bolów, iż szybko urodziła na podłodze. Połóg bezgorączkowy. Od 3. dnia jednak zaczęły występować coraz to gwałtowniejsze bole w nogach, a wraz z tem trudność, wreszcie niemożność dźwignięcia nóg. W 8. dniu połogu stwierdził F. zewnętrznie brak zmian zapalnych około macicy, kończyny dolne wyprostowane, sztywne, tylko nieznaczne ruchy palcami możliwe. Odwodzenie nóg, a zarazem badanie wewnętrzne niemożliwe; zaparcie stolca, utrudnienie w oddawaniu moczu. Wśród podawania antypiryny i leczenia ogólnego poprawił się powoli stan chorej, tak iż po 3 tygodniach opuściła łóżko i dokończyła leczenia w zakładzie dla nerwowo chorych, gdzie stwierdzono objawy neurastenii i histeryi. W przypadku tym rozpoznaje F., po wyłączeniu innych cierpień, histeryę. *B. Wojciechowski.*

O. Bunge. **W sprawie ukończenia porodu przy położeniach miednicowych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 21). Ze względu na pracę Wienskowitza, który zaleca użycie drenu wodociągowego (patrz *Sprawozd. w Przegl. Lek.* Nr 17 b. r.) przypomina B., że już w r. 1801, a potem 1885 polecił (*Zentr. f. Gyn.*) podobne postępowanie, które też przyjęło się tu i ówdzie w zakładach i w praktyce prywatnej. *B. Wojciechowski.*

Agafonow. **Dwa przypadki cięcia cesarskiego.** (*Russkij Wracz* Nr 15, 1906). A. (Kazań) podaje szczegółowo 2, a ogółem 6 przypadków cięcia cesarskiego, operowanych przez doc. Lwowa w położniczym oddziale szpitala w Kazaniu. We wszystkich tych przypadkach rozcinano podłużnie przednią ścianę macicy; tętnic macicznych nie zaciskano, a mimoto ani razu nie było groźniejszego krwotoku, jakkolwiek w 4 przypadkach nóż trafiał na łożysko. Pooperacyjny przebieg był zawsze gładki. W 5 przypadkach cięcie cesarskie zastosowano wskutek bezwzględnego zwężenia miednicy; raz zaś wskutek raka części pochwowej macicy. Ostatni przypadek, jako dość rzadki, zasługuje na wzmiankę. Chora, 30-letnia, przebyła poprzednio 8 prawidłowych lekkich porodów. Od roku uskarża się na bole w dole brzucha. Od pół roku ma codzienne krwotoki i stałe upławy; w ostatnich czasach gorączkuje i uskarża się na zatwardzenie i ogólne osłabienie. Wzrost średni, odżywienie stosunkowo niezłe. Ogólna budowa ciała i miednicy prawidłowa. Badanie stwierdza prawidłowe ułożenie płodu, główka nad wejściem do miednicy; ciąża w 9. miesiącu; część pochwowa macicy nierówna, brodawkowata, twarda, pokryta wrzodami, mocno krwawiąca przy dotknięciu; szyjki niema; sklepienia mocno nacieklе, twarde, szczególniej lewe i tylne; z odbytnicy wydziela się krew. Przy badaniu odbytnicy stwierdzono zajęcie jej nowotworem rakowym. Wobec tych rozległych zmian wykonano operacyę sposobem Saengera, nie czekając początku porodu. Dziecko żywe. Przebieg pooperacyjny gładki. Zmiany nowotworowe aż do wyjścia chorej ze szpitala nie mal się nie posunęły; krwotoki i upławy zmniejszyły się.

R. Śliwiński (Ptbg.).

Brodski. **O niektórych objawach chorobowych w zakresie kobiecych narządów płciowych w zależności od chorób układu nerwowego.** (*Russkij Wracz* Nr 16, 1906). B. (Moskwa) zaznacza, że niektóre objawy chorobowe w sferze płciowej u kobiet pozwalają niekiedy bardzo wcześnie rozpoznać początek zmian rdzenia kręgowego. Do takich oznak należą zjawiska ze strony łechtaczki, znane w neuropatologii pod ogólną nazwą *»crises clitoridiennes«*. Przypadki te są zresztą bardzo rzadkie: dotychczas opisano tylko kilka spostrzeżeń. Oznaki te zjawiają się bardzo wcześnie już wtedy, kiedy niema jeszcze innych oznak wiądu rdzenia, wyrażając się w ten sposób, że chore nagle, zupełnie wbrew woli zaczynają uczuwać silne podniecenie płciowe i uczucie łechtania w pochwie, które, stopniowo zwiększając się, przechodzi na macicę i na łechtaczkę, doprowadzając ją do wzwodu (*erectio*). Erotyczne uczucie wzrasta i dochodzi, jak podczas spółkowania, do zupełnego erotycznego podniecenia z wydzielaniem się z pochwy żółtawego śluzowego płynu w znacznej ilości; niekiedy do tego dołączają się bardzo mocne rżnące i kłujące bole w dolnej części brzucha, narządach płciowych, pęcherzu i krzyżu. Ginekologiczne badanie w takich przypadkach daje zwykle wyniki ujemne.

R. Śliwiński (Ptbg.).

OKULISTYKA. Szulisławski. **Kiła oka.** (*Tygodnik lek.* 1906, Nr 12, 13 i 14). Autor przedstawia w treściwym, ale zarazem wyczerpującym wykładzie wszelkie zmiany, jakie kiła, tak odziedziczona, jak nabyta, może w oku wywołać. Przechodząc części składowe narządu wzroku w porządku topograficznym zaczyna od przydatków, a kończy na nerwie wzrokowym i ośrodkach innych nerwów, zaopatrujących oko, przytaczając licznie własne spostrzeżenia rzadszych, lub z jakiegokolwiek innego powodu na uwagę zasługujących ocznych powikłań kiły. Między innemi zwraca uwagę na wrzód pierwotny, który zdarza się na powiekach, na spojówce powiek, na spojówce gałkowej, a nawet choć bardzo rzadko, na rogówce. Wogóle co do usadowienia poza częściami płciowemi wrzodu pierwotnego zajmuje oko trzecie miejsce po ustach i palcach. Dalej zwraca autor uwagę na przypadki kiły oka, występującej pod postacią, bardzo do jaglicy zbliżoną. Rozpoznanie najczęściej *ex juvantibus*. Przytacza też własne spostrzeżenie kiłowego zapalenia woreczka łzowego. Omawia następnie zmiany na rogówce i często zdarzające się zapalenia tęczówki, obszernie przedstawia kiłowe zmiany siatkówki i naczyniówki. W zaniku nerwu wzrokowego odróżnia postać pierwotną, występującą najczęściej w przebiegu wiądu rdzenia, od zaniku następowego, rozwijającego się czyto wskutek przebytego zapalenia nerwu, czy w następstwie zapaleń naczyniówki i siatkówki, czy wreszcie wskutek zmian w ośrodkach, wywołujących zstępujące zwyrodnienie włókien. Zanik nerwu w przebiegu wiądu należy uważać za zmianę co najwyżej parasyfilityczną, nie nadającą się do leczenia swoistego. Istotnie rtęć najczęściej wywołuje pogorszenie. Ale *nulla regula sine exceptione*. Autor spostrzegał w jednym przypadku, w którym, co prawda, obok objawów

wiądu na pierwszy plan występowały bardzo znaczne ogólne zmiany naczyniowe, powstrzymanie zaniku, a nawet poprawę wzroku dzięki bardzo energicznemu leczeniu rtęciowemu. *K. W. Majewski.*

Raehlmann. **Nowa teorya odczuwania barw, oparta na zasadach anatomii i fizyki.** (*Opth. Klinik* 1906, Nr 6). Autor zwraca uwagę na szczegół, odróżniający pozornie narząd wzroku od wszystkich innych narządów zmysłowych. Gdy zakończenia nerwów słuchu, smaku, węchu i dotyku zwrócone są wprost w stronę, skąd przychodzi działanie fizycznego czynnika, wywołującego wrażenie zmysłowe, w siatkówce rzecz się ma odwrotnie. Ostatnie zakończenia włókien nerwu wzrokowego, czopki i pręciki, stanowią zewnętrzną, tylną warstwę siatkówki i są niejako odwrócone w stronę przeciwną tej, z której działa na nie światło. Stąd to promienie świetlne, przeszedłszy przez wszystkie inne warstwy siatkówki, przebiegają w samych pręcikach i czopkach w kierunku przeciwnym kierunkowi, w którym się w tych składnikach zmysłowych odbywa przewodnictwo nerwowe. Autor dowodzi jednak, że sprzeczność ta jest tylko pozorna, gdyż promienie światła odbijają się od powierzchni, rozgraniczającej zewnętrzne człony czopków i pręcików, od wewnętrznych, z powodu znacznej różnicy ich współczynników załamania. Z tego powodu powstają t. zw. fale stojące i powierzchnie węzłowe, równoległe do wspomnianej płaszczyzny granicznej. Te powierzchnie węzłowe przy świetle jednorodnem odległe są o połowę długości fali. Ale i dla promieni światła mieszanego rozmieszczenie ich jest dla różnych barw znamienne. Od rodzaju zatem fal stojących, jakie powstają w ciele komórkowem czopków i pręcików, zależy, zdaniem autora, wrażenie barwy. Kierunek odbitych promieni światła zgadza się teraz z kierunkiem przewodnictwa w zakończeniach siatkówkowych włókien nerwu wzrokowego. *K. W. Majewski.*

Hinshelwood. **Zastosowanie argyrolu w okulistyce.** (*Ophth. Klinik* 1906, Nr. 6). Autor poleca 10—30 prc. rozczyny argyrolu, jako środka, mogącego z korzyścią zastąpić azotan srebrowy, gdyż nie ustępuje mu w skuteczności, a nie sprawia ani bólu, ani pieczenia. W lżejszych postaciach zapaleń spojówki wpuszcza autor kilka razy dziennie tylko 10 prc. rozczyn, przy jaglicy jednak wyciera spojówki, lub pędzluje je 20—30 prc. rozczynem argyrolu. Również dobrze działa środek ten przy śluzoropotoku spojówek u noworodków, jakoteż przy różnych postaciach zapalenia brzegu powiekowego. Wrzody rogówkowe leczy autor 5—10 prc. maścią argyrolową z dodatkiem holokainy i atropiny. Nakoniec używa także wodnych rozczynów argyrolu do przepłukiwania woreczka łzowego przy przewlekłem jego zapaleniu. *K. W. Majewski.*

Ambialet. **Zniekształtnienie czaszki i mózgu. Zaburzenia narządu wzrokowego.** (*Annal. d'Ocul.*, Listopad, 1905). Autor spostrzegał w szpitalu w Tuluzie liczne przypadki sztucznie wywołanego zniekształtnienia czaszki, o typie wprost odwrotnym do stożkogłowia, polegającego na znacznem spłaszczeniu sklepienia i kości czołowych, oraz wypchaniu ku tyłowi guzów ciemieniowych. W dwu z tych przypadków wykonano po śmierci dokładne pomiary czaszki i mózgu. Zniekształtnienie to wywołują w sposób następujący: zaraz po urodzeniu uciska się głowę noworodka wązką opaską ze silnego płótna, o długości 3 m., założoną na łuki oczodołowe, stąd pod potylicą i znowu na czoło. Zwoje opaski są silnie zaciągnięte i nakrywają się dachówkowato. Zwyczaj ten (praktykowany dawniej w prowincyi Languedoc) bywa jeszcze stosowany niekiedy i u dzieci, a niektóre kobiety zakładają sobie opaskę i w wieku starszym. Dlatego też wśród kobiet odnaleźć można najskrajniejsze typy tego zniekształtnienia. Z kształtu czaszki wnosićby można, że także płaty czołowe mózgu musiały uledz zmniejszeniu; niezawsze jednak tak bywa. Zdarza się bowiem, że płaty czołowe mózgu, cofnięte ku tyłowi, uciskają płaty ciemieniowe i skroniowe i przeszkadzają im w rozwoju. Płaty zaś potyliczne mózgu mogą nawet uledz względnemu przyrostowi w porównaniu ze zmniejszeniem wagi płatów czołowych. U osób z tak zniekształconą czaszką istniało dość wybitne wysadzenie gałek ocznych: stanu zaś refrakcyi A. nie badał. Natomiast na 110 badanych osobników nie znalazł autor żadnego przypadku ślepoty jednostronnej, ani obustronnej. Mimo zmian w kościach i oponach, objawiających się zgrubieniem kości czołowych i szwu wieńcowego, oraz zrostami opony twardej, nie było żadnych zmian w nerwach ocznych, co można wytłómaczyć tylko brakiem zmian opon na podstawie mózgu i w okolicy skrzyżowania nn. wzrokowych. Przypadki opisane przez autora dowodzą, że ucisk mechaniczny, wywarty na czaszkę w ‘okresie wzrostu, sam przez się nie wystarcza, by wywołać zanik nerwu wzrokowego i że nawet znaczny stopień sztucznie wywołanego zniekształtnienia czaszki u osobnika zdrowego, bez żadnej skazy chorobowej, nie uszkadza czynności narządu wzrokowego. W 4 przypadkach stożkogłowia[1]) zmiany chorobowe nerwu ocznego mogą mieć swą przyczynę w zapaleniu opon mózgowych na podstawie; właściwa zaś, pierwotna przyczyna zapalenia opon jest na razie jeszcze nieznana. *W. Reis.*

Duclos. **Badania bakteryologiczne nad zakażeniem pooperacyjnem.** (*Annal. d'Ocul.*, Grudzień, 1905). W 9 przypadkach zakażenia przyrannego po operacyi zaćmy badał autor bakteryologicznie łzy, strzępki śluzu pływające w wydzielinie spojówkowej, ropę z brzegów powiekowych i komórki przedniej, ropę wewnątrzgałkową lub też z kikuta gałki ocznej po jej wypaproszeniu i w kilku przypadkach wydzielinę śluzową nosa i gardła. Wyniki badań były następujące: 1) Zakażenie pooperacyjne wywołują najczęściej dwoinki zapalenia płuc i paciorkowce. 2) Zakażenie pochodzi z zewnątrz i rozpoczyna się od brzegów ranki przy rąbku rogówkowo-twardówkowym. 3) Zakażenie dwoinkami zapalenia płuc objawia się klinicznie nacieczeniem ropnem brzegów rany i wytworzeniem się białawej, zbitej masy, drążącej w głąb przez źrenicę do ciała szklistego; natomiast reszta rogówki może w pierwszym okresie pozostać jeszcze przeźroczystą. Zakażenie zaś paciorkowcowe wywołuje natychmiast rozlany naciek całej rogówki w połączeniu z obfitą wydzieliną z worka spojówkowego. 4) W żadnym z badanych przypadków nie stwierdzono w moczu cukru, ani białka. Kilku operowanych cierpiało na zwykły przewlekły nieżyt spojówki lub zapalenie brzegu powiekowego. Zakażenie powstawało często podczas trwania nieżytu nosa. Śluz nosa i gardła zawierał te same drobnoustroje, jak ropa w rance operacyjnej. 5) Wyniki operacyjne zależą więc z jednej strony od wyjałowienia narzędzi, rąk i opatrunków, z drugiej od warunków prawidłowych błony śluzowej. *W. Reis.*

Meyer. **W sprawie leczenia chorób ocznych przetworami srebra sposobem Credégo.** (*Centralbl. f. Augenheilk.* 1906, luty). Ropne zapalenia spojówek i wogóle zapalenia oczu są u chińczyków, z powodu ich niedbalstwa, bardzo częste, skutkiem czego autor, lekarz sztabowy w Tsingtau, miał bardzo obfity materyał. Autor używał początkowo itrolu, lecz ponieważ przetwór ten bardzo łatwo się rozkłada na świetle, przeto w ostatnich czasach posługiwał się 5 prc. kollargolem, środkiem daleko trwalszym, a zarazem jącym również dobre wyniki lecznicze. Autor podaje ten przetwór również i wewnętrznie w 1 prc. do 2 prc. rozczynie co 1—2 godzin łyżeczkę od kawy. *Dr. Liebermann.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Jodotyrynowe kołaczyki po 0·3 g. (wyrobu Bayera i Sp.) poleca H. Göllner (*Wiener klin. Wochs.* 1905, Nr 52) na podstawie własnego tym sposobem leczonego przypadku, przeciw matołectwu, naturalnie obok innych odpowiednich zabiegów leczniczych. Rozpocząwszy od ½ kołaczyka doszedł po 1½ roku do 2 kołaczyków dziennie. Poprawa fizyczna i duchowa ma być uderzająca. Leczenie prowadzi G. w dalszym ciągu. *L.*

Jothion w postaci maści stosowała Wyszyńska z Moskwy (*posiedz. mosk. Tow. dermat.*) w celach doświadczalnych, wcierając po 4 gr. dziennie w skórę. Po 3 godzinach daje się jod wykazać w moczu. Wcieranie wywołuje lekkie pieczenie, lecz bywa dobrze znoszone. Po 30 wcierkach znikły w jednym przypadku owrzodzenia kiłakowe. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1905, Nr 11). W dyskusyi potwierdzili Bogrow i Czlenow zdanie Wyszyńskiej. Richartz podnosi (*Arch. f. Derm. u. Syphil.* Bd. 40, 41, 1905) brak objawów żołądkowych nawet po podaniu 175 ctm.³ w przeciągu 35 dni i dobre wyniki po stosowaniu jothionu w zmianach trzeciorzędnych, jakoteż możliwość dłuższego stosowania tego leku tam, gdzie po użyciu jodku potasowego występowały szybko objawy zatrucia. *L.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

X. Posiedzenie naukowe dnia 18 maja 1906 r.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje W. Ziembicki. Obecnych członków 50 i 1 gość.

Uchwalono, ażeby odczytywanie protokołów rozpoczynać na przyszłość punktualnie o godz 6.

Delegatami do ankiety w sprawie »Ochrony młodzieży« obrano kolegów: Stachiewicza i W. Ziembickiego.

[1]) Rzecz dokładniej omówiona w dziale sprawozdawczym „Przegl. lek.“ Nr 29, 1905. [Patry: O typie klinicznym znamionującym się zapaleniem nerwu ocznego i zniekształtnieniem czaszki. *Annal. d'Ocul.*, Kwiecień, 1905]. (*Przyp. sprawozd.*).

Przewodniczący poleca pamięci kolegów pensyonat »Janina« w Truskawcu, własność pani Janowskiej, wdowy po lekarzu. Przypomina następnie, że w najbliższym czasie odbędzie się wspólne zwiedzanie **rzeźni miejskiej,** jakoteż wycieczka dla zwiedzenia **Truskawca.**

Z kolei przystąpiono do porządku dziennego.

I. Kol. Leńko okazuje przez wziernik pęcherzowy **uchyłek w beleczkowatym pęcherzu** u 72-letniego mężczyzny. Uchyłek dosięga wielkości orzecha włoskiego, prócz niego widać na błonie śluzowej złogi soli. Za przyczynę uchyłka uważa prelegent zmiany zapalne w ścianie pęcherza i wzmożoną pracę wypierania moczu, jakoteż innych mięśni.

II. Kol. doc. Bednarski przedstawia 4-letnie dziecko **z zanikiem nerwu wzrokowego** przy wadzie w budowie czaszki, pod postacią t. zw. **czaszki wieżycowej.** Okolica więc ciemienia dużego wypuklona jest ku górze nakształt wieży, lub głowy cukru. Szew strzałkowy grzebieniasto wystający, wymiar oczodołów pionowy większy od poziomego (37 mm. : 35 mm.). Prelegent zwraca uwagę, że u siostry i u ojca chorego dziecka stwierdzono również zanik nerwu wzrokowego przy tej samej budowie czaszki.

III. Kol. doc. Herman okazuje **gorset do wyciągania.** Do znanego gorsetu Hessinga z podporą dla głowy Schedego dodano śrubę z przyrządu Taylora, którą pomieszczono w górnej części piersiowej gorsetu. Po założeniu gorsetu, a zwłaszcza po zasznurowaniu pierścienia miednicowego, przy pomocy klucza podkręca się podporę Schedego w górę, dzięki czemu na cały kręgosłup wywarte zostaje działanie wyciągowe, prostujące kręgosłup, skrzywiony ku tyłowi lub bokom.

W dyskusyi zapytuje kolega Stauber, czy podobny gorset daje się też zastosować u dzieci i jak one go znoszą. Kol. Herman sądzi, że u dzieci, znoszących wogóle opatrunki ortopedyczne lepiej od dorosłych, dałby się gorset opisany zastosować z korzyścią. Nadmienia przytem, że nadaje się on oczywiście dopiero przy zmianach przewlekłych.

IV. Kol. Reis przedstawia chorych z oddziału okulistycznego szpitala powszechnego we Lwowie (prymaryusz prof. dr Machek):

a) **z gruźlicą spojówki gałkowej.** U 16-letniej dziewczyny, zresztą zupełnie zdrowej, istnieje na oku prawem po stronie nosowej spojówki gałkowej obrzęk niebolesny, różowawo zabarwiony, wśród którego przeświecają gdzieniegdzie żółtawe guzki. Badanie anatomiczno-patologiczne wyciętych skrawków stwierdziło typowe utkanie gruźlicze; wystąpił także wybitny odczyn ogólny i miejscowy po wstrzyknięciu 1 mg starej tuberkuliny. Według Saemischa opisano zaledwie kilkanaście przypadków gruźlicy spojówki gałkowej.

b) **ze zmianą kiłową na spojówce powiekowej.** U 30-letniego mężczyzny, który przed 5 laty miał przebyć wrzód miękki, wystąpił przed dwoma miesiącami ból gardła po stronie lewej i zaczerwienienie powieki dolnej oka lewego. Na spojówce powiekowej można było stwierdzić ubytek o dnie czerwonem, o średnicy 5 mm., otoczony zbitym wałem obrzękłej spojówki. Uwzględnienie cech klinicznych owrzodzenia i objawów towarzyszących przemawiało za rozpoznaniem drugorzędnej zmiany kiłowej. Guzek spojówkowy mógł przejść w owrzodzenie wskutek poprzednio stosowanego leczenia miejscowego.

Dyskusya. Kol. prof. Machek roztrząsa pytanie, jak powinniśmy się wobec przypadków gruźlicy spojówki gałkowei zachować. Podnosząc niemożność doszczętnego usunięcia ogniska gruźliczego w tem miejscu zapomocą zabiegu chirurgicznego, nie przywiązuje wagi do leczenia w takich razach tuberkuliną, nie miałby też nadziei, ażeby stosowane w ostatnich czasach przez Anglików naświetlanie promieniami Roentgena mogło tu się na co przydać. Co do wyłuszczenia gałki ocznej, postępując doszczętnie, nie należałoby z niem zwlekać. Jest jego zwolennikiem, zwłaszcza jednak w gruźlicy części miękkich oka, gdyż, jak doświadczenie poucza, w przypadkach takich może wystąpić z czasem zapalenie opon mózgowych. Mowca przytacza przypadek z własnej praktyki, gdzie u dziecka, cierpiącego na gruźlicę tęczówki, wstrzymywano się z wyłuszczeniem oka, po pewnym zaś czasie dziecko zmarło na zapalenie opon mózgowych. W innym przypadku, gdzie wyłuszczenia dokonano wcześnie, nie doszło do złych następstw. Nadmienia w końcu, że nie należy zapominać, iż także po wyłuszczeniu oka ze zmianami gruźliczemi występowało częstokroć gruźlicze zapalenie opon, jak dowodzi piśmiennictwo. Odnosi się to przeważnie do przypadków ze zmianami daleko posuniętemi. — W dyskusyi przemawiał jeszcze kol. Fels, przypominając przedstawiony w swoim czasie przez kol. Szulisławskiego przypadek wygojonej gruźlicy powieki dolnej.

V. Kol. Reis wygłosił odczyt p. t.: **„Nauka o odporności w okulistyce“,** w którym przedstawia nowsze poglądy na etyologię i leczenie chorób ocznych. — Między okiem a ogólnemi zagadnieniami medycyny doświadczalnej istnieje ścisły związek. Dzięki swemu odrębnemu stanowisku w ogólnej ekonomii ustroju umożliwiała rogówka badanie za życia i przyczyniła się do powstania zasadniczych pojęć o zapaleniu. W nauce zaś o odporności zajmuje oko wprost uprzywilejowane stanowisko. Zachowanie się abryny i antyabryny w worku spojówkowym potwierdza zapatrywanie Ehrlicha o bezpośredniem chemicznem łączeniu się tych substancyi bez współdziałania ustroju, a doświadczenia z wstrzykiwaniem zobojętnionej mieszanki jadu i surowicy błoniczej do wnętrza gałki ocznej u zwierząt pozwalają nam wziernikiem wprost odczytać, że toksyna z antytoksyną weszły w nieszkodliwy jakiś związek. Wyniki tych prac doświadczalnych wyzyskano dla praktycznych celów leczniczych. Jequiritol przeciw łuszczce należy już do powszechnie stosowanych środków leczniczych. Sztucznie zaś nabyta odporność przeciw pneumokokom, zarazkom chorobotwórczym wrzodu pełzającego rogówki *(ulcus serpens corneae)* wchodzi dopiero od niedawna w szereg środków leczniczych przeciw temu cierpieniu. Statystyka przypadków wrzodu pełzającego rogówki, leczonych na oddziale ocznym szpitala dotychczasowymi sposobami, stwierdza niepomyślne po większej części wyniki zabiegów leczniczych. Tem bardziej pożądana więc jest nowa zasada, zastosowana przez Römera w leczeniu wrzodu. Römer wywołuje przez śródmięśniowe wstrzyknięcie hodowli pneumokoków uodpornienie czynne ustroju i wzmacnia je równoczesnem uodpornieniem biernem t. j. wprowadzeniem do ustroju już gotowych substancyi ochronnych, zawartych w surowicy pneumokokowej. Główną jednak wagę kładzie Römer na zapobiegawcze leczenie wrzodu pełzającego rogówki, które polega na tem, że stosuje się szczepienie ochronne u każdego chorego, który się zgłosi do lekarza ze świeżem zranieniem rogówki przy równoczesnym przewlekłym nieżycie spojówki, zapaleniu lub śluzoropotoku woreczka łzowego. Próbę takiego szczepienia ochronnego przeprowadził Römer w okolicach Würzburga przy współudziale tamtejszych władz krajowych. — Z dalszych prac Römera omawia kol. R. hipotezę zaćmy starczej. W ustroju odbywa się ciągły rozpad komórek, który mógłby się przyczynić do powstania jadów komórkowych (lentotoksyn), mających swoiste powinowactwo do komórek soczewkowych, gdyby w oku nie przeciwdziałały temu w warunkach fizyologicznych przystosowania ochronne. W warunkach jednak chorobowych, przy starczej przemianie wstecznej ludzkiego ustroju, zdarzyć się może, że urządzenia regulacyjne odmówią posłuszeństwa, a wówczas cytotoksyny będą mogły zadziałać na składniki soczewki. Römer przyjmuje, że pewne wsteczne zmiany w starczej przemianie materyi i zaćma starcza pozostają ze sobą w przyczynowym związku, że przy zaćmie starczej trzeba uwzględnić cały ustrój, a w szczególności skład surowicy starczej. Przedstawienie zaćmy starczej jako skutku działania cytotoksyn daje się bardzo dobrze pogodzić z objawami klinicznymi. — W końcu przedstawia kol. R. ostatnie badania Römera nad nabłonkiem barwikowym i siatkówką, które mają przyczynić się do dokładniejszego poznania czynności siatkówki w warunkach fizyologicznych i chorobowych. *(Streszczenie własne).* Sekretarz. *W. Ziembicki.*

† Dr Jan Gwiazdomorski.

Niezmordowany, sumienny i zasłużony pracownik ubywa z naszego grona.

Urodzony w roku 1854 w Krakowie, tutaj ukończył ś. p. Gwiazdomorski wydział lekarski w r. 1879, poczem spędziwszy kilka lat na dalszych studyach w szpitalach wiedeńskich, gdzie zajął stanowisko sekundaryusza szpitala powszechnego i był asystentem znakomitego klinicysty prof. Bambergera, oraz paryskich, powrócił do miasta rodzinnego jako jeden z najświatlejszych lekarzy, łączący niezwykłą inteligencyę, bystry i trzeźwy sąd, z głęboką i rozległą wiedzą.

Wtedy to, gdy jeszcze brakło w Krakowie stosownego pomieszczenia dla chorych, potrzebujących większych wygód i opieki lekarskiej, założył pierwszą lecznicę prywatną, dobrze urządzoną i wzorowo prowadzoną, a przeniesioną wkrótce do budynku, odpowiadającego wymaganiom postępu i odznaczonego też zaszczytnie na wystawach lekarskich. Lecznica ta zdobyła sobie przez

szereg lat zasłużone uznanie i rozgłos, a na kartach jej historyi zapisywali się chirurdzy tej miary, jak Mikulicz, Obaliński, Rydygier.

Gorliwie uczestnicząc we wszystkich pracach Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, wnosił w nie ś. p. Gwiazdomorski nadzwyczajną sumienność, wytrawne zdanie i nieznużoną energię. Prawym swym charakterem i zaletami umysłu zdobył sobie powszechny szacunek i nieograniczone zaufanie kolegów, którzy dali temu wyraz, powierzając mu od r. 1898 przez szereg lat urząd skarbnika Towarzystwa. Dopiero nurtująca ustrój ciężka choroba zmusiła ś. p. Gwiazdomorskiego do złożenia tego urzędu, który sprawował tak znakomicie, że Towarzystwo przy ustąpieniu wyraziło mu szczególne uznanie w adresie dziękczynnym. W czasie IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zarządzał ś. p. Gwiazdomorski świetnie sekcyą skarbową Zjazdu.

Przez całe niemal ćwierćwiecze wiernym będąc współpracownikiem »Przeglądu lekarskiego«, pozostawia ś. p. Gwiazdomorski niezatarte wspomnienie, szczególnie w ściślejszem naszem gronie redakcyjnem, którego przez lat wiele był członkiem. Był jednym z tych rzadkich, cichych pracowników, których zasługę ocenić mogą tylko zbliska patrzący na żmudną i niełatwą, a nie zapewniającą rozgłosu, robotę sprawozdawczą. Od niej ś. p. Gwiazdomorski nigdy się nie uchylał, a obznajomiony poważnie ze szpitalnictwem i sprawami sanitarnemi, był w tym szczególnie względzie siłą piśmienniczą bardzo cenną i użyteczną. To też poza kazuistycznemi pracami, drukowanemi w różnych czasach w »Przeglądzie«, z których wymienić należy: »Przypadek otrucia nastojem jodowym« (1883), »Sprawozdanie roczne z »Domu zdrowia«, »Mięsak powłok brzusznych«, »Rak odbytnicy«, »Torbiele jajników. Owaryotomie«, »Włókniaki macicy«, »Stenosis laryngis e perichondritide crico-arythenoidea. Cricotomia. Wyleczenie« (1885) i »Listami z Paryża« (1882), większa część działalności piśmienniczej ś. p. Gwiazdomorskiego kryje się skromnie w mnogich artykułach sprawozdawczych, oznaczonych najczęściej tylko inicyałem. Przez kilka lat opracowywał bardzo szczegółowe krytyczne sprawozdania o stosunkach zdrowotnych w Galicyi, przedstawianych w sprawozdaniach krajowej Rady zdrowia.

Czynnie i gorliwie pracował też ś. p. Gwiazdomorski w krakowskich publicznych instytucyach i towarzystwach dobroczynnych.

Wada sercowa skróciła pracowity żywot ś. p. Gwiazdomorskiego, którego przedwczesna śmierć, pozostawiając dotkliwą w szeregach naszych lukę, budzi szczery i głęboki żal zarówno wśród ściślejszych towarzyszy jego pracy, jak i w szerszem gronie koleżeńskiem. Stratę zacnego i prawego człowieka i najlepszego kolegi odczuwamy tem boleśniej, im cenniejsze stają się dziś sumienność, wytrwałość, pracowitość i nieskalany charakter.

C.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Czy lekarze powinni wzajemnie się wynagradzać? Pytaniem, czy lekarze powinni albo czy mogą brać honoraryum od swoich kolegów, już niejednokrotnie zajmowali się lekarze i dość już często pytali o to lekarze Izby swoje. Przed kilku miesiącami poruszono sprawę tę (w listopadzie 1905) na konferencyi przewodniczących wiedeńskich stowarzyszeń dzielnicowych (Bezirksvereine) i po długich naradach uznano, że w zasadzie nie jest rzeczą niekoleżeńską przyjąć od kolegi honoraryum, szczególnie jeśli udzielanie pomocy wymagało dużo trudów i dużo czasu. Jednak wyraźnie zastrzeżono, że odnosi się to tylko do zamożnych kolegów. Zwolennicy przyjmowania honoraryum podnosili, że w zasadzie koledzy zamiast honorarym posyłają podarunki, które często więcej kosztują, niż wynosićby mogło honoraryum i że na domiar złego potem obdarowany albo najzupełniej rzeczy darowanej nie potrzebuje, albo nie wie, co z nią zrobić, albo wreszcie w rzeczy darowanej nie widzi nic pięknego i po długich namysłach pakuje ją do rupieciarni.

Tą samą sprawą zajmuje się artykuł dra Riglera w Nr 3 »Aerztliche Mitteilungen«, pod tytułem »Kollegiale Honorare«. W artykule tym wywodzi autor, co następuje: »Chciałbym jeszcze raz odświeżyć jeden z działów lekarskiego życia zawodowego, którym dotąd mojem zdaniem zamało się zajmowano i który mimo to potrzebuje stanowczej reorganizacyi. Mam na myśli koleżeńskie honorarya, t. j. owe wynagrodzenia, które lekarz jeden drugiemu przesyła za leczenie czy to siebie, czy to swojej rodziny. Z dotychczas przyjętego sposobu załatwiania tej sprawy wynikają często wcale nie drobne nieprzyjemności, dotykające nadto obie strony. Dotychczas przyjęte w tej sprawie zapatrywanie, że lekarz powinien kolegę i jego rodzinę za darmo leczyć, idzie stanowczo za daleko i jest prócz tego przykrem nieraz i dla szukającego pomocy. Najlepiej sprawę tę wyjaśnię przykładem. Lekarz na prowincyi, którego dziecko zachoruje, powiedzmy na oko, udaje się do miasta do specyalisty, którego osobiście nie zna, raz, drugi, trzeci, dziesiąty i t. d. i t. d. Im dłuższej wymaga choroba pomocy, tem sprawa dla szukającego porady staje się przykrzejszą. Kolega-specyalista ma nawał pracy, poczekalnie przepełnione i widać wyraźnie, że załatwiając chorych, bardzo się spieszy. Położenie lekarza prowincyonalnego, czekającego ze swem dzieckiem na poradę, robi się coraz nieznośniejsze i wreszcie weźmie się on sam do dłubania w oku, chociaż się na okulistyce i nie bardzo zna. Albo też po całym szeregu wizyt dziecko wraca do zdrowia, specyalista naturalnie nie chce przyjąć honoraryum, a wtedy kolega z prowincyi kupuje specyaliście piękny podarunek, przeważnie coś zupełnie niepotrzebnego i zbytecznego. I oto sprawa kończy się w ten sposób, że obdarzony specyalista nie może użyć wspomnianego podarunku, ale musi za to jeszcze w najuprzejmiejszych słowach listownie podziękować.

Byłoby znacznie mądrzej i słuszniej, żeby lekarz-specyalista wystosował koledze swemu, jak to czyni z każdym innym chorym, rachunek, ale żeby ze względów koleżeńskich policzył o połowę taniej. Za jednym zamachem odpadłoby w ten sposób wszystko, co mąci tę sprawę. Szukający pomocy nie potrzebowałby łamać sobie głowy nad tem, co kupić koledze w upominku i wyszedłby jeszcze finansowo nieraz i lepiej. Ów zaś »bardzo zajęty« specyalista nie potrzebowałby ani na chwilę panować nad sobą, aby nie okazać z powodu leczenia za darmo niezadowolonej miny, która, chociaż nie jest piękną, jest przecież ludzką rzeczą i którą dlatego należy w danym razie wybaczyć. Kolega-specyalista nie potrzebowałby nadto »cieszyć się« niepotrzebnym mu i dlatego bezwartościowym podarunkiem, ale mógłby sobie za koleżeńskie honoraryum kupić, czego dusza zapragnie, albo też mógłby sumę otrzymaną, jak to się często wydarza, oddać na cele dobroczynne zawodowe. Leczenie zupełnie bezpłatne, a więc wtedy i bez upominku, pozostałoby w tych przypadkach, gdzie obu kolegów łączy przyjaźń«.

Artykuł ten wywołał na łamach wspomnianego pisma żywą wymianę zdań: Jedni oświadczyli się za Riglerem, inni znowu wystąpili przeciw niemu. Zapatrywanie Riglera podzielają dr Karol Taege z Fryburga (»Aerztliche Mitteilungen« Nr 8) i dr Abendhausen z Berlina (ibid. Nr 9). I tak dr Taege pisze, co następuje:

»Za każde świadczenie mamy prawo żądać wzajemności. Jeśli wyrobnica, odchodząc z domu, pozostawia dzieci swoje na opiece sąsiadki, to czyni to w tem przeświadczeniu, że sąsiadka tego samego może od niej zażądać nazajutrz. Jeśli adwokat dozna jakiejś nagłej przeszkody i nie będzie mógł stanąć na terminie, to poprosi kolegę o zastępstwo, ale przy najbliższej sposobności musi okazać gotowość zastąpienia swojego kolegi. Jeśli lekarz korzysta z posług kolegi, to w podobnym przypadku udzieli mu wzajem swej pomocy. Jeżeli specyalista leczył darmo kolegę-niespecyalistę, to potem doznałby niemiłego rozczarowania, gdyby się dowiedział, że ów kolega-niespecyalista chorych swoich z zakresu specyalności posyła nie jemu, ale innemu. Sposobność do odwzajemniania nie nadarza się jednak zawsze i często i dlatego myśl kolegów zwraca się do upominku. A teraz jaki kupić podarunek? A więc najpierw oblicza się wartość czynności kolegi, udzielającego porady, potem zaczyna się dowiadywać, jakiby też »prezent« był »dobroczyńcy« najbardziej potrzebny i wtedy dopiero za sumę, wynikłą z oszacowania, kupuje się podarunek. Jeśli kupujący wybrał odpowiednią rzecz na upominek, to się cieszy, — jeśli obdarowany ma już taką samą rzecz, to wprawdzie ten co kupił, żałuje, że się tak stało, ale przynajmniej pozbył się uczucia zobowiązania. Czy obdarowany jest więcej lub mniej zadowolony, to jest sprawa drugorzędna. A jakie niezadowolenie budzą źle wybrane podarunki, dobrze o tem wie każdy, kto ogląda swoje potrójne garnitury na biurku, swoje wazy majolikowe, nigdzie nie dające się w mieszkaniu pomieścić, albo też drobną rączką kobiecą sporządzone upominki«.

»I oto dlatego uważam za szczęśliwy pomysł, aby albo brać honoraryum, albo zrzekać się go na korzyść jakiejś dobroczynnej lekarskiej instytucyi«.

»Szczególnie wśród chorób przewlekłych jest przykrą rzeczą zwracać się o pomoc raz po razie do tego samego kolegi i uczucie to może się tak spotęgować, że potrzebujący pomocy raczej się jej zrzeknie i to nieraz częściej zrobi, niżby to uczynił laik. I dlatego słusznie powiadają, że nikt nie bywa gorzej leczony, niż lekarz, bo szuka on często pomocy wtedy, gdy już w żaden inny sposób sam nie może sobie poradzić. Cechą czasów naszych są jasne stosunki. Dlatego precz zarówno z bezpłatnem leczeniem, jak i z podarunkami. Rzecz ta nie ma nic wspólnego z idealizmem!«

Na zdanie powyższe pisze się także Abendhausen, podnosząc, że na pewno niejeden z leczonych kolęgów nie będzie odczuwał jako rzeczy przyjemnej moralnego zobowiązania i woli na pewno zapłacić za leczenie, jak to czyni każdy inny chory, i pozbyć się tą drogą gniotącego uczucia zobowiązania. Kolega-idealista, biorący honoraryum, może każdej chwili przecie oddać honoraryum na rzecz n. p. wdów i sierot po lekarzach. Dr Taege, który w wywodach swoich wyraża podobne zdanie i zupełnie słusznie przeciw podarunkom występuje, bo podarunki te sprawiają z jednej strony dającemu kłopot, a z drugiej strony często biorącemu nie dają żadnego zadowolenia, powiada, że bezpłatnie leczony kolega odeśle z pewnością swemu ordynaryuszowi kilku chorych, aby mu się odwzajemnić. A jednak łatwo może się tak zdarzyć, że on sam nie był z leczenia tak dalece zadowolony, iżby zechciał posłać swoich chorych koledze i wtedy albo musiałby sprawić przykrość koledze, albo postąpić niesumiennie ze swoimi chorymi. A temu wszystkiemu zapobiegnie zapłacone honoraryum.

W tym samym duchu oświadcza się jeszcze kilku innych lekarzy. I tak n. p. jeden z lekarzy kąpielowych uważa za samo przez się zrozumiałe, że za jednorazową poradę ani od lekarza, ani od członków jego rodziny nie przyjąłby wynagrodzenia, ale jeśli ktoś z kolegów przyjeżdża do miejsca kąpielowego, w którem piszący praktykuje, odrazu z całą rodziną i wciąż zasięga porady lekarskiej dla siebie i swoich, a w podzięce wreszcie zostawi mu swój bilet wizytowy, »so ist das eine Gesundheitsschnorrerei, die einem an die Leber geht«. Inny znowu powiada, że byłoby dla lekarskiej »cierpiącej społeczności« wprost błogosławieństwem, gdyby już raz zerwano z dawnym zwyczajem bezpłatnego koleżeńskiego leczenia. Dobrze ocenić sprawę tę może tylko ten, kto sam raz ciężko chorował i wtedy przekonał się, że łatwiej jest ludziom dobrodziejstwa świadczyć, niż je otrzymywać. »Jeśli jestem chory, to chcę być traktowany jako chory, a nie jako lekarz, a jako chory chcę odczuwać w takim razie i owo dobrodziejstwo, które my lekarze już samą naszą obecnością świadczymy chorym«.

Mniejszość, bo tylko trzech kolegów przemawia przeciw przyjmowaniu honoraryum od kolegów.

»Dzisiejszy zatem materyalizm« — pisze dr Wedel — »tak dalece stan nasz już przesiąknął, że czynności nasze, które kolegom zawodowym świadczymy, zamieniamy na monetę brzęczącą. Muszę wyznać, że myśl ta mnie zbyt boleśnie dotyka. Gdyż dotychczas uchodziło za pierwszy obowiązek koleżeński koledze choremu spieszyć z pomocą bezinteresownie i obowiązek ten uznały przepisy wszystkich stowarzyszeń i związków lekarskich. O ile wiem, czynią to nietylko lekarze wobec swych towarzyszy zawodowych, ale także wiele innych zawodów. Mnie osobiście zawsze przyjemnie dotykało, w podróży, gdziekolwiek mnie droga zawiodła, w kraju czy za granicą, żem znajdował pomoc koleżeńską w najuprzejmiejszej formie. Jestem przekonany, że plebiscyt, urządzony między lekarzami w tej sprawie, nie przyniósłby nawet 50 głosów za zmianą tego dotychczasowego zwyczaju«.

W tym samym numerze wywodzi dr Krey między innymi, że, gdyby lekarzom od pierwszych kroków, stawianych w zawodzie, istotnie wpajano poczucie obowiązku spieszenia z pomocą bezinteresowną swemu choremu koledze — gdyż wyuczyć się to poczucie nie da — toby godność zawodowa lepiej wyglądała i sądy honorowe okazywałyby się zbytecznemi«. W każdym razie czyni to dodatniejsze wrażenie, jeśli lekarze uważają za rzecz oczywistą, że udzielać powinni bezpłatnie pomocy swym kolegom, naturalnie i bez obowiązku składania podarunków ze strony leczonej. Sam znam cały szereg przypadków, gdzie koledzy, za granicą leczący nawet krewnych lekarzy obcokrajowców, nie chcieli przyjąć za leczenie żadnego honoraryum, lub też przesyłane im honoraryum odsyłali z dopiskiem, że od krewnych swych kolegów wynagrodzenia nie przyjmują, gdyż leczenie w tym razie bezpłatne uważają za swój obowiązek. Tyle dziś się mówi o »godności zawodowej«, a mnie się zdaje, że godność prawdziwa w tej sprawie najwyraźniej się przejawia«.

Dr Mensinger przyłącza się »z serca do tych lekarzy, którzy uważają za rzecz honoru leczyć bezpłatnie czy to w domu, czy w kąpielach kolegów swych, ich żony i dzieci. Sam wyświadczałem takie przysługi nawet wdowom po moich kolegach-nieprzyjaciołach i uważałem to sobie za szczególny zaszczyt. Tak postępuję od 45 lat i tak będę postępował nadal aż do końca życia. I postępowanie moje niechaj będzie drogowskazem dla wszystkich młodych kolegów«.

Tak myślą dzisiaj o tej sprawie lekarze niemieccy. U nas są także zdania podzielone, przeważa jednak zdanie, że honoraryum przyjmować nie należy, natomiast dość powszechną jest rzeczą, że lekarze, którzy korzystali z pomocy kolegi, składają mu podarunek [1]). To już raz na zawsze powinno ustać, chociażby z przyczyn, wyłuszczonych w powyższych wywodach autorów niemieckich. Wszak taki wydatek przeważnie idzie na marne, a jest przecie zapłatą. Mnie się zdaje, że pieniędzy z kieszeni kolegi, a więc czy to za leczenie jego samego, czy jego żony i dzieci, a nawet krewnych przez niego utrzymywanych, nie powinno się brać pod żadnym warunkiem i pod żadną postacią. Sam korzystałem z usług kolegów i to nie dla siebie samego, ale moich blizkich i to nie raz, ale miesiącami i nigdy nie zauważyłem najmniejszego niezadowolenia na obliczu kolegi, spieszącego zawsze chętnie z pomocą. Wyjątkowo przyjąłbym honoraryum może od kolegi, ogólnie znanego bogacza, ale tylko wtedy, gdybym tego honoraryum potrzebował wprost na chleb, albo gdyby on z góry się zastrzegł, że, jeśli honoraryum nie przyjmę, to uda się do kogo innego i oświadczył, że jest tak bogaty, że mu nawet spory wydatek nie stanowi najmniejszej różnicy.

Stahr.

W sprawie wydawania z aptek leków narkotycznych i ostrych wydało Namiestnictwo galicyjskie d. 21 maja 1906 następujący okólnik (L. 66.581, VI. b) do wszystkich Starostw, oraz do Prezydentów miast Lwowa i Krakowa:

»Doszło do wiadomości c. k. Namiestnictwa, że niektóre apteki przy ekspedycyi leków narkotycznych i ostro działających nie przestrzegają przepisów obowiązujących, w szczególności zaś — gdy tylko na recepcie niema uwagi lekarza »ne repetatur« — wydają ten lek bez żadnego ograniczenia, przez czas dłuższy i to często nawet w ilości podwójnej lub potrójnej.

Chcąc ukrócić takie postępowanie aptekarzy, którzy w ten sposób jedynie w chęci zysku dostarczają bez wiedzy lekarza i często także bez wiedzy najbliższej rodziny, osobom chorym wielkich ilości morfiny, kokainy i t. p. c. k. Namiestnictwo przypomina przepisy, odnoszące się do ekspedycyi leków z aptek publicznych, a w szczególności:

1. Według § 3 rozporządzenia ministeryalnego z 2 grudnia 1904, Dz. p. p. l. 137 mogą być w aptekach wydawane leki, objęte tablicą IV. farmakopei tylko na prawidłowy przepis (receptę) lekarza, uprawnionego do wykonywania praktyki. Stosownie więc do tego postanowienia nie wolno aptekarzowi wydawać leków objętych wspomnianą tablicą farmakopei na przepis, opatrzony nieczytelnym lub nieznanym podpisem lekarza, o którym aptekarz nie wie, że jest uprawnionym do wykonywania praktyki w Austryi.

2. Według § 4 tegoż rozporządzenia należy przy sporządzaniu i wydawaniu lekarstwa wykonać ściśle w każdym punkcie zlecenia przepisu lekarza (recepty). Nie wolno zatem aptekarzowi wydać z apteki leku w podwójnej lub potrójnej ilości (chyba, że lekarz własnoręcznie napisze: detur bis, ter i t. d.) zwłaszcza, jeżeli chodzi o lek dzielny, objęty tablicą IV. farmakopei.

3. Według drugiego ustępu § 4 przytoczonego rozporządzenia można na recepty, zawierające lek objęty tablicą III. wydania VII. farmakopei w dawce większej, jak w tej tablicy oznaczono, wydać tylko wówczas, jeżeli lekarz obok ilości leku położy wykrzyknik (!) i jeżeli wypisze ją nietylko cyframi, lecz także słowami. Z tego przepisu wynika nadto, że nie wolno aptekarzowi wydać leku z apteki na taką receptę, z której nie można dokładnie wiedzieć, jaka jest maksymalna dawka jednorazowa i dzienna, czyli, ile w tym razie pozwala lekarz zażyć tego leku na jedną dawkę, ile zaś najwięcej w ciągu jednej doby.

4. Według § 5 tegoż rozporządzenia powinno być na każdej recepcie z reguły napisane imię, nazwisko i mieszkanie chorego, dla którego lek jest przeznaczony, a według ustępu pierwszego § 6 wolno na tę samą receptę tylko dla tej samej osoby wydać lek z apteki.

---

[1]) Ponieważ istotnie, zwłaszcza w młodszem pokoleniu naszych lekarzy, zdania są w tej sprawie podzielone, przeto godziłoby się wyjaśnić rzecz przez dyskusyę, dla której »Przegląd« łamy swe chętnie otwiera.

5. Nie wolno wydawać leków na kopie recept (§ 7), tem mniej dozwolonem być może wydawanie leków po raz wtóry bez recepty jedynie za przysłaniem naczynia (flaszki, pudełka lub tp.), w którem pierwotnie wydano ten lek.

6. Każda ekspedycya leku z apteki publicznej musi być na recepcie w ten sposób uwidocznioną, że ekspedyent, który receptę taksował, winien obok ceny leku umieścić firmę apteki i swój podpis, ten zaś, kto lek wydał, winien na naczyniu umieścić datę ekspedycyi i swój podpis. (§ 17). Każde więc powtórzenie leku powinno być na recepcie uwidocznione, aby aptekarz mógł ocenić, czy wbrew ordynacyi lekarza chory samowolnie nie przekroczył dawki. Tylko przestrzeganie tego przepisu może zapobiedz, aby chory z różnych aptek równocześnie nie pobierał kilka razy tego samego leku, lub aby po wyżyciu w jednym dniu tej ilości leku, która była przepisaną przez lekarza na czas dłuższy, chory zaraz na drugi dzień nie pobrał z apteki powtórnej dawki.

C. k. Namiestnictwo poleca powyższe przepisy przypomnieć aptekarzom w powiecie (mieście), a lekarza urzędowego wezwać, aby nieustannie czuwał nad ścisłem wykonaniem przepisów co do wydawania leków«.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 3 do 9 czerwca 1906 r. doniesiono o nowych przypadkach: ospy 1 przypadek w m. Brodach; duru plamistego 33 przypadków w 13 gminach, a mianowicie: pow. Cieszanów (Krowica hołodowska 1), Dobromil (Borysławka 5), Horodenka (Piotrów 2), Joworów (Gnojnice 1, Jazów stary 4), Nadwórna (Zielona 5), Nowy Targ (Czarny Dunajec 1), Sambor (Dorożów 4), Stanisławów (Drohomirczany 1), Tłumacz (Bortniki 1), Zborów (Jarczowce 1), Żółkiew (Doroszów wielki 1), Kałusz (Dobrowlany 6); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 13 przypadków w 10 gminach, a mianowicie: pow. Cieszanów (Narol m. 1), Dobromil (Borysławka 1), Horodenka (Potoczyska 1), pow. Kraków (Prądnik czerwony 2), Łańcut (Rakszawa 2), Ropczyce (Ropczyce 1, Chechły 1), Rzeszów (Błażowa 1, Bratkowice 2), Żydaczów (Rozdół 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 27/V. a 2/VI. b. r. urodziło się dzieci żywo 36, nieżywo 2; zmarło osób 56 (obcych 21); z tego z gruźlicy 14 (7), zapalenia płuc 10 (4), błonicy — (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 1 (1), odry 4 (1), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), innych chorób zakaźnych 6 (2), śmierci gwałtownej 2 (2). — Między 3 a 9/VI. b. r. urodziło się dzieci żywo 41, nieżywo 6; zmarło osób 62 (obcych 24); z tego z gruźlicy 13 (7), zapalenia płuc 14 (3), błonicy — (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 2 (—), odry 4 (2), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (1), czerwonki — (—), innych chorób zakaźnych 6 (2), śmierci gwałtownej 1 (—).

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 27/V do 26/VI b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 1 (obcych 1), krztuśca 4, płonicy 1, odry 4, duru brzusznego 1 (3), zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 1. W tymże czasie zmarł z duru brzusznego (1).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Ministeryum oświaty zatwierdziło uchwałę Wydziału lekarskiego, mianującą dr Adama Wrzoska docentem pryw. patologii ogólnej i doświadczalnej.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej na posiedzeniu d. 9 czerwca zajmował się następującemi sprawami: Przyjęto do wiadomości sprawozdanie Prezydenta z ostatniego posiedzenia Wydziału wykonawczego Izb w Wiedniu, przyczem uchwalono nie przychylić się do wniosku wysłania osobnego delegata na zjazd zawodowo-lekarski w Halli, gdyż wobec dokładnych protokołów zjazdu korzyść wysłania delegata nie stałaby w żadnym stosunku z poniesionymi kosztami; postanowiono przytem zwrócić uwagę prezydyum Wydziału wykonawczego na ustawę przemysłową, będącą obecnie przedmiotem obrad w parlamencie, czy (ze względu na kasy chorych majsterskie) nie zawiera szkodliwych postanowień dla stanu lekarskiego. — Zawarcie umowy z Towarzystwami ubezpieczeń od wypadku co do stosunku lekarza do Towarzystwa i co do wysokości honoraryum za orzeczenia lekarskie odłożono aż do nadejścia odpowiedzi z Izby lekarskiej wiedeńskiej. — Sprawę podwyższenia honoraryum za badanie osób, ubezpieczających się na życie w Towarzystwach ubezpieczeń, poruszoną świeżo przez Towarzystwo Samopomocy, postanowiono załatwić zgodnie z Izbą zach.-gal. — Na wniosek dr Mikołajskiego postanowiono przeprowadzić wstępne studya celem jak najrychlejszego założenia w Izbie »Bióra ochrony prawnej« dla lekarzy, należących do Izby wsch.-gal. — Omówiono sprawę kursów uzupełniających dla lekarzy. — Załatwiono jedną sprawę honorową.

— XII posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwow. odbyło się 8 czerwca 1906. 1) Doc. Rencki mówił o »Polycythaemia cum splenomegalia et cyanosi«, przedstawiając chorych i obrazy mikroskopowe krwi. Polycythemię spotyka się w rozmaitych stanach chorobowych, n. p. przy wadach serca w okresie niewyrównania, a także i u ludzi zdrowych, n. p. po użyciu łaźni parowej lub po przeniesieniu się w okolice wysoko położone. Prelegent omawia dokładnie tylko polycythemię prawdziwą t. j. tylko takie przypadki chorobowe, w których obok stałego wzmożenia liczby ciałek czerwonych istnieje zazwyczaj znaczne powiększenie śledziony i sinica powłok. Przypadków takich spostrzegał prelegent w ostatnich czasach trzy, z tych dwa przedstawia na posiedzeniu. Obok różnego rodzaju dolegliwości, jak bole głowy, zawroty, nerwobole i t. d. skarżą się chorzy także i na bole lub gniecenie w lewem podżebrzu. Przedmiotowo obok znacznego powiększenia śledziony zauważyć można mniej lub więcej rozszerzoną siatkę naczyń na twarzy, wargi, język sinawy. Badanie krwi stwierdza znaczną polycythemię: 6,590,000 w I przypadku, 7,750,000 w II i 6,900,000 w III obok 11,000 ciałek białych w I, 9,010 w II i 13,000 w III przypadku. We wszystkich przypadkach przeważa leukocytoza neutrofilna, spotyka się również ciałka czerwone jądrzaste, a niekiedy poikilo- i mikrocyty. Za przyczynę tego stanu uważa prelegent zmiany szpiku kostnego i to zarówno utkania erytroblastycznego, jak i leukoblastycznego. Rokowanie jest złe. Leczenie (promienie Röntgena na okolicę śledziony, arszenik, błękit metylenowy i t. d.) sprawiało wprawdzie chwilowe polepszenie, nie wywierało jednakowoż żadnego trwałego wpływu. Czy wycinanie śledziony nie doprowadziłoby do pomyślniejszych wyników, nie śmie prelegent przesądzać, sądzi jednak, że tam, gdzie są ogniska gruźlicze w śledzionie, które mogłyby dawać impuls do zmian szpiku kostnego, tam operacya byłaby wskazaną. Przypadków tej choroby opisano dotychczas 28, a z 3 prelegenta — 31. — W dyskusyi zabierają głos: R. Dw. Rydygier, prof. Gluziński i dr Stachiewicz. — 2) Prof. Ziembicki przedstawia chorą z wrodzonym ubytkiem na nosie, którą operować zamierza metodą Gersunyego, poczem wynik przedstawi.

— Porządek dzienny XIII. posiedzenia Towarz. lek. lwows. w d. 15/VI.: 1) Doc. Kučera: *a)* Endocarditis gonorrhoica, *b)* Okazanie preparatów. 2) Dr Fels: »720 zamachów samobójczych«.

— Kurs pielęgnowania chorych, urządzony przez dr Legeżyńskiego, zamknięto 7 czerwca b. r. egzaminem w obecności reprezentantów miasta, Izby lekarskiej i licznego grona lekarzy. Komisya egzaminacyjna składała się z protomedyka r. dw. dr Merunowicza, dyrektora szpitala izraelickiego dr Mehrera i kierownika kursu. Kurs ukończyło i świadectwa otrzymało 17 uczestników, w tem 15 kobiet; grono to składało się z akuszerek, dozorczyń chorych w szpitalu izraelickim, żon służących i t. d.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich otrzymał na wydziale lekarskim lwows. p. Maryan Tobiaszek, rodem z Denysowa.

Warszawa. Dwudziestopięciolecie pracy lekarskiej obchodził dr Władysław Stankiewicz. Urodzony w r. 1838, przechodził ciężkie koleje życia; zanim mógł poświęcić się studyom lekarskim, pracował w zawodzie farmaceutycznym, zaczynając od stanowiska ucznia aptekarskiego. Uczestnicząc jako lekarz w powstaniu 1863 r., musiał po upadku powstania emigrować; zagranicą uzupełnił swe studya chirurgiczne i powróciwszy do kraju, został w roku 1869 ordynatorem oddziału chirurgicznego w warszawskim szpitalu dla dzieci, w r. 1872 w szpitalu św. Rocha, w r. 1877 w szpitalu wolskim, w r. 1880 w szpitalu ewangielickim, a w końcu naczelnym lekarzem tegoż szpitala. Pracę piśmienniczą rozpoczął jubilat w r. 1866; liczne jego prace ukazywały się głównie w »Gazecie lekarskiej« i »Pamiętniku Tow. lek. warsz.«, a niektóre w »Medycynie«.

— »Gazeta lekarska« (Nr. 22) prostuje podaną przez siebie pogłoskę o zawieszeniu wydawnictwa »Przeglądu chirurgicznego«.

Petersburg. Dr Witold Orłowski, docent akademii wojskowo-lekarskiej, został przez Wydział lekarski Uniwersytetu w Kazaniu wybrany z pośród 11 kandydatów (w tej liczbie 2 profesorów) i przedstawiony radzie uniwersyteckiej na katedrę dyagnostyki lekarskiej. (Wiadomość o tem odznaczeniu wieloletniego współpracownika i życzliwego przyjaciela »Przeglądu lekarskiego« z tem większą witamy przyjemnością, że każde zwycięstwo Polaka na niwie naukowej na obczyźnie jest zarazem chlubą dla nauki polskiej).

— W uniwersytecie odeskim wakują 4 katedry lekarskie: patologii ogólnej, patologii chirurgicznej, higieny i kliniki lekarskiej. Do konkursów zgłosiło się 26 kandydatów; nazwisk polskich wśród nich niema.

— Zmarły niedawno w Paryżu syfilidolog rosyjski prof. B. Tarnowski zapisał swoją posiadłość przy Jałcie na utworzenie sanatoryum dla chorych.

Z różnych stron. Na cześć małżonków Curie poleciła paryska Akademia nauk ścisłych wybić medal pamiątkowy.

— Pisma niemieckie przypominają, że zmarły świeżo wielki dramaturg Henryk Ibsen pierwiastkowo pracował w zawodzie aptekarskim jako uczeń w aptece miasteczka Grimstadt w Norwegii. Po 3 latach nauki, w r. 1847, złożył 19-letni wówczas Ibsen egzamin na pomocnika, pracując jeszcze 3 lata w tej samej aptece. W r. 1850 porzucił zawód aptekarski i przez krótki czas studyował medycynę, potem dopiero oddał się zupełnie twórczości literackiej.

— Dyrektorem zakładu dla badania raka, otwartego w Heidelbergu, został prof. Czerny, kierownikami oddziałów prof. v. Dungern i doc. Wasielewski.

— Międzynarodowy związek prasy lekarskiej obrał swym prezesem prof. Posnera z Berlina.

— »Semaine méd.« (Nr 23) oblicza, że po ukończeniu wyborów zasiądzie w parlamencie francuskim 54 (nie 46, jak podaliśmy poprzednio) lekarzy. Liczba deputowanych lekarzy, acz jeszcze nieproporcyonalnie wielka, zmniejszyła się jednak w ostatnich czasach, bo w r. 1893 było ich jeszcze 61. »Semaine méd.« nie uważa tego zmniejszenia się za żadną szkodę, bo okazało się, że stan lekarski niema wielkiej pociechy ze swych deputowanych, w sprawach zawodowych zazwyczaj różniących się od ogółu kolegów i po wejściu do parlamentu zapominających rychło zarówno o medycynie, jak i o zadaniach społecznolekarskich.

— W Berlinie otwarto uroczyście 10 b. m. ukończony ostatecznie nowy zakład patologiczny, najwspanialszy prawdopodobnie i najlepiej urządzony ze współczesnych. Prócz olbrzymiego muzeum, składa się zakład z oddziałów: anatomicznego, bakteryologicznego, histologicznego i chemicznego. Stary budynek, w którym pracował Virchow, zostanie zburzony.

Zmarli: Dr Ludwik Lutyński, radca cesarski, w 57 r. życia w Krakowie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr 22. Pawiński: Powstawanie i znaczenie kliniczne rytmu cwałowego. Schoeneich: (dok. z Nr 21).

— *Medycyna* Nr 23. Rzętkowski: (c. d. z Nr 22). Dobrowolski Zdz.: W sprawie gruźlicy krtani u dzieci.

— *Tygodnik lekarski* Nr 23. Leszczyński: Krętek blady a rozpoznanie kiły. Selzer: Status hemiepilepticus idiopathicus.

— *Postęp okulistyczny* Nr 5. K. Noiszewski: Leczenie jaglicy przewlekłej przeszczepianiem błony śluzowej ust pod powiekę. Przyczynek do nauki ręcznego leczenia jaglicy.

— *Časopis lékařův českých* Nr 23. Kimla: Hansemanova malakoplakia vesicae urinariae a její vztah ku tuberkulose měchýře močového. Libenský: Ke kazuistice spontanních fraktur. Plavec: Hlavní a vedlejší účinek theocinu. Kuthan: Zácpa a její účinku na činnost srdeční.

— *Russkij Wracz* Nr 20. Fawicki: O ważnem znaczeniu rozpoznawczem niektórych danych przysłuchowych przy odróżnieniu zapalenia płuc od wysiękowych zapaleń opłucnej. Bukojemski: Przyczynek do patologii jajowodów. Strażesko: O chorobie Adams-Stokesa. Kardo-Sysoew: Rad w rozmaitych postaciach jaglicy. Harasimowicz, Rubel: (dok. z Nr 19).

— *Semaine médicale* Nr 23. Farnarier: Zjazd dla zwalczania partactwa leczniczego we Francyi.

— *Presse médicale* Nr 44. Boidin i Dide: Bacillus fluorescens putridus i biegunki zielone. Moscou: Uwagi o skutkach wycięcia sterczu przez pęcherz. Martinet: Jak działają jod i przetwory jodu. — Nr 45. Brumpt: Śpiączka afrykańska.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 23. Pineles: Zaćma tężyczkowa, cukrzycza i starcza. Reicher: W sprawie próby Salomona w raku żołądka. Feldmann: W sprawie zakażeń, wywołanych przez prątki wrzecionowate i krętki zębowe z uwzględnieniem ropienia. Exner: W sprawie leczenia płaskich naczyniaków prostych zapomocą radu. Eisler: W sprawie białkowatych i tłuszczowatych (lipoid) antyhemolizyn w surowicy. Delavilla: Doświadczenia kliniczne co do „Lacto“. Meller: O rektoromanoskopii.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 23. Rosenheim: Leczenie przewlekłych nieżytów jelit. Doutrelepont i Grouven: O wykryciu krętka bladego w wytworach kiłowych trzeciorzędnych. Moritz: Udział nerwu przeponowego w porażeniu Duchenne-Erbowskiem. Robbers: Zapalenie otrzewnej pneumokokowe. Jonas: O przeciwrobaczkowym ruchu żołądka. Diesing: Nowe spostrzeżenia przy leczeniu trądu jodoformem. Dammermann: W sprawie leczenia gorączki krwiomoczowej (Schwarzwasserfieber). Albers-Schönberg: O sporządzaniu rentgenogramów sprawiających wrażenie plastyczne. Galle: Elektrody z gazy drutowej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 23. Hahn: O endotoksynach cholerycznych i durowych. Wolff-Eisner: Bierowskie przekrwienie zastoinowe ze stanowiska nauki o endotoksynach. Theilhaber: Sposób zmniejszenia możliwości zakażenia przy operacyach w jamie brzusznej. Schilling: O pomiarach parcia krwi. Rörig II: W sprawie leczenia przerostu sterczu. Levinger: Ciąża, a gruźlica krtani. König: Trwałe porażenie rdzeniowe po znieczuleniu lędźwiowem. Heller: O niewyjaśnionym przypadku choroby gorączkowej z najwyższemi dotąd znanemi ciepłotami. Franck: O oderwaniu się prostującego rozcięgna palców. Köster: (dok. z Nr 22).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 24. Beitzke: O krętku bladym w kile wrodzonej. Rabinowitsch: Stosunek gruźlicy ludzkiej do perlicy u bydła. Rheinboldt: O leczeniu odtłuszczającem zapomocą gruczołu tarczowego. Ipsen: Badania pierwotnej gruźlicy przewodu pokarmowego. Huebschmann: Krętek blady a zmiany narządów w kile wrodzonej. Loeb: O rozwoju mięsaka przy gruczołowatym nowotworze u myszy. — Nadto wykłady ze zjazdu balneologów.

Redakcya otrzymała: Nitsch R.: 1) Pogląd na naukę o wściekliźnie. 1905. 2) Doświadczenia z jadem laboratoryjnym wścieklizny. Część III. Odb. z Rozpraw wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. T. 45. 1905.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 20 czerwca b. r. **punktualnie o godzinie 6 wieczorem w klinice wewnętrznej** (Kopernika 15) posiedzenie kliniczne.

Porządek dzienny:

1) Kol. prof. Jaworski i Łapiński: Demonstracya najstosowniejszego sposobu badania wyrostka robaczkowego. Przedstawienie chorych. 2) Kol. Latkowski: Przedstawienie chorych. O szkodliwościach działania przetworów salicylowych na nerki. O działaniu β-strofantyny. 3) Kol. Męsowicz: Przedstawienie skutków działania adrenaliny na układ naczyniowy. Demonstracya nowego środka przeciwtasiemcowego. O surowicy przeciw zapaleniu płuc. Demonstracya chorych. 4) Kol. Szurek: O najskuteczniejszych środkach przeciwpotnych. O nowej surowicy przeciwgruźliczej. 5) Kol. Korolewicz: O badaniu na krew zapomocą benzydyny.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr **Jekels Ludwik**, właściciel i kierownik Zakładu

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Damański Emanuel.**
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).

Dr **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu

Kosów.

lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Aronsohn Julian**, („Krakus“).
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem“).
Dr **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „pod Kosynierem“).
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr **Mayer Józef**, (Łazienki borowinowe).
Dr **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem“).
Dr **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka“).

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.

Dr **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.
Dr **Dukiet.**

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne).

Dr **Trzciński B.**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr **Górski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag**, („pod Attylą“).
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu („Miedziuś“), ordynuje od 26 lat.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma“), zimą w **Meranie**.

Truskawiec.

Dr **G. Gittelmacher — Wilenko.**
Dr **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła (Zakład wodoleczniczy).

Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.

Dr **Lewkowicz Ksawery**, Doc. Uniw. Jag., ord. w chorobach dzieci od 1 lipca do 15 października (ul. Sienkiewicza 15).

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg“).
Dr **Zeitner Józef**, (Kirchenstrasse „Stadt-Paris“).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger“ VI.).

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr **Kostecki B.**, (Haus „Weisser Hase“) zimą w **Abacyi**.

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr **Maciejewski J.**, („Villa Elsa“), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).

Dr **Weissenberg**, ord. jak corocz. w jęz. pol. (zimą w **Nervi**).

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, („Dom Lissa“).
Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried“).
Dr **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr **Liebeskind Józef**, („Haus Kronprinz“).

Nauheim.

Dr **Jankowski Fr.**, („Hotel Europejski“).
Dr **Łowiński.**

Oeynhausen (Westfalia).

Dr **Janta Połczyński**, specyalista w chorobach nerwowych.

Sławne na cały świat źródła:

VICHY

Własność francuskiego Państwa.

Administracya:
Paryż, 24 Boulevard des Capucines 24.

Polecane przez pierwsze powagi lekarskie:

Celestins: w chorobach nerek, cierpieniach dróg moczowych, w dnie i cukrzycy.

Grande-Grille: w kolkach wątrobnych i kamykach żółciowych. w zastojach w zakrosio organów jamy brzusznej.

Hôpital: we wszystkich niestrawnościach.

Przetwory: sole do kąpieli i picia, pastylki

Składy we wszystkich składach wód mineralnych i aptekach.

Prawdziwe tylko wtedy, jeśli kapsle i etykiety noszą firmę źródła. 219

Należy zawsze podawać dokładnie nazwę żądanego zdroju.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: original Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163 [illegible]

Rok XLV. Kraków 23 Czerwca 1906. Nr 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni histologicznej Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu (Prof. Dr A. Maksimow).

W sprawie tworzenia się kości i szpiku kostnego w nerce u królika.

(Badania doświadczalne).

Podał

Dr Romuald Śliwiński.

(Doniesienie tymczasowe).

W 1880 roku Litten zauważył, że zaciskanie tętnicy nerkowej wywołuje obumieranie nabłonka nerkowego i jego zwapnienie. Kossá potwierdził to i znalazł, że też wyniki następują przy zaciskaniu żyły nerkowej. W 1902 r. Sacerdotti i Frattin, korzystając z tych spostrzeżeń, podwiązywali tętnicę nerkową królików i po pewnym czasie badali stan nerki. Okazało się, że w podobnych warunkach powstają w nerce pod koniec 2-go i w przeciągu całego 3-go miesiąca ogniska tkanki kostnej i szpiku kostnego. W 1904 r. Pożaryski powtórzył te doświadczenia z tymże skutkiem. Tworzenie się kości i szpiku kostnego dawało się spostrzegać u królików w $3^1/_2$—8 miesięcy po podwiązaniu tętnicy.

Stwierdziwszy ten fakt, badacze ci nie zdołali jednak wyjaśnić, w jaki sposób zjawia się tkanka szpikowa w tak obcym dla niej narządzie, jakim jest nerka, bo mieli stare i prawie jednakowe przypadki. Chcąc wyświetlić sposób rozwoju składowych części kości i szpiku kostnego, prof. A. Maksimow zaproponował mi, bym przystąpił do stopniowych i szczegółowych badań różnych okresów rozwoju tych tkanek zapomocą najnowszych sposobów techniki histologicznej.

Wyniki tych doświadczeń przytaczam:

1) Podwiązywanie naczyń krwionośnych nerki nie wywołuje zupełnego zniknięcia obiegu krwi w nerce.

2) Podwiązywanie to w większej części pierwiastków wydalniczych nerki (nabłonek nerkowy i kłębki Malpighiego) wywołuje zjawiska obumierania.

3) Obumarły nabłonek nerkowy, zaczynając od końca 1-go tygodnia, przesiąka solami wapna.

4) Śródmiąższowa tkanka łączna nerki, jak również i tkanka tłuszczowa, leżąca pod miedniczką, wykazują przewlekły stan zapalny o cechach produkcyjnych.

5) Tkanka łączna jest oporniejszą względem zmniejszenia obiegu krwi, niż pierwiastki gruczołowe.

6) Od końca drugiego tygodnia po operacyi podwiązywania naczyń krwionośnych nerki poczyna w niej wytwarzać się tkanka kostna. Siedziba tkanki jest nadzwyczaj znamienna; tkanka kostna zjawia się zawsze pod nabłonkiem miedniczki w kształcie cienkiej skorupki, stąd szerzy się dalej na powierzchnię piramidki i tworzy w późnych okresach większe ogniska, wnikające głęboko w nerkę, usadawiając się zwykle u rogów miedniczki nerkowej.

7) Kość wytwarza się według okostnego typu kostnienia drogą przekształcania się (metaplazyi) tkanki łącznej.

8) Włókna klejorodne (kollagenowe) tkanki łącznej przeistaczają się w substancyę kostną (substance osseuse) kości.

9) Fibroblasty przeistaczają się w osteoblasty.

10) Osteoblasty przeistaczają się w komórki kostne.

11) Osteoklasty tworzą się później od osteoblastów.

12) Masa kości zwiększa się podwójnym sposobem: a) wskutek wciąż trwającego, zależnie od działalności osteoblastów, narastania (*appositio*), b) wskutek przyłączania się do starych złogów kości nowych, tworzących się samoistnie w okolicy.

13) Wytwarzanie się kości w nerce widocznie stoi w związku z istnieniem obumarłych i zwapniałych mas.

14) Pierwsze oznaki tworzenia się tkanki szpikowej w nerce zjawiają się w końcu 7-go tygodnia.

15) Pierwiastki tkanki szpikowej tworzą się z początku wewnątrz naczyń krwionośnych, rozszerzonych wskutek utrudnionego krążenia, zarówno wewnątrz naczyń włosowatych, jak i drobnych żył.

16) Pierwiastki tkanki szpikowej po pewnym rozwoju wychodzą z naczyń do tkanek sąsiednich zapomocą czynnych ruchów emigracyjnych, lub przez pęknięcie ścianki naczyń.

17) Dostawszy się do tkanek, pierwiastki tkanki szpikowej rozwijają się tu w okresach późniejszych dalej zewnątrz naczyń i energicznie mnożą się; wskutek tego tworzą się mniejsze lub większe ogniska prawdziwego szpiku kostnego, sadowiące się w okolicy rogów miedniczki i bezpośrednio łączące się z utworzonemi ogniskami tkanki kostnej.

18) Małe, średnie i duże limfocyty bieżącej krwi są tymi pierwiastkami, z których drogą różniczkowego rozwoju w różnych kierunkach tworzą się wszystkie swoiste pierwiastki tkanki szpikowej.

19) Drogą wyrabiania przez protoplazmę pewnych limfocytów ziaren rzekomo eozynochłonnych, a przez protoplazmę innych limfocytów ziaren prawdziwych eozynochłonnych tworzą się odpowiednie myelocyty, zdolne do dalszego rozmnażania się zapomocą karyokinezy i przeistaczające się przez zmiany, zachodzące w jądrach, w odpowiednie leukocyty, rzekomo eozynochłonne lub eozynochłonne.

20) Przerost protoplazmy i jądra limfocytów wiedzie do powstania typowych megakaryocytów.

21) Przy nagromadzeniu się w protoplazmie wytwarzanej przez nią samą hemoglobiny i przy zmianie wewnętrznej budowy jądra limfocyty przeistaczają się w erytroblasty, które dalej mnożą się samodzielnie zapomocą karyokinezy.

22) Ziarenka rzekomo eozynochłonne mogą przechodzić w eozynochłonne.

23) Szpik kostny w nerce posiada niewątpliwie własności krwiotwórcze: wytwarza limfocyty, leukocyty różnego gatunku i erytrocyty.

Przypadek rzadkiej siedziby kilowego wrzodu pierwotnego.

Podał
Dr J. Pacyna, Stanisławów.

Jakkolwiek najczęstszą siedzibą kiłowego wrzodu pierwotnego są niewątpliwie części rodne, to jednak siedziba pozapłciowa nie należy do rzadkości. I tak, spotykałem je na wargach lub w jamie ust, na palcach rąk, na policzku, w zakresie ściany brzusznej i t. d. Przypadek, który chcę opisać, należy jednak do rzadszych tak pod względem siedziby, jak i sposobu zakażenia, którego wytłómaczenie nie jest łatwem. Rozpoznanie tego wrzodu w chwili jego powstawania i rozwoju napotykało na znaczniejsze trudności, tak, że dopiero wystąpienie ogólnych zmian kiłowych ułatwiły je w zupełności.

G. B., lat 19, pomocnik handlowy, zgłosił się do mnie, skarżąc się na silne bole głowy, od 3 dni trwające, z dreszczami i gorączką, przyczem zauważył ostatniego dnia na czole i policzkach „krosty“, które mu wprawdzie nie sprawiają żadnych bolów, niepokoją go jednak w znacznej mierze. Podaje również, że równocześnie uczuł zawadzanie i lekkie bole w gardle. Badanie stwierdziło: ciepłota ciała 38,3° C., błona śluzowa przy badaniu wprost, jako też i w obrazie wziernikowym okazuje tylko przekrwienie i rozpulchnienie gardła (chory pali dość silnie). Na czole, policzkach i części szyi spostrzegać się dają guzki płaskie, wielkości małej soczewicy, sino-czerwono zabarwione, przypominające trądzik jodowy w okresie początkowym. Gruczoły karkowe, podszczękowe i podjęzykowy wybitnie powiększone, twarde, niebolesne, więcej zajęte po stronie lewej. Innych zmian niema. Ponieważ wysypka na twarzy była morfologicznie zbliżoną do wysypki kilowej guzkowej, poddałem chorego bardzo dokładnym oględzinom. Oprócz lekko wyczuwalnych gruczołów pachowych, nigdzie żadnych zresztą nie znalazłem objawów zakażenia ogólnego. Poszukiwania wrzodu pierwotnego, lub blizny po nim dały wynik ujemny, chory zresztą twierdził, że nie przebywał dotąd żadnej choroby wenerycznej, istnienia zaś jakiegoś owrzodzenia na częściach rodnych zaprzeczył stanowczo. Dla dokończenia badania, które odbywało się przy świetle sztucznem, poleciłem choremu przyjść nazajutrz rano i poleciłem mu 1 gr. aspiryny, jako leku przeciwgorączkowego.

Na drugi dzień chory podał, że po zażyciu proszka ból głowy i gorączka ustąpiły, a pozostało tylko uczucie ciężkości głowy. Przy badaniu w świetle dziennem zauważyłem na skórze tułowia bardzo słabą wysypkę plamistą barwy znamiennej dla kiły, której dnia poprzedniego dopatrzeć się nie mogłem, zresztą obraz niezmieniony. Ponieważ rozpoznanie nie ulegało tym razem żadnej wątpliwości, chodziło już tylko o wykrycie wrót zakażenia. Ponieważ na reszcie ciała mimo najskrupulatniejszego poszukiwania zmiany pierwotnej wyszukać nie mogłem, a gruczoły wskazywały, że siedliskiem jej będzie prawdopodobnie głowa, tu skierowałem poszukiwania. Powiększony gruczoł przyuszny lewy na tę stronę baczniejszą kazał mi zwrócić uwagę. Nie znalazłszy nic w jamie ustnej, szukając blizn na twarzy, zauważyłem małą nieproporcyonalność skrzydełek nosowych, które przy badaniu obustronnem okazały różną zbitość. Skrzydełko prawe miękkie, elastyczne; lewe natomiast, nieco zgrubiałe, miało zbitość prawie chrząstkowatą. W obrazie wziernikowym błona śluzowa prawego nozdrza jednostajnie różowa, w nozdrzu lewem silniej zaróżowiona, w dolnej części skrzydełka lekko wypuklona, przyczem wypuklenie to na przestrzeni małego guzika okazywało odcień żółtawy. Przy skombinowanem badaniu dotykowem miejsce, odpowiadające wypukleniu, okazywało charakterystyczną twardość. Chory, zapytany w kierunku pochodzenia tego stwardnienia, wyjaśnił, że przed kilku tygodniami miał silny nieżyt nosa, w czasie którego zrobił mu się w lewem nozdrzu wrzodzik prawie niebolesny, na który nie zwracał uwagi, wrzody bowiem takie miewał zwykle w czasie nieżytów, na które zawód często go narażał.

Na podstawie w ten sposób zebranego wyniku badania rozpoznanie brzmiało: *Lues maculo-papulosa recens faciei et trunci, cicatrix post sclerosim alae nasi sin.* Rozpoznanie zostało stwierdzonem wkrótce wynikiem leczenia, zaraz bowiem po pierwszych wstrzyknięciach soli rtęciowej ustąpił ból i zawroty głowy, a po pięciu wstrzyknięciach salicylanu rtęciowego po 0,12 na dawkę wysypka znikła, zostawiając tylko w miejscu guzków plamki barwikowe. W czasie zażywania jodu chory wrócił zupełnie do zdrowia, a zmiana w postaci nacieku skrzydełka nosowego pod koniec leczenia również zupełnie ustąpiła.

Opisany przypadek stanowi nietylko przyczynek do tak już licznej kazuistyki wrzodów pierwotnych pozapłciowych, lecz jest zdaniem mojem również przykładem, stwierdzającym fakt, że wtórorzędne zmiany kiłowe najchętniej usadawiają się przedewszystkiem w najbliższej okolicy wrzodu pierwotnego, na co przy opisywaniu pierwotnych zmian pozapłciowych niejednokrotnie w piśmiennictwie zwracano uwagę.

O cięciu cesarskiem pochwowem i bocznem wysokiem rozcięciu szyjki (cztery przypadki z praktyki prywatnej).

Podał
Dr Emanuel Herz,
lekarz chorób kobiecych w Rzeszowie.

(Dokończenie.)

Z przytoczonych przypadków widzimy, że cięcie cesarskie pochwowe da się nawet w nieświetnych warunkach wykonać. Wynik operacyjny głównie zależnym będzie obok aseptyki i t. p. od doświadczenia operatora. Wielką rolę odgrywa wskazanie i czas przystąpienia do zabiegu. Asysta w każdym przypadku koniecznie potrzebna. Wystarczy tu jeszcze raz wskazać, jak zbawiennym był zabieg operacyjny w każdym z wymienionych przypadków. Jest on równie nieocenionym wobec stwardnienia ujścia i szyjki macicy, jak i w przypadkach, z drgawkami porodowemi połączonych. Tak bowiem w jednych, jako też i drugich przypadkach może nastąpić chwila, w której dalsze wyczekiwanie staje się zgubnem.

To też nie mogę sobie wyobrazić drugiego zabiegu, któryby co do szybkości wykonania mógł iść w zawody z cięciem cesarskiem pochwowem. Nawet cięcie cesarskie klasyczne, brzuszne, nie pozwala tak prędko ukończyć porodu w chwili, gdy szybkość wskazana, jak cięcie cesarskie pochwowe.

Z wielu stron czyniono zabiegi wyrugowania cięcia cesarskiego pochwowego i zastąpienia go metodą Bossiego, wszelako wnet nastąpiło rozczarowanie, a to z wielu przyczyn

Pokazało się bowiem, że metoda Bossiego ma wiele wad, z powodu których nie może być w każdym przypadku stosowaną, a mianowicie: po pierwsze musi być szyjka macicy na tyle drożna, aby można wprowadzić rozwieracz Bossiego, gdyż przy zupełnie zamkniętem ujściu nie da się on założyć; powtóre nie może główka płodu przylegać do szyjki, gdyż ramiona rozwieracza są dość długie i potrzebują pewnej przestrzeni, a w takim razie musiałoby się główkę, gdyby nie była jeszcze ustaloną, odprowadzić do miednicy wielkiej, co naturalnie nie zawsze może być rzeczą obojętną; po trzecie objawia się nieraz po wyjęciu narzędzia skłonność ujścia do ściągania się, jak to wiadomo z piśmiennictwa, omawiającego metodę Bossiego. Największym błędem metody Bossi'ego jest jednak ta okoliczność, że autor nieustannie zachwala swój rozwieracz jako niechybny, uniwersalny środek do rozszerzania macicy bez względu na stan szyjki i ujścia, nie zważając wcale na to, że z wielu stron odzywają się głosy poważnych klinicystów, napominające do ostrożności przy używaniu tej metody. Zdarzało się bowiem niejednokrotnie, że przy rozszerzaniu sposobem Bossiego ujścia twardego, niepodatnego i nierozciągliwego, następowało rozdarcie szyjki głębokie, nieregularne, aż do sąsiednich narządów, które stawało się powodem krwotoku a nawet śmierci rodzącej z upływu krwi.

Niedawno ogłosił v. Bardeleben („Zentralbl f. Gyn.", Nr 15, 1905) trzy przypadki śmierci, spowodowane metodą Bossiego; wielu innych znowu donosi o pęknięciach macicy w następnym porodzie lub ciąży, a na posiedzeniu towarzystwa położniczego w Hamburgu w dniu 19 grudnia 1905 oświadczyła się większość uczestników za tem, że metoda Bossiego, gdzie chodzi o szybkie rozwarcie macicy, n. p. w rzucawce i t. p., jest zabiegiem niebezpiecznym i że powinna być zastąpioną cięciem cesarskiem pochwowem lub brzusznem.

Zaprowadziłoby mnie to za daleko, gdybym chciał wyliczać wszystkie towarzystwa położnicze, w których metodę Bossiego należycie krytycznie oceniono, jak z drugiej strony nie można odmawiać jej wszelkich zalet. Metoda Bossiego może, zdaniem mojem, oddać dobre usługi głównie tylko przy dokładnym doborze takich przypadków, w których rozszerzenie wogóle jest możliwe, a więc wtedy, gdy szyjka macicy zanikła, a ujście przynajmniej na palec rozwarte, ale przytem podatne, rozciągliwe i gdzie wcale nie ma pośpiechu; gdzie tych warunków niema, tam tylko zapomocą cięcia cesarskiego można prędko i bez niebezpieczeństwa dla rodzącej ukończyć poród. Zdaniem mojem więc sposób Bossiego w tych przypadkach, w którychby się dał użyć — jest nierzadko zbyteczny, ponieważ można go o wiele lepiej zastąpić balonem, którego działanie jest o wiele naturalniejsze; sposób Bossiego i cięcie cesarskie, są to dwa zasadniczo zupełnie od siebie różniące się zabiegi, a błędnem jest mniemanie, jakoby jeden drugim można w każdym przypadku zastąpić.

Przy dzisiejszym prądzie, by czynnie wkraczać w przypadkach rzucawki, wielu klinicystów jest tego zdania, że należy rodzącą jak najprędzej, ile możności po pierwszych napadach rozwiązać, wychodząc z założenia, że źródłem złego jest płód i łożysko, które wytwarzają jad i nim cały ustrój zatruwają; nie mogę tedy sobie wytłómaczyć, jak w przypadku rzucawki rodzącą, — a są niemi przeważnie pierwo-ródki, — przy zupełnie zamkniętych drogach porodowych rozwiązaćby można zapomocą metody Bossiego.

Co do leczenia drgawek porodowych zaznaczyć trzeba, że uległo ono w ciągu ostatnich lat 15 znacznym zmianom. I tak przytacza Staude (posiedzenie tow. ginekol. hambursk. z dnia 6 czerwca 1905) w tej sprawie zdania Winckla Veita, Dührssena, Zweifla i innych i szczegółowo streszcza artykuł Dührssena co do leczenia drgawek porodowych w najnowszem dziele położniczem Winckla. — Staude, Lomer, Falk i inni są tego zdania, że gdy szyjka macicy jest utrzymana, o sposobie Bossiego mowy być nie może i rozwiązać rodzącą można tylko zapomocą klasycznego cięcia cesarskiego brzusznego lub cięcia cesarskiego pochwowego, a w towarzystwie położniczem w Berlinie (posiedz. z dnia 17 lipca 1905) oświadczył Henkel, przytaczając 6 przypadków drgawek porodowych, przez siebie operowanych zapomocą cięcia cesarskiego pochwowego, że z powodu utrzymania części pochwowej o sposobie Bossiego nawet myśleć nie mógł. Henkel jest osobiście tego zdania, że w przypadkach rzucawki należy rodzącą rozwiązać po pierwszym ciężkim napadzie, lub też po kilku lżejszych. Gdy część pochwowa jest utrzymana, wtedy najczęściej wskazane jest cięcie cesarskie pochwowe. Cięcie cesarskie brzuszne zaś ma podług Henkla zastosowanie tylko w tych razach, gdzie napady rzucawki występują u pierworódek ze zwężoną miednicą, a płód jest donoszony, wielki.

W rozprawach na ten temat zabrał głos Olshausen, który oświadczył się również za jak najszybszem rozwiązaniem w przypadkach rzucawki. Sposób postępowania jest — podług niego — obojętny, czyto cięcie cesarskie brzuszne, czy pochwowe, byle tylko jak najrychlej płód wydobyć. Na 7 czy 8 przypadków, które operował zapomocą cięcia cesarskiego brzusznego, umarła tylko jedna położnica.

W tym samym duchu przemawiali w swoim czasie Zweifel, Veit, v. Winckel, Dührssen i inni. Skoro tedy może większość dzisiejszych położników zaleca szybkie rozwiązanie chorych na rzucawkę, dziwnym wydaje się opór niektórych lekarzy, którzy po dziś dzień zachowują się w takich przypadkach wyczekująco, tracąc przytem najlepszą sposobność uratowania chorych. Jak długo nie mieliśmy sposobów szybkiego rozwiązania chorych na rzucawkę, bawienie się małymi środkami było może uzasadnione, dziś zaś w czasach wydoskonalonej techniki operacyjnej byłoby błędem nie chcieć korzystać z tych ulepszeń, zwłaszcza, że zapomocą nich możemy szybko i bez szkody dla rodzących uwolnić je od niebezpieczeństwa, które ich życiu zagraża.

* * *

Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu.

Napisał

Dr Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy.)

Jeżeli zbadamy wnętrze macicy, przypuszczając, że tam pozostała część popłodu, to stwierdzić możemy, że palce, wprowadzone do jamy trzonu, swobodniej się w niej mieszczą, niż w warunkach fizyologicznych. Również i tu niema jamy macicy we właściwem tego słowa znaczenia, lecz tak samo, jak w warunkach fizyologicznych, jest płaska szpara, ograniczona przednią i tylną ścianę macicy, które

są tu wiotsze. W przypadkach tych dopiero po jakimś czasie (nieraz po paru godzinach) następuje trwałe ściągnięcie się macicy tak, iż mija wszelka obawa powtarzania się silniejszego krwawienia. Te przypadki, przejściowe do patologicznych, w razie umiejętnego nadzoru przebiegają zupełnie bez szkody dla położnicy, albowiem dzięki temu, iż pobudliwość mięśnia jest tu prawidłowa, stosunkowo łatwo przez dłuższy czas możemy skracać przerwy między bolami, t. z. częściej wywoływać skurcze okresowe, lub nawet skurcze tężcowe mięśnia. Właśnie te przypadki najlepiej dowodzą różnicy między tężcem mięśnia macicy, a zjawiskiem tak zw. „Dauercontraction" Ahlfelda. Przypadki te cechują się: opóźnieniem największego ustalonego ściągnięcia się mimo prawidłowej pobudliwości mięśnia na bodźce, wywołujące skurcze. Tu niema niedowładu macicy, natomiast jest opóźnianie się największego i trwałego ściągnięcia się macicy.

W przypadkach wybitnie patologicznych, jakkolwiek popłód odkleił się i wydalił w sposób idealnie fizyologiczny, a macica w pierwszych chwilach połogu pod wpływem skurczu stała się małym, do ostateczności ściągniętym narządem, z którego przez jakiś czas krew zupełnie nie sączy się, powstaje stale po ustaniu bolu powiększenie się wymiarów trzonu macicy. Przy badaniu odnosi się wrażenie, że trzon macicy ulega podobnego rodzaju rozkurczowi, jak serce w czasie rozkurczu. Tu krwawienie bywa znaczne i to nietylko wewnętrzne, ale i zewnętrzne, niekiedy wprost rozpaczliwe, albowiem krew jedynie tylko na szczycie bolu chwilowo nie płynie, a skoro tylko ból choćby tylko na chwilę zwolnieje, krwawienie na nowo się rozpoczyna. Jeżeli w tych przypadkach zbadamy wewnętrznie, choćby dla upewnienia się, czy przypadkiem co wewnątrz macicy nie zostało (np. łożysko dodatkowe), to zauważamy, że wprowadzenie dłoni, ba nawet całej pięści do jamy trzonu nie napotyka na żadne większe trudności. Istnieje tu jama macicy, otoczona wiotkiemi i cienkiemi ścianami, w której pięść się z łatwością porusza. Z miejsca łożyskowego tryska krew strumieniem na rękę, znajdującą się w jamie macicy.

Namacalnie przekonujemy się, że tu do zupełnego ściągnięcia się macicy jeszcze bardzo daleko. Macica tworzy mniej lub więcej wiotki worek, który można w krańcowych przypadkach (znanych z piśmiennictwa) nieumiejętnie wykonanem nacieraniem, połączonem z wyciskaniem, doprowadzić do wynicowania. W tej to kategoryi przypadków w razie, jeżeli do ścian macicy jeszcze było łożysko przymocowane, pociąganie za pępowinę wywoływało wynicowanie macicy. Opisano nawet przypadki, gdzie wprost parcie niewiasty w trzecim okresie wywołało wynicowanie macicy.

Leczenie takich najcięższych przypadków polega albo na tamponadzie macicy zapomocą pięści, ułożonej w kułak, umieszczonej w jamie trzonu macicy, nad którą miesi się drugą ręką trzon macicy przez powłoki brzuszne dopóty, dopóki wskutek skurczów macicy nie nastąpi nareszcie silne obciśnięcie się ścian macicy, albo też na tak zw. szczelnej tamponadzie jamy macicy zapomocą gazy jodoformowej, podanej przez Dührssena. Wynik zależy bezwarunkowo wiele od tego, czy mięsień macicy oddziaływa na bodźce mechaniczne i farmakologiczne i da się łatwo doprowadzać do skurczów, ale z drugiej strony może ważniejsze jest, czy ściana macicy ma zdolność do ściągnięcia się ustalonego, choćby częściowego na tyle, aby zdołała silnie i trwale obcisnąć się naokoło ciała obcego, będącego w jamie macicy. Ten drugi warunek jest dla zatamowania krwotoku niezbędny; gdzie on zawiedzie, tam nawet szczelnej tamponady wykonać nie można, bo macica w miarę wprowadzania gazy coraz to więcej się rozszerza i kobieta z krwotoku zginąć musi, chyba, że sposobem czysto chirurgicznym przerwiemy dopływ krwi do macicy: w najlżejszych przypadkach przez ściągnięcie macicy kulociągami do szpary sromowej, przez co naczynia ulegają zagięciu, albo w cięższych przez okłucie tętnic, doprowadzających krew do macicy, albo przez wynicowanie macicy i podwiązanie jej drenem, albo wreszcie: przez amputacyę macicy.

Z tego przedstawienia klinicznego pierwszych godzin połogu przekonujemy się, że w razie krwawienia połogowego z miejsca łożyskowego najważniejszym czynnikiem jest zaburzenie w mechanizmie ściągania się macicy, t. j., w zdolności ścian macicy do przyjęcia najmniejszych rozmiarów i do ugrupowania trwałego swoich składników w temże położeniu.

Sprawę ściągania się macicy omówiłem dawniej w rozprawce pod tyt. „Mechanizm III okresu porodu [3]". Tu przypomnę wynik, do jakiego doszedłem. Mechanizm ściągania się porównałem mianowicie do mechanizmu zatrzasków, t. j., że macica bardzo łatwo, nawet bez pomocy skurczów mięśnia się ściąga, ale choćby tylko do pewnego stopnia zwinięta — trudno się rozwija, a to z dwóch powodów: 1) iż wszelkie próby, usiłujące rozwinąć ściągniętą choćby częściowo macicę, działają jako bodźce, wywołujące skurcze mięśnia, które to bodźce, jeżeli są słabe, sumują się i jeżeli tylko pobudliwość macicy jest prawidłowa, wywołują po jakimś czasie silny skurcz macicy, a ten czynnik właśnie fizyologicznie ściąga macicę; 2) iż raz złożone blaszki mięsne stawiają opór czysto bierny rozłożeniu, w zasadzie podobny do tarcia w mechanice. W połogu i w trzecim okresie od dokładności działania tego mechanizmu zatrzaskowego wszystko zależy.

Gdzie leży zaburzenie w mechanizmie zatrzaskowym ściągania się, wskutek którego mechanizm ten źle działa, wywołując w połogu krwotoki tak zw. „atoniczne?" Czy może przyczyną krwotoków jest ta okoliczność, że po całkowitem opróżnieniu się jamy macicy z popłodu włókna mięsne i inne składniki tkankowe nie odrazu dostają się w swe ostateczne siedziby, ale odnajdują je dopiero po pewnym czasie pod wpływem całej seryi bolów okresowych tak, że dopiero po jakimś czasie płaska, szparowata jama macicy dochodzi do swych najmniejszych wymiarów? Czy może zaburzenie, powodujące krwotoki, polega głównie na tej okoliczności, że macica wprawdzie przez skurcz mięśnia ściąga się do swych najmniejszych wymiarów, ale po ustaniu bolu z łatwością zwiększa swą pojemność, czyli rozwija się do pewnego stopnia? Która z tych dwu możliwości jest prawdopodobniejsza?

Na to pytanie stanowczo odpowiedzieć nie można. Opierając się na realnych faktach przy spostrzeganiu klinicznem, trzeba przyjąć, że raz jedna, raz druga możliwość odgrywa większą rolę w danym przypadku krwotoku połogowego, często zaś obydwie łączą się, wywołując wtedy najgroźniejsze niebezpieczeństwo dla życia matki.

I tak: Niezupełne ściągnięcie się macicy z utrzymywaniem się jamy macicy zawsze oczywiście spotkamy tam, gdzie w jamie macicy znajdzie się mechaniczna przeszkoda dla zupełnego ściągnięcia się. N. p. przewlekający się trzeci okres z opóźnieniem odklejenia się i wydalenia popłodu, większe skrzepy, pozostałe w macicy z krwiaka pozałożyskowego, błony, przy niezręcznych zabiegach oderwane od łożyska, otoczone skrzepami, kawałki urwane łożyska, tamponada jamy macicy gazą jodoformową itd., nie dozwalają ściągnąć się macicy do ostatecznych granic. To nastąpi dopiero wtedy, gdy cała serya bolów okresowych wydali tę przeszkodę czysto mechaniczną. Mimo tego spostrzegania kliniczne poucza, że w pewnej części tych przypadków, byle tylko jama macicy nie mogła się z łatwością powiększyć, krwawienia znaczniejszego nie ma. Z niezupełnem ściągnięciem się macicy spotykamy się także tam, gdzie poród popłodu szybko się ukończył, jak to było w przypadkach, opisanych przezemnie dawniej w rozprawce p. t. „Kliniczny przebieg trzeciego okresu porodu", p. n. mechanizm Schul-

[3]) Przegląd lek. 1903.

rego, oraz przejściowe z tegoż do prawidłowych. I tu w przypadkach prawidłowego działania mechanizmu ściągania się udaje się macicę z łatwością miesieniem sprowadzić do ostatecznego trwałego ściągnięcia się. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Doc. Dr. Gomperz: **Pathologie und Therapie der Mittelohrentzündungen im Säuglingsalter.** (Patologia i leczenie zapaleń ucha środkowego u niemowląt). Wiedeń 1906. J. Safař.

Rozporządzanie odpowiednim materyałem w oddziale Kassowitza dla chorób dzieci, zachęciło autora do szczególnego zajęcia się chorobami uszu u niemowląt, na które to choroby ogólnie niewiele zwraca się uwagi; a przecież zapalenie ropne ucha środkowego nierzadko staje się bezpośrednią przyczyną śmierci niemowlęcia. Trudności w badaniu ucha u niemowląt z powodu wązkości przewodu ucha zewnętrznego i początkowego więcej poziomego położenia błony bębenkowej, nie powinny zniechęcać, a częstość spraw zapalnych ostrych w uchu środkowem niemowląt, mająca główną przyczynę w szerokości i krótkości trąbki usznej, powinna być raczej bodźcem do badania ucha, by i tym malutkim cierpiącym nieść ulgę i pomoc. Dlaczegóż ci najmniejsi z chorych mieliby być wyłączeni od korzystania z postępu nauki o chorobach usznych? Opieka lekarska nad niemowlętami leży w rękach pedyatrów i tym wiadomo, iż przy chorobach niemowlęcia ogólnej natury zwracać należy uwagę na uszy, rychła więc, a umiejętna pomoc uchroni nieraz niemowlę od ciężkich powikłań, a nieraz i od śmierci.

Po wstępie, streszczającym anatomię i fizyologię narządu słuchowego u noworodka, omawia autor badanie ucha, do którego zaleca lejki odpowiednich rozmiarów; przed badaniem nieraz trzeba oczyścić ucho, przyczem należy pamiętać, iż zbyt energiczne badanie łatwo wywołuje przekrwienie błony bębenkowej (do czego i krzyk dziecka się przyczynia), by nie wysnuć z badania fałszywych wniosków.

Najważniejszą chorobą uszu u niemowląt jest zapalenie ostre ucha środkowego, mające najczęstszą przyczynę w grypie, której tak łatwo niemowlęta ulegają, a dopiero na drugiem miejscu stoją inne choroby zakaźne, wyjątkowo nagabujące niemowlę. Wymiociny mogą także, dostając się do jamy bębenkowej, stać się źródłem zakażenia. Niemowlęta dobrze rozwinięte i z rodziców zdrowych są odporniejsze, a powstała już sprawa zapalna przebiega u nich lżej. Najczęściej sprawa chorobowa kończy się pomyślnie, rzadziej staje się przyczyną śmierci, najrzadziej przechodzi w okres przewlekły. Sprawa zapalna nasila się różnie; najczęściej następuje przebicie błony bębenkowej, a z chwilą pokazania się wypływu z ucha ustają zaburzenia kiszkowe, wymioty, nagłe krzyki dziecka i drgawki, które tak łatwo u niemowląt występują. Gdy badanie wykryje zapalenie ucha środkowego, to autor zaleca wilgotne ciepło w postaci tamponików, zmoczonych w roztworze octanu glinu w stosunku 1:2 wody borowej 2—4%, a następnie wygniecionych. W przypadkach, w których błona bębenkowa znacznie się wypukla i występują ciężkie ogólne objawy, nie należy ociągać się z nakłuciem błony bębenkowej, co u niemowlęcia sprawia uderzający skutek. Gdy wypływ nastąpił sam lub po nakłuciu błony bębenkowej, ogranicza się autor zwykle do częstego zmieniania lekko założonych suchych tamponików, a dopiero gdy wydzielina po pewnym czasie się nie zmniejsza, zaleca wkraplania perhydrolu, wreszcie przestrzykiwanie ucha ciepłą wodą borową. Najczęściej, jak wspomniałem, sprawa zapalna przechodzi pomyślnie; wpływ niekorzystny, przewlekanie się sprawy, wywiera obok ogólnego stanu niemowlęcia przedewszystkiem nieżyt nosa i jamy nosowo-gardłowej. Gdy wydzielina z nosa jest skąpa, to autor zaleca wkraplanie ½% rozczynu mentolu w oliwie waselinowej; przy obfitej wydzielinie usuwa ją przez wdmuchiwanie powietrza w jedno nozdrze przy otwartem nozdrzu drugiem; mniej zaleca sposób aspiracyjny usuwania wydzieliny. Do nosa w ten sposób oczyszczonego wdmuchuje kwas borowy sam lub z dodatkiem 0·5—3% azotanu srebrowego, lub też stosuje azotan srebrowy w rozczynie na wacie owiniętej na srebrnym drucie, który wsuwa przez nos aż do jamy nosowo-gardłowej.

Choć jama sutkowa stale bierze udział w zapaleniu jamy bębenkowej, przecież nie tak często szerzy się sprawa zapalna na kość, często natomiast zdarza się zapalenie okostnej. W pewnych przypadkach trzeba otworzyć jamę sutkową; choć to z natury łatwe u niemowląt, przecież wymaga ostrożności, by nagle i niespodziewanie nie dotrzeć do opon mózgu.

Jak wspomniałem, przewlekłe ropienie ucha środkowego zdarza się w wieku niemowlęcym rzadziej, uporczywiej opiera się ono leczeniu, a nawet wyjątkowo wymagać może otwarcia jam ucha środkowego.

W przypadkach samoistnego przebicia błony bębenkowej, a tem więcej w przypadkach sztucznego nakłucia, sprawa kończy się pomyślnie, a przypadki z zejściem śmiertelnem trafiają się tam, gdzie przebicie nie nastąpiło, lub gdzie brakło odpowiedniej pomocy. Stąd widać, jak ważnem jest wczesne rozpoznanie, a to wczesne rozpoznanie leży nie w rękach otyatry, lecz w rękach lekarza ordynującego. We wszystkich przypadkach niejasnych zachorowania niemowlęcia, połączonych z niepokojem, bólem, gorączką, a wreszcie objawami mózgowemi, powinno się zwracać uwagę na uszy, a wtedy i pomoc otyatry będzie skuteczną.

Książkę Gomperza z przyjemnością przeczyta specyalista, a lekarzom nie specyalistom, w szczególności nie pedyatrom sprawozdanie niniejsze przypomni, iż przy zachorowaniu niemowlęcia pamiętać zawsze należy o uszach.

Doc. Dr. A. Baurowicz.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Remlinger. **O drobnoustrojach, przechodzących przez sączek.** (*Bulletin de l'Institut Pasteur*, Nr 8 i 9. 1906). Sprawa drobnoustrojów, przesączających się albo niewidzialnych, (jakkolwiek te dwa określenia niezupełnie są jednoznaczne, bo n. p. Borrel widział pod drobnowidem krętka, przechodzącego nawet przez trudno przepuszczalne sączki), poruszona przez Roux, stała się przedmiotem rozlicznych badań, które jednak niezawsze dawały zgodne wyniki. Nieraz za czynnik chorobotwórczy pewnej sprawy chorobowej poczytywano drobnoustrój niewidzialny, a tymczasem był nim jakiś prątek lub ziarenkowiec, nie przesączający się i naodwrót. Przyczyna tego tkwi w braku ścisłego określenia metody, jaką się autorowie posługiwali. W badaniach nad mikrobami, przez sączki przechodzącymi, należy dokładnie uwzględnić: sączek, materyał, którego własności chcemy zbadać i okoliczności, w jakich doświadczenie się odbywa; (czas, ciepłota, ciśnienie); najmniejsza czasem zmiana w jednym z tych warunków może zupełnie zmienić wynik badania. I tak sączek, czy to z porcelany, czy z glinu, węgla lub ziemi okrzemkowej, powinien być możliwie nowy. Odkażanie w parze czyni go mniej porowatym, niż w suchem powietrzu. Starannie należy się wystrzegać przesączania rozczynów białkowatych, które przeszedłszy przez sączek, układają się koło jego ścian, tworząc w ten sposób drugi sączek o nadzwyczaj drobnych porach, tak, że znajdujące się w rozczynie drobnoustroje przesączyć się nie dają. Jeżeli zaś obecności tych ciał uniknąć nie można, trzeba albo używać do sączenia płynów bardzo rozcieńczonych, albo też przepuścić rozczyn najpierw przez sączek o większych porach, n. p. Berkefeld V. i dopiero, uwolniwszy go w ten sposób od niepożądanych, głównie białkowatych, domieszek, przesączyć go przez drugi sączek. Przesączać należy jak najszybciej, najwyżej w 2 godziny i najlepiej, pod zwyczajnem ciśnieniem atmosferycznem. Używanie atoli balonika kauczukowego lub pompy wodnej o 50—500 mm. Hg. siły ssania, nie wpływa szkodliwie. Płyn, badany co do mikrobów niewidzialnych, należy sączyć w ciepłocie pokojowej. Dla zmierzenia przepuszczalności sączka zaleca Remlinger posługiwać się bardzo cienkimi przecinkowcami, które w każdej prawie wodzie znaleść można; w razie ich braku, zawsze drobnoustrojom ruchomym należy dać pierwszeństwo nad nieruchomymi. Najlepiej używać sączków, których największą granicę przepuszczalności stanowią właśnie takie z góry oznaczone mikroby widzialne.

Roux w pracy swej z 1903 r. uznał następujące sprawy chorobowe za wywołane przez zarazki, dające się przesączać: zarazę pyskową bydła rogatego, zarazę płucną, bydlęcą, księgosusz »*myxomatose*« królików, chorobę mozaikową liści tytuniowych »*horse siknces*«, »*peste aviaire*«, żółtą gorączkę, ospę owczą, nabłoniaka zaraźliwego skóry u ptaków. Zarazki tych chorób jeszcze i po ukazaniu się pracy Roux, badało kilku autorów. Tak np. przesączanie się zarazka żółtej gorączki przez sączek Berkefelda stwierdzili: Parker, Beyer i Pothier; szczepiąc człowieka przesączem odwłóknionej krwi chorych; przesączanie wpływało osłabiająco na zarazki tej choroby i przedłużało czas wylęgania. Również Marchand, Salimbeni

i Simond zdołali przesączyć zarazki żółtej febry przez sączki Chamberland F; Chamberland B zarazków nie przepuszczał. (Dopiero badania „Yellow fever Institute“ dowiodły, że i ten sączek zarazki przepuszcza, ale po zmieszaniu badanego płynu z równą ilością fizyologicznego roztworu soli kuchennej).

Zaraza drobiu (*peste aviaire*), uważana przez Centanniego i Savanuzziego za sprawę zgoła różną od cholery kur, a bardzo rozpowszechnioną wśród ptactwa domowego, jest, jak to ci autorowie stwierdzili, wywołana przez zarazek dający się przesączać i to nietylko przez sączek Berkefelda, ale i przez Chamberlanda F, a nawet B. Podobnie stwierdzono także przesączalność zarazka nabłoniaka zaraźliwego kur (Julinsberg) i gołębi; u gołębi zarazek, po przesączeniu, wywoływał chorobę dopiero po 14 dniach, a więc okres wylęgania przedłużał się w trójnasób.

Według nowszych badań do zarazków, przechodzących przez sączki, należy zaliczyć jeszcze: zarazek wścieklizny, krowianki, trądzika ospowatego, posocznicy kosów, gorączki nieżytowej baranów, choroby szczeniąt, niedokrwistości złośliwej koni »*hog-cholera*« i »*l'agalactie contagieuse des ovins*«. Według badań samego autora przechodzi zarazek wścieklizny, tak ulicznej, jak pracownianej, przez sączek Berkefelda N. i W. z łatwością; nie da się natomiast powiedzieć tego o sączku Chamberlanda. Prawdopodobnie zupełnie niezależnie od zarazka przesączają się także jego jady. Czas wylęgania wścieklizny u zwierząt zaszczepionych przesączem, przedłużał się podobnie, jak np. w febrze żółtej, przesączem wywołanej. Bertarelli także dowiódł doświadczalnie przesączania się zarazka wścieklizny przez szczepienie królikom przesączu śliny dziecka, chorego na wodowstręt.

Przesączalność zarazka krowianki stwierdziły liczne badania sposobem bezpośrednim lub pośrednim. Pierwszy z nich polega na wywołaniu stanu chorobowego u zwierzęcia przez zaszczepienie przesączonej krowianki. Tak postępował Negri, który przepuszczał krowiankę przez sączek Berkefelda V. i napojoną przesączem watę trzymał przez 10 godzin na ponacinanej rogówce królika. Po 60 do 70 godz. powstawała typowa krosta z ciałkami Guarnieriego. Swoistość jej potwierdzają Remlinger i Osman Nowri na tej podstawie, że późniejsze zaszczepienie bardzo czynnej krowianki nie wywoływało już u zakażonych przesączem zwierząt dalszych zmian krowiankowych. Na tem też polega pośredni sposób wykazania jadowitości ustroju.

Drobnoustroje, przechodzące przez sączek, są bardzo mało odporne na wszelkie wpływy zewnętrzne, a zwłaszcza na wyższą ciepłotę. Zarazek żółtej gorączki ginie w 5—10 minutach przy 55°, zarazek ospy owczej w 3 min. przy 56—58°, zarazy ptasiej w 3 min. przy 65°, zarazek wścieklizny po parugodzinnem ogrzaniu do 40°, lub po paruminutowem do 47—48° i t. d. Ma to doniosłe znaczenie praktyczne, bo wyłącza niemal możność zarażenia się temi chorobami innym sposobem, jak tylko przez bezpośrednie zetknięcie się. Także zmiany anatomiczne w chorobach, wywołanych przez zarazki niewidzialne, mają wiele cech wspólnych. Zawsze buja nabłonek, tworzą się krosty, a nawet nieznaczne guzy nabłonkowe z bujaniem tkanki łącznej o charakterze nowotworowym. Nie wynika jednak z tego, aby wszystkie te zarazki należały do jednej gromady: choć większość z nich trzeba prawdopodobnie zaliczyć do bakteryi, to jednak — zdaniem autora — niektóre, n. p. zarazek febry żółtej lub »*horse sickness*«, należą do pierwotniaków. Przechodzenie przez sączek *micromonas Mesnili*, który leży na granicy widzenia, wskazuje, że podział taki jest możliwy. Również Schaudinn wypowiedział niedawno przypuszczenie, że niektóre pierwotniaki są tak małe, iż mogą przechodzić przez sączki. *Oszacki.*

G. Cagnetto. **O zachowaniu się zarazka nosacizny w moczu i jego wydzielaniu przez nerki.** (*Centr. f. Bakt. O.* t. XLI, z. 1 i 2). Autor na podstawie licznych i mozolnych badań nad zachowaniem się zarazka nosacizny w moczu dochodzi do następujących wniosków: 1) Bakterye nosacizny w moczu koni, osłów, kotów i ludzi zachowują swą jadowitość przez 1—4 dni. W tym czasie jednak zmieniają się znacznie ich własności morfologiczne i zdolność barwienia się. Równocześnie i ich jadowitość znacznie się zmniejsza, tak że w końcu nawet u najwrażliwszych zwierząt, n. p. u kotów, nie wywołują one już ogólnego zakażenia, lecz tylko objawy miejscowe. 2) Zmiany te w zachowaniu się bakteryi nosacizny występują prędzej w moczu koni chorych na nosaciznę, aniżeli w moczu koni zdrowych. Przytem bakterye te w moczu chorych zwierząt zmieniają się tak, że w pewnym okresie nie wyrastają już na pożywkach bakteryologicznych, natomiast u zwierząt wrażliwych wywołują jeszcze zmiany miejscowe, z których dopiero można je wyhodować na pożywkach. 3) W moczu zakażonych dużych zwierząt (koni) można tylko bardzo rzadko wykryć bakterye nosacizny. Na 50 prób u 6 koni zakażonych przez przewód pokarmowy udało się to autorowi tylko dwa razy. W obu razach były nerki chorobowo zmienione. Natomiast w moczu zakażonych kotów lub świnek morskich dają się bakterye nosacizny prawie stale wykryć. 4) Podobnie i we krwi żylnej zakażonych dużych zwierząt nie można prawie nigdy wykryć bakteryi nosacizny. Natomiast we krwi małych zwierząt udaje się to podobno łatwo. *R. Nitsch.*

P. Boveri. **O działaniu jodu na zmiany miażdżycowe tętnicy głównej, wywołane nadnerczyną.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr 22). Z 9 dużych królików, czterem wstrzykiwano jednego dnia 0,0001 gr. nadnerczyny śródżylnie, a drugiego 1 ctm.³ jodypiny podskórnie, powtarzając to przez 13—30 dni; pięciu zaś innym wstrzykiwano tylko nadnerczynę. Mniejsze zmiany „miażdżycowe“ w tętnicy głównej powstały u królików, którym prócz nadnerczyny wstrzykiwano także jodypinę. Jeżeli zwierzę przy jednakowej ilości nadnerczyny, otrzymało większą ilość jodu, to zmiany miażdżycowe u takich zwierząt były mniej wybitne, aniżeli u zwierząt, którym wstrzyknięto większą ilość jodu. *Oszacki.*

Mühlens. **O hodowaniu krętka jamy ustnej i prątka wrzecionowatego na pożywkach stałych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr 20). Hodując metodą Ellermana prątka wrzecionowatego, znalazł M. kolonie złożone częścią z krętków, częścią z laseczek grubych, lekko pokrzywionych, które nie miały jednak nic wspólnego z prątkiem wrzecionowatym. Kolonie te wyrastały dopiero po 10 dniach w ciepłocie 27°. Za drugiem i trzeciem przeszczepieniem z agaru z surowicą (1: 3), na którym pierwotnie wyrosły, na taki sam agar lub bulion z surowicą, trzymany w otoczeniu beztlenowem, udało się wreszcie uzyskać kolonie, albo wyłącznie, albo też z samych prawie krętków złożone, gdzieniegdzie tylko zanieczyszczone ziarenkowcami. Kolonie te bardzo delikatne i rosnące tylko bez dostępu tlenu, miały nader przykrą woń, podobnie jak hodowle prątka wrzecionowatego. Hodowane na bulionie, dawały one brudny, strzępiasty osad, przyczem bulion pozostawał przeźroczysty. Sposobem Giemsy drobnoustroje te po godzinie barwią się dobrze i wtedy można spostrzedz obrazy, świadczące o mnożeniu się krętka przez podział poprzeczny. Jadowitości krętków nie dało się doświadczalnie dowieść. Autor nie potwierdza zdania Tunnicliff, która krętki uważała za przejściową postać w rozwoju prątka wrzecionowatego.

Oszacki.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. G. Haas. **O wrzodzie okrągłym żołądka z kamicą żółciową, zapaleniem pęcherzyka żółciowego, okołopęcherzykowem i następową ruchową niedomogą żołądka. Operacya. Wyleczenie.** (*Archiv für Verdauungskr.* T. XII, Z. 2). Autor opisuje nader rzadki przypadek zejścia się u jednego osobnika wrzodu okrągłego z zapaleniem woreczka żółciowego. Rozdęcie żołądka nastąpiło nie z powodu wrzodu, tylko z powodu zrostów, jakie się wytworzyły dookoła pęcherzyka, łącząc go z odźwiernikiem i mechanicznie odpływ pokarmów do jelit utrudniały. Zabieg chirurgiczny, który dotyczył tylko woreczka i zrostów, zupełnie też wyleczył chorego mimo, że zupełnie wrzodu przy operacyi nie uwzględniono. *Schudmak.*

F. Heinsheimer. **O badaniach doświadczalnych nad działaniem kwasu solnego na czynność wydzielniczą żołądka.** (*Archiv für Verdauungskr.* T. XII, Z. 2). Badania nad działaniem kwasu solnego wykonał autor u zwierząt, którym sposobem Pawłowa zakładał przetokę żołądkową. Podawano już to kwas solny czysty, już też acidol, t. j. połączenie kwasu solnego z betainą (acidol zawiera 23·78 prc. HCl). Wnioski autora są następujące: 1) Kwas solny lub acidol, podawane przed pokarmami, nie pobudzają błony śluzowej żołądka do wydzielania soku lub kwasu solnego, zachowując się pod tym względem zupełnie tak, jak zwyczajna woda. 2) Podawszy acidol, można zauważyć z rozpoczęciem się sprawy wydzielania pewne chwilowe podrażnienie, które jednak bardzo szybko mija. 3) Podrażnienie to występuje nawet wtedy, gdy na kilka godzin przedtem wprowadzono sztuczny kwas solny. 4) Ponieważ betaina nie wywiera żadnego wpływu na siłę wydzielniczą żołądka, należy podrażnienie to odnieść tylko do kwasu solnego, zawartego w acidolu. Przy pozornem karmieniu (*Scheinfütterung*) zdaje się dłużej trwać wydzielanie soku żołądkowego po podawaniu acidolu lub kwasu solnego, aniżeli po podaniu zwyczajnej wody. 6) Również w tem doświadczeniu nastaje chwilowe podrażnienie acidolem tylko na początku. Co się zaś tyczy podawania HCl lub acidolu po pokarmach ($^1/_2$ godziny po podaniu mleka), to okazało się, że pod tym względem różnicy niema ani co do ilości, ani też co do składu soku żołądkowego, że natomiast okres wydzielania trwa dłużej, aniżeli po podaniu wody przekroplonej.

Schudmak.

Docent Graczew. **Stłumienie przykręgowe** (*paravertebralis*) **przy wysięku opłucnym i opukiwanie kręgosłupa.** (*Kazanskij Medic. Żurn.*, Tom 5). Jak wiadomo, Rauchfuss

przed kilku laty podał, że jeśli wysięk opłucny sięga wysokości 8—9 kręgu, na zdrowej połowie klatki piersiowej tuż przy kręgosłupie powstaje stłumienie odgłosu opukowego w kształcie trójkąta, którego podstawę stanowi dolny brzeg płuca, przeciwprostokątnia zaś zaczyna się nieco niżej górnego brzegu wysięku i idzie do bocznego końca podstawy; wysokość trójkąta jest zwykle dłuższa od jego podstawy. Osłuchiwanie w okolicy stłumienia i badanie pośmiertne stwierdzają w tych razach brak zmian w odpowiedniem płucu. Na podstawie tych spostrzeżeń Rauchfuss uważa ten objaw za znamienny dla wysięku opłucnego i przemawiający przeciwko zapaleniu płuc. Graczew w dyagnostycznej klinice w Kazaniu badał ten objaw dokładniej. Okazało się, że ten objaw występuje niekiedy i w zapaleniu płuc. Wtedy jednak stłumienie ma kształt nie trójkąta, lecz czworokąta, którego górna granica leży niżej górnej linii stłumienia po stronie chorej; to stłumienie odznacza się, oprócz tego, niestałością tak, że jednego dnia istnieje, a nazajutrz już go nie znajdujemy. Najważniejszym jednak jest w przypadkach zapalenia płuc brak stłumienia kręgowego wzdłuż wyrostków ościstych, które jest nader znamiennym objawem dla wysięku opłucnego. Jeśli stłumienie kręgowe zjawia się w przypadkach zapalenia płuc, świadczy to, jak dowodzą spostrzeżenia Graczewa, o powikłaniu zapalenia płuc wysiękowem zapaleniem opłucnej. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

K. Schnarrwyler. **O ropnem zapaleniu żołądka.** (*Archiv für Verdauungskr.* T. XII, Z. 2). Autor zebrał z piśmiennictwa 80 przypadków, dodając do nich 3 nowe przypadki, jakie w ostatnich latach spostrzegał. Na podstawie tego materyału dochodzi do przekonania, że punktem wyjścia choroby jest błona śluzowa; jeżeli sok żołądkowy utracił bakteryobójcze swe własności, przepuszcza ona paciorkowce do błony podśluzowej, gdzie anatomicznie sprawa dalej się rozwija. Najpodatniejszym stosunkowo punktem dla rozwoju choroby ma być nieżyt żołądka u pijaków, jeśli naturalnie choroba nie powstała drogą krwi, jak to zdarza się w przebiegu niektórych chorób zakaźnych. *Schudmak.*

E. Lilienthal. **O próbach sondowania kiszki grubej.** (*Archiv für Verdauungskr.* T. XII, Z. 2). Usiłowania, jakie w ostatnich czasach czyniono, aby przedostać się zgłębnikami do części wstępującej okrężnicy, skłoniły autora do sprawdzenia tych prób, zapomocą tej samej metody, jaką stosował jeden z pierwszych autorów tej metody, Aldor. Zdaniem Lilienthala udaje się to tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach, t. j. gdy przypadkowo odbytnica, zgięcie esowate i okrężnica w linii prostej się schodzą. — Zdjęcia rentgenograficzne uzupełniają pracę i dowodzą, że zgłębnik (t. zw. „sonde médiocolique“) zatrzymuje się prawie stale w bańce (*ampulla*). *Schudmak.*

PEDYATRYA. Concetti. **Organizacya humanitarna we Włoszech dla popierania karmienia piersią.** (*Clinique infantile* 1906, Nr 10). Na ogół przeważa we Włoszech karmienie piersią, jednakże dla braku znajomości higieny w uboższych warstwach ludności wyniki są bardzo opłakane. Najgorszym jest los dzieci, umieszczonych u mamek; śmiertelność dzieci takich jest wyższa, niż przy sztucznem żywieniu. Zadaniem organizacyi jest przedewszystkiem pomagać matkom w obowiązku wykarmienia dziecka, zaś dzieciom, pozbawionym piersi matki, dostarczyć dobrych mamek. W tym celu każda kobieta, która chce przyjąć dziecko do karmienia piersią za wynagrodzeniem, wypłacanem przez biuro dobroczynne, musi przedewszystkiem przedłożyć dowody, iż jej własne dziecko zmarło lub ukończyło 7 miesięcy życia, poczem poddaną zostaje ścisłemu badaniu lekarskiemu. Co 2 tygodnie obowiązaną jest zgłosić się z dzieckiem do wagi, a od wyniku kontroli lekarskiej zależy, czy dziecko nadal będzie jej powierzone. Mamki, zarażone kiłą, przeznaczone są dla dzieci, dotkniętych tą chorobą. Organizacya ta, z początku przyjęta przez ludność dość nieufnie, obecnie coraz szersze zyskuje rozpowszechnienie. W Rzymie biuro rozporządza 500 mamkami i wydaje na ten cel 80.000 franków rocznie. W ostatnich latach rozpowszechniają się we Włoszech instytucye „Kropli mleka“ w połączeniu z poradą dla matek. Concetti podnosi ich znaczenie jako praktycznej szkoły dla matek, jakoteż znakomite wyniki karmienia mieszanego, które przy niedostatecznej ilości pokarmu pozwala matce uniknąć niebezpieczeństw niepewnego mleka, a oszczędza kosztów mamki. W ten sposób nawet niewielka ilość pokarmu zostaje z korzyścią wyzyskana. *T. Żeleński.*

Pater. **O dyecie bezchlorowej w płonicy.** (*Pediatrie pratique* 1906, Nr 6). Dyeta ta składała się z chleba bez soli, purée z ziemniaków, ryżu na mleku, jaj, wszystko z dodatkiem mleka, masła lub cukru, ale zupełnie bez soli. Zdaniem autora żywienie bezchlorowe w płonicy nie zagraża żadnem niebezpieczeństwem, chroni przed zapaleniem nerek conajmniej równie skutecznie, jak żywienie wyłącznie mleczne i szybko usuwa białkomocz, pojawiający się w początkach choroby. Żywienie to można rozpocząć już w pierwszych dniach, natychmiast po spadku gorączki. Rozmaitość pokarmów wpływa korzystnie na apetyt i pozwala podtrzymywać siły skuteczniej, niż przy żywieniu wyłącznie mlecznem, nieraz tak przykrem dla chorego. *T. Żeleński.*

Linas. **O uzyskiwaniu jałowego mleka dla żywienia niemowląt mlekiem surowem.** (*Clinique infantile* 1906, Nr 10). Autor, założyciel wzorowego zakładu „Lactarium“ w Wersalu, przedstawia szczegółowo użyty przez siebie sposób postępowania. Krowy, starannie wybierane, przechodzą najpierw dłuższą kwarantannę dla stwierdzenia stanu zupełnego zdrowia. Czystość w oborze jak najdrobiazgowsza; żywienie suche z dodatkiem świeżej paszy. Oddzielna sala do dojenia urządzona według zasad aseptyki sal operacyjnych. Po najstaranniejszem umyciu przestrzykuje się kanaliki mleczne wodą utlenioną, prócz tego pierwsze porcye mleka są wyłączone z użycia. Mleko doi się do dużego leja, skąd rurą spływa do wspólnego zbiornika, umieszczonego w ubikacyi, znajdującej się pod salą dojenia. (Zbiornik i rury wyjałowione). Równocześnie w drodze do zbiornika mleko filtruje się i oziębia prawie do 0°. Następuje rozlanie w sposób jałowy do wyjałowionych buteleczek po 100 i 150 gr. Ceny tak otrzymanego mleka autor w artykule nie przytacza. *T. Żeleński.*

Grasset. **Statystyka przypadków choroby Barlowa w zakładach „Kropli mleka“ we Francyi.** (*Revue de puériculture* 1906, Nr 4). Statystyka obejmuje 39 zakładów z ogólną liczbą 22.382 dzieci, wychowanych przy pomocy wyjałowionego mleka. Gnilec dziecięcy spostrzegano tylko 5 razy, zatem odsetek znikająco mały. *T. Żeleński.*

Zuppinger. **O leczeniu płonicy surowicą.** (*Verh. der XXII. Vers. der Gesell. f. Kinderheilk.*). Schick. **Wyniki leczenia surowicą w płonicy** (ibid.). Obaj autorowie stwierdzają, iż surowica Mosera, zastosowana dość wcześnie w dostatecznie dużej dawce, jest środkiem, działającym swoiście na jad płoniczy, jakoteż dotychczas jedynym, który w najcięższych przypadkach daje nadzieję uratowania życia. Działanie surowicy jest przedewszystkiem antytoksyczne; stąd wyniki są najlepsze w przypadkach ciężkiego zatrucia ustroju, a przy nieznacznych zmianach gardła. Poprawie ogólnego stanu towarzyszy zwykle spadek ciepłoty o 1—3·4°, zmniejszenie częstości tętna i liczby oddechów. Surowicę stosowali autorowie w pełnej dawce, t. j. 200 ctm. *T. Żeleński.*

Prof. Troickij i Eminet. **Spostrzeżenia co do działania jedno- i wielowartościowej surowicy w płonicy.** (*Charkow. Med. Żurnał* 1906, T. I, Nr 3). Autorowie z polecenia Towarzystwa lekarskiego charkowskiego wykonali porównawcze badania co do działania jedno- i wielowartościowej surowicy w płonicy. Badania wykonano u 43 chorych dzieci. U 28 z nich autorowie wstrzykiwali jednowartościową surowicę Mosera, u 12 wielowartościową; 2 chorzy przeszli mieszane leczenie jedno- i wielowartościową surowicą, a 1 leczenie zwykłą surowicą konia. Dzieciom 1—2-letnim wstrzykiwali autorowie 50,0 surowicy, do 10 lat 100,0, po 10 latach 200,0. Niektórym chorym podawano surowicę wewnętrznie, a także w lewatywach. Na podstawie swych spostrzeżeń autorowie przyznają stanowczo wyższość jednowartościowej surowicy Mosera. I. Ogólne działanie tej surowicy jest następujące: 1) jeżeli wstrzykiwanie wykona się na 1—2-gi dzień choroby, to ciepłota już po 12 godzinach opada o 2,5°; po wstrzykiwaniu na 3—4. dzień choroby ciepłota ciała naodwrót wzrasta o 1° C. i wyżej i obniża się tylko po powtórnych wstrzykiwaniach. Spadek ciepłoty zależy wyłącznie od surowicy i dawkowanie jej gra tu wielką rolę: u dzieci starszych (10—13 lat) spadek ciepłoty można uzyskać tylko po 200 gr. surowicy. 2) W bardzo ciężkich przypadkach potrzebnem jest dwu-, a jeszcze lepiej i trzykrotne wstrzykiwanie surowicy w ilości stosownej do wieku dziecka. 3) Śród 43 chorych było 7 bardzo ciężkich przypadków; 5 z nich umarło (17,85 prc.), 2 wyzdrowiało (7,14 prc.). 4) Żadne dawki surowicy Mosera nie chronią chorych od powikłań ze strony gardła, nosa, uszu, gruczołów chłonnych i narządów wewnętrznych. 5) Powstałe już zapalenia gruczołów chłonnych pod działaniem surowicy nie ustępują i rozwój ich ani trochę nie zatrzymuje się. 6) Ciśnienie krwi po wstrzykiwaniu 100—200.0 surowicy zwiększa się na 10—30 mlm. Hg. 7) Przyspieszenia wysypki lub łuszczenia się skóry pod wpływem surowicy nie ma. 8) W 44 prc. przypadków zjawia się pokrzywka. 9) Objawy w zakresie ośrodkowego układu nerwowego w ciężkich przypadkach zmniejszają się i znikają, w bardzo ciężkich jednak przypadkach na te zjawiska surowica nie działa. 10) Na 28 przypadków w 5 były ropnie, co stanowi 17,85 prc. 11) Ropne zapalenie ucha środkowego było raz, co stanowi 3.57 prc. II. Ogólne działanie surowicy wielowartościowej było następujące: 1) Surowica nie zniża ciepłoty w pierwszych 2 dniach po wstrzykiwaniu; w następnych dniach cie-

płota spada stopniowo (*per lysin*) w ciągu 6—12 dni. 2) W ciężkich przypadkach nie działają zupełnie nawet powtórne wstrzykiwania i chorzy giną wskutek osłabienia serca i obrzęku płuc; prc. śmiertelności przy leczeniu surowicą podnosi się do 21,43 prc. 3) Częstość powikłań w zakresie narządów wewnętrznych zwiększa się. Powikłania ze strony serca i nerek były we wszystkich przypadkach Powikłania ze strony uszu w 33 prc. 4) Przy użyciu wewnętrznem surowica widocznie działa miejscowo; i tak zapalenie gardła, nawet zgorzelinowe, zmniejszyło się; nieżyty jelit, opierające się wszystkim innym lekarstwom, przy wewnętrznem podawaniu surowicy mijały. III. Przy mieszanem leczeniu obydwiema surowicami wynik leczenia był tenże, co i przy leczeniu jedną jednowartościową (Mosera), tylko w słabszym stopniu. IV. Zwykła surowica końska nie wywiera żadnego wpływu na płonicę. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Doc. Złatogorow. **W sprawie paciorkowcowej szczepionki w płonicy.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1906, Nr 12). W petersburskim miejskim szpitalu dla dzieci wykonał Z. liczne wstrzykiwania szczepionki płoniczej Gabryczewskiego w celu określenia jej wartości jako środka zapobiegawczego, oraz wyświetlenia ogólnego jej oddziaływania na ustrój. Badania wykonano w trzech oddziałach szpitala: chorób wewnętrznych, chirurgicznym i zakaźnym, oraz w koszarach służby szpitalnej. W pierwszych dwóch oddziałach i w koszarach wstrzykiwał autor szczepionkę w każdym przypadku płonicy. W błoniczym zaś baraku wobec częstego powikłania błonicy płonicą, wszystkim chorym zastrzykiwano po 0,2—0,6 ctm. sz. szczepionki; po tygodniu niektórym chorym powtórnie dawki półtora razy większe. Wszystkich wstrzykiwań wykonano 530, mianowicie 425 na oddziale błoniczym, 18 na oddziale chorób wewn., 59 na chirurgicznym, 28 w koszarach dla służby. Zwykle po 14—18 godzinach zjawiał się miejscowy odczyn w postaci zaczerwienienia w niektórych zaś przypadkach nawet obrzmienia gruczołów sąsiednich. Zjawiska te znikały po 24—48 godzinach. W 7 przypadkach utworzył się ropień, co Z. tłómaczy niedokładnością aseptyki. W 10,4 prc. po 8—12 godzinach po szczepieniu wzrastała ciepłota do 37,5—38° C., co trwało 1 do 3 dni. Godne jest uwagi, że u błoniczych chorych szczepienie nie wywoływało podniesienia się ciepłoty. Z 105 przypadków na oddziale chorób wewn. i chirurgicznych oddziałach i w koszarach dla służby tylko w jednym wystąpiła płonica na trzeci dzień po wstrzyknięciu szczepionki. Ponieważ jednak ten chory leżał obok chorego na płonicę, więc prawdopodobnie wstrzykiwano mu szczepionkę już w okresie wylęgania się płonicy. Co się tyczy szczepionych chorych na błonicę, to Z. zwraca przedewszystkiem uwagę na to, iż śmiertelność wśród nich w każdym razie nie była większą, niż u nieszczepionych, a więc szczepionka nie wywiera ujemnego wpływu na przebieg błonicy. W 62 przypadkach, t. j. w 14 prc., po dobie lub później zjawiała się wysypka płonicza, której często towarzyszyło zapalenie migdałków; ciepłota zaś była prawidłową lub też podgorączkową. W 10 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne. Z tych 10 dwaj chorzy umarli ze zwyczajnej płonicy, którą byli zakażeni jeszcze przed przyjęciem do szpitala, 8 zaś chorych zmarło wskutek ciężkiej błonicy. Wysypka płonicza u szczepionych występowała wcześnie częściej, niż u nieszczepionych, płonica u szczepionych w razie zjawienia się po 5. dniu miała lżejszy przebieg, niż u nieszczepionych. Złatogorow na podstawie swego materyału nie wysnuwa stanowczych wniosków co do wartości szczepionki, jako środka zapobiegawczego przeciwko płonicy, zaznacza tylko, iż pomijając dodatnie wyniki na innych oddziałach, nawet u błoniczych chorych w przypadkach płonicy po 5-tym dniu miała ona przebieg lekki i bez powikłań, a więc można spodziewać się, iż szczepionka ta ma przyszłość przed sobą.

Z. Jastrzębski (Ptbg.).

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Ant. Leśniowski. **W sprawie operowania brzusznego macicy, dotkniętej rakiem.** (*Medycyna* 1906, 18, 19, 20). L. przytoczywszy ujemne strony operowania raka macicy od strony pochwy, omawia zalety operacyi od strony jamy brzusznej, opisując obszerniej metodę Jonesco, którą zastosował w 9 przez siebie operowanych przypadkach (dwie ryciny). *Ow*

B. Grzankowski. **Podstawy operacyjnego leczenia raka macicy.** (*Gazeta lekarska* 1906, 19 i 20). Autor przedstawiwszy podstawy leczenia operacyjnego raka macicy tak pod względem anatomiczno-patologicznym, jak i klinicznym, wzywa do jak najwcześniejszego operowania tego nowotworu w zaraniu jego rozwoju. *Ow.*

St. Czyżewicz i W. Nowicki. **Typowy przypadek nabłoniaka kosmówkowego.** (*Lw. Tyg. lek.* 1906, Nr 15, 16, 17, 18, 19). W pierwszej części pracy Cz. na podstawie przypadku, który operował, a w którym nabłoniak kosmówkowy, wychodzący macicy, wytworzył przerzuty w innych narządach, dochodzi do następujących wyników: nabłoniak kosmówkowy, rosnąc szybko, może wywoływać znaczne krwotoki wewnętrzne i tworzy przerzuty, które rosną szybciej, niż guz pierwotny. W rozpoznaniu tego nowotworu zwracać należy uwagę na objawy kliniczne; ujemny wynik wyskrobania macicy niema znaczenia, ponieważ jeśli guz jest gładki i nie rozpadający się, mimo dokładnego skrobania można nic nie wydobyć. Macicę i przydatki trzeba usunąć jak najszybciej przez laparotomię, a nie od strony pochwy.

W drugiej części pracy Nowicki zajmuje się przypadkiem pod względem anatomiczno-patologicznym, podkreślając, że jestto pierwszy przypadek, w którym przerzuty nabłoniaka kosmówkowego znajdowały się także i w skórze. *Ow.*

B. Credé. **Plastyka miednicy.** (Pelvioplastik). (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 22). Cięcie łonowe (*symphysiotomia*) i przyłonowe (*pubiotomia*) rozszerzają miednicę jedynie na czas porodu. Już w r. 1824 wykonał Aitken 2 razy operacyę, dążącą do stałego powiększenia miednicy, polegającą na przepiłowaniu obu poziomych ramion kości łonowej i przesunięciu ich ku górze. Chore poumierały, zabieg zarzucono. Idąc za tą samą myślą, wypróbował C. zabieg swój na zwłokach i zastosował raz u rodzącej z dobrym wynikiem dla matki i płodu. Zastrzega się, że nie przeznacza tej operacyi jedynie dla rodzących, lecz raczej dla ciężarnych w początku ciąży, oraz dla nieciężarnych, które przebyły poród operacyjny, a nawet dla mężatek ze ścieśnioną miednicą jeszcze przed zastąpieniem. Zasada operacyi polega na wykonaniu cięcia przyłonowego (*pubiotomia*) i wszczepieniu w powstały rozstęp kawałka kości, wyciętego z górnego brzegu kości łonowej po tejże stronie. Dla wycięcia kości, przeznaczonej do plastyki, wprowadza się piłeczkę do wewnętrzno-górnego kąta otworu zasłonowego kości biodrowej (*foramen obtur.*) i prowadzi się nią stąd jedno cięcie poziome ku wewnątrz, drugie pionowe ku górze. Powstały odłamek kości ma 2—3 ctm. długości. Wymiar prosty powiększa się w następstwie operacyi o 1—1·5 ctm. C. operuje w ranie otwartej i sądzi, że przy postępowaniu bezgnilnem podczas operacyi, a opatrywaniu rany przeciwgnilnem (w głąb rany 3—6 pastylek kolargolowych, 1—2 sączków gumowych na 4—8 dni, od zewnątrz gaza jodoform.), plastyka zawsze udać się powinna. Przy ścieśnieniach wysokiego stopnia pozostaje jeszcze wykonanie podczas porodu, cięcia przyłonowego po stronie przeciwnej. (Drobniejsze szczegóły oper. w oryg. Rysunki). *B. Wojciechowski.*

J. Faust. **Uproszczenie mierzenia miednicy metodą Bylickiego.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 22). Uważając zbiór narzędzi Bylickiego za zbyt liczny, ciężki i kosztowny, podaje F. odmianę narzędzia swego pomysłu, polegającą na tem, że ramię, przeznaczone do zmierzenia sprzężnej prawdziwej, daje się przedłużać zapomocą śruby od $6^1/_2$—$11^1/_4$ ctm. Tak więc jednem narzędziem zastąpić można cały ich zbiór. F. sądzi, że pod względem aseptyki nie można uczynić jego modelowi poważnych zarzutów. Poruszanie śruby odbywa się naturalnie na zewnątrz części rodnych. (Rysunki). W tej postaci powinienby miednicomierz Bylickiego znaleźć szerokie zastosowanie w praktyce. *B. Wojciechowski.*

M. Schwab. **Zabieg ułatwiający wyszukanie tętna płodowego przed końcem pierwszej połowy ciąży.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 22). Krwawienie w 18. tygodniu ciąży z macicy miękkiej, sięgającej na palec nad pępek, nakazywało ze względu na stan ogólny chorej przekonać się, czy płód żyje, aby według tego obrać dalszy plan postępowania. Gdy dokładne i długie osłuchiwanie nie wykryło tętna płodu, wcisnął S. ostrożnie rękę prawą w głąb ponad spojeniem łonowem, a lewą uciskał dno. W ten sposób uniesiona została treść jaja ku górze i ustalona pomiędzy rękami. Po przyłożeniu słuchawki na najwypuklejsze miejsce usłyszano natychmiast wyraźne tony płodowe. Rzecz prosta, że wskazane jest postępowanie ostrożne, szczególniej wobec objawów przedwczesnego odklejania się jaja płodowego. *B. Wojciechowski.*

O. Fellner i F. Neumann. **O naświetlaniu jajników w ciąży promieniami Röntgena.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 22). Po stwierdzeniu przez Halberstädtera, że naświetlanie jajników promieniami R. wywołuje zwyrodnienie ich miąższu, podjęli autorowie ponowne doświadczenia, aby zbadać histologiczne szczegóły zwyrodnienia, jakoteż przekonać się, jaki wpływ mieć będzie naświetlanie jajników podczas ciąży na samą ciążę. Z doświadczeń wynikło, że zmiany, w szczególności wydzielnicze, jakie pod wpływem promieni R. w jajnikach następują, nie są u królików bez znaczenia na rozwój ciąży w pierwszej jej połowie i że jaje płodowe prawie bez wyjątku zostaje w swym rodzaju powstrzymane.

B. Wojciechowski.

A. Hengge. **W sprawie zachowawczego operowania mięśniaków macicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 16). Autor

nie jest zwolennikiem doszczętnego operowania mięśniaków macicy, t. j. wycięcia całej macicy, zajętej mięśniakami. Pozbawianie kobiety macicy, zwłaszcza przed okresem przejściowym, wywiera szczególnie u inteligentnych chorych bardzo zły wpływ na układ nerwowy, natomiast wyłuszczenie samych tylko mięśniaków pozostawia kobiecie możność zajścia w ciążę i na układ nerwowy nie działa. Autor opisuje dwa przypadki dużych mięśniaków śródmiąższowych macicy, które wyłuszczył z bardzo dobrym skutkiem przez pochwę. Obie operowane mają się obecnie bardzo dobrze i miesiączki występują u nich prawidłowo. Jednakowoż zachowawcza operacya mięśniaków ma swoich przeciwników (Winter, Doederlein, Kroenig i inni), którzy zarzucają jej dość wysoką śmiertelność i niezawsze zadowalniające wyniki, gdyż chore po tej operacyi skarżą się często na te same dolegliwości, jak i przed operacyą. Zdaniem autora śmiertelność po tej operacyi jest dlatego tak znaczna, gdyż technika jej nie jest jeszcze dostatecznie udoskonalona; najlepszym dowodem jest statystyka Martina, który pierwszy zaczął w ten sposób operować i zdołał obniżyć śmiertelność do 5·4 prc., (gdy odsetek śmiertelności po operacyi doszczętnej wynosł 7·4 prc.). Nawroty mięśniaków rzeczywiście zdarzają się po operacyi zachowawczej dość często (wedle Wintera 6—7 prc.), lecz to pochodzi stąd, że operator albo przeoczył mięśniaki, albo też rozmyślnie małe guzki pozostawił. Martin operował kilkakrotnie nawroty mięśniaków zachowawczo i to z dobrym skutkiem. Na pytanie, który ze sposobów operowania, doszczętny, czy zachowawczy, usuwa dolegliwości lepiej, trudno dać rozstrzygającą odpowiedź, gdyż zdania autorów są tu bardzo podzielone. I tak R. Graf z kliniki Schauty twierdzi, że wyniki zachowawczego postępowania nie są wcale pomyślne, Henkel z Berlina podaje, że wyniki po operacyi zachowawczej były daleko lepsze, niż po doszczętnej, a Essen-Moeller jest zdania, że tylko operacya doszczętna usuwa dolegliwości w zupełności. Wielką wyższość nad operacyą doszczętną ma wyłuszczenie mięśniaków dlatego, że kobiety zachowują miesiączkowanie i zdolność płodzenia. Donoszona ciąża zdarza się jednakowoż po operacyi zachowawczej bardzo rzadko, jak to potwierdzają spostrzeżenia Wintera i Grafa, zdarza się też jednak, że kobiety, przedtem niepłodne, po wyłuszczeniu mięśniaków zachodzą w ciążę i rodzą dzieci donoszone. *Jaworowski.*

Prof. Kossmann. **Leczenie niepłodności.** (*Die Heilkunde* 1906, Z. 4). W miarę dokładnego poznania fizyologii zapłodnienia udoskonala się leczenie niepłodności. Już sama budowa anatomiczna narządów rodnych kobiecych, jak n p. silnie rozwinięta błona dziewicza lub zbytnie nachylenie spojenia łonowego ku dołowi i tyłowi mogą się przyczyniać do utrudnienia zapłodnienia. Częstokroć przeszkodą dla wprowadzenia prącia bywa bolesny skurcz mięśni krocza w okolicy wejścia do pochwy (pochwica, *vaginismus*). W przypadkach tych należy na jakiś czas zabronić stosunku płciowego i leczyć kobietę dyetetycznie w celu zmniejszenia wygórowanej wrażliwości nerwowej, a gdy to zawodzi, radzą niektórzy autorowie przeciąć podskórnie m. dźwigacz odbytu. Ginekolodzy amerykańscy (Sims) polecają środki znieczulające lub nasenne, jak n. p. czopki z makowcem lub morfiną, a nawet głębokie uśpienie eterem lub chloroformem. Odrębną grupę przeszkód zapłodnienia stanowią różnego rodzaju wady rozwojowe części płciowych kobiecych i te dadzą się czasami usunąć drogą operacyjną. Jeżeli plemniki prawidłowe dostaną się do pochwy, a zapłodnienie mimoto nie nastąpi, to przyczyną niepłodności może być albo szkodliwe działanie treści pochwy na plemniki (np. wskutek raka części pochwowej lub wrzodów pochwy najrozmaitszej przyrody — kiła, gruźlica), albo też istnieje jakaś przeszkoda, nie pozwalająca dostać się plemnikom do macicy W pierwszym rzędzie pamiętać tu należy o wązkości ujścia zewnętrznego macicy. Badania porównawcze wykazały, że plemniki dostają się do wnętrza macicy zapomocą ruchów robaczkowych i ssących mięśnia macicy, gdy więc ujście zewnętrzne jest bardzo małe, to działanie ssące macicy nie zdoła wciągnąć przez nie plemników do wnętrza. W przypadkach takich często bardzo dobrze działa krwawe rozszerzenie ujścia zewnętrznego; rozszerzania stopniowe tępemi narzędziami pozostają zazwyczaj bez skutku. Jeżeli plemniki dostaną się do jamy macicy, a zrosty w jajowodzie lub zamknięcie ujścia brzusznego jajowodu nie pozwalają na zetknięcie się plemnika z jajem, to leczenie niepłodności jest wtedy prawie zawsze bezskuteczne, jakkolwiek Martin opisuje kilka przypadków wyleczenia niepłodności przez utworzenie sztucznego otworu brzusznego trąbki. Częstokroć przyczyną niepłodności są liczne zrosty okołomaciczne, znoszące tak ważne, zdaniem autora, ruchy robaczkowe macicy lub przemieszczające jajnik w stosunku do jajowodu. W tych przypadkach rozerwanie tych zrostów (od strony jamy brzusznej) może usunąć niepłodność; pamiętać jednak należy, że zrosty te powstają najczęściej w następstwie zakażenia tryprowego, nabytego od męża, że należy przeto i męża odpowiednio leczyć. Ważnym powodem niepłodności są choroby jajników, z tych najczęstszą jest t. zw. zwyrodnienie torbielkowate, polegające na wytworzeniu się licznych, drobnych torbielków w miejsce niewykształconych pęcherzyków Graafa. W tych przypadkach nakłucia jajnika, często nawet wycięcie części jajnika wywiera skutek i sprowadza upragnioną płodność. Doświadczenie uczy, że nawet zwykły nieżyt błony śluzowej macicy może być często powodem niepłodności. Pochodzi to stąd, że na zmienionej chorobowo i gęstym śluzem pokrytej błonie śluzowej macicy nie może się zapłodnione jajko usadowić i dopiero dokładne wyskrobanie błony śluzowej macicy może przywrócić warunki prawidłowe.

Jaworowski.

OKULISTYKA. Maslennikow. **Stan jam nosowych przy chorobach kanału nosowo-łzowego.** (*Wiestnik Oftalmologii* 1906, Nr 1). Autor zaznacza częsty związek chorób nosa z chorobami oczu. Nieraz z jamy nosowej lub dodatkowych zatok nosa sprawa zapalna lub ropna przechodzi do oczodołu, czy to po przedziurawieniu kostnej ścianki oczodołu, czy też wskutek pewnej wspólności naczyń krwionośnych i nerwów oczodołu i nosa. W etyologii chorób kanału nosowołzowego pierwsze miejsce słusznie się należy chorobom nosa. Najczęściej szerzy się sprawa z błony śluzowej nosa na błonę śluzową kanału i woreczka łzowego. Oprócz nabłonka nosa i kanału w tych razach często uczestniczą krwionośne naczynia nosa i przewodu nosowołzowego, a mianowicie tętnice sitowe przednie, które odżywiają boczne ściany jamy nosowej i przednią część przegrody nosowej. Te tętnice odchodzą od tętnicy ocznej i oddają gałęź, która idzie równolegle z kanałom nosowołzowym. Żyły nosa i kanału nosowołzowego również bezpośrednio łączą się ze sobą. Nerwy czuciowe nosa i nerw łzowy, który zawiaduje gruczołem łzowym, idą od nerwu trójdzielnego; z tego powodu przy cierpieniach nosa często bywa łzawienie. Zapalenie kanału i woreczka łzowego nieraz bywa wywołane przez zastój łez w przewodzie nosowołzowym przy zatkaniu nosa. Autor zbadał w klinice ocznej wszechnicy moskiewskiej stan jamy nosowej i zatok dodatkowych u 115 chorych na zapalenie kanału i woreczka łzowego. W 12 prc. przypadków zwężenia lub zapalenia kanału jama nosowa była prawidłowa; w 7 prc. przegroda nosowa była wykrzywiona; w 7 prc. znaleziono przewlekły nieżyt nosa; w 36 prc. przerostowy; w 10 prc. zanikowy; w 10 prc. cuchnący nieżyt nosa (*ozaena*); w 3 prc. polipy; w 8 prc. cierpienie dodatkowych zatok nosa i w 5 prc. kilę nosa. Autor twierdzi, że trudność osiągnięcia dobrych wyników przy leczeniu chorób woreczka lub kanału łzowego pochodzi stąd, iż jednoczesne cierpienie nosa najczęściej nie jest leczone lub jest nieuleczalne. W przypadkach nieuleczalnych autor bardzo zaleca wyłuszczanie worka łzowego.

Karol Karnicki (Ptbg.).

Ginzburg. **Przypadek utworzenia się zaćmy od uderzenia pioruna.** (*Wiest. Oftalmol.* Nr 1, 1906). Dotychczas opisano tylko 24 podobnych przypadków. Przypadek dotyczył pastuszka, który przed deszczem schronił się w wózku, krytym blachą; chłopak wkrótce zasnął, a może stracił przytomność. Pod wózkiem leżało sześć psów, siódmy był przywiązany do wózka na żelaznym łańcuchu. Gdy chłopak się obudził, czy przyszedł do przytomności, zauważył, że stracił wzrok i poczuł silny ból w żołądku. Po wydobyciu chłopca z wózka zauważono na prawej jego nodze małą skórną rankę. Wszystkie psy zostały zabite; psy pod wózkiem nie miały żadnych ran, siódmy zaś, który był na łańcuchu, miał na czaszce dużą, szeroką ranę. W ciągu trzech tygodni po wypadku miał chory silny światłowstręt; potem światłowstręt ustał, wzrok się trochę polepszył i pozostał nadal bez zmiany. Przy badaniu w 6 lat później stwierdzono: Ogólny stan prawidłowy. Powieki, spojówka, rogówka, tęczówka prawidłowe; źrenice oddziaływają dobrze na światło. Po rozszerzeniu źrenic atropiną widać osobliwe zmętnienie soczewek: w środku przedniej torebki soczewki na lewem oku widać błyszczące, białe zmętnienie, nieregularnie czworoboczne (1 mlm. długości i 1/2 mlm. szerokości). Naokoło tego zmętnienia przy oświetleniu ogniskowem zmętnienie w postaci kółka, składające się z podługowatych punkcików, podobnych do przecinków; od tych punkcików idą liczne cienkie nici zmętnienia w przedniej torebce w kierunku równika soczewki. Przy badaniu wziernikiem widać, iż zmętnienie zajmuje nietylko torebkę, ale i przednie i tylne warstwy soczewki; na czerwonem tle źrenicy widać liczne ciemne linie, idące od równika soczewki do środka i leżące w różnych warstwach soczewki. Na prawem oku zmiany podobne, ale nie tak wyraźne. Ciałka szkliste prawidłowe; refrakcya prawidłowa; tarcze nn. wzrokowych w obu oczach żółtego koloru, jak to bywa przy zapaleniu siatkówki barwikowem; brzegi tarczy jasne; naczynia siatkówki zwężone, innych zmian nie ma. Bystrość wzroku prawego oka 6,2, lewem chory liczy palce na 3 metry. Pole widzenia znacznie zwężone,

jak przy niedowidzeniu połowiczem, a dla barw ograniczone punktem naośnie widzianym. W danym przypadku wskutek rażenia piorunem powstała zaćma i częściowy zanik nerwu wzrokowego na obu oczach. Autor przypuszcza, iż zaćma od uderzenia pioruna powstaje z powodu niszczącego działania chemicznych pozafiołkowych promieni wielkiej siły prądu elektrycznego na nabłonek torebki i ciałka rzęskowego. *Karol Karnicki* (Ptbg.).

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Koło lekarskie w Petersburgu.

Posiedzenie dnia 2/15 maja 1906 r.

Obecnych członków 24.

1) Protokół z poprzedniego ogólnego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

2) Dr. Wilamowski odczytuje rzecz pod tyt.: **„Dwa przypadki pierwotnego raka głowy trzustki oraz cukromocz“.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: Doc. dr. W. Orłowski, podkreśliwszy rzadkość pierwotnych raków trzustki, zastanawia się nad stosunkiem chorób trzustki do glikozuryi i pentozuryi i omawia nową metodę wykrywania chorób trzustki, poleconą przez Cammidge, a opartą na wykazaniu w moczu gliceryny [1]). — Dr. Strawiński zaznacza, że w obydwóch przypadkach prelegenta była zajętą i wątroba, wskutek tego trudno stanowczo wyłączyć zależność cukromoczu od zmian w tym narządzie.

3) Dr. Śliwiński wykłada rzecz pod tyt.: **„Przyczynek do tworzenia się kości i szpiku kostnego w nerce królika“.** (Rzecz przeznaczona do druku). Odczyt był objaśniony szeregiem rysunków z preparatów mikroskopowych.

Dyskusya: Prof. dr. Szawłowski, zaznaczywszy niezmierną doniosłość badań prelegenta, wyjaśniających tworzenie się kości i szpiku kostnego, wogóle poleca dla odkrycia pierwszych śladów hemoglobiny w krwinkach metodę spektralną, zastosowaną pierwotnie przez Wulfta u kurcząt. Dr. Śliwiński odpowiada, że ta metoda nie dałaby się zastosować w jego doświadczeniach wobec dużych złogów kości; usunięcie zaś kości przez odwapnienie wywarłoby ujemny wpływ na ziarenka komórek szpiku kostnego. Dr. Kozubowski poleca dla odkrycia pierwszych śladów hemoglobiny metodę prof. Mojsiejewa, mianowicie zabarwienie malachitową zielenią skrawków, ustalonych w płynie Müllera. Doc. dr. W. Orłowski podnosi ogromne znaczenie badań prelegenta dla hematologii, jako przemawiających na korzyść poglądu Pappenheima i innych, że wszystkie pierwiastki krwi pochodzą z jednej obojętnej, wciąż rozmnażającej się komórki, zdolnej do postępowego rozwoju w różnych kierunkach. Dr. Kozubowski, uznając erytroblasty za twory, które nie są zdolne do dalszego rozmnażania się, prosi o wyjaśnienie, czy istotnie prelegent znajdował w swych preparatach erytroblasty, wykazujące figury mitotyczne. Dr. Śliwiński, stwierdziwszy obecność mitoz w erytroblastach, zaznacza istnienie dwóch gatunków tych komórek, mianowicie, erytroblastów z jądrami piknotycznemi, niezdolnych do dalszego rozmnażania się i erytroblastów z protoplazmą, zawierającą mało hemoglobiny i jądrem o budowie, podanej przez Pappenheima; te właśnie erytroblasty są zdolne do dalszego rozwoju i rozmnażania się. Dr. Kozubowski zapytuje, czy pęknięcia naczyń z następnem wyjściem tworów do tkanki sąsiedniej i przejściem ich tu w pierwiastki szpiku kostnego nie są wytworem sztucznym. Dr. Śliwiński, zaznaczywszy, że limfocyty i inne pierwiastki mogą emigrować z naczyń i bez uszkodzenia ścian naczyń krwionośnych, udowadnia przedostawanie się ich również przez pęknięcie naczyń istnieniem szeregu zjawisk degeneracyjnych śródbłonka naczyń. Dr. Strawiński radzi prelegentowi przeprowadzić podobne doświadczenia i na innych narządach. Dr. Śliwiński tłómaczy w odpowiedzi, że podobne doświadczenia wykonał już dr. Pozaryski na jajnikach, śledzionie i kawałkach wątroby, lecz dały one wyniki ujemne, ponieważ przy podwiązaniu naczyń te narządy ulegają obumarciu.

Na posiedzeniu administracyjnem 1) obrano w poczet członków Koła dr. Głowackiego; 2) uchwalono przedstawić władzy do zatwierdzenia ustawę »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu« z podpisem tych członków, którzy latem zostają w Petersburgu; w razie potrzeby ci członkowie mają dawać władzy objaśnienia.

Sekretarz *Witold Orłowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Zawiadomienie.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w Krakowie podaje do wiadomości wszystkich lekarzy do Izby przynależnych, że w porozumieniu z Wydziałem Izby wschodnio-galicyjskiej **utworzonem zostało wspólne centralne „Biuro informacyjne“ obu Izb lekarskich galicyjskich,** z siedzibą **we Lwowie,** w któ-

---

[1]) Wobec tego, że w naszem piśmiennictwie nie znalazłem wzmianki o metodzie Cammidge, przypuszczam, że przysłużę się czytelnikom »Przeglądu« jej opisem. Opiera się ona na spostrzeżeniu, że choroby trzustki przebiegają z t. zw. martwicą tkanki tłuszczowej (w tej sprawie patrz wyczerpującą monografię Truharta). Tłuszcze obojętne rozpadają się pod wpływem zaczynu soku trzustkowego na glicerynę i kwasy tłuszczowe; te kwasy, łącząc się z solami wapna, tworzą mydła, które zostają się w miejscach, uległych martwicy; gliceryna zaś wchłania się do krwi i może być następnie wykrytą w moczu. W tym celu mocz zagotowuje się z kwasem mineralnym; w tych warunkach gliceryna przechodzi w glicerozę, która z fenilhydrazyną tworzy kryształy, łatwe do rozpoznania pod drobnowidem. Cammidge postępuje w sposób taki: do 10 sz. ctm. przesączonego moczu dodaje się 1 cm. sz. mocnego kwasu solnego; wstawiwszy do szklanki lejek dla kondensacyi, ogrzewa się mieszaninę ostrożnie na łaźni piaskowej w ciągu 10′; następnie ostudza się ją w wodzie bieżącej i wziąwszy 5 cm³ mieszaniny, dodaje się 5 cm³ wody przekroplonej i zobojętnia się nadmiar kwasu powolnem dodaniem 4 grm. *plumbi carbonici,* następnie mieszaninę przesączamy przez wilgotny sączek; przepłukujemy szklankę 5 cm³ wody przekroplonej, którą zlewamy na sączek. Do przeźroczystego przesączu dodaje się 2,0 sproszkowanego octanu sodowego i 0,75 grm. fenylhydrazyny *(phenylhydr. muriat.)* i gotuje się mieszaninę 3—4′ na łaźni piaskowej; jeszcze gorącą ciecz wlewamy do probówki i pozostawiamy ją w spokoju aż do ostudzenia. W chorobach trzustki po pewnym czasie (od 1 do 24 godzin), zależnie od stopnia choroby, na dnie probówki tworzy się mniej więcej obfity osad. Osad ten (pod drobnowidem) składa się ze snopów złocistych kryształów. Ponieważ obecność białka i cukru przeszkadza odczynowi, Cammidge zaleca składniki te poprzednio usunąć. Badając własności kryształów, C. zauważył, że poprzednie zadziałanie na mocz sublimatem przeszkadza tworzeniu się kryształów w przypadkach ostrego zapalenia trzustki, nie zmieniając odczynu w rakach trzustki. Wobec tego C. poleca, oprócz przytoczonego odczynu, jeszcze drugi następujący: 20 cm³ przesączonego moczu mieszamy z ½ objętości naturalnego rozczynu sublimatu; po kilku minutach mieszaninę przesączamy i z przesączem postępujemy, jak wskazano wyżej. Okazało się dalej, iż w różnych chorobach trzustki kryształy nietylko są różnej wielkości, lecz, co ważniejsza, wymagają różnego czasu dla rozpuszczenia się w 33% kwasie siarkowym. Praktyczne wyniki swoich badań C. streszcza w sposób następujący: 1) jeśli obydwie próby dały wyniki ujemne, choroby trzustki należy wyłączyć; 2) jeśli pierwszy odczyn dał wynik dodatni, a drugi ujemny, wskazuje to na zapalenie trzustki; w razie ostrego zapalenia kryształy rozpuszczają się w 33% kwasie siarkowym już w ciągu ½′, w przewlekłem zaś zapaleniu zaledwie po 1—2′; jeśli obydwie próby dały wynik dodatni, okoliczność ta może zależeć od a) nowotworu złośliwego; w tym razie dla rozpuszczenia kryształów potrzeba 2—5′, lub b) od przewlekłego zapalenia trzustki, jeśli kryształy rozpuszczają się przez 1—2′ lub wreszcie c) od innego cierpienia, nie związanego z trzustką (zapalenie gruczołów chłonnych, zapalenie płuc), jeśli kryształy rozpuszczają się już w pierwszej minucie. Metoda C. jest wynikiem badań, przeprowadzonych w ciągu prawie 3 lat na 300 próbach moczu. Rozpoznanie stwierdzano operacyą lub pośmiertnem badaniem zwłok.

Witold Orłowski.

rem zasięgać można bezpłatnie szczegółowych wiadomości o wolnych posadach lekarskich w całej Galicyi. **Adres:** Biuro informacyjne przy Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej we Lwowie, ulica Dominikańska L. 11.

Sekretarz Izby: Dr Langie. *Prezydent Izby:* Prof. Dr Wicherkiewicz.

Wydział wykonawczy Izb lekarskich austryackich uchwalił podjąć starania, by jednym z członków Najwyższej Rady zdrowia mianowany został lekarz, obeznany ze sprawami Izb lekarskich.

Biuro pośrednictwa, utworzone niedawno przez wiedeńską Izbę lekarską, ma prowadzić wykaz wolnych posad lekarskich nietylko w Wiedniu, ale i we wszystkich krajach Austryi.

Nowa farmakopea austryacka i cennik leków wejdą w życie dopiero od 1 stycznia 1907 (zamiast od 1 lipca b. r., jak pierwotnie postanowiono).

Postulaty lekarzy w sprawie reformy austr. kodeksu karnego są przedmiotem szeregu artykułów Dr. Mikołajskiego, rozpoczętych w nr. 12 *»Głosu lekarzy«*. W pierwszym artykule poruszoną jest sprawa paragrafów, odnoszących się do przewinień, które podlegają ocenie sądowo-lekarskiej. Oprócz przekształcenia tych paragrafów stosownie do dzisiejszych wymagań nauki, konieczną jest przy ich zmianie reforma obecnej, zbyt nizkiej i wiele niewłaściwości mieszczącej taryfy sądowo-lekarskiej. — § 26 (§ 41 projektu nowej ustawy) wymaga wyraźniejszego określenia, czy pozbawienie lekarza, zasądzonego za zbrodnię, dyplomu doktorskiego, pozbawia go zarazem prawa praktyki. *R.*

Ustawa emerytalna dla lekarzy okręgowych galicyjskich jest według *»Tyg. lek.«* (Nr. 24) spiesznie opracowywaną przez Wydział krajowy, by piekąca ta sprawa mogła być załatwioną, zanim jeszcze zacznie obowiązywać ustawa państwowa o zabezpieczeniu urzędników prywatnych, któraby się wtedy i do lekarzy okręgowych stosowała.

Galicyjska Kasa dla chorych lekarzy, działająca od lat 3, odbyła swe Walne Zgromadzenie 30 maja b. r. we Lwowie. Kasa liczy obecnie 173 członków, prawie wyłącznie z Galicyi wschodniej. W r. 1905 wypłaciła Kasa 43 członkom za 1084 dni choroby po 8 k., a za 256 dni po 4 kor., razem 9696 kor. zasiłków, nadto 600 kor. na koszta pogrzebu 3 zmarłych członków. 13 członków otrzymało zasiłki dwukrotnie w ciągu roku; najwyższy zasiłek wynosi 1120 kor. — Zasiłki płaci Kasa do 100 dni po 8 k., przez dalszych 80 dni po 4 k. Opłata do kasy wynosi w 30 r. ż. rocznie 43 k. 20 h., powyżej 50 r. ż. 84 k. 40 h. Przyjęcie do Kasy nie jest ograniczone trudnościami i dlatego każdy lekarz we własnym interesie powinienby do Kasy tej należeć. *R.*

Towarzystwo wzajemnej pomocy lekarzy łódzkich liczyło w r. 1905 członków 45, wydało na zapomogi i pożyczki rb. 208, posiada kapitału obrotowego 1328 rb., zapasowego 2490 rb. (*»Czas. lek.«* 5).

„Kropla mleka“ w Łodzi została zreformowaną. Od początku maja nadzoruje pasteuryzacyę i rozdawnictwo mleka, bada dzieci i udziela rad matkom osobny lekarz (Dr. Mogilnicki). (*»Czas. lek.«* 5).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10 do 16 czerwca 1906 r. doniesiono o nowych przypadkach: ospy 2 przypadki w gminie Kielanowice pow. Tarnów; duru plamistego 34 przypadków w 15 gminach, a mianowicie: pow. Brzeżany (Glinna 1), Buczacz (Dobropole 1, Browary 7), Cieszanów (Młodów 1), Drohobycz (Hruszów 1), Horodenka (Żuków 3, Piotrów 1), Jaworów (Zawadów 1), Kałusz (Dobrowlany 5, Nowica 3), Nadwórna (Łanczyn 1, Zielona 3), Rawa (Rzyczki 2), Śniatyn (Rudniki 2), Zaleszczyki (Burakówka 2); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 7 przypadków w 5 gminach, a mianowicie: pow. Chrzanów (Jaworzno 1), Jarosław (Wiązownica 1), Kamionka (Strybanka 1), Kraków (Witkowice 3), Ropczyce (Kawęczyn dęb 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 10/VI. a 16/VI. b. r. urodziło się dzieci żywo 43, nieżywo 2; zmarło osób 64 (obcych 22); z tego z gruźlicy 16 (10), zapalenia płuc 12 (2), błonicy — (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 2 (1), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), innych chorób zakaźnych 1 (1), śmierci gwałtownej 1 (1). —

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 3 do 9/VI zgłoszono przypadków: błonicy 3 (obcych 1), krztuśca 5, płonicy 3, odry 6, duru brzusznego 1, gorączki połogowej 1; w tymże czasie zmarło z duru brzusznego (1), z gorączki połogowej 1, z nagminnego zapalenia opon 1.

Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych panuje w Łodzi. Do 15 maja stwierdzono 11 przypadków. (*»Czas. lek.«* 5).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w dniu 20 czerwca b. r. posiedzenie w klinice wewnętrznej, na którem 1) dr Latkowski przedstawił a) przypadek wady serca wrodzonej (*foramen ovale apertum*), b) *succussio Hipocratis*, a następnie wyłożył rzecz c) »O szkodliwem działaniu przetworów salicylowych na nerki«, (które badaniami swemi w klinice lekarskiej U. J. istotnie stwierdził, acz nie w tym stopniu, jak Lüthje) i d) »O g-strofantynie«, którą według spostrzeżeń, w tejże klinice poczynionych, uważać należy za dzielny lek moczopędny i sprowadzający wyrównanie w wadach sercowych; 2) dr Mięsowicz mówił a) »O zmianach w tętnicach pod wpływem adrenaliny«, (których według badań prelegenta z miażdżycą u ludzi nie można zestawiać), dodając wzmiankę o obecnych swych badaniach wpływu jodypiny na adrenalinowe zmiany tętnic, b) »O filmaronie«, nowym leku przeciw tasiemcowi, godnym gorącego polecenia, c) »O działaniu surowicy Römerowskiej w zapaleniu płuc«, które według spostrzeżeń prelegenta jest niepewne i wymaga dalszych badań, — a wreszcie przedstawił przypadki d) choroby Basedowa, e) obrzęku śluzowatego, f) mnogich zwężeń jelita na tle zrostów otrzewnych; 3) Prof. Jaworski przedstawił przypadki a) miażdżycowego rozszerzenia tętnicy głównej, b) nowotworu śródpiersia, a wreszcie mówił c) »O badaniu wyrostka robaczkowego«, przyczem dr Łapiński przedstawiał na chorych sposoby badania. Dyskusyę, oraz zapowiedziane wykłady dr Szurka i Korolewicza odłożono z powodu spóźnionej pory na następne posiedzenie.

— Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył dnia 16 czerwca b. r. posiedzenie, na którem po załatwieniu licznych spraw administracyjnych, wydano opinię co do wysokości honorarium jednego z lekarzy kąpielowych i powzięto uchwały: w sprawie niezakończonego jeszcze sporu o honorarium między innym lekarzem, a rodziną chorego, w sprawie petycyi lekarzy więziennych, w sprawie propozycyi Towarzystwa ubezpieczeń od wypadków, w sprawie lekarzy sądowych, w sprawie zagadnienia, czy lekarz sądowy ma prawo zdejmować opatrunek bez wiedzy ordynującego lekarza, w sprawie wysłania delegata na zjazd do Halle. Następnie rozdzielono kilka ważnych referatów i nie wyczerpawszy z powodu spóźnionej pory porządku dziennego, odroczono resztę spraw do najbliższego posiedzenia, które odbyć się ma 23 czerwca b. r. *L.*

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Witold Skórczewski rodem z Krakowa, oraz p. Antoni Pachoński, rodem ze Skawiny.

— Krakowskie ochotnicze Towarzystwo ratunkowe dobiegło 15 lat istnienia. O rozwoju jego działalności i wzroście zaufania ludności świadczy to, że w pierwszym roku istnienia wzywano pomocy pogotowia 496 razy, w piątym 1987, w dziesiątym 2991, w pietnastym 3562. Niestety jednak walczy Towarzystwo z trudnościami materyalnemi, głównie utrzymując się z subwencyi instytucyi publicznych, przy bardzo małem poparciu ludności.

— Jeden z młodszych kolegów, przebywający zagranicą, zachorował i znajduje się w przykrem położeniu materyalnem. Ponieważ, nie będąc członkiem żadnej z naszych instytucyi zawodowych, nie może od nich otrzymać pomocy, przeto pozostaje tylko droga rychłej dobrowolnej pomocy koleżeńskiej, w której pośredniczy administracya naszego pisma.

— Dr. Katyński w Bieczu poszukuje zastępcy na 2—3 tygodni od pierwszych dni lipca za mieszkanie, całe utrzymanie i wszelkie dochody z praktyki.

Lwów. Według »Tygodnika lek.« (Nr. 24) sprawa budowy kliniki chorób dzieci została pomyślnie załatwioną przez rokowania, przeprowadzone w Wiedniu między rządem, a Towarzystwem szpitala św. Zofii przy udziale osobistym J. E. Namiestnika Galicyi, delegata Towarzystwa dr. Liliena i delegata Wydziału lek. prof. dr. Raczyńskiego. Przez te rokowania załatwiono ostatecznie wszystkie sporne punkta i budowa kliniki może być rozpoczętą.

— XIII. posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się 15/VI 1906. 1) Doc. Kučera a) omówił dwa przypadki zapalenia tchawicy i oskrzeli, wywołanego przez *mi-*

crococcus catarrhalis. Od 18-letniej dziewczyny zaraziło się 3-letnie dziecko, u którego sprawa przebiegała ciężej. Cechowała się ona gorączką 39—39·5° C., bolami głowy, plwociną śluzową; śledziona była macalna dopiero w późniejszym okresie; odczyn Widala ujemny. Sprawę wzięto z początku za grypę, co się może zdarzyć i w innych przypadkach, jeżeliby ich nie badano bakteryologicznie; b) omówił wynik badania treści jelitowej, nadesłanej z Tarnobrzega, gdzie cała rodzina zachorowała po spożyciu koguta wśród objawów podobnych do cholery, a 10-letnia dziewczyna zmarła; hodowla wykryła prątki, odpowiadające prątkom paratyfusu B. Te więc prątki mogą, jak się okazuje, prócz obrazu podobnego do duru, wywoływać także obraz podobny do cholery swojskiej. Prelegent omówił w końcu właściwości prątków paratyfusu B. W dyskusyi przemawiał Dr. Nowicki. 2) Dr. Fels przedstawił statystykę 720 zamachów samobójczych, zebraną przez siebie z lwowskiej stacyi ratunkowej. W liczbie tej było 411 mężczyzn, 309 kobiet; w ostatnim 1½ roku liczba zamachów samobójczych kobiet była większa, niż mężczyzn. *t.*

— Porządek dzienny XIV. posiedzenia naukowego Towarzystwa lekarskiego lwowskiego d. 22/VI. 1906: 1) prof. Łukasiewicz: »*Lichen ruber acuminatus*«; 2) dr. Leszczyński: Przedstawienie chorych z kliniki dermatologicznej; 3) dr. Wilczek: Okazanie kamienia ślinowego znacznych rozmiarów; 4) doc. Kučera: »*Endocarditis gonorrhoica*« (Wykład z demonstracyami).

— Do Zarządu Galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy obrano na Walnem Zgromadzeniu w d. 30 maja b. r. przewodniczącym Dra Festenburga, jego zastępcą Dra Stachiewicza, członkami wydziału Dra Bałłabana, Czarnika, Gabla, Kwiatkiewicza, Liliena, Moszkowicza, Schellenberga, Skałkowskiego, Świątkiewicza, Szydłowskiego; do komisyi rewizyjnej obrani Dr. Lechowski i Dr. Izyd. Feuerstein; do sądu rozjemczego Doc. Sołowij, Dr. Trzcieniecki, Pappée, Pisek i Zgórski.

— Biuro informacyjne galicyjskich Izb lekarskich, zorganizowane we Lwowie, rozpoczęło swą działalność. Żądający informacyi o posadach lekarskich koledzy zechcą zgłaszać się pod adresem: »Izba lekarska wschod.-gal. Lwów, ul. Dominikańska 11. Biuro informacyjne«.

Warszawa. Dr. Stępnicki z Wyszkowa skazany administracyjnie na 200 rb. kary za udział w pochodach narodowych i mowy na wiecach; Dr. Z. Radliński zesłany na lat 5 do gub. tobolskiej; Dr. Kraszewski z Włocławka aresztowany, musiał wyjechać za granicę; Dr. Grzywiński z Biłgoraja pozbawiony posady lekarza powiatowego, trzymany w więzieniu przez miesiąc, a po odsiedzeniu dalszych 3 miesięcy jako »kary administracyjnej« za mowę w czasie pochodu narodowego, oczekuje jeszcze wyroku izby sądowej; Dr. Smólski z Żyrardowa przymusowo przebywał 3 miesiące zagranicą. (»*Czasop. lek.*« Nr. 5).

— Nowy szpital dla dzieci im. Anny Maryi w Łodzi opisuje szczegółowo dyrektor jego Dr. Brudziński w Nr. 5. »*Czasopisma lekarskiego*«. Szpital, obliczony na 100 łóżek (35 chirurgicznych, 65 zakaźnych i wewn.), zatrudnia 6 płatnych lekarzy (2 stale mieszkających i naprzemian dyżurujących w szpitalu), a zbudowany jest systemem pawilonowym (osobne pawilony dla ambulatoryum i przyjęcia chorych, dla chorób wewnętrznych, chirurgicznych, błonicy i płonicy, nadto pawilon gospodarczy, desynfekcyjny i prosektoryum). W szpitalu, który co do planu, urządzenia i prowadzenia odpowiada, jak widać z opisu, wszelkim wymaganiom nowoczesnym, przeprowadzono ściśle zasadę izolacyi wszędzie, zaczynając od ambulatoryum, a skończywszy na kuchniach i t. d. Roczny budżet szpitala obliczono na 25,000 rb. Myśl stworzenia szpitala zawdzięcza Łódź Dr. Jonscherowi, który już poprzednio stworzył zakład dla umysłowo chorych w Kochanówku pod Łodzią, środków zaś na budowę dostarczyli pierwsi E. Geyerowie, potem E. Herbstowie (200,000 rbs.) i składki publiczne, tak, że szpital stanął w ciągu lat trzech.

— W Łodzi z powodu wyjazdu Dr. St. Serkowskiego zawakują dwa stanowiska, mianowicie posada zarządzającego pracownią miejską, oraz kierownika prywatnej pracowni chemiczno-bakteryologicznej. Obrót roczny w pracowni prywatnej wynosi 8,000 rbs., wiadomości o cenie sprzedażnej tej pracowni udziela Dr. Serkowski (Łódź, Piotrkowska 120). O posadę w pracowni miejskiej z płacą roczną 2000 rbs. ubiegać się mogą tylko rosyjscy poddani, posiadający odpowiednie kwalifikacye naukowe, a oferty z dołączeniem ogłoszonych prac i »curriculum vitae« składać należy w magistracie na ręce prezydenta m. Łodzi.

Zdrojowiska polskie. Frekwencya w zdrojowiskach polskich, zwłaszcza galicyjskich, zapowiada się w r. b. lepiej, niż kiedykolwiek. Do początku czerwca (6—10) b. r. objęły listy zdrojowe: w Ciechocinku 1306 osób, w Iwoniczu około 700, w Krynicy 1092, w Rabce 291, w Rymanowie 350, w Szczawnicy 239, w Zakopanem (od 1 stycznia) 1895. — W Ciechocinku założyło grono lekarzy »Towarzystwo przyjaciół Ciechocinka« celem popierania rozwoju tego zdrojowiska i badania naukowego jego własności. — W Krynicy, w której w r. z. bawiło wogóle 7.405 osób (o 1.051 więcej, niż w r. 1904), w tem 1.267 z Królestwa polskiego, urządzono dla zaradzenia brakowi kąpieli mineralnych 7 nowych wanien (= 60 kąpieli dziennie), sprowadzając do nich wodę rurami ze zdroju Słotwińskiego. Prof. Marchlewski podjął badanie nowo ujętych zdrojów »Karola« i »Słotwinki«. — Akademia Umiejętności pragnie sprzedać Szczawnicę i podała to do wiadomości na tegorocznem publicznem swem posiedzeniu.

Z różnych stron. IX. Zjazd niemieckiego Towarzystwa dermatologicznego odbędzie się 12—14 września w Bernie. Ogólnych tematów rozpraw umyślnie nie oznaczono, by było więcej czasu na demonstracye i dyskusye; jedynie tylko Neissera i Hoffmanna zaproszono do wygłoszenia wykładów o obecnym stanie badań kiły.

— Międzynarodowa konferencya w sprawie badania raka odbędzie się 24—27 września b. r. w Heidelbergu i Frankfurcie n. M. przy sposobności otwarcia heidelberskiego zakładu badania raka.

— »Časopis lek. českych« podaje w nr. 24 dłuższą wzmiankę o setnej rocznicy założenia Towarzystwa lekarskiego wileńskiego, wyrażając nadzieję, że wkrótce, z nastaniem swobód politycznych, i dla Towarzystwa zaświta lepsza doba i kończąc życzeniem, by Towarzystwo wnet oprzeć się mogło o wskrzeszoną wszechnicę wileńską, czyto czysto polską, czy polsko-litewską.

— Behring zapowiada w świeżo ogłoszonej pracy (»Moderne phthisiogenetische u. phthisiotherapeutische Probleme in historischer Beleuchtung«), że przed końcem r. 1906 odda światu lekarskiemu do wypróbowania nowy środek przeciwgruźliczy (Tx), który okazał się, zdaniem Behringa, skutecznym zarówno zapobiegawczo, jak i leczniczo w doświadczeniach na zwierzęciu. Behring z góry oznajmia, że sposób przygotowywania środka tego zachowa w tajemnicy.

— Składki na pomnik Mikulicza we Wrocławiu przyniosły już przeszło 20,000 mk., w tem z Ameryki około 7000 mk.

— Znany Fryderyk Hessing, obecnie bawarski »radca dworu« i właściciel zakładu ortopedycznego w Göggingen, zjechawszy do Budapesztu ogłosił w sposób dość krzykliwy swoje »godziny przyjęć«. »*Deutsche med. Wochs*«. podała wtedy wiadomość, że władze węgierskie, uważając Hessinga za partacza lekarskiego, zabroniły mu ordynacyi. Od pisma, które »pozwoliło sobie« podać taką wiadomość, zażądał »radca dworu« Hessing przez swego adwokata sprostowania, w rzeczywistości bowiem ustawy węgierskie zabraniają cudzoziemcom »ordynować«, a nie »przyjmować«, to też i Hessingowi powiodło się zapobiedz zakazowi »przyjmowania«, jednakże w godzinach tych przyjęć musiał poddać się nadzorowi lekarza sądowego.

— Znany ginekolog prof. Schatz został istotnie uwolniony z urzędu dyrektora kliniki i profesora w Rostocku, jednakże na własne żądanie i po stwierdzeniu, że uczyniony mu zarzut sprzeniewierzenia 50,000 mk. polegał na pomyłce rachunkowej.

— Za konsylium u jednej z córek sułtana otrzymał berliński chirurg prof. Bergmann oprócz wysokich odznaczeń nie mniej jak 90000 mk. honoraryum.

— W klinikach moskiewskich rozpoczęli studenci IV. i V. kursu pracę w pełnej mierze.

— W Bałakławie w Rosyi lekarze miejscy nie otrzymują obecnie płacy z powodu — zupełnego wyczerpania się kasy miejskiej.

Mianowani: Prof. Brouardel i Guyon profesorami honorowymi wydz. lekarskiego paryskiego; doc. Klapp w Bonn nadzwyczajnym profesorem honorowym; prof. Uhlenhuth z Gryfii dyrektorem oddziału bakteryologicznego w ces. państwowym urzędzie zdrowia; farmakolog prof. Heffter następcą prof. Strauba w Marburgu.

Powołani: Prof. Hoche z Fryburga w B. jako następca Fürstnera do Strassburga; na następcę Czernego do Heidelberga prof. Narath z Utrechtu (po odmowie Biera i Garrégo).

Zmarli: Dr Ferdynand Stankiewicz, asystent przy katedrze medycyny sądowej uniw. lwowsk., w 39 r. ż. we Lwowie; dr Stanisław Jurkiewicz w 68 r. ż. w Warszawie; dr Julian Gryszkowski w 50 r. ż. w Wilnie;

B. dyrektor instytutu farmaceutycznego prof. Polek we Wrocławiu w 85 r. ż.; prof. medycyny klinicznej Latimer w Baltimore,

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 23. Róbin: O przemijających zwężeniach odźwiernika i przemijającym zastoju pokarmów w żołądku wogóle. Pawiński: (c. d.), Schoeneich: (dok. z Nr 22).

— *Tygodnik lekarski* Nr 24. Ziembicki: Złamanie i urazy kończyn, a śmierć nagła. Szumowski: Początek szkoły medycznej we Lwowie pod panowaniem austryackiem.

— *Czasopismo lekarskie* Z. 5. Brudziński: Szpital Maryi-Anny dla dzieci w Łodzi. Arnstein: Czy uraz może wywołać przewlekłe zapalenie nerek. Naumann: Przyczynek do leczenia krwawień płucnych. Mazurkiewicz, Sochacki, Łuniewski i Borowiecki: (dok. z Nr 4). Lidmanowski: W kwestyi pomocy lekarskiej dla ludu.

— *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych* Nr 5. Sowiński Z.: Kilka przypadków rozległych porażeń kilakowych na prąciu. Karwacki: (dok z Nr 4).

— *Kronika lekarska* Nr 11 Ciąg dalszy artykułów Hornowskiego, Sędziaka i Giedroycia.

— *Głos lekarzy* Nr 12. Mikołajski: Postulaty lekarzy w sprawie reformy kodeksu karnego. Cz. Jakubowski: Krakowskie ochotnicze Towarzystwo ratunkowe. -- Galicyjska Kasa dla chorych. — C. d. artykułów z Nr 11.

— *Przegląd zdrojowy* Nr 6. Pelczar: Truskawiec. Skórczewski, Damański (c. d. z Nr 5)

— *Przewodnik kąpielowy* Nr 5. Regiec: (dok. z Nr 4). Sprawozdanie komisyi zdrojowej w Krynicy za rok 1905.

— *Časopis lekařův českých* Nr 24. Gregor: O narkose kysliko-chloroformové. Zeman: Další příspěvek ku laterální oesophagotomii. Kimla: (dok. z Nr 23).

— *Liječnički Vijestnik* Nr 6. Žirovčić: Slaboumnik palikuća. Ljubić: Prvi pokušaj sistematičnog liječenja malarije u neretvanskim blatijima. Spitzer: Upliv žvakanja na obskrbu moždana krolju. Belohlavek: Dvije nove bolesti.

— *Russkij Wracz* Nr 21. Batujew: Trzy przypadki cyklopii u człowieka z uwagami o powstawaniu tego zboczenia. Parin: Zmiany anatomiczno-patologiczne w narządach zwierząt zatrutych kokainą po ożywieniu ich chloroformem. Strażesko: W sprawie choroby Adams-Stokesa. Rubel: (c. d. z Nr 20).

— *Semaine medicale* Nr 24. Jaboulay: Leczenie krwawe powikłanych złamań goleni.

— *Presse médicale* Nr 46. Reclus: Appendicitis a typhlocolitis. Richelot: Enterocolitis a appendicitis. Thiroux i d'Anfreville: Chirurgiczne leczenie guzów mosznowych w krajach podzwrotnikowych. — Nr 47. Roger: Odruch żołądkowo-ślinny. Issailovitch-Dusciau: Autonarcosis.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 24. Wiesel: O zmianach tętnic wieńcowych serca w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. Wiesner: O zmianach tętnic wieńcowych serca w chorobach zakaźnych. Scherber: Miąższowe zapalenie rogówki, wywołane u królików przez szczepienie kiły. Lotheissen: Wstrzykiwania zapobiegawcze antytoksyny tężcowej. Friedjung: Przewlekły „samorodny" obrzęk części płciowych niemowląt.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 24. Alt: Leczenie odżywianiem w chorobie Basedowa. Eppenstein i Korte: O zachowaniu się prątków duru, znajdujących się we krwi chorych na dur, wobec bakteryobójczego działania krwi. Vandeweyer i Wybauw: O działaniu wód żelazistych na wymianę materyi. Jesionek: Bezbarwność skóry (*leucoderma*) w kile, łuszczycy i wyprysku łojotokowym. Engel i Plaut: Rodzaj i ilość tłuszczu w pokarmach kobiet karmiących i wpływ jego usunięcia na tłuszcz mleka. Credé: Zapobiegawcza antyseptyka. Heermann: W sprawie zachowawczego leczenia ropienia dodatkowych jam nosa. Uffenorde: Krytyczne uwagi o Sondermannowskim sposobie leczenia chorób dodatkowych jam nosa. Hoffmayer: Wrodzona sztywność stawów palcowych. Buchner: Sposób oznaczania ilości białka w moczu w ciągu godziny z dokładnością, wystarczającą do celów klinicznych.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 24. Bruck: W sprawie biologicznego rozpoznawania chorób zakaźnych. Pöppelmann: Przyczynek do rozpoznawania duru. Rosenheim: (dok. z Nr 23). Ebstein: O opaskach brzusznych. Wilms: Wyleczenie przykurczeń histerycznych przez porażenie lędźwiowe. Pochhammer: W sprawie techniki i wskazań znieczulenia rdzeniowego. Schaller: Równoczesny rak gruczołowaty i mięsak olbrzymiokomórkowy w trzonie macicy z mnogimi mięśniakami, oraz usadowienie się raka na powierzchni mięśniaka. Wolff: Sporządzanie trwałych preparatów z osadów moczu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 25. Orth: Zakład patologiczny w Berlinie. Krause: W sprawie surowiczego zapalenia opon rdzeniowych. Warnekros: O przyczynach wczesnej utraty zębów. Popper: W sprawie leczenia niezdolności płciowej u mężczyzn. Schlesinger: Lecznicza i objawowa wartość nakłucia lędźwiowego w gruźliczem zapaleniu opon u dzieci. Kuttner: W sprawie rozpoznawania raka żołądka. Wykłady ze zjazdu balneologów.

Redakcya otrzymała: Sudnik R. (szef oddziału fizyoterapeutycznego w szpitalu klinicznym w Buenos-Ayres, Polak): 1) Emploi des décharge à pile dans l'electrodiagnostic. 1903. 2) Etude clinique sur les modalités du courant faradique. 1903. 3) Courant de de Watteville et électrotonus chez l'homme. 1905. (odbitki z Annales d'electrobiologie et de radiologie. Lille). 4) Traitement de la blennorrhagie et de ses complications par les courants de haute frequence. Odb. z „Argentina médica". 1906. — Adamkiewicz: Der Krebs u. Herr Geheimrath Ehrlich. Odb. z „Med. Blätter" 1906. — Donath: Ein Beitrag zur Kankrointherapie. Odb. z „Ärztl. Runds." 1906. — Bogdanik: O zachowawczem i operacyjnem leczeniu gruźlicy stawów i kości. Odb. z „Nowin lek." 1906. — Sprawozdanie Rady zawiadowczej i zamknięcie rachunków Towarzystwa lekarzy galicyjskich za rok 1904.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się w **Domu Towarzystwa** (ul. Radziwiłłowska 4) **we środę dnia 27 czerwca b. r.** o godzinie 6 wieczorem.

Porządek dzienny: 1) Dyskusya nad wykładami, wygłoszonymi na ostatniem posiedzeniu. 2) Kol. Szurek: O najskuteczniejszych środkach przeciwpotnych. O nowej surowicy przeciwgruźliczej. 3) Kol. Korolewicz: O badaniu na krew zapomocą benzydyny. 4) Kol. Gettlich: O wynikach leczenia płonicy surowicą (z doświadczeń, prowadzonych w szpitalu św. Ludwika). 5) Kol. Latkowski: O wpływie białka surowicy krwi na jej punkt marznięcia.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr **Jekels Ludwik**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Damański Emanuel**.
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).

Dr **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.

lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Październ.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „pod Kosynierem").
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr **Mayer Józef**, (Łazienki borowinowe).
Dr **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.

Dr **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.
Dr **Dukiet**.

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne)

Dr **Trzciński B.**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr **Górski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag**, („pod Attylą").
Dr **Kołaczkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu („Miedziuś"), ordynuje od 26 lat.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), zimą w **Meranie**.

Truskawiec.

Dr **G. Gittelmacher — Wilenko**.
Dr **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon**.
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła (Zakład wodoleczniczy).

Dr **Zanietowski Józef**.

Zakopane.

Dr **Lewkowicz Ksawery**, Doc. Uniw. Jag., ord. w chorobach dzieci od 1 lipca do 15 października (ul. Sienkiewicza 15).

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg").
Dr **Zeitner Józef**, (Kirchenstrasse „Stadt-Paris").

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" VI.).

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr **Kostecki B.**, (Haus „Weisser Hase") zimą w **Abacyi**.

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).

Dr **Weissenberg**, ord. jak corocz. w jęz. pol (zimą w **Nervi**).

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, („Dom Lissa").
Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").
Dr **Liebeskind Józef**, („Haus Kronprinz").

Nauheim.

Dr **Jankowski Fr.**, („Hotel Europejski").
Dr **Łowiński**.

Oeynhausen (Westfalia).

Dr **Janta Połczyński**, specyalista w chorobach nerwowych.

Najsmaczniejsze i dlatego najlepsze nowoczesne przetwory hemoglob. są

Perdynamin i Lecithin-Perdynamin

Dawka 2 razy dziennie 1—2 łyżek, czysto lub z wodą, mlekiem lub winem.

Wskazania: blednica, niedokrewność, białaczka, suchoty, ozdrowienie, cierpienia nerwowe.

Cena 1 flaszki perdynamin K. 3·50.

Cena 1 flaszki — Lecithin-perdynamin K. 5·50.

Fabrykant 68

H. BARKOWSKI, Berlin, O. 27, Alexanderstrasse 22.

Zastępca na Austro-Węgry:

Mr. Camillo Raupenstrauch, emeryt. aptekarz, Wiedeń II/1, Castellergasse 25.

Perdynamin i Lecithin-Perdynamin są idealnymi środkami nowoczesnymi pobudzającymi odżywienie z powodu ich rzeczywistej wartości, dobrego smaku i znakomitego działania.

Bialska Fabryka Chemiczna „BESKID“

wyrabia i poleca najnowsze w wodzie zupełnie rozpuszczalne przetwory:

Septosolum „Beskid“, najnowsze antisepticum i desodorans w wodzie zupełnie w każdym stosunku rozpuszczalne, w praktyce gynekologicznej jak najlepiej polecone, bez zawartości kw. karbol.

Formasol „Beskid“, idealne antisepticum i znakomite desodorans, przyjemnie pachnące, w wodzie rozpuszczalne, niegryzące i nie niszczące ani materyi, ani bielizny.

Viscogen „Beskid“, c. salaethylo 25% et 50% znakomite antirheumaticum jak najlepiej polecone, o pewnem i dzielnem działaniu.

Vaselinum formasoli w tubach do antyseptyki rąk, o przyjemnym zapachu.

Przetwory „Beskidu“ są polecone przez Komisyę Przemysłową Towarzystwa Lekarskiego. 235

Każda flaszka zaopatrzoną jest marką Towarzystwa Samopomocy Lekarzy.

Cenniki i próbki WP. lekarzom bezpłatnie.

Dr FERDYNAND EICHHORN

ordynuje 210

w Marienbadzie „Dom Lissa“.

Bazylejska fabryka chemiczna, Bazylea (Szwajcarya).

Kryofina najszybciej działający i najpewniejszy lek przeciwgorączkowy i kojący ból, szczególnie w rwie kulszowej i innych nerwobolach.

Vioform najlepszy środek zastępczy zamiast jodoformu, bezwonny, dający się wyjałowić.

Ferratogen (nukleina żelazawa), nie ulega działaniu soku żołądkowego, nie sprawia zaburzeń żołądkowych.

Sulfurol zastępuje zupełnie Ammonium sulfo-ichthyolicum.

Piśmiennictwo, próbki leków i wszelkie wyjaśnienia na żądanie.

Antypiryna zupełnie czysta.

Fenacetyna krystaliczna i w proszku.

Kwas acetylosalicylowy najczystszy.

Skład główny na Austro-Węgry:

Carl Barolin, Wiedeń, VII/1, Apollogasse 8.

Telefon 7992. 52

Otwarta prenumerata na

„ХАРЬКОВСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ“

(Gazetę Lekarską Charkowską) wydawaną od stycznia 1906 roku przez Charkowskie Towarzystwo lekarskie. Raz na miesiąc zeszyt od 4—5 arkuszy druku, w lecie (od maja do września) raz na 2 miesiące. — Honoraryum autorskie 30 rub. za arkusz druku.

Prenumerata roczna z przesyłką i doręczeniem 6 rub.

Adres: Харьковъ, Пушкинская 14.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

VÖSLAU-GAINFARN.

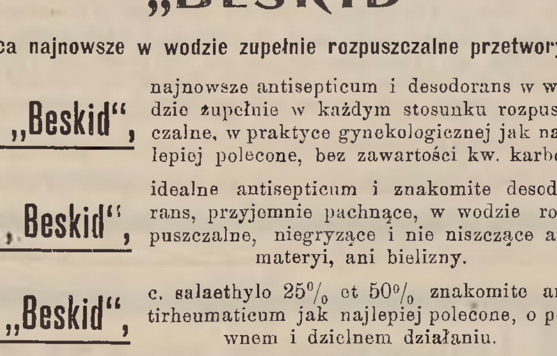
Koleją Południową godzinę drogi z Wiednia. — Cały rok otwarte. Telefon »Vöslau 12«.

Wszelkie fizyczne sposoby lecznicze, zakład Zandera, leczenie metodą Frenkla Leydena, kąpiele elektryczne — dwukomorowe i przerywanym prądem, z kw. węglowym, ciepłem powietrznem, piaskowe itd. itd.

Prospekty przez Dyrekcyę Zakładu. 54

Radca ces. Dr. Teodor Friedmann, Wiedeń I. Operngasse, 10. Tel. 7274.

Do nabycia we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.



PIGUŁKI CASCARA MIDY

Każda pigułka zawiera 0,12 wodno-alkoholicznej essencyi słojowego szpiku kory drzewnej **Cascara Sagrada**, wolna dzięki naszego specjalnego przygotowania (1884 r.) wszelkiego tłuszczu (ostrej i rozdrażniającej substancyi) i po 0,10 świeżego proszku.

Pigułki Cascara Midy mogą być używane przez Mamek i podczas ciąży.

ZASTOSOWUJĄ SIĘ PRZECIWKO

ZWYCZAJNEJ OBSTRUKCYI (Zatwardzeniu) I ŁĄCZNYM NASTĘPSTWOM

Dosyć użyć 2—3 pigułki po kolacyi lub przed snem, aby codziennie regularnie mieć wypróżnienie.

ONE NIE TWORZĄ RZNIĘCIA ANI TEŻ BIEGUNKI. Żądać podpis **L. MIDY**.

Apteka **MIDY** istnieje od r. 1828 **faubourg St-Honoré, 113** w PARYŻU.

Dostać można we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

Do nabycia we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

65

Rok XLV. Kraków 30 Czerwca 1906. Nr 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O krwotokach utajonych przewodu pokarmowego.

Według wykładu w Tow. Lek. krak. w dniu 21 marca 1906.

Napisali

Prof. W. Jaworski i Dr P. B. Korolewicz.

Do tego czasu zwracaliśmy uwagę na krwotoki w przewodzie pokarmowym dopiero wtedy, jeżeli treść żołądkowa lub kał były czerwono lub czarno zabarwione, albo też gdy ciemniejszy lub szary ich kolor nasuwał przypuszczenie domieszki barwika krwi. Jeszcze w r. 1889 wprowadzał jeden z nas krew bydlęcą do żołądka ludzi, aby się przekonać, jakiej ilości jej potrzeba, by wydobyta treść żołądkowa i kał przybrały zabarwienie, świadczące o obecności barwika krwi; kontrolę wykonywano przez otrzymanie kryształów heminy. Ówczesne próby wykazały, że 0·1—0·2 c³ krwi, wprowadzone do żołądka, dawały w treści żołądkowej słabo dostrzegalne ślady zabarwienia krwawego; a po wprowadzeniu 5 do 10 c³ krwi kał przybierał barwę nieco ciemniejszą. Krwotoki tego rodzaju, dla oka jeszcze dostrzegalne, nazwano jawnymi (*haemorrhagiae manifestae*).

W ostatnich latach zrobiono w kierunku poznania krwotoków znaczny postęp. Metodami ulepszonemi, które niżej opiszemy, powiodło się wykryć krwotoki do przewodu pokarmowego jeszcze tak małe, że zmiany barwy treści żołądkowej i kału przez oglądanie nie można dostrzedz. Krwotoki takie nazywają się utajone (*haemorrhagiae occultae*). Jednak i krwotoki utajone mają swe granice, albowiem można je wykryć w kale dopiero wtedy, jeżeli do przewodu pokarmowego dostanie się przynajmniej 3 gm krwi (A Weber). Na doniosłe znaczenie krwotoków utajonych zwrócił uwagę Boas w r. 1903. Ostrzegają one lekarza o obecności spraw chorobowych w przewodzie pokarmowym, kiedy one nie zdradzają się jeszcze krwotokami jawnymi.

Krwotoki, pochodzące z jamy ust i gardła, jako też z odbytu, można od zewnątrz dostrzedz, przeto przy ocenieniu krwotoków utajonych można je wyłączyć i nie wchodzą w rachubę. Pozostają przeto krwotoki utajone, pochodzące z przełyku, żołądka i jelit, aż do zgięcia esowatego, a które zwracają uwagę lekarza na to, że w wymienionych miejscach znajdują się zmiany chorobowe, wiodące do krwotoków. Zrozumialszem to będzie, jeżeli kolejno przytoczymy choroby, w którycheśmy, jako też inni autorowie, dostrzegali krwotoki utajone.

Nasz materyał kliniczny obejmuje dotąd przeszło 72 chorych i znaczną liczbę osób ze zdrowym przewodem pokarmowym, u których wykonywano doświadczenia. Wogóle wykonano 151 badań treści żołądkowej i 639 badań stolca na krew utajoną.

Jeżeli istnieje utrudnienie w połykaniu, czy też zwężenie przełyku wskutek nowotworu, to w kale może się pojawić krwotok utajony, jak to w jednym przypadku raka przełyku zauważyli Boas i Kochmann. My w trzech przypadkach broczącego raka przełyku, znajdującego się w dwu przypadkach w odległości 27 cm. od zębów, znaleźliśmy w jednym krew utajoną (2 badania kału), a w dwóch nie (3 badania kału), a w dwóch przypadkach zwężenia wpustu znaleźliśmy krew utajoną w obu (4 badania kału). Wykrycie krwotoku utajonego w zwężeniu przełyku jest uzupełnieniem badania zapomocą zgłębnika, gdyż potwierdza, że zwężenie pochodzi od rozpadającego się nowotworu. Należy jednak badać kał co do krwotoku utajonego, nim rozpoczyna się badanie zgłębnikiem. O krwotokach utajonych w przebiegu wrzodów lub żylaków przełyku wiadomości dotąd nie mamy.

W chorobach żołądka zauważono krwotoki utajone tak w treści żołądkowej, jak i w kale. Mianowicie znajdowano (Boas, Schmilinsky, Schloss, Clemm, Koziczkowsky) stale w każdym stolcu, a często i w treści żołądkowej krew utajoną w przebiegu raka żołądka, a nie znaleziono jej w chorobach, których odróżnianie od raka żołądka sprawia trudności, jakoto: nieżyt żołądka i niedomoga wydzielnicza (*achylia* i *achloria gastrica*). Boas podaje, że na 124 przypadków raka żołądka znajdował stale w 107, a Joachim na 18 przypadków raka żołądka 17 razy krew utajoną w stolcach. My na 8 przypadków niewątpliwych raka żołądka znaleźliśmy we wszystkich krew utajoną w kale; tylko w jednym przypadku na 10 badań kału nie było jej raz jeden, zaś na 4 przypadki raka żołądka badanie treści żołądkowej wykryło w dwóch krew utajoną, a w dwóch jej nie było.

Wynika stąd, że w podejrzanych przypadkach raka żołądka należy badać przedewszystkiem kał co do krwi utajonej i to dla ostrożności jeszcze, zanim się użyje zgłębnika żołądkowego. Krew utajona w kale w przypadkach raka żołądka ma jeszcze tę właściwość, że pomimo środków leczniczych i dyetetycznych nie znika, jak to się zwykle dzieje we wrzodzie okrągłym żołądka.

Badanie krwi utajonej w treści żołądkowej daje wyniki mniej pewne, aniżeli badanie kału, gdyż przez manipulacye zgłębnikiem powstają łatwo uszkodzenia błony śluzowej żołądka, wskutek czego powstają sztucznie objawy utajonego krwotoku żołądkowego.

W niektórych chorobach żołądka zauważano (Boas, Ewald, Hartmann) tylko czasowe pojawianie się krwi utajonej tak w treści żołądkowej, jak i w kale. Do tych chorób należą: wrzód okrągły, zwężenie bliznowate odźwiernika i skurcz odźwiernika (*spasmus pylori*); nie spostrzegano zaś krwotoków utajonych w nieżycie kwaśnym, nadmiernem wydzielaniu kwasu solnego, w samoistnem rozszerzeniu i w nerwicach żołądka. Widocznie w pierwszym szeregu chorób przechodzi czasami krew do jelit i ukazuje się w kale, natomiast nie ma jej często, chociażby tego spodziewać się należało, w treści żołądkowej. Przemawia to za łatwiejszem dostawaniem się krwi z odźwiernika do jelit, aniżeli do żołądka. W przypadkach więc, w których odróżnienie wrzodu żołądka od nerwicy jest trudne, badanie kału co do krwi utajonej jest bardzo pożądane. Ewald twierdzi nawet, że badanie krwi utajonej w kale w przypadkach przypuszczenia wrzodu okrągłego dozwala obejść się zupełnie bez badania zgłębnikiem żołądkowym.

Obecność krwi utajonej w stolcach chorego na wrzód okrągły ma bardzo ważne znaczenie w rokowaniu. Dopóki krew utajona w kale się znajduje, dopóty nie można uważać wrzodu za zabliźniony. Stąd i dla leczenia wynika wskazówka, że dopóty należy je stosować, aż krew utajona nie zniknie, chociażby chory podmiotowo czuł się zupełnie dobrze.

W naszych badaniach jednego niewątpliwego przypadku wrzodu okrągłego, bez powikłań przebiegającego, nie znaleziono krwi utajonej w treści żołądkowej, natomiast na 9 badań kału znaleziono ją 5 razy.

W 3 przypadkach zwężenia odźwiernika po niewątpliwym wrzodzie żołądka nie znaleźliśmy ani razu krwi utajonej w treści żołądkowej; w dwóch z tych przypadków nie znaleźliśmy jej i w kale (25 badań), natomiast w trzecim przypadku znaleziono ją na 3 badania kału, trzy razy.

W 2 przypadkach typowego sokotoku (kwaśność 124) nie znaleźliśmy krwi utajonej ani w treści żołądkowej (8 badań), ani w kale (6 badań).

Rak i wrzód dwunastnicy zachowują się podobnie, jak w żołądku, sprawiając krwotoki utajone w kale, jak to spostrzegali Boas i Kochmann. Z braku materyału nie mieliśmy sposobności przekonać się o tem.

Co do głębszych odcinków jelit dotychczasowe spostrzeżenia nie są jeszcze tak liczne, aby z nich można wnioski wysnuwać.

Należałoby się spodziewać, że przy owrzodzeniach jelit będą stolce zawierały krew utajoną. W trzech przypadkach wrzodów gruźliczych jelit, gdzie objawy kliniczne przemawiały za gruźlicą jelit, a w kale stwierdzono prątki gruźlicze, nie mogliśmy wykazać krwi utajonej.

W raku jelit znalazł Boas na 27 przyp. 6 razy krew utajoną. Ewald w jednym przypadku niewątpliwego raka jelit nie miał dodatniego wyniku, a nasze spostrzeżenia w tym kierunku są niepewne ze względu na niepewność rozpoznania.

W 3 przypadkach biegunki nieżytowej nie znaleźliśmy krwi utajonej, w 5 przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego nie było krwi utajonej w kale, tak samo w jednym przypadku zwężenia jelit wskutek zrostów otrzewnych pooperacyjnych.

W jednym przypadku raka wątroby znalazł Boas w kale krew utajoną, a to z powodu tego, że pierwotne ognisko znajdowało się w żołądku. My również w dwóch przypadkach raka wątroby znaleźliśmy krew utajoną; w jednym z nich, sekcyjnym, znajdował się na krzywiźnie małej guzek wielkości bobu. W jednym przypadku sekcyjnym raka trzustki z przerzutami do wątroby nie znaleźliśmy w 2 pierwszych stolcach krwi utajonej, w następnych 2 znajdowała się, a w 2 ostatnich wystąpił krwotok jawny.

W kilku przypadkach kamicy żółciowej tak Joachim, jak i my nie znaleźliśmy krwi utajonej w kale. W jednym przypadku zapalenia żyły wrotnej (*thrombopylephlebitis*) spostrzegał Ewald w kale krew utajoną.

W durze brzusznym krwotoki utajone zdarzają się prawdopodobnie często i poprzedzają krwotoki jawne. Dlatego należałoby stolce chorych na dur badać co do krwi pilnie. W jednym przypadku duru brzusznego znaleźliśmy krew utajoną w kale, poczem nastąpił krwotok jawny i zejście śmiertelne. W dwóch zaś przypadkach, w których stolce były twarde, nie było w nich krwi utajonej, ani krwotoku kiszkowego w przebiegu choroby. — W dwóch przypadkach plamicy (*purpura simplex*), znaleźliśmy krew utajoną w stolcach, a w trzecim był krwotok jawny. W jednym przypadku pęcherzycy złośliwej jamy ustnej, nie było krwi utajonej w kale.

Z dotychczasowych spostrzeżeń wynika, że stwierdzenie krwotoku utajonego w przewodzie pokarmowym nie wystarcza wprawdzie do rozpoznania sprawy chorobowej i jej siedziby, lecz wobec innych objawów klinicznych jest bardzo ważną wskazówką rozpoznawczą, a często ostrzegającą. Co do znaczenia kontroli zabiegów leczniczych przez wykrywanie krwotoków utajonych, to przytacza Boas ze swego doświadczenia, że leżenie w łóżku i dyety mleczne, stosowane we wrzodzie żołądka sprawiają zniknięcie krwi utajonej w kale już po 3—5 dniach. Okłady ciepłe we wrzodzie żołądka przyśpieszają krwotoki utajone, a podawanie soli bizmutowych wstrzymuje krwotoki utajone żołądka na tak długo, jak długo się ten lek choremu podaje.

Poszukiwania krwi utajonej w stolcach i w treści żołądkowej wykonywaliśmy w sposób, podany przez H. Webera: Około 3 grm badanego kału lub treści żołądkowej rozrabiano z 5 grm wody przekroplonej, do czego dodawano $^{1}/_{3}$ objętości kwasu octowego zgęszczonego (dla wytworzenia kwaśnej hematyny) i kłócono około 2 minut w probówce. Następnie nalewano 10 c³ eteru zwyczajnego (dla wyługowania barwika krwi) i kłócono przez 3 minuty. Po odstaniu się mieszaniny (dodatek kilku kropel wyskoku przyśpiesza wyjaśnienie cieczy), gromadzi się w górze prawie bezbarwny wyciąg eteryczny barwika krwi, który odlany do probówki bada się przez dodanie doń szczypty (kilku pyłków) świeżo potłuczonej żywicy gwajakowej lub kilku kropel świeżo z niej przygotowanego nastoju wyskokowego (*tra resinae guajaci*), poczem dodaje się jeszcze 10 kropel 3% rozczynu wody utlenionej (*hydrogenium peroxydatum*). Natenczas przy obecności barwika krwi tworzą się dwie warstwy w rurce: dolna wodna niebieskawa lub ciemnoniebieska, stosownie do ilości barwika krwi, a górna eteryczna fiołkowoniebieska. Zamiast wody utlenionej można użyć, jak to już i dawniej polecano, 10 kropel starego olejku terpentynowego (*ol. tererebinthinae vetus*). Wtedy powstanie po wstrząśnieniu tylko jednostajne zabarwienie nie-

bieskawe lub fiołkowoniebieskie jako dodatni odczyn barwika krwi. Sposób ten wypróbowali i używali wszyscy autorowie (Boas, Kochmann, W. Clemm, C. Ewald, Hartmann, Joachim, Kuttner, Scherr, O. Schloss i inni), którzy zajmowali się badaniem krwi utajonej w stolcach. Autorowie ci uważają ten sposób za niedwuznaczny i najpewniejszy dla celów klinicznych. Jest on ulepszoną metodą terpentynowo-gwajakową v. Deena, którą z powodu dwuznaczności i niepewności zarzucono, a która przez wytworzenie wyciągu octowo-eterycznego sposobem Webera odzyskała znaczenie. Aczkolwiek opisaną próbę wszyscy wymienieni autorowie dla badania kału uznali za pewną i niedwuznaczną, przeprowadzaliśmy i z naszej strony dla wyłączenia pomyłek cały szereg prób, jakie ostrożność nakazuje. Rozumie się samo przez się, że wyłączyliśmy możliwość krwotoków z jamy ust, gardła i odbytu. Wypróbowaliśmy czułość próby Webera przez rozcieńczanie krwi, przyczem okazało się, że wynik dodatni pojawia się jeszcze w rozcieńczeniu 1:25,000; natomiast w rozcieńczeniu 1:200,000, jak to Hartmann twierdzi, nie daje odczynu. Następnie zbadaliśmy cały szereg w klinice używanych potraw, napojów i leków co do ich wpływu na tę próbę. Okazało się, że nie dają zabarwienia niebieskiego, ani fiołkowego według naszych poszukiwań: żółć ludzka (z pęcherzyka żółciowego), białko kurze surowe i gotowane, żółtko kurze surowe i gotowane, mleko słodkie, śmietanka słodka surowa i gotowana, mleko i śmietana kwaśna, woda wodociągowa krakowska, herbata czysta, kawa czarna, kawa biała, kakao na mleku, rosół kaszką zasypany, barszcz, zupa kminkowa; ser, masło, słonina, buraki gotowane, jabłka surowe, marchew gotowana, szpinak gotowany, ziemniaki gotowane, bułka, kompot z jabłek i śliwek, kapusta kwaśna gotowana, liście roślinne surowe, liście roślinne gotowane, kalafior gotowany, sałata w occie, ryż gotowany, sago gotowane, makaron, kluski z jajami, chleb Grahama.

Natomiast wyraźny odczyn dają: wszystkie pieczone mięsa (pieczenie), potrawka z kury i cielęcia, szynka wędzona, móżdżek smażony, wędzonka, a z leków chlorek żelazowy i siarkan żelaza (*ferrum sesquichloratum, sulfuricum*), pigułki Blauda, tryferyna, ferratyna, jako też przetwory odżywcze mięsne i hemoglobinowe. Nie dają odczynu bismut (*magisterium bismuthi*), tanoform. tannigen. Pokarmy i leki te przed badaniem treści żołądkowej albo kału co do krwi utajonej należy z dyety wykreślić. To też przy poszukiwaniach krwi utajonej u chorych klinicznych stosowaliśmy dyetę, która mieściła tylko pokarmy, niedające odczynu krwi utajonej. Robiliśmy jednak i próby badania kału co do krwi utajonej u ludzi zdrowych, którym podawaliśmy tak pokarmy, jak i przetwory żelaza (*ferrum sesquichloratum*), dające odczyn krwi utajonej i przekonaliśmy się, że w takim kale próba gwajakowa, jako też niżej opisana próba aloinowa albo wcale znamiennego zabarwienia nie dawała, albo tylko ślad zabarwienia fiołkowoniebieskiego lub bladoróżowawego (aloina). Stąd też wynika, że w tych przypadkach, w których nie można zastosować dyety niezawierającej krwi utajonej, można także badać kał co do krwi utajonej; jednak tylko wtedy należy uważać próbę za dodatnią, jeżeli pojawi się zupełnie wyraźne zabarwienie niebieskie w warstwie dolnej, a wyraźne fiołkowe w warstwie górnej przy zastosowaniu wody utlenionej, a zabarwienie wyraźnie niebieskie lub fiołkowoniebieskie przy użyciu olejku terpentynowego; przy użyciu zaś aloiny wyraźne zabarwienie czerwonowiśniowe warstwy dolnej.

Sądzimy wogóle, że próba H. Webera w poszukiwaniach krwi utajonej w treści żołądkowej i w kale przy zachowaniu wskazanych przez nas ostrożności daje wyniki zupełnie pewne.

Zamiast dodawać żywicy gwajakowej lub jej nastoju do wyciągu octowo-eterycznego (zob. wyżej) dodawaliśmy przy każdem badaniu kału lub treści żołądkowej do osobnej porcyi wyciągu octowo-eterycznego szczyptę proszku żywicy aloin-barbados, jak to polecił Rossel, a za nim inni. Przy użyciu tej żywicy i dodaniu wody utlenionej powstaje w warstwie dolnej zabarwienie żywo-wiśniowo-czerwone, a przy dodaniu starego olejku terpentynowego to samo zabarwienie w całej cieczy. Aloina jest równie czułym odczynnikiem krwi, jak żywica gwajakowa, gdyż według naszych doświadczeń daje zabarwienie różowe jeszcze w rozcieńczeniu wodnem krwi 1:26,000. Z tego też powodu daje aloina z niektórymi pokarmami zabarwienie jeszcze bladowiśniowe, z którymi żywica gwajakowa nie daje zabarwienia niebieskiego; do nich należą: kakao gotowane, mleko kwaśne, białko surowe, żółtko surowe i gotowane.

Z innymi, wyżej w ustępie o żywicy gwajakowej wymienionymi istotami, n. p. żółcią ludzką, aloina nie daje wiśniowego zabarwienia, natomiast silniej zaznacza się zabarwienie aloiną wobec pokarmów, wobec których (szynka, pieczenie) ta żywica daje odczyn dodatni.

W naszych przypadkach sprawdzaliśmy zawsze wynik, uzyskany przy użyciu żywicy gwajakowej, i zapomocą żywicy aloinowej. W wątpliwych przypadkach rozstrzygał rzecz odczyn żywicy gwajakowej, jako mniej czuły, a zatem w kierunku dodatnim najpewniejszy. Wobec wielkiej czułości tych prób należy przy wykonywaniu pracy zachować pod każdym względem jak największą czystość i ostrożność.

Do kłócenia mieszaniny w celu otrzymania wyciągu octowo-eterycznego polecają niektórzy, jak Hartmann, lejek z kurkiem (*Scheidetrichter*), inni probówki, przytkane korkiem gumowym. Ze względów praktycznych używaliśmy zwykłych rurek odczynnikowych, a przytykaliśmy je przy kłóceniu wielkim palcem, na który poprzednio wkładaliśmy palec gumowy. Unika się w ten sposób zanieczyszczeń, co zdarza się przy użyciu lejka, lub pękania probówek przy zatykaniu korkiem. Rurki odczynnikowe, w których się próbę z wyciągiem przeprowadza, powinny być wymyte alkoholem, eterem i wodą przekroploną, a następnie wysuszone. Każde bowiem zanieczyszczenie, jako też najmniejszy ślad wody może dać błędne wyniki, lub wpłynąć szkodliwie na czułość odczynu.

Próby krwi mają znaczenie tylko w treści żołądkowej, wydobytej na czczo, po śniadaniu próbnem (z bułką), lub białku. Po obiedzie próbnym są one bez wartości z powodów, powyżej podanych. W przypadkach chorobowych, gdzie pokarmy zalegają w żołądku, należy jednego dnia na noc przepłukać żołądek, na drugi dzień podać dyetę bezmięsną i dopiero na trzeci dzień na czczo wydobyć treść i w wydobytej treści zastoinowej przeprowadzić próby. Zgłębnika używać należy ostrożnie, by uniknąć krwotoku sztucznie wywołanego, któryby mógł potem być źródłem mylnego zapatrywania na sprawę chorobową. Próbę wykonuje się w wy-

ciągu, otrzymanym wprost z treści, poprzednio dokładnie zmieszanej, a nie z przesączu lub pozostałości na sączku. Jeżeli w treści wydobytej znajdują się gołem okiem dostrzegalne smugi krwi, skrzepy krwawe, lub gdy treść cała jest krwawo zabarwiona, wówczas odpada badanie krwi utajonej, gdyż krwotok jest jawny, już to sztucznie wywołany, już to samorodny, wywołany zmianami chorobowemi. Za treść, zawierającą krew utajoną, uważamy taką, w której ani gołem okiem, ani pod drobnowidem nie można się dopatrzeć żadnych śladów krwi.

Przy badaniu stolców trzymaliśmy się również pewnych stałych przepisów. Przy stolcach płynnych należy poprzednio całą jednorazowo oddaną treść kałową w czystem naczyniu dokładnie wymieszać i z niej wziąć odpowiednią część do badania; do papkowatego lub zbitego stolca należy dodać odpowiednią ilość wody przekroplonej, dokładnie z nią rozrobić całą ilość naraz oddanego stolca i z 3—5 grm tej mieszaniny sporządzić wyciąg octowo-eteryczny. Naturalnie chodzi tu o stolce takie, które ani zabarwieniem swem, n. p. smołowo-czarnem, nie wzbudzają przypuszczenia krwotoku, ani pod drobnowidem nie wykazują składników krwi. Stolce te mają zwykłe właściwe prawidłowemu kałowi zabarwienie żółtobrunatne.

Zamiast żywicy gwajakowej i aloinowej polecił Adler jako odczynnik krwi dodawanie do wyciągu octowo-eterycznego benzydyny (dwuamido-dwufenyl, $H_2N—C_6H_4—C_6H_4NH_2$), sprawiającej przy obecności barwika krwi zabarwienie zielone. Czułość tego odczynnika (1:200,000) jest zadziwiającą. Doświadczenia nasze z tym odczynnikiem, którego szczyptę wprost wsypywaliśmy do wyciągu octowo-eterycznego, pod względem zachowania się względem pokarmów i kału są chwiejne i niejasne, a ażeby módz wysnuwać pewniejsze wnioski z tej próby, potrzeba dalszych badań. Nasze więc wnioski kliniczne nie opierają się na zachowaniu stolców wobec benzydyny, lecz wobec żywicy gwajakowej i aloiny.

Piśmiennictwo. Boas J. *a)* Ueber okkulte Magenblutungen. Deut. med. Woch., 1901, Nr 20. — *b)* Ueber die Diagnose des Ulcus ventriculi. Deut. med. Woch., 1903, Nr 47. — *c)* Ueber occulte Magen- und Darmblutungen. Volkmann's klin. Vorträge, 1905, Nr 387. — Boas i Kochmann. Archiv f. Verd.-Krankh., 1902, T. VIII, S. 45. — Clemm W. Aus verborgenen Quellen stammendes Blut im Stuhl und im Mageninhalt itd. Archiv f. Verd.-Krankh., 1904, T. X, Z. 4. — Ewald C. A. Blut und Blutungen bei Verdauungskrankheiten. Berl. klin. Woch., 1906. Nr 9 i 10. — Hartmann. Ueber Anwendung und diagnostische Verwertung der Weber'schen Blutprobe bei occulten Magen- und Darm. blutungen. Archiv f. Verd. Krankh., T. X, Z. 1, 1904. — Joachim G. Ueber die Bedeutung des Nachweises von Blutspuren in den Fäces Berl. klin. Woch., 1904, Nr 18. — Kuttner L. Ueber Magenblutungen und besonders etc. Berl. klin. Woch., 1895, Nr 7, 8, 9. — Rossel O. Beitrag zum Nachweis von Blut etc. Deut. Archiv f. klin. Med., 1903, T. 76, S. 505. — Schloss O. Weitere Erfahrungen über Nachweis u. Vorkommen von „occulten Magenblutungen". Archiv f. Verd.-Krankh., 1904, T. X, Z. 3. — Schmilinsky. Bemerkungen zum Nachweis und der Bedeutung makroskopisch nicht erkennbarer Blutbeimengungen etc. Münch. med. Woch., 1903, Nr 49. — Siegel M. Ueber den Nachweis von Blutfarbstoff in den Fäces. Münch. med. Woch., 1905, Nr 33. — Weber H. Ueber den Nachweis des Blutes in dem Magen und Darminhalt. Berl. klin. Woch., 1893, Nr 19. — E. v Koziczkowsky. Beiträge zur Methodik der klinischen Stuhluntersuchung. Deut. med. Woch. 1904, Nr 33.

Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu.

Napisał
Dr Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy.)

Niebezpieczne dla matki nie są więc te przypadki, w których macica z jakichkolwiek powodów nie może do ostateczności się ściągnąć, ale przedewszystkiem te, w których mechanizm zatrzaskowy nie działa, t. z., że macica, raz zwinięta do pewnego punktu, z łatwością się rozwija. Przyczyny tego zjawiska mogą pochodzić z dwóch źródeł: 1) Brak lub przytępienie pobudliwości mięśnia macicy na bodźce, wywołujące skurcze (do których to bodźców należą wszystkie takie czynniki, które usiłują rozciągnąć zwiniętą macicę, n. p. krew, sącząca się w jamie macicy nawet w razach fizyologicznych, wobec czego działalność mięśnia macicy jest za słaba. 2) zmniejszenie lub brak tarcia międzytkankowego. Która z tych dwu przyczyn ma poważniejsze znaczenie dla występowania krwotoków? Czy istotnie sam niedowład macicy względnie brak pobudliwości wywołuje krwotok?

Z niedowładem wtedy się spotkamy, gdy bole okresowe albo zupełnie ustaną na pewien przeciąg czasu, albo też powtarzają się z prawidłową siłą, ale w znacznie dłuższych odstępach czasu, albo wreszcie, gdy trwają krótko i są słabe. Otóż spostrzeganie kliniczne, szczególnie przypadków poronień dwuczasowych, a także tak zw. „przyrośnięcia łożyska", wykrywa często zupełne ustanie na pewien przeciąg czasu wszelkiej czynności porodowej; pomimo tego, jak wyżej wspomniałem, krwawienia nie ma, jeżeli tylko macica, ściągnięta poprzednimi bolami, pozostaje trwałe obciśniętą około popłodu. Naodwrót: są przypadki takie, w których skurcze mięśnia i samoistne i sztucznie wzniecane łatwo powstają, a mimo to macica, w czasie skurczu twarda, łatwo wolnieje, wśród czego kobieta silnie krwawi.

A zatem „niedowład" we właściwem tego słowa znaczeniu nie może mieć większego wpływu na niedopisywanie mechanizmu zatrzaskowego ściągania się tak, że istotnie musi się przyjąć zmniejszenie się tarcia międzytkankowego, jako oczywistą przyczynę łatwego rozwijania się uprzednio ściągniętej macicy. Na czemże to zmniejszenie się tarcia międzytkankowego polegać może? Na pytanie to odpowiedziećby można chyba tylko następującem przypuszczeniem: Oto w przypadkach takich, gdzie włókna mięsne i inne składniki tkankowe nie odrazu dostają się w swe ostateczne ugrupowanie pod wpływem stanów skurczowych mięśnia tak, że skurcz macicy tylko chwilowo może zmniejszyć jamę macicy, a skoro ustanie, macica wraca z łatwością do rozmiarów, jakie miała przed bolem, prawdopodobnie wkradł się błąd w kierunek dążenia blaszek mięsnych w czasie skurczu, czyli że macica w czasie skurczu fałszywie się ściąga, blaszki mięsne fałszywie się układają. Jakie powody mogą tu odgrywać rolę, które z nich są najczęstsze, nie zawsze da się ściśle określić. Obwinić o to możnaby: blizny, wychodzące z otrzewnej wskutek uprzednio przebytych zapaleń okołomacicznych, sięgające w głąb mięśnia, dalej bliznowate zmiany tkanki łącznej międzymięśniowej, wychodzące ze zmian błony śluzowej, albo włókniaczki śródmięśniowe; dalej, być może, zwyrodnienie mięśni w otoczeniu blizn pooperacyjnych, albo zmiany chorobowe w utkaniu ścian macic, które przed ciążą były nieprawidłowo ułożone, wreszcie wady rozwojowe. Stanowczą odpowiedź może dać tutaj spostrzeganie kliniczne i statystyka, w tym kierunku na wielkiej liczbie przypadków przeprowadzona. W pewnej liczbie przypadków spostrzega się tylko miejscową niezdolność ścian macicy do ściągania się, a mianowicie w tych przypadkach, w których łożysko usadowiło się głównie w rogu macicy około ujścia jajowodu. Typowy brak zdolności do wszelkiego ściągania się okazuje trąbka przy ciąży jajowo-

dowej. Wspomnieć należy, że także nadmiar potoku (*hydramnios*, najczęściej spotykany przy ciąży bliźniaczej), rozciągnąwszy w czasie ciąży blaszki mięsne daleko poza granice fizyologiczne, staje się powodem wadliwego ściągania się macicy w czasie połogu.

Zależnie od przyczyn, dalej zależnie od stopnia błędu w ściąganiu się, wreszcie zależnie od sił samoobrony ustroju, t. j. mniejszej lub większej pobudliwości macicy na skurcze, błąd w ściąganiu się wywołać może w połogu większe lub mniejsze zaburzenie, t. j. krwotok. Do wyjątków atoli należą mojem zdaniem takie przypadki, gdzieby nawet po dłuższym czasie blaszki mięsne w swe prawidłowe miejsce dostać się nie mogły, czyli gdzieby ściągnięcie się do ostateczności było niemożliwe.

W ten sposób załatwiłbym się z wyjaśnieniem istoty zaburzenia, niewłaściwie ochrzczonego nazwą: „niedowład macicy“, zaburzenia, wywołującego t. zw. niewłaściwie „krwotoki atoniczne“ w połogu. Aby uniknąć nieporozumień, należałoby ukuć nowe nazwy dla określenia tego zaburzenia, nazwy, odpowiadające więcej rzeczywistemu stanowi rzeczy.

Stan, nazwany przez Ahlfelda: „Dauercontraction“, powinien nosić nazwę: „Dauerretraction“, t. zn. trwałe ściągnięcie się macicy, a nie „trwały skurcz macicy“. Zamiast przymiotnika „trwały“ zaproponowałbym w polskim języku lepiej istocie rzeczy odpowiadający wyraz: „ustalony“, a więc: ustalone ściągnięcie się macicy“, (Dauerretraction), w przeciwieństwie do „ściągnięcia się macicy nieustalonego“, określając tą nazwą ten stan, który dotychczas nazywaliśmy fałszywie: „niedowładem macicy połogowej“, t. j., gdzie ściany macicy, ściągnięte do pewnego punktu, z łatwością ulegają rozwinięciu. To „ustalone ściągnięcie się macicy“, może być „zupełne“ lub „niezupełne“, zależnie od tego, czy składniki tkankowe doszły już do swych ostatecznych siedzib tak, iż pojemność macicy stała się najmniejszą, czy też nie. Przypuściwszy, że silny skurcz mięśnia zdoła opróżnioną z popłodu jamę macicy ściągnąć do najmniejszych rozmiarów, jednakowoż blaszki mięsne nie dostały się przytem na właściwe swe miejsce tak, iż po ustaniu bolu macica łatwo rozwija się, to tu będzie „zupełne ściągnięcie się macicy“ jednak „nieustalone“. Również „niezupełne ściągnięcie się macicy“ może być „nieustalone“ w razie, jeżeli macica łatwo się rozwija.

Nazwę: „niedowład macicy połogowej“ należy pozostawić dla określania tych tylko przypadków, w których jest upośledzenie pobudliwości mięśnia macicy, a wskutek tego osłabienie czynności macicy.

Krótko mówiąc: W określaniu poszczególnych obrazów klinicznych w połogu trzeba uwzględnić nietylko różne stany czynności mięśnia macicy, ale także różne stany ugrupowania mięśnia macicy.

Np. każdy krwotok poporodowy, bez względu na jego bliższą przyczynę, byle nie pochodził ze zranienia części rodnych niewiasty, nazywaliśmy dotychczas: „krwotokiem atonicznym“. Jeżeli przyjmiemy moje żądanie, musimy dążyć do tego, aby w każdym przypadku ściśle określić, czy dany krwotok poporodowy z miejsca łożyskowego jest następstwem: 1) nieustalenia — w czasie skurczu — zupełnego ściągnięcia się macicy, czy 2) niezupełnego ściągnięcia się macicy, czy 3) niezupełnego i nieustalonego ściągnięcia się macicy, a nadto, czy owe stany są powikłane niedowładem mięśnia macicy.

Oczywiście umożliwienie ścisłego określenia danego zaburzenia w połogu położy kres dotychczasowemu szablonowi rozpoznawczemu, a przez to samo zmusi nas do planowego wyboru stosownej metody leczenia danego zaburzenia.

Mnie nadto ścisłe określanie różnych stanów ugrupowania mięśnia macicy posłuży do krótkiego, a ścisłego opisu różnych postaci krwotoków w trzecim okresie. (C. d. n.)

Z Zakładu dentystycznego Uniw. Jag. w Krakowie pod kierunkiem Prof. Dra W. Łepkowskiego.

O środkach miejscowo znieczulających w dentystyce (z uwzględnieniem najnowszych).

Podał

Dr Adam Kozaczka,

asystent zakładu.

Zabiegi dentystyczne należą wprawdzie do zabiegów krótkotrwałych, ale bardzo bolesnych. Nabawiają one często lekarza tem większego kłopotu, że bardzo wielu ludzi jest pod tym względem szczególnie wrażliwych. To też odkąd dentystyka jako odrębna gałąź medycyny istnieje, używano najróżniejszych sposobów znieczulania, próbowano mnóstwa środków miejscowo i ogólnie znieczulających, a nadto ucisku (*Druckanaesthesie*), prądu elektrycznego, poddawania, muzyki, światła, i t. d. Do ogólnego uśpienia, które w dentystyce do dziś dnia ma jeszcze wielu zwolenników, używano chloroformu, eteru, bromku etylu (60 prc.), chlorku metylu (35 prc.), somnoformu (t. j. mieszaniny 60 prc. chlorku etylu, 35 prc. chlorku metylu i 5 prc. bromku etylu), gazu rozweselającego, pentanu i t. d. Anglia, a specyalnie Londyn został wierny gazowi rozweselającemu, którego tam używają bardzo często i to bez żadnych skrupułów. Natomiast gdzieindziej wszędzie z czasem znacznie ograniczono stosowanie w dentystyce uśpienia ogólnego, przedewszystkiem ze względu na związane z niem niebezpieczeństwa. Zresztą wymaga ono zawsze dłuższego czasu, odpowiedniej (ustawą nakazanej) asysty, i to wprawnej, badania ogólnego chorego przed uśpieniem i dłuższej opieki po narkozie. Zarówno niebezpieczeństw, jak i wspomnianych niedogodności unika się przy znieczuleniu miejscowem.

Do znieczulenia miejscowego z początku używano ucisku, stosowano prąd elektryczny, wprawdzie bez wielkiego powodzenia, jednak był to w każdym razie już krok naprzód. Później używano i do dziś dnia używa się znieczulania przez zamrażanie czy to eterem, czy chlorkiem etylu. Wielkim postępem było wynalezienie przez Niemanna i wprowadzenie przez Kollera w r. 1886 do medycyny (okulistyki) kokainy, jako środka miejscowo znieczulającego. Wnet potem zaczęto ją stosować i w dentystyce i to najpierw w postaci zewnętrznego nacierania błon śluzowych rozczynami 10 do 20 prc., a nawet silniejszymi. Jednym z największych zwolenników takiego stosowania kokainy był i jest prof. Jessen [1]). Radzi on po oczyszczeniu miejsca, w które się ma wcierać kokainę, wacikiem zamaczanym w eterze pędzlować je, lub nacierać przez parę sekund do 2 minut 20 prc. rozczynem kokainy. Podał on nawet odpowiednie narzędzia do przytrzymywania waty, zamaczanej w rozczynie kokainy, na dziąśle przez dłuższy czas, tak aby ślina tam nie dochodziła. Zewnętrzne jednak nacieranie kokainą nie zawsze prowadziło do celu i dlatego też zaczęto ją wstrzykiwać śródmiąższowo, a sposób ten po przezwyciężeniu pierwszych trudności (zdarzyło się z początku kilka przypadków śmierci z powodu zbyt wielkich dawek) i ustaleniu dawek powszechnie się przyjął.

Warunkiem powodzenia wszelkich znieczulających wstrzykiwań, zarówno kokainy, jak i innych środków, jest dobra strzykawka; przy wyborze jej trzeba uważać dokładnie, aby płyn nie uchodził przy nasadzie igły, lub nie wydostawał się poza tłok. Zwykła strzykawka Pravatza, która oddaje bardzo dobre usługi przy wstrzykiwaniach w wiotką tkankę podskórną, nie jest stosowną do wstrzykiwań w zbite tkanki dziąsła. Tu trzeba użyć strzykawki szczególnie dokładnie, silnie i szczelnie zbudowanej, aby przy silnem naciśnięciu tłoka płyn zwolna się wtłaczał pod błonę śluzową, a nie uchodził na zewnątrz. Bardzo dobre są strzykawki, zaopatrzone przy tylnym końcu w poprzeczne ramiona, służące do oparcia palców, gdyż w ten sposób pewniej i silniej płyn w tkankę wtłaczany być może. Cała strzykawka powinna się łatwo rozbierać i wyjaławiać. Przechowywanie strzykawki w 5 prc. rozczynie karbolu, tymże rozczynem napełnionej, daje dostateczną rękojmię jej czystości. Najlepsze strzykawki dentystyczne wyrabiają Leiter i Ash.

Przy wstrzykiwaniu **kokainy** ważnym jest wybór przetworu; najlepszą jest niewątpliwie kokaina z fabryki Mercka

[1]) Die Anwendung des Cocains in der Zahnheilkunde 1891.

w Darmstacie. Co do rozczynów, jakich należy używać, zdania są podzielone. Dawniej używano głównie silnych rozczynów, 20 prc., 15 prc., a nawet i dzisiaj niektórzy dentyści, szczególnie przy wyrywaniu zębów, posługują się silnymi rozczynami w małych ilościach; drudzy stosują słabe rozczyny w większej ilości, inni wreszcie, a tych w ostatnich czasach jest najwięcej, używają małej ilości słabych (zwykle 1 prc.) rozczynów kokainy. Że nie jest rzeczą obojętną, czy tę samą ilość kokainy wstrzyknie się jako rozczyn słabszy, czy silniejszy, dowodzi piśmiennictwo, stwierdzające większą częstość zatruć przy użyciu silnych rozczynów. Nietrudno to zresztą wytłómaczyć. Przepis, że przy silnie zgęszczonych rozczynach należy płyn wprowadzać kroplami, ma wartość czysto teoretyczną; w praktyce wymierzenie tych kropli przy wstrzykiwaniu jest bardzo trudne, a już kilka kropli silnego rozczynu, wstrzykniętych za dużo, szybko działa na ustrój i wywołuje zatrucie. I tak Bock[2]) wspomina o przypadku, w którym po wstrzyknięciu sześciu kropli 20 prc. rozczynu kokainy w celu bezbolesnego usunięcia zęba, chora uległa zatruciu dość silnemu, objawiającemu się między innemi kilkogodzinną ślepotą. A. Riecz[3]) przytacza zatrucie dłużej trwające po 1·25 g. kokainy. Hänel[4]) widział zatrucie po 0,112, trwające przez 3 dni. Rozczyn 2 prc. kokainy należy uważać w tym względzie za graniczny; zresztą wystarczają zwykle rozczyny słabsze — 1 prc., a nawet pół prc. Nadto rozczyny słabsze i z tego względu są odpowiedniejsze, że można ich bez obawy wstrzyknąć więcej, a, jak na to słusznie Pernice[5]) zwraca uwagę, wstrzykując większe ilości płynu i wywołując większe napięcie tkanek otrzymuje się przez samo zniedokrwienie tkanki i ugniecenie nerwów większe znieczulenie.

Jako jednorazową graniczną dawkę kokainy w celu znieczulenia przy zabiegach dentystycznych podaje Wölfler[6]) 0,02 gr., nawet wtedy, gdy się jej używa w połączeniu z przetworami nadnercza. Należy tutaj jednak zawsze zwrócić uwagę na różne okoliczności uboczne i tak przedewszystkiem na wiek chorego. Statystyka niepomyślnie przebiegających operacyj wskazuje na to, że dzieci wogóle źle znoszą kokainę. I z innego zresztą względu u dzieci wstrzykiwanie śródmiąższowe celem znieczulenia miejscowego nie zaleca się, ponieważ u nich poprostu nie opłaci się cały zabieg wkłuwania igły, który dzieci znoszą z większym strachem i krzykiem, niż samo wyjęcie zęba. Również ostrożnym trzeba być i u starców, gdzie o niedokrwienie mózgu tak łatwo, a zapadu i osłabienia czynności serca często z góry spodziewać się można. Trzecią kategoryą ludzi, źle znoszących kokainę, są alkoholicy. Lustgarten[7]) n. p. u pewnego pijaka spostrzegał po 0,08 kokainy objawy zatrucia pod postacią napadu padaczkowatego. Wreszcie trzeba ostrożnie postępować u osób bezkrwistych i nerwowych, na co zwracają uwagę przypadki Szumana, Hänela i wielu innych.

Ostre zatrucie kokainą objawia się mdłościami, uczuciem zimna, drętwienia kończyn, zawrotem głowy, skłonnością do wymiotów, tętnem miękkiem, nierównem, szybkiem, sinicą. W cięższych przypadkach może nastąpić śmierć.

Co do samej techniki wstrzykiwania, to ogólną zasadą powinno być, aby naokoło zęba, który ma być usunięty, wtłaczać kokainę tak długo w małych dawkach, aż błona śluzowa zupełnie nie zbieleje, a wkłuwania igiełki nie przestaną być bolesne. Najlepiej pierwsze wkłucie zrobić po stronie języka, a posuwając się dalej, następne przeprowadzić na stronę policzkową. Wkłuć nie powinno się robić za dużo i za blizko siebie, bo wtedy płyn, który się wtłacza pod silnem ciśnieniem, wypływa przez sąsiednie otworki. Igiełki nie powinno się wkłuwać prostopadle, ale równolegle do zęba, aby jej na kości nie złamać, nie powinno się też wkłuwać jej za głęboko, aby kokainy przypadkiem nie wstrzyknąć do większego naczynia krwionośnego, coby mogło wywołać zatrucie.

Po wstrzyknięciu nie należy czekać długo, ale przeciwnie zaraz po wstrzyknięciu operować, bo kokaina działa na zakończenia nerwów czuciowych natychmiast i odrazu znieczula, równocześnie wywołując zwężenie naczyń włosowatych. Zarzucano kokainie, że przeszkadza doraźnemu gojeniu się ran. Hillischer miał widzieć po zastosowaniu kokainy ropienie i zgorzele. Pernice i Landerer[8]) przeczą temu stanowczo. Landerer zwraca nawet uwagę, że nigdy u kokainistów nie zauważył ropienia, chociaż strzykawka była równie nieczysto utrzymywana, jak to czynić zwykli morfiniści. Wprawdzie w dłużej stojących słabych rozczynach kokainy pokazuje się biała obłoczkowata pleśń, jednak żadnego jej wpływu na przebieg pooperacyjny nie zauważyłem. Według doświadczeń Prof. Łepkowskiego kokaina ma nawet działanie wprost bakteryobójcze, zwłaszcza co do drobnoustrojów ropotwórczych. (Dok. nast.)

[2]) Deutsche medizinische Wochenschrift, 1886, Nr 6.
[3]) Deutsche med. Wochenschrift, 1887, Nr 41.
[4]) Berliner klinische Wochenschrift, 1889.
[5]) Deutsche medic. Wochenschrift 1890, Nr 14.
[6]) Deutsche Wochenschrift für Zahnheilkunde, 1905, Nr 8.
[7]) Wiener med. Wochenschrift, 1888, Nr 12.
[8]) Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde, 1904, Nr 10.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. T. Deneke i H. Adam. **Spostrzeżenia czynione na odosobnionem sercu ludzkiem.** (*Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther.* 1906, Bd. II, H. III). Deneke i Adam wykonali doświadczenia na sercu, wyjętem ze zwłok pewnej przestępczyni, skazanej na śmierć przez ucięcie głowy. Serce wyjęto i umieszczono w przyrządzie Langendorffa w 21 minut po śmierci. Podczas wyjmowania serca z klatki piersiowej niektóre jego części jeszcze się słabo kurczyły, a mianowicie skurcze przedsionków były wyraźne, prawa komora wykonywała bardzo słabe ruchy, a lewa zaledwie dostrzegalne. Skoro tylko umieszczono serce w przyrządzie Langendorffa, wszelkie ruchy serca całkiem ustały; lecz natychmiast powróciły, gdy zaczęto przepuszczać przez naczynia wieńcowe płyn Ringera-Locka. Najpierw zaczęły się kurczyć przedsionki, a potem i komory. Prawa komora zaczęła się kurczyć pierwej, aniżeli lewa. Skurcze komór były równoczesne, wolne, niezbyt silne. Po kilku minutach zabrakło na razie płynu Ringera-Locka i przepłukiwanie serca przerwano. Wskutek tego ruchy serca powoli ustały. Lecz gdy znowu zaczęto, po upływie kilku minut, przepłukiwać serce odwłóknioną krwią tegoż osobnika, z którego serce pochodziło, rozcieńczoną w dwójnasób płynem Ringera, natychmiast nastąpiły nadzwyczaj silne skurcze zarówno przedsionków, jak i obydwu komór, przyczem czynność oddzielnych części serca była zupełnie skojarzona: obydwa przedsionki kurczyły się szybko bezpośrednio przed powolniejszym skurczem obydwu komór. W ten sposób serce kurczyło się w ciągu przeszło dwóch godzin. Autorowie badali także wpływ rozmaitych czynników na ruchy odosobnionego serca. Okazało się, że podniesienie ciśnienia wpływającej do serca cieczy, a przez to i zwiększenie ilości płynu, przepływającego w jednostce czasu przez naczynia sercowe, wywoływało przyspieszenie skurczów serca i wzmożenie siły poszczególnych skurczów, słowem, zwiększenie pracy serca. Podniesienie ciepłoty płynu odżywczego także zwiększało częstość skurczów serca. Gdy ciepłota płynu odżywczego wynosiła 35,5°, liczba skurczów serca wahała się między 60 a 64. Po stopniowem podniesieniu ciepłoty płynu odżywczego do 38·6° liczba skurczów serca doszła do 83 na minutę. Również wyraźnie dawał się zauważyć wpływ podniesionej ciepłoty płynu odżywczego na ilość przepływającej przez naczynia sercowe cieczy. Gdy ciepłota płynu odżywczego wynosiła 35,5°, przepływało w ciągu 5 minut przez naczynia sercowe 50 ctm.³ cieczy, a po podniesieniu ciepłoty płynu odżywczego do 38·6° 80 ctm.³. Gdy po upływie 2 godzin od początku doświadczenia nastąpił bezład ruchów sercowych (*delirium cordis*), a potem serce stanęło, można je było digitoksyną pobudzić do ponownych prawidłowych i silnych skurczów. — Z tego doświadczenia Denekego i Adama wynika, że spostrzeżenia, na odosobnionem sercu ludzkiem uczynione, nie różnią się od poprzednich spostrzeżeń na odosobnionych sercach zwierząt ssących.

A. Wrzosek.

Doc. Roessle. **Swoiste surowice przeciwwymoczkowe.** (*Archiv f. Hygiene* T. 54). Pragnąc zbadać zmiany morfologiczne w ciałach większych drobnoustrojów w okresie aglutynacyi pod wpływem swoistych surowic starał się R. otrzymać surowice przeciwwymoczkowe przez podskórne wstrzykiwanie królikom i świnkom morskim zgęszczonych czystych kultur *Glaucema scintillans Ehrenbergi*, *Paramecium caudatum* i małego wiciowca *Chiloden paramecium.* Surowice te posiadały swoiste własności, działając tylko na ten gatunek wymoczków, przy użyciu którego je otrzymano. Swoistość działania objawiła się jednak tylko w podnieceniu chwilowem, po którem poszczególne osobniki wymoczków przyczepiają się bądź do zawartych w cieczy ciał obcych, bądź też do ścian naczynia, w którem się znajdują, nie łącząc się ze sobą — nie tworząc zatem aglutynacyi. Potem nastają objawy porażenia wymoczków w postaci porażenia rzęsek, wakuol i tętniącej błonki cytostomu, zdolność odżywiania jednak nie znika. Przy większem zgęszczeniu surowicy i dłuższem jej działaniu rozpadają się wymoczki, nie jest to jednak objaw równorzędny z wywołanym przez lizyny zawarte w swoistych surowicach bakteryobójczych, a nie znajdujące

się w swoistych nerwicach przeciwwymoczkowych. Objawy te wywołuje również surowica prawidłowa, jednak w stopniu mniejszym i w zgęszczeniach znaczniejszych, nie wywołując jednak nigdy rozpuszczenia wymoczków. Ogrzanie surowic przeciwwymoczkowych do 56° C. pozbawia je zdolności porażenia. Wyniki pracy tej służyć mogą do wytłómaczenia przewlekłego przebiegu wielu zakaźnych chorób, wywołanych przez wymoczki *L. Bier.*

Berghaus. **Kwaśność w pożywkach wywołana przez bakterye i stwierdzenie jej zapomocą kwasu moczowego.** (*Hyg. Rundschau* 1906, Nr 11). Kwaśnego oddziaływania bakteryi pod wpływem ich rozwoju nie można stwierdzić szybko i dostatecznie czule zapomocą dotychczasowych metod. Podana przez B. metoda, polegająca na zastosowaniu bardzo słabych roczynów litowej soli kwasu moczowego do pożywek stałych (agaru), w których za wytworzeniem się już małego stopnia kwaśności łatwo powstają znamienne i gołem okiem widoczne kryształy kwasu moczowego, zdaje się być znacznym postępem. *L. Bier.*

Eppenstein i Korte. **Zachowanie się prątków durowych, wyhodowanych z krwi chorych na dur, względem bakteryobójczych własności krwi.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 24). Mimo bakteryobójczych własności surowicy krwi, wyhodowanie prątków durowych ze krwi chorych na dur zazwyczaj nie zawodzi. Czy wchodzi tutaj w grę pewna nabyta odporność danego pokolenia bakteryi względem własności bakteryobójczych surowicy (Eisenberg, Stern), czy nadmierna odporność pewnych osobników, orzec dziś trudno. Autorowie badali zachowanie się prątków durowych w krwi chorych na dur, którą utrzymywali w naczyniu w stanie płynnym zapomocą 1 prc. rozczynu szczawianu sodowego. Prątki rozwijały się przez pierwsze dwie doby, pomimo bakteryobójczego działania surowicy, poczem jednak bakteryobójczy wpływ surowicy, wobec tych prątków występował równie wyraźnie, jak wobec kontrolnego szczepu pracownianego. Pokolenia następne, t. j. hodowle wyrosłe z przeszczepienia na agar prątków, wyhodowanych z krwi chorego, oddziaływały na bakteryobójcze własności surowicy. *Dr. M. Godlewski.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Fornet. **W sprawie hodowania prątków durowych ze krwi.** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1906, Nr 22). Hodowanie prątków durowych z krwi skrzepłej prawie stale zawodzi. Można jednak temu zaradzić, rozpuszczając skrzep w wyjałowionej żółci i przetrzymawszy probówkę z materyałem zakaźnym przez 12 godzin w cieplarce — zakażając pożywkę Conradi-Drigalskiego. *Dr M. Godlewski.*

Dieudonné. **Czynne uodpornienie przeciw chorobom zakaźnym.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 22). Praktyczne znaczenie ma uodpornianie zapomocą osłabionego zarazka (ospa, wścieklizna) lub zapomocą zabitych bakteryi (cholera, dur brzuszny, mór), albo wyciągu bakteryi. Autor podaje metody szczepienia ochronnego przeciw durowi, cholerze i morowi, a opierając się na statystyce zasłabnięć i przypadków śmierci u szczepionych i nieszczepionych dowodzi, że szczepienie ochronne przeciw tym chorobom ma słuszną podstawę. Należy pamiętać, zwłaszcza przy szczepieniu, mającem zabezpieczać przeciw durowi, że przez pewien czas po zaszczepieniu, zanim ustrój zdoła wytworzyć substancye ochronne, skłonność do zakażenia jest wzmożona (okres ujemny), szczepienia więc należy dokonać w okolicy wolnej od epidemii. *Dr M. Godlewski.*

Rosenstorn. **Badania przemiany materyi w białaczce w czasie leczenia promieniami Röntgena.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 21 i 22). Autor wysnuwa ze swych badań następujące wnioski: W czasie naświetlania promieniami Röntgena, w szczególności okolicy śledziony, zwiększa się na razie wydzielana moczem ilość kwasu moczowego, gdy jednak liczba ciałek białych zbliżać się poczyna do stanu prawidłowego, zmniejsza się też i ilość wydzielanego kwasu moczowego. Zdaniem R. należy stąd wnosić, że zmniejszania się liczby ciałek białek pod wpływem naświetlania nie można tłómaczyć żywszym rozpadem wytwarzanych w tej samej ilości ciałek białych. Natomiast trzeba przypuścić, że wytwarza się mniejsza ich ilość, a mniejsza dlatego, że odpowiednie składniki narządów krwiotwórczych pod wpływem naświetlania promieniami Röntgena ulegają zniszczeniu. Należy też baczną zwracać w czasie leczenia uwagę, aby to zniszczenie składników krwiotwórczych nie poszło za daleko. W takim bowiem razie cierpią składniki, wytwarzające krwinki czerwone, co oczywiście jest wprost szkodliwe. W tych razach mimo obniżenia się już liczby ciałek białek ilość wydzielanego kwasu moczowego jest stale zwiększona. *Dr M. Godlewski.*

Schilling. **O pomiarach ciśnienia krwi.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 23). Ze wszystkich przyrządów, do tego celu służących, najpraktyczniejszy jest przyrząd Riva-Rocciego. Ważną rzeczą jest dobranie odpowiedniej szerokości mankieta. Z doświadczeń autora na ludziach i zwierzętach wynika, że szerokość 12 ctm. jest najodpowiedniejsza, wtedy bowiem ciśnienie waha się w najmniejszych granicach, t. j. 110—125 mm. w warunkach prawidłowych. Przy innej szerokości mankieta granice te są szersze (100 do 160 mm.). Mierzenie ciśnienia krwi ma zdaniem autora wielką wagę, przy największej bowiem nawet wprawie ocenianie ciśnienia zapomocą obmacywania jest często złudne. Autor potwierdza zdanie autorów włoskich, że istnieją przypadki, w których, mimo poważnych skarg chorego, nic prócz podwyższenia ciśnienia przedmiotowo stwierdzić nie można. W takich przypadkach naparstnica może obniżać (Sahli) ciśnienie, przyczem przypadłości ustępują. Wysokie ciśnienie jest czasem tylko wyrazem samopomocy ustroju (Krehl). *Dr M. Godlewski.*

Richartz, **O postaciach żołądkowo-jelitowych dny.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 22, 1906). O ile dotychczas w Anglii i Francyi zanadto szeroki zakres przyznawano wpływowi dny (*arthritis urica, gutta*) na inne narządy poza zmianami w stawach i nerkach, o tyle lekarze niemieccy ścieśniali go, niesłusznie zdaniem autora, który przytacza dwa własne spostrzeżenia z objawami w zakresie przewodu pokarmowego, dające się wprowadzić w związek tylko ze skazą moczanową. W jaki sposób się to dzieje, autor bliżej nie określa; wspomina tylko, że teorya zadziałania kwasu moczowego na błonę śluzową żołądka i jelit nie tłómaczy tych objawów, bo dotychczas nie wykryto w treści żołądkowej kwasu moczowego wśród napadu dny. Być może, że działa tu jakiś związek, pokrewny chemicznie kwasowi moczowemu, a krążący we krwi osobnika, dotkniętego skazą moczanową i wywołujący objawy ostre napadowe dny w przewodzie pokarmowym. W pierwszym przypadku autora pojawiały się od szeregu lat zmiany dnawe w stawach prawie równocześnie z t. zw. napadami żołądkowo-jelitowymi (*crises gastriques*), połączonymi z biegunką, bólem w podżebrzu lewem, nudnościami, wymiotami, wydzielaniem potu cuchnącego, trwającymi kilka godzin. Wśród trwania tych objawów żołądkowo-jelitowych miały objawy zapalne w stawach zajętych. W drugim przypadku z podobnymi objawami udało się autorowi stwierdzić w czasie napadu kwas moczowy w krwi, co wyjaśniło przyrodę choroby. W obu przypadkach kilkomiesięczna dyeta bezmięsna, złożona z mleka, jaj, owoców, chleba i większej ilości jarzyn dała korzystne wyniki nietylko co do stawów, ale i objawów żołądkowo-jelitowych. *Dr Maciąg.*

Vandeweyer i Wybauw. **O działaniu wód żelazistych na przemianę materyi.** (*Münch. med. Wochs.* 1906. Nr 24). Z ilościowych oznaczeń autorów wynika, że podawanie wód żelazistych wzmaga rozpad białka. Na chłonienie białka, oraz węglowodanów wody te wpływają dodatnio, na chłonienie tłuszczów ujemnie. Zdaniem autorów należałoby te dane zużytkować przy układaniu dyety w czasie leczenia wodami żelazistemi. *Dr M. Godlewski.*

Buchner. **Sposób, dozwalający w ciągu jednej godziny oznaczyć ilość białka w moczu z dostateczną dla klinicznych celów dokładnością.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 24). Sposób B. opiera się na spostrzeżeniu, że jeżeli przecedzony mocz, białko zawierający, ogrzejemy do wrzenia i zakwasiwszy kilku kroplami kwasu azotowego, dolejemy nasyconego rozczynu soli kuchennej, natenczas opadnie w ciągu godziny wszystko zawarte w nim białko, dozwalając oznaczyć jego ilość. Albuminimetr Buchnera wyrabia firma: Vereinigten Fabriken für Laboratoriumsbedarf G. m. b. H. Berlin, N. Chausseestr. 3. *Dr M. Godlewski.*

Alt. **Leczenie dyetetyczne choroby Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 24). Obrzęki, spotykane tak często w tej chorobie, odnieść należy do niedomogi nerek, to też najwłaściwiej usuwać je zapomocą dyety bezsolnej (dyeta mleczna, ograniczenie ilości chlorków do 4 grm. na dobę). Wydzielaniu połączeń fosforowych, które w tej chorobie bywa nadmierne i wywołać może powikłanie ze zmiękniemiem kości, najlepiej przeciwdziałać, dodając do pokarmu obficie przetworów, zawierających fosfor (do 30 grm. protyliny na dobę). W pożywieniu unikać należy węglowodanów, ustrój bowiem znosi je w chorobie Basedowa tylko w ciasnych granicach i łatwo nastąpić może cukromocz lub nawet objawy cukrzycy; dyeta tłuszczowo-białkowa jest najstosowniejsza (mleko, śmietana, niesolone masło). Właściwe, a forsowne odżywianie samo przez się może działać leczniczo. (Autor ilustruje spostrzeżenia fotografiami chorych przed i po leczeniu). *Dr M. Godlewski.*

Heller. **Niewyjaśniony przypadek choroby gorączkowej z najwyższą ciepłotą, jaką dotąd spostrzegano.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 23). Przypadek o tyle godny wzmianki, że ciepłota doszła do 45° C. Przedmiotowo nic nieprawidłowego nie

stwierdzono. Zejście pomyślne. (W Nrze 25 *Münch. med. Wochs.* autor prostuje swe twierdzenie, iż wyższej ciepłoty nigdy nie spostrzegano, ponieważ odszukał w piśmiennictwie kilka podobnych do swego spostrzeżeń, jedno nawet takie, w którem mimo 49·9° C. gorączki chory pozostał przy życiu). *Dr M. Godlewski.*

Köster. **Przyczynek do kazuistyki polycythemii i zarazem etyologiczny czynnik migreny ocznej.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 22 i 23). Odkąd Widal i Rendu zwrócili uwagę na polycytemię, opisano około 28 jej przypadków. Sprawie towarzyszą z reguły sinica i powiększenie śledziony. Przypadek autora wyróżnia się tem, że równocześnie z pierwszymi zwiastunami tej rzadkiej sprawy (sinica, krwawienie z dziąseł) pojawiły się typowe napady migreny ocznej, na którą przedtem chory nigdy nie cierpiał. Autor dopatruje między temi obiema sprawami związku przyczynowego. Ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny była u chorego w dwójnasób zwiększana. *Dr M. Godlewski.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. R. Jolly. **O rozszerzaniu sposobem Bossiego przy przedwczesnem odklejeniu się łożyska.** (*Zentralblatt für Gynekologie*, 1906, Nr 18). 1) U 44-letniej chorej wystąpił w VIII. miesiącu ciąży silny krwotok, przy zapaleniu nerek; płód w położeniu czaszkowem, tętna brak; szyja zachowana, bolów niema. W ciągu 35 minut rozszerzył J. niepodatną szyję o tyle, że wprowadził 3 palce, przebił pęcherz, wydobył płód za nóżkę aż po główkę i wykonał wymóżdżenie. Części miękkie nie zostały uszkodzone. 2) 26-letnia pierwiastka; białkomocz; płód żywy, w położeniu czaszkowem, silny krwotok przy ujściu rozwartem na palec. Narzędziem Bossiego rozszerzenie zupełne, obrót, wydobycie płodu donoszonego, żywego. 3) U 28-letniej wieloródki krwawienie zaraz po wystąpieniu bolów porodowych. Położenie czaszkowe, brak tętna; szyja częściowo zachowana, pęcherz płodowy pękł. W ciągu 20 minut rozszerzenie na szerokość dłoni, obrót na nóżkę, wydobycie natychmiastowe płodu lekko omdlałego; zeszycie szyi przedartej do sklepienia. 4) 29-letnia wieloródka krwawi od tygodnia; mocz bez zmian. Stan chorej nakazywał rozwiązanie. Szyja przepuszcza palec, łożysko nie przodujo. Rozszerzenie na szerokość dłoni po upływie 20 minut, obrót, wydobycie płodu żywego, długości 35 ctm., który zmarł po 36 godz. Przedarcie szyi, którego nie było po zdjęciu narzędzia Bossiego, zeszyto. — J. stwierdza, że rozszerzacz Bossiego oddał mu w tych przypadkach dobre usługi. Przedarcia szyi odnosi do wydobycia płodu. *B. Wojciechowski.*

K. Reifferscheid. **Pierwszy przypadek późniejszego porodu po pubiotomii podskórnej.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr 18). Wieloródka 36-letnia, sprzężna prawdziwa 7; 1. poród kleszczowy, płód po 1½ godz., połóg gorączkowy; przy 2. porodzie pubiotomia, obrót, wydobycie płodu żywego (3600 grm.), szybkie wyleczenie. Wkrótce chora zastąpiła, przebieg ciąży prawidłowy, chód swobodny. Badanie w II. miesiącu ciąży wykazało w miejscu operacyi płaskie zgrubienie na przedniej powierzchni kości łonowej, rowek na tylnej, jakoteż wyraźną przesuwalność końców kości. Wymiar prosty wzrósł o 1½ ctm., gdyż wynosi 7½. W czasie porodu pozostała główka ruchomą mimo zupełnego rozwarcia ujścia. Zapobiegawczo założył R. piłeczkę, wykonał obrót i wydobycie płodu. Uwolnienie rączek trudne, wytoczenie główki łatwe. Po porodzie rozstęp końców kości na palec. Płód ważył 3000 gr., obwód główki 34 ctm. Połóg prawidłowy. W tym przypadku nie wytworzył się zatem zrost kostny, lecz bliznowaty, który okazał się korzystnym. Należałoby dążyć do tego przez niezbyt silnie ściągający opatrunek i zezwolenie, by chore 14.—16. dnia po operacyi opuszczały łóżko. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

E. Zurhelle. **Przyczynek do kazuistyki przepukliny pachwinowej jajnika.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 19). 44-letnia wieloródka była aż do zamążpójścia zdrowa; potem przebyła wysięk połogowy przymaciczny po stronie lewej, po którego ustąpieniu zjawiły się długie, obfite i bolesne regularności. Z powodu ustalonego tyłozgięcia macicy, powiększonej i miękkiej, otwarto jamę brzuszną i wycięto przydatki lewe, otoczone zrostami. Jajnik, wielkości jaja gęsiego, zawierał krwiak; trąbka, grubości palca, również krwią wypełniona. Macicę przyszyto do ściany brzusznej. Przydatki prawe były prawidłowe. Po operacyi ustąpiły dolegliwości na 2 lata. Od 1½ roku znowu bole i krwawienia nieregularne, a od 3 miesięcy guz w pachwinie prawej, wzrastający w czasie regularności. Operacya stwierdziła, że treścią przepukliny był jajnik prawy, który uwolniono ze zrostów i odcięto. Chodziło więc na pewno o przepuklinę jajnikową nabytą, nie wrodzoną. *B. Wojciechowski.*

Góth. **Przypadek zgorzeli sromu u ciężarnej.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr 18). 18-letnia wieloródka uderzyła się przed 2 tygodniami, upadając, obnażoną szorstką piętą o części rodne zewnętrzne. W następstwie wystąpił obrzęk sromu i bole, potęgujące się aż do chwili badania. Ciepłota i tętno prawidłowe. Warga sromna prawa w trójnasób powiększona, skóra na niej brudno-zielonkawa, podminowana, zwisa jak worek. Na wardze lewej owrzodzenie brudne o średnicy 2 ctm.; gruczoły powiększone, tkliwe, twarde. Określenie tła niezwykle trudne. Leczenie polegało na odcięciu zgorzelinowego płata skóry, nacięciu głębokiem (przyczem nie znaleziono ani śladu ropy), spaleniu tkanki zgorzelinowej elektrokauterem i wypełnieniu rany gazą jodoformową. Po zabiegu ciepłota prawidłowa. Od 8. dnia zaczęła się pojawiać zdrowa ziarnina; po 43 dniach zupełne zagojenie. W tym czasie stwierdzono V. mies. ciąży. Badanie bakteryologiczne wydzieliny, pokrywającej owrzodzenie i nagromadzonej pod skórą, wykryło mnóstwo różnych ziarenkowców i prątków, między innymi łańcuszki z 4—6 członków. Tkanka na granicy nacioku przepełniona gromadkami ziarenkowców, łączących się w łańcuszki po 6—8. Przeciw róży przemawia zatarta granica, przeciw ropowicy brak ropy. Podobny przypadek ogłosił Hüter w r. 1852. *B. Wojciechowski.*

H. W. Freund. **Przyszycie więzadeł okrągłych do ścian brzusznych, jako operacya tyłozgięcia macicy.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr 19). W ocenie operacyi Aleksandra-Adamsa i przytwierdzenia bezpośredniego macicy staje F. na tem stanowisku, że o wartości danej metody rozstrzyga nie odsetek zaburzeń w czasie ciąży i porodu, lecz odsetek nawrotów. Zaburzenia przy porodzie świadczą o znacznej sile uzyskanych zrostów, a więc do pewnego stopnia o skuteczności danego sposobu. Celem uniknięcia złych stron obu sposobów obmyślił F. operacyę, polegającą na sfałdowaniu więzadeł okrągłych, przyszyciu ich do przedniej ściany macicy, a potem do przedniej ściany brzusznej, przyczem szew przeprowadza się przez otrzewnę i mięsień. (Szczegóły operacyi w oryg. Rysunek). *B. Wojciechowski.*

M. Penkert. **W sprawie leukocytozy po porodzie przy równoczesnem wycięciu śledziony.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 19). Zangenmeister i Wagner, a przedewszystkiem Pankow badali zachowanie się ilości ciałek białych podczas wszystkich okresów porodu i połogu i po krwotokach do wolnej jamy brzusznej, szczególnie po pęknięciu ciąży zewnątrzmacicznej i po przedarciu lub wycięciu śledziony. Berger stwierdzał po wycięciu śledziony prawie stale zwiększenie się liczby ciałek białych, a zmniejszenie się czerwonych i ilości hemoglobiny. P. przytacza jedyny dotąd przypadek rany postrzałowej śledziony podczas porodu, z następowem wycięciem śledziony i wyleczeniem, przy której to sposobności badano zachowanie się ciałek białych. 38-letnia pierwiastka rodzi od 18 godzin. Przed 5 godzinami postrzeliła się z rewolweru 7 mm. w VI. międzyżebrze w linii pachowej lewej. Pocisk znajduje się 5 ctm. od wyrostka kolczastego 10. kręgu piersiowego. Rodząca niedokrwista, kończyny chłodne, tętno z początku niemacalne, potem drobniutkie, nieregularne, 160. Wstrzyknięcie kamfory. Bole rzadkie, położenie płodu czaszk. II., brak tętna płodu. Silne bole w krzyżach; 0·0006 skopolaminy podskórnie. Przy ujściu zupełnie rozwartem odeszły wody, zabarwione smółką. Bole coraz lepsze. Po 2 godzinach wymioty, odbijanie, plwocina krwawa; z tyłu w dole nad płucem lewem przytłumienie; brak wyraźnego płynu wolnego w jamie brzusznej. W godzinę później otwarto jamę brzuszną, poprzednio rozwiązawszy matkę przez wymóżdżenie i zabieg Crédégo. W jamie brzusznej dużo krwi i gazów. Żołądek przestrzelony dwa razy przy krzywiźnie dużej; otwory te zaraz zaszyto. W śledzionę wszedł pocisk w połowie ostrego jej brzegu, wyszedł stroną wypukłą, gdzie powstała szeroka na 6 ctm. rana, o brzegach płatowo podartych, nierównych; śledzionę wycięto. Ranę w przeponie, długości 1½ ctm., zaszyto. Oczyszczenie jamy brzusznej i zaszycie powłok. Bezpośrednio po porodzie ilość ciałek białych 34.300, wzrosła do następnego dnia do 35.600, poczem w ciągu miesiąca powoli zeszła do poziomu prawidłowego *B. Wojciechowski.*

OKULISTYKA. J. Hirschberg. **O wrodzonym, rozlanym naczyniaku powiek, oczodołu i twarzy.** (*Centr f. Augenh.* 1906, styczeń). Dziecko urodziło się już ze zgrubiałym policzkiem i powieką, a na spojówce gałki znajdowały się paciorkowate pęcherzyki; gałka oczna była nieco wysadzona. Później wysadzenie gałki tak się zwiększyło, że dziecko oka zamknąć nie mogło, a powieka opadła. Z tego powodu wycięto część nowotworu. Wynik operacyi był dodatni o tyle, iż chora mogła unieść powiekę ku górze. Z biegiem lat z powodu, iż nowotwór odrastał, musiano kilkakrotnie powtarzać operacyę. W tym czasie wzrok na tem oku znacznie podupadł. Podobnie przebiegał również i drugi przypadek, z tą jednakże różnicą, że z powodu małej krzepliwości krwi nastąpiło po operacyi w krótkich odstępach czasu kilka znacznych krwotoków do tkanki podskórnej powiek. *Dr. Liebermann.*

Ferentinos. **W sprawie patogenezy pierwotnego zaniku siatkówki.** (*Ophth. Klinik* 1906, Nr 5). Pomimo, że bada

nia anatomiczne licznych autorów dowiodły stanowczo, że t. zw. barwikowe zapalenie siatkówki (*retinitis pigmentosa*) jest sprawą zanikową, nawet nie powikłaną zwyrodnieniem poszczególnych składników siatkówki, to jednak błędna nazwa *retinitis*, podsuwająca myśl o sprawie zapalnej, nie została jeszcze dotąd z piśmiennictwa podręczników okulistyki doszczętnie wyrugowaną. Autor stwierdza, że zmianę tę najwłaściwiej możnaby określić jako wczesne obumarcie najważniejszych składników siatkówki, które już od wytworzenia się obu zarodkowych warstw siatkówki są wyposażone mniejszym zasobem siły żywotnej, niż inne tkanki ustroju, a nawet inne części składowe gałki ocznej. Wecker i Masselon nazwali tę zmianę siatkówki marskością (*cirrhosis retinae*). Istotnie, skutkiem osłabienia i ustania czynności fizyologicznej wrażliwych składników siatkówki, słabnie w nich wymiana materyi tak, że nie mogą one przyswoić wszystkich części odżywczych, doprowadzonych przez krew. Zanim nastąpi przystosowanie, t. j. odpowiednie zmniejszenie dopływu krwi (drogą tętnicy siatkówkowej i *choriocapillaris*), korzystają z nadmiernego odżywienia pośledniejsze pod względem czynnościowym składniki siatkówki, a w pierwszym rzędzie tkanka łączna, która z tego powodu zaczyna bujać. Następowe kurczenie się tkanki łącznej odnieść należy, zdaniem autora, do stopniowego zmniejszania się dopływu krwi i zaniku naczyń, co jest wyrazem przystosowania się unaczynienia do zmniejszonej żywotności zanikających czopków i pręcików. Tak więc istnieje pewne podobieństwo między tą sprawą chorobową w siatkówce, a marskością wątroby. Różnica polegałaby, zdaniem F., na tem, że w wątrobie zmiana pierwotna polega nie na prostym zaniku, lecz na zwyrodnieniu komórki wątrobnej pod wpływem czynników szkodliwych, n. p. wyskoku, gdy w siatkówce główne jej wrażliwe składniki ulegają przedwczesnemu obumarciu, wskutek wrodzonej słabszej żywotności. Do marskości wątroby bardziej zbliżają się zatem zmiany anatomiczne, występujące w nerwie wzrokowym i w siatkówce pod wpływem przewlekłych zatruć, n. p. wyskokiem, nikotyną etc. Tu zgodzić się można z zapatrywaniem Edingera, że działanie tych trucizn odbija się w pierwszej linii na najważniejszych pod względem czynnościowym składnikach siatkówki, ponieważ w nich odbywa się najżywsza wymiana materyi. One też ulegają zwyrodnieniu, co pociąga za sobą te same dalsze następstwa, jakie powoduje w wątrobie zwyrodnienie komórki wątrobnej. *K. W. Majewski.*

Birch-Hirschfeld i Inouye. **Badania doświadczalne nad patogenezą niedowidzenia tyreoidynowego.** (*Archiv für Ophth.* T. LXI, 1905, Z. 3). Przed kilku laty wykazał Coppez, że przetwory gruczołu tarczykowego, wprowadzone w większej ilości do ustroju, mogą wywołać niedowidzenie, podobne do tego, jakie powstaje wskutek zatrucia alkoholem, albo nikotyną. Autorowie podjęli szereg doświadczeń, celem wyświetlenia zachodzącego tutaj związku przyczynowego. Podawali oni psom tyreoidynę przez czas dłuższy (od 3 do 10 miesięcy), powiększając stopniowo dawkę dzienną i podając w ten sposób od 32 gr. do 1670 gr. Badaniem wziernikowem stwierdzono w przeważnej części doświadczeń zblednięcie tarczy nerwu wzrokowego, przyczem z zachowania się zwierząt można było wnosić o pewnem osłabieniu wzroku. Stopień zmian ocznych nie pozostawał jednak w prostym stosunku do ilości podanej tyreoidyny, stąd należy przypuszczać, że często zachodzić muszą idyosynkrazye. Badaniem histologicznem wyłuszczonych gałek ocznych stwierdzono chromatolizę komórek zwojowych siatkówki, liczne wakuole w ich protoplazmie, bądź powiększenie, bądź skurczenie się jąder, wreszcie zupełne zniszczenie komórek. W nerwie wzrokowym znaleziono zwyrodnienie włókien, wzmagające się w kierunku od ośrodków ku gałce, nie stwierdzono natomiast żadnych zmian w gleju, ani w łącznotkankowych przegrodach, ani też w naczyniach. Na podstawie tych wyników autorowie twierdzą, że niedowidzenie tyreoidynowe nie zależy od śródmiąższowego zapalenia nerwu (*neuritis interstitialis*), jak niedowidzenie alkoholowe i nikotynowe mimo podobieństwa obrazu klinicznego (zaburzenia w poczuciu barw, przerwa w polu widzenia etc.). Polega ono, ich zdaniem, na pierwotnej zmianie w komórkach zwojowych siatkówki z następowem wstępującem zwyrodnieniem włókien nerwu wzrokowego. *K. W. Majewski.*

Zur Nedden. **Bakteryologiczne badanie krwi przy współczulnem zapaleniu oka.** (*Archiv f. Opth.* T. LXII, 1905). W przebiegu dwóch przypadków zapalenia współczulnego stwierdził autor we krwi obecność prątka, który wstrzyknięty w czystej hodowli czy to do wnętrza gałki ocznej, czy też wprost do krwi tętnicy szyjnej, wywoływał u królików zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego. W trzecim przypadku zapalenia współczulnego badanie bakteryologiczne krwi dało wynik ujemny, zaznaczyć jednak należy, że dwaj pierwsi chorzy utracili wzrok zupełnie mimo wcierań szarej maści, atropinizowania i mimo upustów krwi, natomiast ostatniemu choremu zdołano oko i wzrok uratować, wstrzykując podskórnie surowicę krwi jednego z tamtych chorych, którzy ulegli zapaleniu współczulnemu ze złośliwym przebiegiem. Króliki, u których autor wywołał zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego przez zakażenie wspomnianym prątkiem, nie dostały wprawdzie na drugiem oku zapalenia współczulnego, ale obraz zapalenia na oku zaszczepionem zbliżał się wielce do postaci, jaką przybiera zapalenie współczulne. Prątek, wyosobniony przez autora, podobny jest do prątka rzekomo-błoniczego. Dla niewątpliwego stwierdzenia jego roli chorobotwórczej w zapaleniu współczulnem potrzebne są dalsze badania. *K. W. Majewski.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Mesotan oddaje, jak twierdzi Rahn (*Allg. Med. Centr.-Ztg.* 1906, Nr 10), dobre usługi w gośćcu. Należy używać go pół na pół z oliwą i pędzlować, przez co unika się wszelkiego działania szkodliwego. R. używał mesotanu przy róży twarzy i nosa z dobrym skutkiem. Prof. Olshausen (*Mediz. Woche* 1905, Nr. 46) leczy samorodny świąd sromu sublimatem, a gdzie to nie prowadzi do celu, mesotanem 1: 2 oliwy. W tym samym celu używa mesotanu doc. Henkel. Wollner (*Wiener Med. Presse* 1905, Nr 52) uzyskał przy stosowaniu mesotanu zarówno w ostrych, jak przewlekłych postaciach gośćca, a szczególnie w bolu lędźwiowym tak szybkie i dobre wyniki, że niekiedy uważa równoczesne podawanie środków wewnętrznych za zbyteczne. *A.*

Helmitol podawał Grosz (*Budap. orvosi ujsag* 1905) w 27 przypadkach płonicy u dzieci 4—12-letnich, od 3.—7 dnia choroby począwszy, przez 14—17 dni, dziennie po $1^1/_2$ g., jako środek mający zapobiegać zapaleniu nerek. U 5 chorych wystąpiło jednak to powikłanie, trwające 2—4 tygodni. U innych chorych nie widział G. szkodliwych działań ubocznych. *A.*

Aristolowa oliwa zasługuje, jak to podaje Fischer (*Gyógyászat* 1905, Nr 47) na zalecenie w okulistyce, jako środek leczniczy i pomocniczy. W szczególności stwierdził F. dobre działanie przy zmianach brzegu powiekowego u dzieci zołzowatych, w pryszczykowem zapaleniu rogówki i spojówki, przy ubytkach nabłonka i skaleczeniach rogówki. W razie bolesności łączyć należy przetwór ten z kokainą. *A.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 30 maja 1906 r.

Obecnych członków 39, przewodniczy kol. Doc. Rutkowski. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

I. W miejsce ustępujących delegatów do Rady zawiadowczej Tow. lek. galic.: Prof. Gluzińskiego i Marsa, wybrano kol. J. Łuszczkiewicza i Doc. Bylickiego ze Lwowa.

II. Delegatami na Walne zgromadzenie Tow. lek. gal. wybrano kk. Prof. Ciechanowskiego i Doc. Drobę.

III. Kol. Prof. Ciechanowski przedstawia imieniem komitetu Towarzystwa zakres działania nowo powstałej komisyi higienicznej, której przewodniczącym wybiera Zgromadzenie jednogłośnie kol. Prof. Jordana, a sekretarzem kol. Biera.

IV. Kol. Prof. Wicherkiewicz a) mówi **„O pyoktaninie w chorobach ocznych"**. Prelegent używa tego środka już od szeregu lat; zrazu działanie jej było dość powierzchowne, później jednakże, kiedy połączył ją z dioniną, działanie było znacznie głębsze i w ogólności korzystne. Dionina bowiem, — jak to Batulin wykazał, a Łuniewski w doświadczeniach swoich (przedstawionych na ostatnim zjeździe lekarzy polskich) w zupełności potwierdził, — zwiększa dyfuzyę z worka spojówkowego. Bakteryobójcze działanie pyoktaniny przy powierzchownych naciekach (n. p. w *ulcus serpens)* jest znacznie silniejsze, aniżeli wszystkich dotychczas używanych swoistych surowic n. p. Roemerowskiej, jak to już przyznał na zjeździe w Lizbonie Prof. Axenfeld z Fryburga. Jeśli pyoktanina nie znalazła do dziś dnia tak szerokiego zastosowania, jak na to istotnie zasługuje, to przyczyna leży prawdopodobnie w przykrem barwieniu palców okulisty, jakoteż i skóry w okolicy oka chorego. Wyjątkowo tylko zdarza się, że u niektórych wrażliwych osobników już po użyciu 2 prc. roztworu powstaje znaczny obrzęk spojówek; z reguły wszelkiego rodzaju wrzody rogówkowe w krótkim czasie bardzo szybko się goją; nawet przy zapaleniu całego oka sprawa o tyle się poprawia, że oko może być zachowane. Niektóre przypadki ropnych

zapaleń worka łzowego, które już były skazane na wyłuszczenie worka, dało się jeszcze uratować przez wstrzykiwanie pyoktaniny. Z wyjątkiem jednego przypadku, w którym wystąpiło błoniaste zapalenie spojówki, żadnego działania ujemnego po stosowaniu pyoktaniny prelegent nigdy nie zauważył. Plamy barwne łatwo dają się usunąć odbarwieniem kwasem, zwłaszcza solnym.

b) Przedstawia przypadek i wyjaśnia znaczenie t. zw. **blepharochalazis**.

c) Przedstawia przypadek **aniridia congen. partialis** u dziecka, u którego $^4/_5$ obwodu pozbawione są tęczówki i u którego równocześnie istnieje po obu stronach zaćma biegunowa (*cataracta polaris posterior oc. sin.)*.

V. Kol. Witaliński mówi. **O ciałach obcych w oku**. W ostatnich kilku miesiącach zgłosiło się do kliniki okulistycznej U. J. 95 osób z uszkodzeniami oczu przez ciała obce (86 mężcz., 9 kob.). Po większej części byli to ślusarze, monterzy, maszyniści, blacharze, kowale, a uszkodzenia były bardzo małe. Drobne kawałeczki żelaza lub jego tlenku tkwiły w rogówce, lub też spojówce gałki; po usunięciu nie pozostawały prawie żadne ślady. Kilkanaście jednak przypadków było o wiele cięższych, tak że musiano zaraz usunąć uszkodzone oko lub też następowo powstał zanik. W ostatnich tygodniach zdarzyły się 3 przypadki ciekawsze:

Z początkiem kwietnia przybył do kliniki kowal, J. W., lat 70 i podał, że przed 7 tygodniami przy robocie skaleczył go w oko lewe kawałek żelaza i tkwi w niem jeszcze. Próba z magnesem Haaba, badanie sideroskopem dały wynik ujemny. Oko całkiem blade, tylko tuż ponad górnym brzegiem rąbka widoczna ciemna linijka, 4 mm. długa, leżąca w południku. Zgłębnik natrafia na opór. Po nacięciu spojówki w tem miejscu i rozszerzeniu rany wydobyto kawałek szkła (7 mm. długi, $2^1/_2$ mm. szeroki) z okularów, które rozbiły się przy urazie. Wzrok pozostał b. dobry $^6/_{18}$.

Na kilkadziesiąt ócz (przeszło 60) rocznie wyłuszczanych w krakowskiej klinice, przynajmniej $^1/_4$. to oczy nieszczęśliwych dzieci, bawiących się kapslami, lub strzelających z tanich, lichych flobertów. Na Zjeździe przyrodników polskich i lekarzy w Krakowie uchwalono swego czasu słusznie zwrócić się do władz o wydanie rozporządzenia, ograniczającego sprzedaż kapsli i nabojów flobertowych. — 12/V 1906 przywieziono do kliniki 17-letniego ucznia ślusarskiego L. S. z Krosna, który właśnie przy strzelaniu z lichego flobertu poniósł bardzo ciężkie uszkodzenia powiek i gałki. Źle założony nabój rozsadził osłonkę, która cała odrzucona w tył, rozerwała brzeg górnej powieki w kształcie trójkąta i wbiła się w głąb gałki lewej na jakie 2 cm. Część osłonki naboju tkwiła w ranie powieki i zachowała zupełnie metaliczny połysk. Blaszkę wydobyto szczypczykami, w gałce pozostał głęboki otwór, z którego zwieszały się jagodówka i ciałko szkliste. Poczucia światła nie było. Wypatroszono gałkę, a ranę powieki zaszyto.

Często ciała obce długo pozostają w ranie i nie sprawiają wiele dolegliwości. Przykładem jest następujący przypadek: D. 22/V 1906 przywieziono do kliniki 15-letniego L. G., którego przed rokiem zranił w oko nabój karabinowy, wrzucony do ognia. Powieka górna nieco obrzękła, od niej ciągnie się zmarszczka skóry ku dolnej powiece na kształt zmarszczki nakątnej *(epicanthus)*. W kąciku nosowym po usunięciu grudki zaschłej wydzieliny widać linię ciemną, jakby brzeg blaszki; po obu stronach można swobodnie dość głęboko wprowadzić zgłębnik (do 1 cm.). Spojówka gałkowa nieco w kąciku wewnętrznym przekrwiona. Zresztą oko bez zmian, tylko ruchy ku skroni upośledzone. Bystrość wzroku prawego oka $^6/_6$, lewego $^6/_{12}$, w pobliżu oba oczy Sn 0·5. 26/V b. r. Prof. Wicherkiewicz po zastrzyknięciu kokainy wydobył szczypczykami blaszkę, zagiętą pod kątem prawie prostym. Mniejsze ramię, 11 mm. długie, 4 mm. szerokie, tkwiło w samym kąciku poza i między punkcikami łzowymi, drugie zaś większe, (7 mm. długie, a 8 szerokie), między kością oczodołu, a gałką u dołu wewnątrz. Położenie to stwierdzono zgłębnikiem. W kilka dni rana dolna zupełnie się zagoiła. Kształt gałki pozostał niezmieniony, przekrwienie spojówki znikło, wydzielina ustąpiła, a wzrok się poprawił na $^6/_6$. Przewód nosowołzowy pozostał nieuszkodzony, przestrzykiwana woda swobodnie przez nos odpływa. Dno oka prawidłowe, tylko od dołu wewnątrz na linii łukowatej na małej przestrzeni szereg drobnych żółtawych plamek odpowiada miejscu, gdzie tkwiło ramię dłuższe blaszki. Pole widzenia zupełnie prawidłowe. (Chorego i blaszkę wydobytą przedstawiono). (*Streszczenie własne*).

Nawiązując do przypadków przytoczonych przez kol. Witalińskiego podał kol. Prof. Wicherkiewicz kilka ciekawych przypadków zranień oka i ciał obcych w oku tkwiących z własnej swej praktyki. I tak przytacza przypadek, opisany już w »Klinische Monatsblätter«. Chory zranił sobie oko przed 14 laty. Ciało obce, przebiwszy rogówkę i soczewkę, tkwiło w głębi oczodołu. Chory zgłasza się z powodu bolów w oku, wywołanych zapaleniem tęczówki i ciała rzęskowego, bardzo groźnem i pozornie zależącem od ciała obcego, tkwiącego w oku. Wywiady i dokładniejsze badanie dowiodły, że chory przechodził kiłę, zastosowano więc przeciwkiłowe leczenie z pomyślnym skutkiem. Po dwu latach występuje powrót choroby. Lekarze specyaliści radzili stanowczo usunąć oko z powodu zbyt wielkich zmian i obawy zapalenia współczulnego. Chory nie zgodził się na to i zgłosił się znów do prelegenta; leczenie przeciwkiłowe i tym razem usunęło dolegliwości. Drugi przyp. podaje mowca z czasów swych asystenckich. Chora, która jeszcze jako dziecko wbiła sobie w oko igliczkę, przez 12 lat nie doznawała żadnych dolegliwości; po upływie tych lat wystąpiły objawy zapalne w oku, oraz objawy współczulnego podrażnienia w drugiem oku. Kiedy przystąpiono do wyłuszczenia oka, przy przecinaniu nerwu natrafiono na twardy opór; wyjęto oko i stwierdzono, że w głębi oczodołu tkwiła igliczka 16 ctm. długa, drążąca do podstawy mózgu; wyjęcie tej igliczki spowodowało śmierć chorej. — Dalej przytacza mowca przypadek, opisany w »Nowinach lekarskich«. Dotyczy on parobka, u którego po zranieniu oka brzeszczotem rozwinęło się zapalenie tkanki natwardówkowej (*episcleritis*); przy badaniu wyczuwano narośl, rzekomo pochodzącą z kostniaka w głębi oczodołu. Przecinając rzekomego kostniaka przekonano się, iż był to ów brzeszczot, 8 ctm. długi. — Następnie przytacza mowca chorego, u którego w soczewce oka tkwił odłamek naboju, nie wywołując nawet po latach kilku żadnych zmian w oku, oraz podobny przypadek, w którym u maszynisty kolejowego tkwił kawałeczek szkła w soczewce oka, ktory dostał się tam przy wybuchu manometru. Kawałeczek ten można było tylko zgłębnikiem wyczuć; kawałeczek ten wydobyto i chory wyszedł wyleczony ze wzrokiem dobrym. Wreszcie przytacza mowca przypadek, w którym z wywiadów nic nie można było się dowiedzieć, badanie zaś wykryło obecność jakiegoś ciała obcego w oku; oko było w stanie zapalnym i groziło współczulne zapalenie drugiego oka; wydobyciem ciała obcego, którem był kawałek szkła 2 ctm. długi, chorego wyleczono.

VI. W końcu objaśniał kol. Prof. Wicherkiewicz rzucone epidiaskopem na ścianę obrazy z fotografii, przedstawiające rzadkie i ciekawe zmiany chorobowe, spostrzegane i leczone tak w krakowskiej klinice, jak i w prywatnej praktyce, jakoto: Mięsak oczodołu i wysadzenie oka prawego u dziecka przed i po operacyi, mięsak barwikowy powiek, rak powieki oka lewego przed i po operacyi; *blepharochalasis* (u dziewczynki); opadnięcie powiek, operowane sposobem Wicherkiewicza (u kobiety); jednostronne wysadzenie oka w chorobie Basedowa (u kobiety); wrodzona szczelina powiek (*coloboma palpebrarum*) (u dziecka); pasówka *(herpes zoster)* głowy, czoła, powiek, spojówki i rogówki (u kobiety); podwinięcie rzęs (u kobiety); wysadzenie lewego oka, powstałe po wycięciu guza (nerwiaka) na szyi (u dziewczynki); wywinięcie dolnej powieki oka lewego przy rozległym toczniu twarzy, wreszcie *blephorochalasis* (u kobiety); obrazy te ze względu na niezwykłą dokładność i wyrazistość obudziły powszechne zajęcie. Sekretarz: *Witczyński*.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XI. posiedzenie naukowe dnia 1 czerwca 1906 r.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, później kol. Kosmiński; protokołuje kol. W. Ziembicki.

Obecnych 37 członków.

Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I. Kol. M. Selzer przedstawił chorą z **akromegalią** (z oddz. II. wewn. szpit. powsz.). Chora ta, 23-letnia kobieta, urodziwszy przed 3 laty zdrowe dziecko, nie miesiączkuje od tego czasu, a szukała porady lekarskiej na nadzwyczaj silne i uporczywe bole głowy. Stwierdzamy u niej rozrost szczęki dolnej, powiększenie nosa, zgrubienia kości palców, nadto lekkie porażenie prawego nerwu twarzowego, przeczulicę po tejże stronie. Chora odznacza się przytem płaczliwością i łatwo popada w stan przygnębienia.

II. Kol. J. Świątkiewicz przedstawia cały szereg chorych z kliniki dermatologicznej, u których stosował **obmyślony przez siebie sposób leczenia tocznia** (*lupus vulgaris)* **eugallolem**. Sposób ten polega na zakładaniu przymoczek z **roztworu eu-**

gallolu w acetonie. Wyniki jak dotąd, są bardzo pomyślne, a streszczają się według autora, jak następuje: 1) Eugallol działa dostatecznie silnie nie tylko na powierzchowne, ale i na głęboko usadowione guzki i nacieki; 2) działanie jego jest wybitnie wybiórcze (elektywne); 3) daje ono doskonały wynik kosmetyczny; 4) jest skuteczne także w przypadkach przejścia tocznia na błonę śluzową; 5) leczenie samo nie jest przewlekłe. Działanie eugallolu nie sprawia chorym znaczniejszych dolegliwości, a jak dotychczasowe doświadczenie prelegenta dowiodło, przetwór ten nie wywołał ani razu zadrażnienia nerek. Prelegent i w przyszłości nie omieszka zdać sprawy ze spostrzeżeń co do trwałości wyleczenia tym sposobem. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi przemawia kol. prof. Łukasiewicz. Jakkolwiek jest on gorącym zwolennikiem chirurgicznego leczenia tocznia, zwłaszcza tam, gdzie ognisko da się o ile możności radykalnie usunąć, przyznaje, że sposób, zastosowany przez kol. J. Świątkiewicza, zasługuje już dziś na uwagę, pomimo, że dopiero dalsze spostrzeganie okaże, o ile piękne i szybkie wyniki, osiągnięte zapomocą eugallolu, będą trwałe. Mowca podnosi elektywność działania tego przetworu i tę okoliczność, że działając w szczególności tylko na chore miejsca, nie sprawia chorym tych dolegliwości, jakie towarzyszą stosowaniu n. p. pasty żrącej, lub oddzieraniu po tem strupów, wreszcie, że gojenie się postępuje pod wpływem eugallolu bardzo szybko.

III. Kol. prof. Gluziński okazał następnie preparaty anatomiczno-patologiczne z przypadków, spostrzeganych w klinice lekarskiej, dodając objaśnienia z przebiegu klinicznego.

I. **Rak płuc.** 51-letni mężczyzna, z zawodu kominiarz, zgłosił się był do kliniki, skarżąc się na uporczywy kaszel, duszność, obfite odpluwanie, podając przy tem, że zauważył, jakoby mu po napadzie kaszlu miała brzęknąć twarz, szyja i kończyny górne. Od czasu do czasu doznawać miał dreszczów i uczucia podwyższonej ciepłoty; zeszczuplał. Miał dawniej przebyć kilkakrotnie zapalenie płuc. W klinice stwierdzono w istocie opisywane w wywiadach niestałe, przemijające obrzęki, zajmujące twarz, powieki, szyję i kończyny górne, zwłaszcza prawą. Obrzęki te występowały rzeczywiście wyraźniej po napadzie kaszlu, a to nadewszystko rano, kiedy kaszel był szczególniej uporczywy. Na klatce piersiowej spostrzeżono porozszerzane naczynia żylne. W prawym szczycie stwierdzono stłumienie, do 2 żebra sięgające, z osłabionem drżeniem i zniesionymi szmerami oddechowymi, bez obecności płynu. Natomiast po tejże stronie w dole stwierdzono płyn zapalny. Stwierdzono gorączkę o torze przerywanym. W ropnej plwocinie, obficie odkrztuszanej, prątków Kocha nie znaleziono. Wobec tego, że wspomniany naciek w prawym szczycie zaczął się szybko posuwać, tak, że w ciągu 2 tygodni sięgał już do 3 żebra, a wyniszczenie postępowało, rozpoznano po wyłączeniu innych spraw (gruźlica, ropień, tętniak i t. d.) nowotwór płuca z przerzutami do gruczołów oskrzelowych i uciskiem na żyłę główną górną, jakoteż następowem zapaleniem wysiękowem opłucnej. Zauważyć należy, że gruczoły nigdzie nie były powiększone. Sekcya rozpoznanie potwierdziła, wykrywając przytem, że punktem wyjścia nowotworu (raka) było prawe oskrzele, i że sprawa nowotworowa rozwinęła się następnie w ścianie żyły głównej górnej, wywołując opisane objawy uciskowe.

W dyskusyi zabrał głos kol. prof. Wiczkowski, który w ostatnich latach spostrzegał na swym oddziale 3 przypadki nowotworu płuca. Mowca zwraca uwagę na nastręczające się czasem trudności rozpoznawcze. U pewnej chorej, u której miał podstawy rozpoznawać nowotwór płuca (stłumienie w śródpiersiu, brak gorączki, brak prątków, liczne, powiększone i twarde gruczoły), sekcya stwierdziła gruźlicę płuc.

II. **Marskość wątroby u osobnika z niedorozwojem fizycznym** *(infantilismus)*. Mężczyzna 28-letni zgłosił się do kliniki, przedstawiając obraz przerostowej marskości wątroby (wątroba duża, twarda, śledziona duża, twarda, żółtaczka, brak płynu w jamie brzusznej). Etyologicznych szczegółów na wytłómaczenie tej marskości nie udawało się stwierdzić. Wobec tego, że uderzał niedorozwój fizyczny chorego i matołkowatość, przychodził na myśl związek pomiędzy marskością wątroby, a upośledzeniem rozwoju *(infantilismus)*, o czem obszerniej była mowa na tegorocznym zjeździe lekarskim w Monachium. Zauważono mianowicie, że marskość wątroby występuje u osobników, odznaczających się niedokształceniem gruczołu tarczowego. Na podobny związek zwracał już uwagę Trousseau. Chory zmarł wkrótce na włóknikowe zapalenie płuc. Sekcya obok powiększenia wątroby i znacznego powiększenia śledziony stwierdziła utrzymaną grasicę *(thymus persistens)* i mały gruczoł tarczowy, a badanie histologiczne wątroby stwierdziło w niej zmiany, odpowiadające marskości zanikowej. Serce w całości przerosłe bez widocznej przyczyny. Kościec będzie szczegółowo badany. Wynik więc sekcyi popiera powyższe przypuszczenie.

Sekretarz *W. Ziembicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 22 maja 1906.

1) Kozerski przedstawił **11 przypadków grzybicy włosów głowy, naświetlanych** w jego zakładzie przez kol. Górkiewicza. W dwóch przypadkach ogniska były tylko pojedyncze: ograniczono się więc do naświetlania tylko pojedynczych kółek tej wielkości, jaką zajmowały ogniska grzybicy. W trzech przypadkach pozbawiono włosów po dwa koła, w jednym trzy koła, w pozostałych zaś wobec zajęcia całej głowy, naświetlano skombinowaną metodą Kienbecka, wywołując utratę włosów na całej głowie. Skóra naświetlanych chorych nie uległa najmniejszemu nawet podrażnieniu, jest czystą, gładką, zdrową. W czterech przypadkach rozpoczął się już porost włosów zdrowych, w jednym jest on już bardzo znaczny.

2) Borymowski przedstawił chorą około 20-letnią, która podlegała **trzykrotnej laparatomii** z powodu guzów zaotrzewnych. Pierwszej operacyi dokonano przed 4 laty: wyjęto guz zaotrzewny, wagi 29 funtów. Rozpoznanie anatomiczne wahało się między śluzakiem, a tłuszczakiem. Drugą operacyę wykonano po dwóch latach; znaleziono wtedy guz 20-funtowy w jamie otrzewnej, wychodzący z sieci. W rok po drugiej operacyi chora zgłosiła się z nowym guzem w jamie brzusznej; przy operacyi okazało się, że guz mieści się za otrzewną wzdłuż kręgosłupa, obejmując pnie dużych naczyń. Obecnie w cztery miesiące po operacyi znowu wyczuwa się guz w lewym dole biodrowym, wielkości pięści.

3) Kopczyński Stanisław i prof. Kryński przedstawili chorą, dotkniętą **padaczką korową** (Jacksona) i leczoną na drodze chirurgicznej. Ojciec chorej 30-letniej cierpi na padaczkę. Przed 8-laty po raz pierwszy doznała chora napadu nerwowego, polegającego na ogólnem strętwieniu ciała, uczuciu gorąca i spazmatycznych krzykach; przytomności nigdy nie traciła. Po wyjściu za mąż doznawała takich samych napadów co kilka tygodni, zwłaszcza w okresie ciąży. Od czterech lat przy napadach »poczęło jej wykrzywiać twarz« w prawą stronę i poczęły pojawiać się drgawki w prawej ręce i prawej nodze. Podczas ostatniej ciąży (1905 r.) napady były bardzo częste, w dwa tygodnie jednak po porodzie znikły i dopiero po czterech miesiącach powróciły. Badanie chorej w tym właśnie czasie stwierdziło: co kilka minut występujące w prawej połowie ciała kurcze (toniczne), przechodzące następnie w drgawki, lekki niedowład kurczowy prawostronny bez zaburzeń czucia i odczynu źrenic; dno oka bez zmian, mocz prawidłowy. Wobec rozpoznania padaczki Jacksona, prawdopodobnie w następstwie rozwijającego się nowotworu, przystąpiono do operacyi, która stwierdziła jedynie tylko zgrubienie czaszki w okolicy, odpowiadającej pasowi ruchowemu kory mózgowej; grubość kości dochodziła do 1,5 ctm. W dwa tygodnie po operacyi napady zupełnie ustały i niedowład zniknął. Od tego czasu, t. j. od września do marca r. b. żadnych napadów chora nie miała. Na początku marca napady wróciły z większą jeszcze siłą: kurcze i drgawki w prawej połowie ciała występowały niemal co kilka minut, przyczem stwierdzono zupełne porażenie kurczowe prawostronne i wybitną niemotę ruchową; przytomności chora podczas napadów nie traci. W przypuszczeniu, że przy pierwszej operacyi usunięto za mało zgrubiałej kości i ucisk trwa dalej, przystąpił prof. Kryński do powtórnej operacyi. W ciągu pierwszych dni po operacyi napady się powtarzały, po 43 dniach t. j. 27 marca r. b. ustały zupełnie i już nie wróciły; wkrótce powróciła i mowa i siła ruchowa w porażonej części ciała. Czy stan taki potrwa długo i czy owo zgrubienie kości uważać należy w omawianym przypadku za przyczynę padaczki, Kopczyński przesądzać nie może. Opierając się na danym przypadku, jak również na kilku innych, przez siebie spostrzeganych i z piśmiennictwa zaczerpniętych, podkreśla, że znaczenie objawowe padaczki Jacksona nietylko zmalało, lecz wprost w wątpliwość podane być może.

4) Cykowski St. wypowiedział rzecz p. t.: **„Przelewania krwawe oraz rozwiązanie w leczeniu drgawek porodowych“.** Przebiegłszy piśmiennictwo swojskie i obce, wymienia prelegent następujące, w tej sprawie przez różnych autorów wyznawane poglądy. 1) Jedni autorowie przy leczeniu rzucawki uciekają się zawsze do morfiny, inni ją odrzucają. 2) Jedni zalecają

jednoczesne stosowanie upustu krwi i wlewań solnych, inni zaś wątpią o wartości leczniczej tego zespołu. 3) Prawie wszyscy przez prelegenta przytoczeni autorzy zalecają w rzucawce jak najszybsze rozwiązanie chorej, wychodząc z założenia, iż usuwając płód i łożysko, wydala się temsamem i źródło toksyn, rzucawkę wywołujących. Wobec tego zwolennicy czynnej interwencyi położniczej stosują upust i wlewania już po rozwiązaniu. W przeciwieństwie do prawie powszechnie przyjętych poglądów jedynie Ferré i prelegent za zasadnicze zabiegi w leczeniu rzucawki porodowej uważają upust krwi i wlewania solne. Prelegent wychodzi z założenia, iż dotąd nie dowiedziono, aby wyłącznie łożysko było źródłem toksyn, rzucawkę wywołujących; a ponieważ wszyscy zgadzają się na to, że trujące substancye krążą we krwi matki, więc natychmiastowy przy wystąpieniu napadu upust krwi jest zupełnie zrozumiały i usprawiedliwiony. Prelegent dołącza do tego jeszcze i wczesne rozwiązanie chorej. Upust krwi po rozwiązaniu uważa C. w zasadzie za zbyteczny.

W dyskusyi Halpern zaznacza, że nie posiadamy żadnego dowodu, żeby zatrucie krwi było powodem rzucawki. Zdaniem mówcy powstają tu tylko odruchy wskutek nieprawidłowego odżywiania tkanek. W okresie ciąży sprawa odżywiania i czynności narządów płciowych działa nieprawidłowo na niezliczoną ilość zakończeń nerwów czuciowych w tych narządach, a ciągłe to drażnienie do tego stopnia niepokoi układ nerwowy, że bardzo łatwo powstają najrozmaitsze odruchy. Tem się tłómaczą porodowe napady rzucawki, a stąd jasnem się staje, że usunięcie płodu nie może samo przerwać rzucawki, bo jednocześnie z płodem nie usuwa się chorobowego stanu narządów płciowych. Staniszewski przytacza teoryę Zweifla, który za przyczynę rzucawki uważa niedostateczne utlenianie białka we krwi, czego następstwem jest znaczna ilość kwasu mięsnomlecznego w moczu i we krwi matek, w pępowinie płodu i we krwi łożyska. Pierwszem miejscem powstawania tego kwasu — jest płód, stąd pierwszem wskazaniem w leczeniu rzucawki porodowej jest rozwiązanie chorej. *Ign. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 29 maja 1906 r.

1) Starkiewicz W. przedstawił chorego **z tętniakiem aorty** wstępującej bez tętna w całej niemal górnej połowie ciała. Na plecach po obydwóch stronach na przestrzeni od dziesiątego międzyżebrza do połowy łopatki rozwinęły się całe sploty tętnic dodatkowych.

2) Brudziński Józef (Łódź), podawszy na wstępie historyę powstania szpitala Anny Maryi dla dzieci w Łodzi, opisał szczegółowo oddzielne pawilony dla chorych i pomieszczenia izolacyjne, przedstawił organizacyę pomocy ambulatoryjnej, podział pracy między lekarzy, regestracyę chorych, organizacyę służby niższej i dozorczyń, dyetę chorych, wreszcie naczelny kierunek szpitala.

3) Pinkus St. (Londyn) wygłosił rzecz pod tytułem: **„Teorya i praktyka w stosowaniu pokarmów przetrawionych"**. Wspomniawszy o najróżnorodniejszych czynnikach, wywierających mniej lub więcej znaczny wpływ na wszelkie fazy trawienia, prelegent omawia najnowsze badania Sivena i innych, które dowiodły, że ilości pokarmów, uznane przez szkołę niemiecką za *minimum*, można jeszcze znacznie obniżyć bez szkody dla ustroju. W wymianie materyi należy rozróżniać t. z. wymianę tkankową (endogeniczną — wewnętrzną) i energetyczną (egzogeniczną). W chorym ustroju wobec obniżenia do ostatecznych granic egzogenicznej wymiany, należy ją oszczędzać. Próby zastąpienia niezmienionego białka i węglowodanów przetworami, zawierającymi te substancye w stanie przetrawionym, spotkało niepowodzenie, które należy tłómaczyć tem, że przetwory te są albo nieczyste (zawierają toksyny albo toksalbuminy), albo też nie rozpuszczają się, lub nawet nie pęcznieją. W Ameryce już od 15 lat stosowane są zaczyny trawiące, zwłaszcza wyciągi trzustki, zawierające proteo-amylolityczne i diastatyczne fermenty. Przy stosowaniu tej metody można otrzymać różne pokarmy poza ustrojem już przetrawione, które znakomicie ułatwiają pracę chorego żołądka i kiszek. Prelegent przedstawił kilka takich przetworów, jak panopepton i t. p. *Ign. L.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie w dniu 30 marca 1906.

1) Łazarewicz zdał sprawę z niewyjaśnionego przypadku, w którym rozpoznanie waha się między nowotworem złośliwym, a przerwaną **ciążą zewnątrzmaciczną równocześnie z ciążą prawidłową.** 27-letnia kobieta, wieloródka; przed ostatnią ciążą były dwie ostatnie regularności słabsze, niż zwykle i wtedy zauważyła chora guz, wytwarzający się po prawej stronie podbrzusza. Po ostatnim porodzie brzuch mimo opróżnienia się macicy niewiele się zmniejszył, pozostały dolegliwości w brzuchu, brak łaknienia, wolne stolce, wzmagające się osłabienie. Badanie stwierdza w brzuchu guz, odpowiadający rozmiarami ciąży donoszonej, a pojedyncze części guza przypominają części płodu, jakby główkę, leżącą w okolicy nadbrzusznej, grzbiet po stronie prawej, pośladki nad miednicą, w sklepieniu przedniem jakby nóżkę, a w tylnem jakby stwardniałe łożysko. W dyskusyi zaleca kol. Święcicki zdjęcie rentgenogramu, które przyrzeka wykonać kol. Połczyński.

2) Łazarewicz wygłasza pogadankę p. t. **„Czy rozsądne uświadamianie dzieci w kwestyach płciowych jest czynnikiem umoralniającym?"**, odpowiadając na to pytanie twierdząco i zalecając uświadamianie stopniowe i okolicznościowe w wieku szkolnym. — W dyskusyi oświadcza się przeciw uświadamianiu tylko Kapuściński, zgadzają się z wywodami prelegenta Święcicki, Gantkowski, Zakrzewski i Połczyński.

3) Życzenie Karwowskiego, aby członkowie Wydziału poparli działalność Towarzystwa higieniczno-społecznego, na które przekształca się obecnie Towarzystwo ku zwalczaniu chorób płciowych, przyjęli zebrani przychylnie.

(Według »Nowin lekarskich«, Nr 6). *K.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o umieszczenie.

Do Szanownych Kolegów, członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Zapobiegawcza działalność wobec chorób, wzmożenie siły i tężyzny indywidualnej wśród ludności, a szczególnie młodzieży, niejedno w kraju naszym pozostawia do życzenia. Mimo poprawy ogólnych warunków zdrowotnych w ostatnich latach kilkunastu śmiertelność z gruźlicy w naszych stolicach nietylko nie opada, ale wyraźnie wzrasta. Śmiertelność z gruźlicy, wynosząca w naszych miastach nieraz przeszło $^1/_4$ wszystkich zgonów, wyróżnia je od miast w zachodnich prowincyach Austryi. Działalność rządowych i autonomicznych organów sanitarnych, przeważnie przeciążonych czynnościami urzędowemi, zobowiązanych do przestrzegania niejednokrotnie niedostatecznych ustaw i rozporządzeń sanitarnych, walczącym z brakiem zrozumienia spraw sanitarnych, a nieraz i złą wolą ludności, nie zdoła spełnić swego szczytnego zadania bez szerszego poparcia, bez współdziałania gron, nie posiadających piętna ściśle urzędowego.

W każdem ze społeczeństw zachodnich zadanie to spełniają towarzystwa higieniczne, powstałe z inicyatywy lekarzy, w których też lekarze najważniejszą i szczytną odgrywają rolę. We Francyi ruch przeciwgruźliczy, wszczęty przez lekarzy, stworzył prawie 50 towarzystw, w Niemczech każda stolica prowincyi posiada towarzystwo higieniczne. Kraków posiadał lat kilka »Towarzystwo opieki zdrowia«, zwinięte przed 11 laty z powodu zbyt słabego poparcia. Warszawskie towarzystwo higieniczne z licznemi swemi filiami w Królestwie jest bodaj czy nie najpopularniejszem, a z pewnością jednem z najżywotniejszych tamtejszych towarzystw. Lwowskie towarzystwo higieniczne coraz większy wywiera wpływ na sanitarne stosunki Lwowa i jego okolicy. W Poznaniu ruchem tym kieruje tamtejszy zakład higieny i ludzie, skupiający się wokoło niego. Jedynie Krakowowi, jak również całej Galicyi zachodniej, zbywa obecnie na odpowiedniem towarzystwie; zadanie to spełnić ma świeżo utworzona w krakowskiem towarzystwie lekarskiem komisya higieniczna. Zadanie tej komisyi polegać będzie na obeznaniu jej członków z teoretycznymi i praktycznymi postępami higieny w pojęciu naukowem, badaniu stosunków sanitarnych, inicyatywie w przeprowadzeniu poprawy tych stosunków, oraz popularyzacyi wiedzy o pielęgnowaniu zdrowia, a zatem obok teoretycznej głównie na działalności praktycznej na polu zdrowia publicznego i indywidualnego. Że komisya ta bez jak najszerszego udziału lekarzy praktycznych, stykających się bezpośrednio z ludnością, nie rozwinie należytej

działalności, tłómaczyć nie ma potrzeby. Zwracamy się przeto do Szanownych Kolegów, przedewszystkiem członków krakowskiego Towarzystwa lekarskiego z gorącą prośbą o poparcie naszych usiłowań, oraz o zapisywanie się na listę członków komisyi higienicznej i udział w jej pracach w nadziei, że prośba nasza nie pozostanie bez echa, a udział Krakowa około poprawy stosunków zdrowotnych, tak pięknie rozpoczęty utworzeniem »Towarzystwa opieki zdrowia«, dorówna w zupełności wkrótce działalności innych miast i towarzystw o tym samym celu.

Sekretarz komisyi Przewodniczący komisyi higienicznej
Dr Leonard Bier. *Prof. Dr H. Jordan.*

W sprawie wzajemnego wynagradzania się lekarzy *otrzymujemy następujące uwagi:*

W sprawie, czy lekarze powinni wzajemnie się wynagradzać, zdania są bardzo podzielone, co nas dziwić nie powinno, boć od lekarzy wymaga się tyle świadczeń bezpłatnie. Haseł humanitarnych nadużywają laicy, aby rozszerzyć zakres naszego działania humanitarnego bez najmniejszych wobec nas zobowiązań, ale lekarze sami dobrowolnie coraz to nowe ciężary na kolegów nakładają. W pobudki tu bliżej wchodzić nie chcę, przypomnę tylko słuszne utyskiwania na ambulatorya kliniczne i szpitalne, w których ma mieć prawo do leczenia nietylko biedak, ale i majętny.

Chory jest samolubem, a lekarz chory różni się tem od laika chorego, że jest samolubem do kwadratu. A jeżeli się zastanowimy nad stanem psychicznym chorego lekarza lub jego rodziny, dojdziemy do przekonania, że jest on równie nieufnym, skłaniającym się do próbowania szczęścia u partaczy, znachorów i t. d. Wymagania od umiejętności lekarskich są bowiem równie przesadne i nierozsądne w rodzinach lekarzy, jak u laików. Idzie za tem, że w rodzinach lekarzy musi lekarz wyłożyć więcej pracy; po przebyciu choroby czyni się za wynik niepomyślny i w rodzinach lekarzy odpowiedzialnym lekarza; w przypadkach pomyślnych zaś, mówi się, że natura choremu pomogła.

Jak się zaś postępować powinno w przypadkach, gdy lekarz lub jego rodzina użyje pomocy lekarskiej, czy lekarz powinien przyjmować wynagrodzenie za swe trudy, na to brzmieć musi odpowiedź: i »tak« i »nie«. Zależy to od bardzo wielu okoliczności. W takich przypadkach, w których pomoc lekarska nie była połączona z większym trudem, a ograniczyła się do jednej lub kilku wizyt, do drobnego zabiegu i t. d., zarówno żądający pomocy przyjąć ją może od kolegi z całym spokojem, jak i druga strona udzielić jej może bez żadnego uszczerbku dla siebie. Gdyby zaś żądający pomocy żadną miarą nie chciał jej przyjąć bezpłatnie, wtedy można od niego przyjąć bardzo skromne wynagrodzenie i przeznaczyć je na jaki cel humanitarny. Wiem, że tak bardzo wielu kolegów postępuje.

Jeśli zaś udzielenie pomocy wymagało większych trudów, połączonych z wielkim uszczerbkiem materyalnym dla lekarza z tą pomocą spieszącego, wtedy rzecz przedstawia się nieco drażliwiej. W tych razach uwzględnić się musi położenie materyalne obu stron. Jeżeli lekarz spieszący z pomocą jest początkującym, lub ma rodzinę, którą wyżywić musi, a nie ma majątku, wtedy lekarz dobrze majątkowo uposażony nawet powinien za te trudy wynagrodzić kolegę, a ten wynagrodzenie przyjąć musi bez zrzekania się go na cele humanitarne. *Prima charitas ab ego.*

Zdarza się atoli, że obie strony znajdują się w złem położeniu majątkowem. Wtedy kolega śpieszy z pomocą bezinteresownie, a w nagrodę za to bardziej się zniszczył materyalnie, aniżeli kolega, którego dom choroba nawiedziła. Ten bowiem może się powołać na nieszczęście, które go spotkało i koledzy lub stowarzyszenia humanitarne pospieszą mu z pomocą. Lekarz zaś, który tygodniami czuwał nad łożem chorego, — zaniedbał swoją praktykę i popadł w nędzę. W tych przypadkach stowarzyszenia humanitarne tem bardziej pomocy udzielić powinny, a pomoc ta powinna przybrać cechy zaszczytnej nagrody za poświęcenie. Rzeczą zaś kolegi, któremu sąsiad pośpieszył z pomocą, być winno, aby o tem zawiadomił, kogo należy i tym sposobem spłacił dług wdzięczności, u kolegi zaciągnięty.

Jakże się dzieje w rzeczywistości? Rozmaicie. Zależy to od taktu i od szlachetności kolegi. Kolega majętny znajdzie tysiące sposobów okazania swej wdzięczności drugiemu koledze i skłonienia go do przyjęcia honoraryum. Popełniłby zaś ogromny nietakt, gdyby po chorobie doń napisał: »Kolego! wzywałem Waszej pomocy, której mi nie odmówiliście, proszę o rachunek«. Takie listy bolą i goryczą napełniają. Rozrywają one brutalnie stosunki przyjaźni, które poprzednio kolegów łączyły, a lekarz altruista nietylko nie otrzyma wynagrodzenia za trudy, bo rachunku nie pośle, ale nadto straci przyjaciela.

Rozlicznych tych odcieni przyjmowania i świadczenia przysług należycie nie oceni wzięty lekarz stołeczny, intratną praktykę mający, ale przyjrzeć się trzeba mrówczej pracy lekarza prowincyonalnego. Przyznajmy mu bezwzględnie prawo do pobierania wynagrodzenia za pracę, z której żyć musi. Jeżeli postawimy rzecz jasno, że kolega koledze trudy ma wynagrodzić, wtedy i szersza publiczność nie będzie lekarzy wyzyskiwać.

Dr Bogdanik.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 17 do 23 czerwca 1906 r. doniesiono o nowych przypadkach ospy: 3 w 2 gminach, a mianowicie w pow. Chrzanów (Libiąż mały 1), Tarnów (Kielanowice 2); duru plamistego 44 przypadków w 16 gminach, a mianowicie w pow. Brody (Podmonastyrek 6), Brzeżany (Glinna 1), Cieszanów (Lubliniec w. 4), Horodenka (Żuków 2, Piotrów 1), Jaworów (Żmijowiska 2), Kałusz (Dobrowlany 1, Nowica 1), Lwów pow. (Barszczowice 11), Sambor (Dorożów 1), Śniatyn (Rudniki 2, Trościaniec 1), Tłumacz (Bortniki 3), Turka (Swidnik 2), Zaleszczyki (Burakówka 4), Złoczów (Belzec 2); nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych 7 przypadków w 7 gminach, a mianowicie Biała (Huciska 1), Pilzno (Jaworze górn. 1), Rzeszów (Rzeszów 1), Rudki (Bieńkowa w. 1), Stryj (Synowódzko w. 1), Wieliczka (Zagorzany 1), Żydaczów (Żurawno 1). *T.*

Śmiertelność i chorobowość Krakowa w r. 1901 i 1902. W świeżo wydanym przez Biuro statystyczne miejskie znakomicie opracowanym IX zeszycie »Statystyki m. Krakowa« znajduje się bogaty materyał, dotyczący spraw zdrowia publicznego. Z zawartych w nim danych wyjmujemy następujące liczby: zmarło ‰ mieszkańców bez obcych i wojska w Krakowie w roku 1901 19.34, (w gminach podmiejskich 21.63), w roku 1902 śmiertelność w Krakowie i gminach podmiejskich zrównała się (20.27); z gruźlicy zmarło w Krakowie w roku 1901 — 22.13‰ (20.07), w roku 1902 — 22.44 (22.81). — Na choroby zakaźne ostre zachorowało w Krakowie w r. 1901 — 10.69‰ mieszkańców (w gminach podmiejskich 16.38), a w r. 1902 — 7.64 (6.81). *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 17/VI. a 23/VI. b. r. urodziło się dzieci żywo 61, nieżywo 3; zmarło osób 57 (obcych 25); z tego z gruźlicy 15 (6), zapalenia płuc 8 (1), błonicy — (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry 2 (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 2 (1), czerwonki — (—), innych chorób zakaźnych 1 (1), śmierci gwałtownej 4 (3). —

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 10 do 16/VI 1906 r. zgłoszono przypadków błonicy 6 (obcych 0), krztuśca 5, płonicy 5, duru brzusznego (2), nagminnego zapalenia opon 1; w tymże czasie zmarł z nagminnego zapalenia opon 1 chory.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 27/VI b. r. posiedzenie, na którem dr Latkowski wykładał: »O wpływie białka surowicy krwi na jej punkt marznięcia«. W dyskusyi przemawiali dr Gertler i Frączkiewicz.

— Prof. dr Walery Jaworski mianowany został profesorem zwyczajnym rzeczywistym i dyrektorem kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Inauguracyjny wykład prof. Jaworskiego w dniu 27/VI b. r. dał sposobność do gorącej owacyi ze strony młodzieży, której imieniem przemawiał słuchacz med. p. Oszacki, i ze strony Wydziału lekarskiego, którego wszyscy członkowie na wykład ten przybyli.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich otrzymał p. Bernard Grünzweig, rodem z Krakowa.

— Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył d. 23/VI posiedzenie, na którem załatwiono szereg spraw administracyjnych, ułożono porządek dzienny obrad Pełnej Izby, którą uchwalono zwołać na dzień 14 lipca b. r., przedyskutowano sprawy, mające z inicyatywy Izby przyjść pod obrady XI. wiecu Izb w Krakowie, przyjęto do wiadomości zamknięcie rachunków za rok ubiegły, wreszcie uchwalono odpowiedź Namiestnictwu w sprawie rekursu przeciw jednemu z orzeczeń Wydziału Izby. Z powodu spóźnionej pory nie wyczerpano porządku dziennego

i postanowiono odbyć jeszcze jedno posiedzenie Wydziału przed zebraniem się Pełnej Izby. *L.*

Lwów. Ku uczczeniu 35-letniego jubileuszu pracy dla kraju ustępującego inspektora szpitali krajowych, dr Jana Stelli-Sawickiego, urządził utworzony w tym celu komitet prymaryuszy w dniu 24 czerwca b. r. uroczysty obchód przy licznym udziale lekarzy z całej Galicyi. Wobec tłumnego zgromadzenia w sali Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odczytał prezes komitetu dyr. dr Józef Starzewski następujący, niemilknącymi oklaskami przyjęty adres:

»Wybranym tylko dane doczekać w czerstwości wieczora pogodnego i patrzeć przy blaskach zachodu na spełnione dzieło żywota, wspominać drogi wśród cierni przebyte, spożywać słodkie owoce zasług i uznania.

Takim wybrańcem Opatrzności Ty jesteś, Czcigodny Panie, byś trwał żywym wzorem dla młodego pokolenia, że każde pole sposobne dla prawego Polaka i prawego człowieka — że w najcięższej chwili nie trzeba tracić wiary, ani rąk opuszczać.

Przebywszy udręczenia, męki i zawody epoki, która Cię nie starła, choć jak Moloch żywiła się ludźmi — nie siadłeś płakać na zgliszczach, ale stanąłeś w szeregach tych, co z pod gruzów dźwignęli się do roboty, wołając: jeszcze nie zginęła....

Byłeś z tych, o których powiedziano: zawsze Oni....

I kiedy Cię Władze krajowe powołały na stanowisko Inspektora szpitali publicznych, zabrałeś się do nowej pracy na roli stojącej odłogiem, zachwaszczonej, zawalonej kamieniami. Hart duszy i zapał bojownika towarzyszyły Ci w tym nowym zawodzie. Ile zdziałałeś, świadczy obecny kwitnący stan szpitalnictwa naszego. Warunki miałeś trudne, walczyłeś z przesądami pokoleń, z uporem obywatelskich krótkowidzów i niechęcią zaściankowych wielkości; — walczyłeś w czasach, kiedy brak kolei, dobrych dróg, wszelkich wygód, czynił Twe podróże po zakątkach kraju prawdziwemi wyprawami, wymagającemi sił i zdrowia.

Nie poprzestając na tem, rozwinąłeś równocześnie działalność publicysty, czy jako dziejopis krwawej doby 63 roku, czy jako przyrodnik, higienista i bystry obserwator bieżących potrzeb kraju, a stworzyłeś piórem dzieł pożytecznych tyle, że stanowią one już dorobek tak poważny, że wystarczyłoby go samego na pomnik pracowitości płodnego pisarza.

Dziś, kiedy złożyłeś urzędową pracę i pora wywczasu Ci nadeszła, kiedy przeglądasz dzieje pracowitego żywota, czuć musisz w piersiach poczciwą dumę, że siły Twe jeszcze nie stargane, że nie pora Ci jeszcze usiąść u komina i grzebać we wspomnieniach, boś silny i krzepki ciałem, a młody i czerstwy duchem.

I w dniu Twych pierwszych Imienin Emeryta, my lekarze ze służby krajowej niesiemy Ci hołd uznania, żeś wiek Twój spędził w trudzie i znoju i żeś przechował w Sobie niedościgłą dla nas tężyznę minionej epoki i żeś jest zwierciadłem szermierza wolności i Polaka-lekarza.

Przyjm od nas życzenia gorące, by dalsze jak najdłuższe Twoje życie było pasmem jednem pogodnych, miłych dni tej naszej sławnej, cudnej, polskiej jesieni«.

Za życzenia podziękował Jubilat gorącem przemówieniem. Następnie przy wspólnej wieczerzy przemawiali drdr: radca W. Opolski, prezes Towarzystwa lekarskiego lwows. T. Stachiewicz, rektor uniw. prof. Gluziński, prof. Ziembicki, r. dw. prof. Kadyi imieniem tow. przyr. im. Kopernika, Zagórski i Dulęba jako towarzysze broni Jubilata z czasów powstania, dyr. Starzewski imieniem nieobecnego z powodu choroby inspektora szpitali kraj. dr Łuszczkiewicza, a szereg przemówień zakończył prof. Mars, wznosząc »Kochajmy się«.

W obchodzie tym wzięła udział Redakcya »Przeglądu lek.«, uprosiwszy na swego przedstawiciela i tłómacza swych uczuć prof. dr Ziembickiego. *t.*

— Krajowa Rada Zdrowia obradowała 12 czerwca b. r. 1) nad sprawą jaglicy w kraju, 2) nad wartością przyrządu odkażającego, zbudowanego w zakładzie higienicznym prof. Bądzyńskiego przez c. k. asystenta sanitarnego dr Gąsiorowskiego. W sprawie jaglicy po ożywionej dyskusyi nad referatem prof. Macheka uchwalono przedstawić Namiestnictwu wnioski a) utworzenia bezpłatnych ambulatoryów dla chorych na choroby spojówek w większych miastach i miasteczkach, opierając te ambulatorya o instytucyę lekarzy okręgowych i szpitali prowincyonalnych; b) utworzenia dla próby jednego szpitala ruchomego pod kierunkiem okulisty; c) nieurlopowania żołnierzy, dotkniętych jaglicą, przed wyleczeniem i zapobiegania jaglicy w wojsku; d) ulepszenia wykazów żołnierzy, urlopowanych z powodu jaglicy i przedkładania ich przez wojsko wprost Namiestnictwu; e) ujednostajnienia podstaw rozpoznawczych jaglicy wśród lekarzy cywilnych i wojskowych; f) zebrania dokładnej statystyki jaglicy w kraju. — Za zbudowanie i wypróbowanie działania przyrządu do odkażania zapomocą par formalinowych przy wyższej ciepłocie uchwalono wyrazić uznanie prof. Bądzyńskiemu i dr Gąsiorowskiemu i przyrząd ten Namiestnictwu jak najgoręcej polecić.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył w dniu 23. czerwca posiedzenie, na którem zajmował się następującemi sprawami: Przeprowadzono w charakterze Rady honorowej rozprawę ustną przeciw dr F. w Z. i wydano w tej sprawie wyrok, w dwóch zaś innych sprawach honorowych przeprowadzono wstępną dyskusyę. — Omówiono w dalszym ciągu sprawę założenia w Izbie »bióra ochrony prawnej« dla lekarzy i uchwalono ostatecznie otworzyć takie bióro z d. 1 października b. r. — Postanowiono zwrócić się do Wydziału wykonawczego Izb, aby tenże przez systematyczne przeglądanie wszystkich wydawnictw parlamentarnych śledził pilnie sprawy, dotyczące, stanu lekarskiego, które mają być przedmiotem obrad parlamentu. — Załatwiono szereg drobniejszych spraw bieżących.

— XIV posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się dnia 22 czerwca 1906. 1) Prof. Łukasiewicz przedstawił chorego 40-letniego, który od lat 10 cierpi na *lichen ruber acuminatus*. Obok pojedynczych wyniosłych guzków pokrytych łuską, widoczne są miejsca, gdzie guzki gęsto leżą obok siebie, zlewają się ze sobą, a pokryte są łuską, co może w pierwszej chwili sprawiać wrażenie łuszczycy. 2) Dr Leszczyński przedstawił chorych, dotkniętych toczniem, a leczonych nadmanganianem potasowym (1:50) i skaryfikacyami. Wynik leczniczy i kosmetyczny dość dobry. W dyskusyi przemawiał prof. Łukasiewicz. 3) Doc. Kučera przedstawił preparat z zapalenia zastawek serca; z wyrośli na zastawkach wyhodowano dwoinkę tryprową; następnie w dłuższym wykładzie dał dokładny pogląd na tę sprawę. W dyskusyi przemawiali dr Pisek i prof. Gluziński. *t.*

— Wskutek starań zarządu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego zezwoliły władze wojskowe przystępować lekarzom wojskowym do Towarzystwa. (Dawniejsze starania o takie zezwolenie nie odnosiły skutku).

Warszawa. Jak żywo przygotowują koła lekarskie w Królestwie pracę na polu lekarsko- i higieniczno-społecznem, świadczy oprócz mnogich artykułów, pojawiających się w tych sprawach w pismach lekarskich i prasie codziennej, prócz ukazywania się książek i broszur, przedmiotowi temu poświęconych (»Medycyna w Samorządzie«), także i dobór tematów w ruchliwem Towarzystwie higienicznem, czego odbiciem jest i treść »Zdrowia«. Ostatni n. p. zeszyt tego pisma poświęcony jest niemal w całości higienie szkolnej, co wobec ruchu na polu własnemi siłami tworzonego polskiego szkolnictwa jest bardzo na dobie. W tymże zeszycie porusza dr Męczkowski piekącą sprawę zaradzenia brakom w szpitalach warszawskich.

— W jesieni roku 1905 zorganizował Komitet Muzeum Przemysłu i Rolnictwa systematyczne wykłady z nauk ścisłych; po uzyskaniu pozwolenia wykłady te rozpoczęto 15 stycznia 1906 a obejmowały one między innymi także biologię ogólną (Sosnowski) i embryologię (Tur). Obecnie zawiązało się Towarzystwo kursów naukowych, które otworzy wolny uniwersytet na znacznie szerszą skalę we wrześniu r. b.

— »Zdrowie« utworzyło celem rozwoju pisma komitet redakcyjny (dotychczas redakcya tego pisma pozbawioną była stałej pomocy szerszego grona).

— Na utrzymanie szpitali warszawskich udzieliło ministeryum spraw wewnętrznych Radziej Miejskiej Dobroczynności publicznej 500,000 rb. pożyczki z funduszów rządowych.

— Nagrodę konkursową im. ś. p. R. Plaskowskiego przyznało Towarzystwo lekarskie warszawskie Dr Władysławowi Sterlingowi za pracę p. t. »Badania psychologiczne nad świadomością i pamięcią w porażeniu ogólnem postępującem«.

— Dr Aleksander Maciesza z Płocka wybrany został posłem do dumy rosyjskiej.

Z różnych stron. Prof. Calmette przedłożył 11 czerwca b. r. akademii nauk ścisłych w Paryżu sprawozdanie z prac swych nad uodpornieniem przeciwko gruźlicy bydlęcej. Stwierdził on naprzód, że można uodpornić młode bydło przez podawanie wewnętrzne małych ilości prątków gruźlicy ludzkiej, a potem, że można uzyskać odporność, której trwania jeszcze określić nie może, także przez dwukrotne w 45-dniowym odstępie podanie hodowli gruźlicy bydlęcej, zabitych 5-minutowem gotowaniem.

Gdyby te spostrzeżenia się sprawdziły, to możnaby, zdaniem Calmettea, podawać w podobny sposób niemowlętom małe ilości zabitych hodowli prątka gruźlicy ludzkiej lub bydlęcej z mlekiem, strzegąc je potem jednak jak najtroskliwiej przez 4 miesiące od sposobności zakażenia, t. j. tak długo, dopóki nie nastąpi uodpornienie. Noworodki rodziców gruźliczych trzebaby w tym celu pomieszczać w osobnych zakładach. W dyskusyi potwierdził Roux, dyrektor zakładu Pasteura w Paryżu, na zasadzie swych doświadczeń, wykonanych wspólnie z prof. Vallée z Alfort, że można bydło rzeczywiście uodpornić przeciw gruźlicy drogą przewodu pokarmowego, oświadczył jednak, że co do uodpornienia tą drogą dzieci nie może jeszcze wydać zdania.

— II międzynarodowy zjazd w sprawie zdrowotności i zdrowotnej policyi mieszkań odbędzie się w Genewie 4—10 września b. r. Wyjaśnień udziela sekretarz zjazdu p. A. Wuarin (Genewa, 1, rue des Moulins).

— Przyszły zjazd w sprawach antropologii kryminalnej ma się według zapadłyah na tegorocznym zjeździe turyńskim uchwał odbyć w r. 1910 w Niemczech.

— Otwarte świeżo pod Londynem uzdrowisko imienia króla Edwarda dla suchotników odznacza się pomysłową innowacyą, mianowicie zbudowane jest terasowato, aby balkonom (leżalniom) wyższych piąter dostarczyć jaknajwięcej powietrza i słońca.

Mianowani: Doc. Dalén nadzw. profesorem okulistyki w Lund; dr Barbera nadzw. profesorem fizyologii w Messinie; dr Tedeschi nadzw. profesorem pedyatryi w Padwie; doc. Albert Plehn w Berlinie — profesorem;

nadzw. prof. anatomii w akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, dr Jan Szawłowski — profesorem zwyczajnym.

Zmarli: Dr Feliks Rymowicz, wychowanek petersburskiej akademii lekarskiej, b. docent uniwersytetu kazańskiego; przed wojną japońską praktykował jako okulista w Warszawie; ogłosił szereg cennych prac, zwłaszcza z zakresu bakteryologii worka spojówkowego. w „Postępie okulistycznym“.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 24. Chełchowski: Epidemia włośnicy. Pawiński: (c. d. z Nr 23).

— *Medycyna* Nr 24. Rzętkowski, Dobrowolski: (dok. z Nr 23). — Nr 25. Łapiński: Przyczynek do nauki o chorobach umysłowych pochodzenia toksycznego i zakaźnego ze szczególnem uwzględnieniem t. zw. delirii acuti. Hornowski: O możliwości przedziurawienia kiszki przez glistę ludzką.

— *Nowiny lekarskie* Nr 6. Hornowski: O fałszywych wnioskach, które można wyciągnąć z rezultatów badania moczu. Wachholz: Doświadczalne przyczynki do nauki o śmierci ze zmarznięcia. Karliński: O leczeniu przymiotu srebrem. Kadyi: Rys dziejów Wydziału lekarskiego we Lwowie.

— *Tygodnik lekarski* Nr 25. Wiczkowski, Selzer i Giltelmacher-Wilenko: Próba zastosowania reakcyi biochemicznych do klinicznych badań. Leszczyński: Krętek blady, a rozpoznawanie kiły. Ziembicki. Szumowski: (dok. z Nr 25).

— *Zdrowie* Nr 6. Wernic. Co wiemy o stanie współczesnej higieny szkolnej w Królestwie Polskiem. Sosnowski: Uwagi dla zakładających szkoły średnie ogólno-kształcące i dla wychowawców. Inż. Kornilowicz: Przepisy dotyczące budynków szkolnych. Męczkowski: Kryzys szpitali warszawskich; środki zaradcze. Jaroszyński: Oświetlenie elektryczne pod względem higienicznym.

— *Časopis lekařův českých* Nr 25. Cisler. Poruhy hrtanové při tabes dorsalis. Schnurpfeil: Případ habituelné luxace interfalangeálni prstu ruky. Gregor: (dok. z Nr 24). Semerad: Případ epidemického zánětu mozkomichových plen skončivši kortikalni motorickau afasii.

— *Russkij Wracz* Nr 22. Pawłowskij: Spostrzeżenia i uwagi o ranach postrzałowych pociskami małego kalibru w wojnie rosyjsko-japońskiej. Domiernikowa: Spirochaete pallida w tkance płuc przy pneumonia alba. Szczegolew: O leukocytozie, jej znaczeniu w ostrych chorobach zakaźnych i granicach zużytkowania jej w celach rozpoznawczych. Batujew: (d k. z Nr 21).

— *Semaine médicale* Nr 25. Cheinisse: Gorączka gruczołowa.

— *Presse médicale* Nr 36. Le Gendre: Lekarz, a prawda. Nr 48. Guillain i Thaon: Zgorzel kończyn na tle gruźliczem. Falloise: Poronne krwotoki żołądkowe. — Nr 49. Legueu: O gruźlicy narządów moczowo-płciowych. Martinet: Obecny stan leczenia fosforem. — Nr 50. Dieulafoy; Wielu ludzi, dotkniętych śluzowo-błoniastem zapaleniem kątnicy i okrężnicy, operuje się niepotrzebnie z powodu rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego. Bernard: Żywienie się paryskiej ludności robotniczej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 25. Escherich: Zastosowanie pyocyanazy w leczeniu nagminnej grypy niemowląt i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Jehle: O powstawaniu epidemii zapalenia opon. Pick: O mikrografii na tle ruchowem. Doerr: O agresynach. Stegmann i Just: Działanie cieplic w Baden-Baden ze względu na ich promieniotwórczość. Nešpor: W sprawie leczenia ostrego ropienia i zranień kamforą fenolową Chlumskyego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 25. Baumann: W sprawie rozróżniania paciorkowców. Ludloff: Osłuchiwanie kręgosłupa, kości krzyżowej i miednicy. Jolly: O obrocie przy łożysku przodującem. Treutlein: Z chirurgii polowej w Japonii. Spaether: W sprawie żywienia osesków w kołach robotniczych. Köhler: Przypadek odmy urazowej. Cohn: Leczenie hetolem w miąższowem zapaleniu rogówki. Beck: Nowy przyrząd do badania widzenia. Reuschel: Najprostszy sposób hodowania beztlenowców w pożywkach płynnych. Berger: W sprawie barwienia krętka bladego. Liepmann: Wartość statystyki w sprawie szybkiego rozwiązania w rzucawce. Stubenrauch: Sposób Theilhaberowski zmniejszenia możliwości zakażenia przy operacyach w jamie brzusznej. Heller: O niewyjaśnionej chorobie gorączkowej z najwyższą dotąd spostrzeganą ciepłotą. Ebstein: Choroba cesarza Zygmunta (1400—1437).

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 25 Aschoff: Czy przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego jest warunkiem napadu ostrego? Schiefferdecker: O przypadku szczątkowej sieci wielkiej u człowieka i o znaczeniu sieci. Rosenheim: (dok. z Nr 24). Rosenberger: Wydzielanie cukru w moczu przy włóknikowem zapaleniu płuc. Kowarski; Uproszczony sposób oznaczania ilości kwasu moczowego w moczu. Riese: Operacye na pęcherzykach nasiennych. Strauss: O przedziurawieniu pęcherza przy wyskrobywaniu. Benedikt: Przyczynek do teoryi typowych chorób zwyradniających układu nerwowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 26. Lesser: Stanowisko dermatologii w medycynie. Oppenheim i Borchardt: Dwa przypadki skutecznie operowanych nowotworów opon rdzenia. Ewald: Białaczka bez krwi białaczkowej? Kammann: Gorączka sienna i jej leczenie surowicą. Jacoby: Leczenie trypra zapomocą przekrwienia zastoinowego. Kuttner: (dok. z Nr 25). — Wykłady ze zjazdu balneologów.

Redakcya otrzymała: Statut krajowego związku turystycznego. — Lemberger i Droba: Komentarz do VIII. wydania farmakopei austryackiej. Zeszyt 2. — W sprawie Szczawnicy. (Interpelacya posła Stapińskiego i tow. w Sejmie gal. w r. 1905).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr **Jekels Ludwik**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena. kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Damański Emanuel**.
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).

Dr **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.

Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „pod Kosynierem").
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr **Mayer Józef**, (Łazienki borowinowe).
Dr **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.

Dr **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.
Dr **Dukiet**.

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne).

Dr **Trzciński B.**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr **Górski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag**, („pod Attylą").
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu („Miedziuś"), ordynuje od 26 lat.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), zimą w **Meranie.**

Truskawiec.

Dr **G. Gittelmacher — Wilenko.**
Dr **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła (Zakład wodoleczniczy).

Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.

Dr **Lewkowicz Ksawery**, Doc. Uniw. Jag., ord. w chorobach dzieci od 1 lipca do 15 października (ul. Sienkiewicza 15).

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg").
Dr **Zeitner Józef**, (Kirchenstrasse „Stadt-Paris").

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" VI.).

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr **Kostecki B.**, (Haus „Weisser Hase") zimą w **Abacyi**.

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).

Dr **Weissenberg**, ord. jak corocz. w jęz. pol. (zimą w **Nervi**).

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, („Dom Lissa").
Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").
Dr **Liebeskind Józef**, („Haus Kronprinz").

Nauheim.

Dr **Jankowski Fr.**, („Hotel Europejski").
Dr **Łowiński.**

Oeynhausen (Westfalia).

Dr **Janta Połczyński**, specyalista w chorobach nerwowych.

Rok IV. 108 Rok IV.

„GŁOS LEKARZY“

Dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.

Wychodzi we Lwowie pod redakcyą **Dr Szczepana Mikołajskiego.**

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron = 6 marek = 3 ruble.
Adres redakcyi i administracyi: **Lwów, ul. Śniadeckich, Nr. 6.**

Meran - - - - - Meran

Willa „Stefanja“

pierwszorzędna lecznica fizykalno-dyetetyczna, jesienno-zimowa.

Sezon od 1-go września do 15-go czerwca.

Zakład po raz trzeci znacznie rozszerzony. Nowo zaprowadzone: prądy d'Arsonvala, kąpiele sinusoidalne, szwedzka gimnastyka maszynowa, kąpiele słoneczne. — Ogrzewanie centralne, winda elektryczna. — Ceny umiarkowane.

Dr. Binder,
(leczy także po za Zakładem).

153

Sławne na cały świat źródła:

VICHY

Własność francuskiego Państwa.

Administracya:
Paryż, 24 Boulevard des Capucines 24.

Polecane przez pierwsze powagi lekarskie:

Celestins: w chorobach nerek, cierpieniach dróg moczowych, w dnie i cukrzycy.

Grande-Grille: w kolkach wątrobnych i kamykach żółciowych, w zastojach w zakresie organów jamy brzusznej.

Hôpital: we wszystkich niestrawnościach.

Przetwory: sole do kąpieli i picia, pastyiki

Składy we wszystkich składach wód mineralnyoh i aptekach.

Prawdziwe tylko wtedy, jeśli kapsle i etykiety noszą firmę źródła. 219

Należy zawsze podawać dokładnie nazwę żądanego zdroju

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum“. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działające szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: original Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 168 3

Rok XLV. Kraków 7 Lipca 1906. Nr 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu higieny U. J. i z zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi prof. O. Bujwida w Krakowie.

Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliźnie.

(Część II[1]).

Podał

R. Nitsch, asystent Zakładu higieny.

Zajmując się od kilku lat jużto chwilowo, jużto przez czas dłuższy szczepieniami przeciw wściekliźnie w krakowskim zakładzie prof Bujwida, porównywałem nieraz statystykę tego zakładu i innych zakładów zagranicznych z przypadkami śmierci na wściekliznę u osób, wcale nie leczonych. Z tego porównania wyszedł ciekawy wynik, który — o ile mi wiadomo — nie był dotąd dokładnie omówiony w piśmiennictwie, dotyczącem tego przedmiotu. Pokazało się mianowicie, że z osób, zmarłych na wściekliznę pomimo leczenia, znacznie większy odsetek zmarł w krótkim czasie po ukąszeniu, aniżeli z tych osób, które się wcale do leczenia nie zgłosiły. Z tego możnaby przy powierzchownym sądzie wysnuć wniosek, że szczepienia ochronne przyspieszają dość często śmierć z wścieklizny, w tych mianowicie przypadkach, w których są bezskuteczne. Bo skuteczności tych szczepień wogóle dzisiaj zaprzeczać byłoby tem samem, co zaprzeczać skuteczności szczepień przeciw ospie. Chodzi jednak o to, aby i tę sprawę krytycznie oświetlić i rozstrzygnąć, czy w tych nielicznych przypadkach (najwyżej 1%), w których szczepienie owo zawodzi, czy w tych przypadkach właśnie nie działało ono niekiedy szkodliwie, wywołując wcześniejsze zejście śmiertelne, niżby to nastąpiło bez leczenia. Bo nie ulega wątpliwości, że możliwość takiego działania nawet w tych wyjątkowych przypadkach — rzucałaby poważny cień na metodę Pasteurowską.

Omówienie tej sprawy będzie pierwszem zadaniem niniejszej rozprawki. Potem zastanowimy się, czy — odwrotnie — szczepienia ochronne nie przedłużają czasami okresu wylęgania choroby; przypuszczenie takie ma bowiem, jak się zdaje, dość zwolenników. Wreszcie porównamy statystykę Bauera z r. 1886 z naszymi wynikami. Dla rozstrzygnięcia dwóch pierwszych pytań potrzeba koniecznie oprzeć się na obszernym materyale statystycznym. W tym celu zestawiłem w tablicach przypadki śmierci u osób. szczepionych w zakładzie krakowskim (od początku), w zakładzie warszawskim (od r. 1895) i w zakładzie paryskim (od r. 1897). Roku 1896 już nie uwzględniono w zestawieniu z zakładu paryskiego, ponieważ w sprawozdaniu tego zakładu nie przytoczono, czy były jakie przypadki śmierci u osób leczonych przed 15. dniem po skończeniu leczenia. Daty czerpałem z publikacyi w „Przeglądzie lekarskim", w „Medycynie" i w „Rocznikach Pasteura" Uwzględniałem przytem wszystkie przypadki śmierci, jednak do dalszych wniosków zużywałem tylko te, które zaszły u osób, przynajmniej 10 dni leczonych. Sądziłem bowiem, że 10-dniowe leczenie powinno już wywrzeć wpływ jakiś na ustrój ludzki. Tylko te przypadki pominąłem, gdzie śmierć nastąpiła przed upływem 10 dni po rozpoczęciu szczepień, bo przypuszczam, że przed 10 dniami szczepienie nie mogło jeszcze wpłynąć na wynik choroby.

Z drugiej strony starałem się, gdzie mogłem, o zbieranie dat o śmierci osób, pokąsanych przez zwierzęta wściekłe. a nie leczonych. Daty te zbierałem tylko z nowszego piśmiennictwa (po roku 1886). Tak w statystyce u osób szczepionych, jak i nieszczepionych, nie zamieściłem osób, zmarłych po pokąsaniu przez wilki. Wiadomo bowiem, że ukąszenia przez wściekłe wilki są prawie zawsze bardzo ciężkie, bez porównania cięższe i groźniejsze dla życia, niż pokąsania przez inne zwierzęta. Wskutek tego nie można i przypadków śmierci po takich ukąszeniach stawiać na równi ze śmiertelnością po innych ukąszeniach. Wyniki zestawiłem w tablicach, w których starałem się umieścić wszystkie daty, tyczące się pokąsania, choroby i śmierci.

W tablicach tych wszystkie cyfry z gwiazdką oznaczają daty, nie całkiem dokładne. W takim razie z danych, przytoczonych w piśmiennictwie o śmierci oznaczałem zawsze średnią i tę oznaczałem cyfrą z dodaniem gwiazdki. Jeżeli n. p. podano „umarł w marcu", to oznaczałem śmierć na 15/III z gwiazdką; jeżeli podano „umarł w 6 tygodni po ukąszeniu" to liczyłem od ukąszenia 42 dni, dodając gwiazdkę i t. d.

W tablicy III umieściłem przypadki śmierci z krakowskiego zakładu aż do końca 1905 r. Zauważyć należy, że w r. 1905 szczepiono w tym zakładzie znacznie energiczniej, aniżeli lat poprzednich Prawdopodobnie z tego powodu nie było tam wcale późnych przypadków śmierci

(Patrz tabl. str. 486—490).

[1]) Część I ogłoszona była w tygodniku „Medycyna" 1904, Nr 31—33 (tom XXXII).

Tablica I.

Osoby zmarłe na wściekliznę pomimo leczenia w paryskim zakładzie Pasteurowskim od 1897—1904 r.

L. p.	Rok	Imię, nazwisko i płeć osoby pokąsanej	Wiek	Zwierzę kąsające i kategorye wedle Pasteura	Miejsce ukąszone	W gołe ciało czy przez ubranie	Sposób opatrzenia zadanej rany	Po ilu dniach od ukąszenia rozpoczęto szczepienie	Ile dni szczepiono	Początek choroby (w dniach)		Śmierć (w dniach)		Gdzie i kiedy ogłoszono sprawozdanie	Uwagi
										od ukąszenia	od końca leczenia	od ukąszenia	od końca leczenia		
1	1897	C. B. m.	26	pies B	ręka	gołe ciało	?	2	17	?	?	45	26		
2	„	L. F. m.	23	„	„	„	po 5 godz. kauteryzacya środkiem niewiadom.	1	17	?	?	43	25		
3	„	A. B. k.	19	„	„	„	?	5	17	?	?	182	160		
4	„	J. H. m.	53	„	twarz	„	żaden	7	18	24	podczas leczen.	27	2		
5	„	G. S. m.	7	pies A	ręka	„	po godzinie żelazo rozpal.	3	14	?	?	60	43	Ann. Pasteur XII. 1898. p. 301. Pottevin.	
6	„	S. R. k.	8	pies B	noga	przez wełnianą pończochę	po pół godz. kauteryzacya środkiem niewiadom.	1	17	?	?	51	33		
7	„	J. V. m	33	„	ręka	gołe ciało	żaden	3	17	?	?	50	30		
8	„	P. M. m.	38	„	twarz	„	„	2	20	?	?	20 kilka	kilka dni		
9	1898	L. H. m.	39	„	ręka	„	„	1	17	49	31	52	34		
10	„	H. H. m.	68	„	„	„	„	3	17	131	111	133	113		
11	„	A. O'L. m.	22	pies C	noga	przez spodnie, które zostały przytem rozdarte	po 40 minutach lapis	21	44	?	?	92	27		
12	„	J. L. m.	48	pies B	twarz i obie ręce	gołe ciało	żaden	8	16	24	0	26	2	Ann. Pasteur XIII. 1899. p. 518. Pottevin.	
13	„	T. M. Q. m.	3	„	twarz	„	po pół godz. jakieś causticum	4	15	19	podczas leczen.	21	podczas kurac.		Nr 13, 14 bracia, pokąsani przez tego samego psa.
14	„	J. M. Q. m.	7	„	twarz i ręka	„	j. w.	4	20	?	?	34	10		
15	1899	E. T. m.	7	„	twarz i noga	„	?	6	16	22	0	26	4		
16	„	E. M. m.	5	„	twarz	„	żaden	5	18	23	0	27	4		
17	„	A. M. m.	34	„	ręka	„	po $^3/_4$ godz. kaut. jakimś płynem	2	17	28	9	30	11		Nr 17, 18, ojciec i syn, pokąsani przez tego samego psa.
18	„	Ch. M. m.	5	„	twarz i głowa	„	żaden	2	20	28	6	31	9		
19	„	J. T. m.	11	„	ręka	„	po 10 minut. arnika	3	17	22	2	24	4		
20	„	B. Ch. k.	19	pies A	twarz	„	żaden	6	20	36	10	38	12	Ann. Pasteur XIV. 1900. p. 487. Viala.	
21	„	J. L. k.	10	pies B	ręka	„	po 2 godz. woda karbol.	2	14	46	30	50	34		
22	„	Ch. Ch. m.	17	„	noga	przez podarte spodnie	żaden	2	15	59	42	61	44		
23	„	L. G. m.	39	pies A	obie ręce	gołe ciało	„	3	19	?	?	230*	208*		* „około" data dokładna nieznana.
24	„	L. O k.	49	pies B	twarz	„	„	7	21	50	22	51	23		

25	*1900*	*M. S. m.*	*28*	*pies B*	*ręka*	*gołe ciało*	*w pół godz. lapis*	*23*
26	„	T. P. m.	25	pies A	twarz	„	woda kolońska w pół godz.	9
27	„	J. M. m.	8	„	„	„	woda zwykła	3
28	„	M. L. k.	5	pies B	„	„	żaden	0
29	„	M. P. k.	12	„	ręka i noga	przez ubranie podarte	?	3
30	„	E. G. k.	2	„	noga	przez pończochę	?	2
31	„	L. P. m.	16	pies C	ręka	gołe ciało	w 20 minut, termokauter,	2
32	„	E. Ch. m.	68	pies B	„	„	woda borowa	62
33	„	C. P. k.	?	„	obie ręce	„	po $^1/_4$ godz. sublimat	2
34	„	A M. m.	50	„	ręka	„	na 2 dzień alkohol	4
35	„	G. M. m.	37	„	„	„	żaden	4
36	„	T. B m	61	„	„	„	lapis	24
37	1901	B. H. k.	47	pies A	twarz	„	żaden	2
38	„	E. H. m	29	„	„	„	?	27
39	„	H D. m.	4	pies B	„	„	ocet	2
40	„	H. A. m.	62	„	ręka	„	„	3
41	„	A. J. m.	30	„	obie ręce	„	żaden	1
42	„	B. B. m.	72	„	ręka	„	„	1
43	„	L. N m.	6	pies C	twarz	„	?	2
44	„	L. R. m.	46	kot B	ręka	„	wymyto wodą fizyologiczną	12
45	1902	R. B. k.	2	pies B	twarz	„	żaden	1
46	„	? D. k.	63	„	obie ręce i noga	„	fenol	2
47	„	J. P m.	51	„	ręka	„	żaden	9
48	1903	J. D'H. m.	9	„	noga	?	?	?
49	„	Ch. A. m.	30	„	ręka	gołe ciało	?	1
50	„	A. B m.	5	pies A	twarz	„	?	?
51	„	C C. m.	7	pies C	noga	?	?	0
52	1904	H. S. m.	7	„	twarz	gołe ciało	żaden	6
53	„	A. K. m.	5	„	„	„	„	3
54	„	J. B. m.	47	pies A	ręka	„	termokauter.	3
55	„	A. B. m.	?	„	twarz	„	?	5
56	„	A. M. m.	59	pies C	ręka	?	woda karbolowa	1

1	24	zachorował w 2 dniu leczenia	28	podczas	Ann. Pasteur XV. 1901. p. 445. Viala.	
20	32	3	36	7		
20	36	13	41*	18*		* daty nie całkiem dokładne
20	24	4	27	7		
17	27	7	31	11		
17	20	1	22	3		
17	33	4	38	9		
17	153	74	156	77		
17	44	25	49	30		
17	37	16	39	18		
14	61	43	67	49		
17	?	?	659	618	Ann. Pasteur XVII. p. 368.	
20	21	podczas leczenia	26	4		
18	?	?	45	0		
20	22	0	26	4		
17	46	26	47	27	Ann. Pasteur XVI. 1902. p. 452. Viala.	
17	?	?	283	265		
17	35	17	38	20		
20	41	19	43	21		
15	73	46	76	49		
13	14	podczas	16	podczas		
19	92	71	95	74	Ann. Pasteur XVII. 1903. p. 365. Viala	
17	129	103	130	104		
14	?	5	?	11		
17	?	?	28	10	Ann. Pasteur XVIII. 1904. pag. 413. Viala.	Brak daty pokąsania u Nr 48 i 50.
20	?	34	?	35		
17	?	?	42	25		
20	?	?	28	2		
19	21	podczas	24	2		
17	39	19	43	23	Ann. Pasteur XIX. 1905 p. 411. Viala.	
19	53	29	55	31		
17	48	30	51	33		

Tablica II.

Osoby zmarłe na wściekliznę pomimo leczenia w warszawskim zakładzie dra Palmirskiego (1895—1904).

L. p.	Rok	Imię, nazwisko i płeć osoby pokąsanej	Wiek	Zwierzę kąsające i kategorye według Pasteura	Miejsce ukąszenia	W gołe ciało czy przez ubranie	Sposób opatrzenia zadanej rany	Po ilu dniach od ukąszenia zaczęto szczepienie	Ile dni szczepiono	Początek choroby (w dniach)		Śmierć (w dniach)		Gdzie i kiedy ogłoszono sprawozdanie	Uwagi
										od ukąszenia	od końca leczen.	od ukąszenia	od końca leczen.		
1	1895	M. B. m.	12	pies C	ręka i noga	?	na 2. dzień kwas karbol.	4	8	25	13	28	16	Medycyna, 1897, p. 28. Palmirski.	
2	„	P. P. m.	45	„	ręka	gołe ciało	żaden	1	8	?	?	104	95		
3	„	A. K. M.	54	pies B	„	„	„	8	8	?	?	97	81		
4	„	M. R. m.	14	pies C	twarz	„	„	8	12	?	?	368	348		
5	1896	M. R. k.	39	pies A	ręka	„	„	3	9	?	?	45	33	Medycyna, 1897, p. 906. Palmirski.	Nr 7.* Data niedokładna. „umarł w końcu lipca".
6	„	B. W. m.	24	pies C	„	„	woda karbol.	3	10	55	42	57	44		
7	„	R. R. m.	4	„	twarz	„	przypalono po 1/2 godz.	2	12	?	?	42*	28		
8	„	N. A. k.	4	pies B	twarz i noga	„	lapis po 1 godzinie	9	14	?	?	98*	75		
9	1897	W. W. m.	8	„	twarz	„	lapis natychmiast	7	14	?	?	36	15	Medycyna, 1898, p. 1021. Palmirski.	W roku 1897 zmarła nadto 1 osoba pokąsana przez wilka. Nr 12 zmarł w dniu zachorowania.
10	„	J. S. m.	34	pies A	ręka	„	kwas karbol. zaraz	1	12	24	11	29	16		
11	„	L. G. m.	10	pies C	twarz	„	żaden	3	14	30	13	34	17		
12	„	W. F. m	7	„	ręka	„	lapis po 5 g	1	12	21	8	21	8		
13	„	K. S. m.	48	„	twarz		żaden	4	14	32	14	34	16		
14	1898	M. S. k.	14	pies A	ręka	„	„	2	14	32	17	34	19	Medycyna, 1900, pag. 70. Palmirski i Karłowski.	
15	„	J. J. m.	10	pies B	twarz	„	„	2	14	?	?	66	50		
16	„	Z. M. m	39	pies C	ręka	„	wypalono po 1 godzinie	3	12	24	9	31	16		
17	„	A. B. k.	18	„	noga	„	wypalono na 3. dzień	12	12	91	67	95	71		
18	„	A. A. m.	33	człowiek	ręka lub twarz	„	żaden	przynajmniej 3	12	39	przynajmniej 24	43	28		
19	1899	S. G. k.	21	pies C	twarz	„	„	2	14	36	20	37	21	Medyc., 1900, p. 1122. Palmirski i Karłowski	Nadto zmarł w r. 1899 jeden człowiek pokąs. przez wilka i jedna kobieta pokąs. przez psa wśród podejrzanych objawów porażenia, które autorowie uważają za „paralysis Landry".
20	„	N. L. k.	5	„	„	„	„	3	14	22	5	27	10		
21	„	H. S. k.	12	pies B	ręka	„	natychmiast po ukąszeniu woda karbol.	4	14	?	?	?	?		
22	„	J. S. m.	19	pies C	„	„	żaden	3	12	267	252	268	253		
23	1900	M. P. k	24	„	twarz	„	„	1	21	41	19	43	21	Medycyna, 1901, p. 1114 i 1141. Palmirski i Karłowski.	Nadto zmarły w r. 1900 — 3 osoby pokąsane przez wilki.
24	„	Z. Z. k.	6	„	„	„	„	2	21	24	1	26	3		
25	„	M. T. m.	30	„	ręka	„	?	1	14	?	?	30	15		
26	„	J. Z. m.	65	„	„	„	żaden	2	18	129	109	135	115		
27	„	B. B. k.	2 1/2	„	twarz	„	„	2	25	43	16	45	18		
28	„	M. L. m.	24	„	ręka	„	„	2	20	32	10	35	13		
29	„	G. Z. m.	4	„	„	przez koszulę	po 4 g. lapis	0	18	48	30	49	31		
30	„	M. Z. k.	26	„	ręka i noga	?	żaden	49	—	64	podczas	69	podczas		
31	1901	M. T. m.	51	pies C	twarz i ręka	gołe ciało	„	1	28	36	8	39	11	Medycyna, 1903, p. 259. Palmirski i Karłowski.	* Data śmierci Nr 34 nie całkiem dokładna
32	„	L. M. m.	9	„	ręka	„	przypalono po 4 godz.	1	16	69	52	73	56		
33	„	W. J. m.	41	„	twarz	„	żaden	3	24	38(?)	11(?)	38	11		
34	„	J. K. m.	9	„	„	„	„	3	25	120*	92*	123*	95*		
35	„	A. R. m.	50	„	ręka	„	„	5	16	nie wiadomo kiedy zmarł					
36	„	W. S. m.	4	„	twarz	„	„	1	25	26	podczas	28	podczas		
37	1902	F. Z. m.	42	pies C	ręka	„	żaden	2	20	74	52	78	56	Medycyna, 1903, p. 1105. Palmirski i Karłowski.	W roku 1902 zmarła prócz tego jedna osoba pokąsana przez wilka.
38	„	J. W. m.	6	„	twarz	„	woda karbol.	4	19	23	podczas leczenia	26	podczas		
39	„	S. D. m	6	pies B	„	„	żaden	2	24	26	„	29	„		
40	„	Z. Ł. m	5	pies C	„	„	„	3	21	24	„	27	„		
41	„	J. K. k.	8	„	„	„	„	3	21	24	„	25	„		
42	„	H. W. k.	6	„	twarz i głowa	„	„	?	—	24	„	25	—		
43	1903	J. K. m.	40	pies C	ręka	„	„	4	16	30	10	33	13	Medyc., 1904, p. 941. Palm. i Karłowski.	* Data nie całkiem dokładna.
44	„	M. T. m.	20	„	twarz	„	„	3	28	51	20	53	22		
45	„	K. W. m.	27	„	noga	przez spodnie i kamasze	„	2	16	?	?	105*	87*		
46	1904	S. M. m	7	pies A	noga	?	„	26	30	?	?	68	12	Medyc., 1906, p. 80, Palm. i Karłowski.	
47	„	F. W. m.	3	pies C	twarz	gołe ciało	„	4	12	16	0	23	7		
48	„	J. S. m.	5	„	„	„	„	6	17	23	0	24	1		

Tablica III.

Osoby zmarłe na wściekliznę pomimo leczenia w krakowskim Zakładzie prof. Bujwida 1893—1905).

L. p.	Rok	Imię, nazwisko i płeć osoby pokąsanej	Wiek	Zwierzę kąsające i kategorye według Pasteura	Miejsce ukąszenia	W gołe ciało czy przez ubranie	Sposób opatrzenia zadanej rany	Po ilu dniach od ukąszenia zgłosił się do Zakładu	Ile dni leczony	Początek choroby (w dniach) od ukąszenia	Początek choroby (w dniach) od końca leczen.	Śmierć (w dniach) od ukąszenia	Śmierć (w dniach) od końca leczen.	Gdzie i kiedy ogłoszono sprawozdanie	Uwagi
1	1895	L. G. k.	6	pies B	głowa	g. c.	żaden	8	13	34	14	37	17	—	
2	„	A. G. k.	6	„	twarz	„	„	5	9	?	?	43	29	—	
3	1897	J. W. m.	12	pies C	obie ręce	g. c.	po godzinie lapis	1	9	?	?	58	48	—	
4	„	K. M. k.	6	„	twarz	„	żaden	2	11	?	?	30	17	—	Nr 4. W 5 dniu leczenia dostała szkarlatyny.
5	„	B. H. m.	14	pies B	ręka	„	po pół godzinie woda karbolowa	4	9	?	?	110	97	—	
6	„	P. F. k.	36	„	obie nogi	„	na drugi dzień woda karbolowa	11	9	?	?	34	14	—	
7	1898	K. K. k.	24	pies C	twarz	g. c.	po 10 godz. karbol 5%	1	12	?	?	23	10	Przegl. lek. 1899, pag. 27.	Nr 8. Śmierć wśród objawów ogólnego porażenia.
8	„	A. P. k.	15	kot B	obie ręce i noga	„	na drugi dzień lapis	3	9	?	?	41	29		
9	„	F. K. m.	7	pies B	ręka	„	w kilka godzin sublimat	7	9	27	11	31	15		
10	1899	R. K. m.	6	pies B	ręka	g. c.	na trzeci dzień lapis i antyseptyczny opatrunek	8	10	?	?	60*	42*	Przegl. lek., 1900, p. 180 Miszewski	* Data śmierci nie całkiem dokładna: „umarł w 6 tygodni po opuszczeniu zakładu“.
11	„	J. H. m.	38	„	„	„	żaden	19	10	?	?	85	56		
12	„	H. B. m.	38	pies C	„	„	„	1	10	objawy nie znane — może nie wścieklizna		32*	21*	nie wymieniono w spraw.	* „Około“ (data nie całkiem ścisła).
13	1900	A. O. k.	4	pies B	głowa	g. c.	w kilka godz. opatrunek antysep.	1	13	?	?	31	17	Sprawozdania za r. 1900 nie mogłem nigdzie znaleść zdaje się nie było ogłoszone	
14	„	K. J. k.	45	pies A	noga	„	żaden	2	10	?	?	75	63		4 duże rany bardzo ciężkie skaleczenie.
15	„	B. H. k.	17	pies B	obie ręce i noga	?	w pół godz. przypalono żelazem (?)	3	12	?	?	285	270		
16	„	M. D. k.	16	„	twarz i ręka	c. g.	w kilka godz. opatrunek antyseptyczny	5	14	?	?	65	46		
17	„	P. A. m.	62	pies C	obie ręce	„	opatrunek antyseptyczny	1	13	?	?	419*	405*		* Data niedokładna „zmarł w grudniu“.
18	1901	L. Z. m.	4	pies A	obie ręce i noga	g. c.	w kilka godzin wypalono lapisem	2	12	?	?	46	32	Przegl. lek., 1902, str. 83, Bujwid i Klemensiewicz.	
19	„	S. K. m.	63	pies C	ucho i ręka	„	opatrunek antysep.	2	11	28	15	30	17		
20	1902	D. M. m.	16	pies C	ręka	g. c.	żaden	8	10	?	?	74	56	Przegl. lek., 1903 r. pag 641, Bujwid.	
21	„	A. B. ?	6	„	twarz	„	obmyto wodą a na drugi dzień liquor Burowi	3	17	26	6	30	10		
22	„	J. W. m.	5	pies B	„	„	woda	3	15	?	?	30	12		
23	„	J. P. m.	10	„	obie ręce i głowa	„	woda i opatrunek antyseptyczny	1	16	?	?	32	15		Nr. 23 i 24 bracia
24	„	F. P. m.	4	„	głowa i twarz	„	„	1	16	?	?	33	16		
25	„	L. S. k.	28	pies C	noga	„	lapis	11	10	?	?	46	25		
26	„	J. C. m.	6	„	ręka	„	na 2-gi dzień obmyto wodą karbolową i zapuszczono jodyną	3	10	?	?	64	51		
27	„	J. M. m.	9	„	twarz i obie ręce	„	* żaden	3	10	28	15	30	17		
28	„	J. W. k.	11	pies B	ręka	„	„	2	10	?	?	68	56		
29	„	T. Z. k.	66	„	ręka	„	lapis	14	10	18	w 5. dniu kuracyi	24	.		

L. p.	Rok	Imię, nazwisko i płeć osoby pokąsanej	Wiek	Zwierzę kąsające i kategorye według Pasteura	Miejsce ukąszenia	W gołe ciało czy przez ubranie	Sposób opatrzenia zadanej rany	Po ilu dniach od ukąszenia zgłosił się do Zakładu	Ile dni leczony	Początek choroby (w dniach) od ukąszenia	Początek choroby (w dniach) od końca leczen.	Śmierć (w dniach) od ukąszenia	Śmierć (w dniach) od końca leczen.	Gdzie i kiedy ogłoszono sprawodanie	Uwaga
30	1903	M. G. m.	19	pies C	obie ręce i tułów	g. c.	kwas karbolowy	2	10	?	?	57	45	Przegl. lek., 1904, pag. 760. Bujwid.	Nr 30 w drukowanem sprawozdaniu opuszczony przez pomyłkę.
31	"	J. P. k.	11	"	ręka	"	opatrunek antysept.	2	10	?	?	27	15		
32	"	K. S. m.	19	pies B	"	"	"	6	10	?	?	166	150		
33	"	S. W. m.	10	pies C	"	"	tra jodi	8	10	?	?	89	71		
34	1904	M. Ch. k.	14	pies C	ręka	g. c.	żaden	5	10	298	283	303	288	Sprawozdanie dotąd nie ogłoszone.	Nr 36. Odjechała samowolnie po 8 dniach leczenia.
35	"	J. L. m.	72	"	"	"	"	9	10	?	?	51	32		
36	"	K. G. k.	65	pies ?	"	"	opatrunek antysept.	5	8	77	64	80	67		
37	"	Z. K. k.	11	pies B	"	"	lapis i opatrunek antyseptyczny	3	9	24	12	29	17		
38	1905	W. S. m.	11	pies ?	ręka	g. c.	?	13	12	25	0	28	3		
39	"	T. B. k.	36	pies B	"	"	?	16	12	28	0	31	3		
40	"	F. W. m.	45	"	"	"	opatrunek antysept.	4	12			29	13	ditto	
41	"	A. K. k.	7	"	twarz i ręka	"	opatrunek antysept.	1	16			22	5		

(Dok. nast.)

Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu.

Napisał

Dr Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy.)

Przejdźmy do mechanizmu krwotoków w trzecim okresie porodu.

Nie ma trzeciego okresu bez krwotoku, jest on bowiem koniecznem następstwem rozdzierania się naczyń, przetykających doczesną późną, przy odłuszczaniu się łożyska. Krwotok ten ma ważne zadanie do spełnienia, a mianowicie: poddany ciśnieniu hydrostatycznemu w czasie skurczów mięśnia macicy, ma on w sposób jak najdelikatniejszy oddzielić do reszty łożysko i błony, a nadto dopomódz innym czynnikom do wydalenia popłodu. Rolę jego, oraz sposób działania, przedstawiłem wyczerpująco w mych poprzednich rozprawkach p. t. „Kliniczny przebieg trzeciego okresu“ i „Teorya mechanizmu trzeciego okresu“, drukowanych w „Przeglądzie lek.“. w r. 1903. Tu mam zamiar omówić dokładniej przyczyny chorobowych krwawień z miejsca łożyskowego w trzecim okresie.

Kiedy krwawienie z miejsca łożyskowego w trzecim okresie możemy nazwać chorobowem w odróżnieniu od krwawienia koniecznego i pożytecznego, a więc fizyologicznego? Na to pytanie możemy już z góry odpowiedzieć w sposób następujący: Wtedy, jeżeli: 1) ilość krwi, zużytej na cele odklejania i wydalania popłodu, znacznie przekroczy granice fizyologiczne, skutkiem czego ucierpi stan ogólny kobiety w następstwie ostrej niedokrwistości; 2) jeżeli krew, wylewająca się w ciągu 3. okresu, idzie na marne, albowiem z powodu zaburzenia w działalności innych czynników nie może być w sposób celowy spożytkowaną.

W myśl tego określenia, musimy najpierw zadać sobie pytanie: ile krwi traci niewiasta fizyologicznie w trzecim okresie, i stosownymi pomiarami na nie odpowiedzieć. Pomiary te wykonał Ahlfeld[4]) w przeszło 3000 porodów fizyologicznych i patologicznych. Na drodze statystycznej usiłował odpowiedzieć na zapytanie, o ile zależy ilość krwi wylanej w trzecim okresie: 1) od ilości porodów, które matka przebyła; 2) od ciężaru urodzonego płodu; 3) od ciężaru łożyska, wreszcie 4) od długości trwania trzeciego okresu. Z zestawień jego wynika, że: 1) ilość porodów nie wpływa znaczniej na ilość krwi, wylanej w trzecim okresie, w każdym jednak razie pierwiastki mniej tracą krwi, niż wieloródki. (Pierwiastki tracą średnio 409 gr krwi, wieloródki tracą 415, 462—492 gr. przy 2, 3 i 4 dziecku). Natomiast znaczny wpływ ma 2) ciężar dziecka, bo ilość krwi wylanej w trzecim okresie wzrasta prawie wprost proporcyonalnie do ciężaru płodu (przy wadze dziecka 2500 gr. strata krwi = 343 gr., zaś przy wadze ponad 4000 gr. strata krwi = 674 gr.). To samo zjawisko zauważa się 3) co do ciężaru łożyska i tak: przy łożyskach, ważących do 400 gr., strąty krwi wynoszą średnio 277 gr., zaś przy łożyskach, ważących do 800 gr., straty krwi wynoszą do 591 gr., czyli przy podwójnym ciężarze łożyska — przeszło podwójna strata krwi. Według Ahlfelda czas trwania porodu płodu nie wpływa na ilość krwi, wylanej w trzecim okresie, natomiast 4) bardzo wybitny, a ze względu na leczenie trzeciego okresu bardzo zajmujący jest wpływ czasu trwania trzeciego okresu na ilość wylanej w tym okresie krwi.

Przytoczę tu zestawienie Ahlfelda według oryginału

Czas trwania 3 okresu		Ilość spostrzeganych porodów	Ilość kwi utraconej	Uwaga.
	5 minut	49	441 gr.	do 3 kwadransy ilość krwi wylanej stale wzrasta
(I kwadrans)	6— 14	40	637 gr.	
(½ godziny)	15— 29	158	759 gr.	
(3 kwadranse)	30— 44	186	836 gr.	
(godzina)	45— 60	215	775 gr.	od 3 kw. począwszy ilość krwi wylanej stale maleje
(1½ godziny)	61— 90	1674	402 gr.	
(2 godziny)	92—120	712	372 gr.	
		Są 3034		

Z powyższego zestawienia wynika, że największe straty krwi ponosi kobieta przy porodach popłodu szybkich, trwających do 4 kwadransy, NB. przy zupełnie zachowawczem postępowaniu lekarza. Fakt, że straty krwi są tem mniejsze, im dłużej nad 3 kwadranse trwa trzeci okres, tłómaczy Ahlfeld w ten sposób, iż pewna ilość krwi z krwiaka ulega na nowo wessaniu. Tłómaczenie to jest dość prawdopodobne, zwłaszcza w przypadkach, znacznie ponad 1½ godziny przeciągających się, t. z. gdzie jest dość czasu na wsysanie się krwi. Jednak obok tego czynnika należy mojem zdaniem główną wagę położyć na sprawność działania czynników mechanizmu, grających rolę w tamowaniu krwawienia z miejsca łożyskowego w trzecim okresie, a wię-

[4]) Lehrb. der Geburtshülfe, S. 110.

w pierwszej linii, sprawne działanie mechanizmu zatrzaskowego ściągania się, w drugiej skurcze mięśnia. Bądź co bądź jednak uderzającem jest, że im dłużej trwa trzeci okres, tem straty krwi są mniejsze; jeszcze jeden dowód, iż w planie przyrody leży, aby fizyologicznie trzeci okres się przeciągał (jak to w drugiej części niniejszej rozprawy szczegółowiej przedstawię), przez to bowiem popłód nietylko się dokładniej oddziela, ale nadto kobieta osiąga ten cel mniejszym kosztem krwi, aniżeli przy szybkim porodzie popłodu.

Średnia strata krwi we wszystkich wyżej wyliczonych spostrzeżeniach wynosi 1,427,094: 3034 = 470 gr. Ahlfeld atoli podaje, że w poszczególnych przypadkach fizyologicznych spostrzegał straty krwi znacznie większe, bo dochodzące do 1000 gr. i więcej; zdaniem jego, liczby te leżą jeszcze w granicach fizyologicznych, bo kobiety straty te znoszą bez widocznej szkody dla zdrowia. Jako normę strat krwi, potrzebną dla celów trzeciego okresu, przyjmuje on atoli 400 gr. krwi, t. j. tę ilość, którą średnio znajdował po $1^1/_2$-godzinnem trwaniu trzeciego okresu.

W ten sposób mielibyśmy odpowiedź, uzyskaną na drodze statystycznej, na zapytanie, jaką jest fizyologiczna strata krwi w trzecim okresie. Jak widzimy odpowiedź nie jest stanowczą. 400 gr. krwi nie stanowi żadnej ścisłej granicy między fizyologicznem, a chorobowem krwawieniem. Co najwięcej stwierdza ona, że trafia się najczęściej, bo w 75% przypadków, natomiast w 25% przypadków trzeciego okresu straty krwi są znacznie większe, bo wahają się w granicach od 441 do 836 gr. średnio. W każdym razie dla dyetetyki trzeciego okresu liczba 400 gr. ma znaczenie, zwłaszcza przy postępowaniu wobec krwotoków zewnętrznych, bo w razie umiarkowanego broczenia z macicy, możemy zastosowywać tak długo metodę postępowania wyczekującą, dopóki w podłożonem naczyniu nie zbierze się 400 gr. krwi.

Dla umiejętnego jednak określenia różnicy między fizyologicznem, a chorobowem krwawieniem w danym przypadku liczba 400 gr. krwi nie wystarcza wcale — wobec najrozmaitszych warunków, jakie wpływają na ilość krwi, wylanej w trzecim okresie. Zdaniem mojem strata krwi 400 gr. może być raz za dużą, drugi raz za małą. Chcąc mniej więcej w każdym poszczególnym przypadku określić, czy strata krwi odpowiada normie fizyologicznej, czy nie, należałoby dana stratę krwi porównać z takim, liczbami określić się dającym warunkiem, który stale wpływa na ilość wylewu krwi. N. p. biorąc na uwagę, że ilość wylanej krwi jest tem większą, im cięższe rodzi się dziecię — uzyskalibyśmy ściślejsze dane, czy dana strata krwi jest fizyologicznie dużą, gdybyśmy ciężar dziecka podzielili przez ciężar krwi wylanej. Biorąc za podstawę średnie liczby, zestawione przez Ahlfelda, przekonujemy się, że ciężar krwi, straconej przez matkę w trzecim okresie, równa się jednej siódmej części ciężaru dziecka, a więc tylko cokolwiek więcej, niż wynosi przypuszczalny ciężar krwi dziecka.

(Według Ahlfelda ciężarowi dziecka 2500 gr. odpowiada strata krwi matki 343 gr. — a zatem $^{2500}/_{343} = 7{\cdot}29$, c. dz. 3000 gr. — s. kr. 450 gr. a więc $^{3000}/_{450} = 6{\cdot}66$; c. dz. 3500 gr. — s. kr. 472 a więc $^{3500}/_{492} = 7{\cdot}43$; c. dz. 4000 gr. s. kr. 584 gr. a więc $^{4000}/_{584} = 6{\cdot}83$. Zesumujmy $7{\cdot}29 + 6{\cdot}66 + 7{\cdot}43 + 6{\cdot}83 = {}^{28{\cdot}21}/_{4} = 7{\cdot}03$).

Znając ciężar dziecka, z łatwością obliczyć możemy ilość krwi, którą w danym razie kobieta w trzecim okresie zupełnie bezkarnie może stracić. Niestety sposób ten nie wszędzie da się zastosować dla braku wagi. Cyfra znów 400 gr. lub 470 gr. krwi jest zaledwie przybliżona i średnią. Zresztą znajomość ta ma dla dyetetyki trzeciego okresu stosunkowo podrzędne znaczenie, albowiem tylko na wypadek krwawienia zewnętrznego w trzecim okresie, gdzie możemy bezpośrednio ilość wylewającej się krwi zważyć czy zmierzyć, może nam być wskazówką warunkowo ścisłą, czy dany trzeci okres przechodzi już w okres chorobowy, czy też jeszcze nie.

Dlatego też, jak sądzę, jedynie dokładne spostrzeganie toku mechanizmu trzeciego okresu może nam dostarczyć w każdym poszczególnym przypadku ścisłych danych, czy mamy dany krwotok w trzecim okresie uważać za chorobowy; co więcej: bardzo często pozwoli nam przewidzieć z góry niebezpieczeństwo nadmiernych strat krwi w danym przypadku; a nadto wskazując, w jakim kierunku mechanizm trzeciego okresu uległ zboczeniom, da nam ścisłe wskazówki lecznicze.

Krwawienia z miejsca łożyskowego, przekraczające granice fizyologiczne, dzielę na wewnętrzne, zewnętrzne i mieszane. Zależy to w pierwszym rzędzie od mechanizmu, w jakim się popłód rodzi. Skutek krwawienia, t. j. niedokrwistość, jest co prawda zawsze jednaki, zależny tylko od ilości krwi wylanej, a niezależny od charakteru krwawienia, zapobieganie jednak krwawieniom i ściśle z niem związane leczenie, wybór zabiegów i metod postąpienia w danym razie i zależne od tego rokowanie dla zdrowia kobiety wogóle — zależą mojem zdaniem od charakteru krwawienia. Dlatego też chcąc wnikać bliżej w mechanizm krwotoków i dotychczasowy szablon dyetetyczno-leczniczy zastąpić stosownem leczeniem, musimy krwotoki rozpatrzeć ze względu na poszczególne rodzaje mechanizmów porodu popłodu.

(C. d. n.)

Z Zakładu dentystycznego Uniw. Jag. w Krakowie pod kierunkiem Prof. Dra W. Łepkowskiego.

O środkach miejscowo znieczulających w dentystyce (z uwzględnieniem najnowszych).

Podał

Dr Adam Kozaczka,

asystent zakładu.

(Dokończenie.)

W zakładzie naszym używamy stale 1 prc. rozczynu kokainy (*Rp. Cocaini muriat. Merck 0,15, Sol. Natr. chlor. steril.* (7 prc.) *15,00*), używając do jednego zabiegu zwykle pół strzykawki. Dotąd nie mieliśmy żadnego przypadku zatrucia na przeszło 5,000 chorych, u których stosowaliśmy ten rozczyn.

Wprawdzie w 5 przypadkach zdarzyło się chwilowe omdlenie, ale zupełnie takie same przypadłości bywały i bez kokainy, i to nawet częściej, niż przy stosowaniu kokainy, na ogólną liczbę chorych przeszło 10,000. Z działania 1 prc. rozczynu kokainy jesteśmy zupełnie zadowoleni. Zawodzi on tylko czasem przy silnem zapaleniu okostnej i przy zębach trzonowych szczęki dolnej, gdzie warunki wstrzykiwania są trudne. Próbowaliśmy więc przy usuwaniu tych zębów wstrzykiwać rozczyn kokainy w okolicę wewnętrznego otworu żuchwy (*foram. mandibul. int.*), według Luniatschka[9]), aby znieczulić główny pień nerwu żuchwowego. Przy odpowiedniej technice daje ten sposób zupełnie dobre wyniki tak, że nawet kilka zębów można wtedy usunąć bez bolu.

Ponieważ kokaina może szczególnie przy wyższych dawkach i u pewnych wrażliwszych osobników, o których poprzednio wspominałem, wywołać zatrucie i ponieważ w stanach zapalnych często zawodzi, więc stąd poszły poszukiwania środków lepszych, t. j. mniej narażających chorego i lepiej znieczulających. Najpierw zaczęto stosować środki, pokrewne kokainie, jak: **tropakokainę, eukainę, eukainę** β i **akoinę** (Senn, Krakowski). Akoina jest według Trolldeniera[10]), nietrująca (daleko mniej od kokainy) i da się wyjaławiać, nie rozkładając się przytem tak, jak kokaina. Używa się jej w rozczynie od 1 prc. do 5 prc. i zapisuje się w ciemnej flaszce. (*Rp. Acoini 2,00 Natr. chlor. 0·60, Aquae dest. 100,00 S. In vitro nigro).* Środki te są rzeczywiście nieco mniej trujące od kokainy i mają nad nią tę wyższość, że się dadzą wyjałowić.

Jednym z lepszych, dobrze znieczulającym, a przytem mało trującym środkiem okazała się rozpuszczalna we wodzie **nirwa-**

---

9) Nowiny lekarskie, 1894, Nr 1 i 2.

10) Oesterreichisch-ungarische Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde, Nr III, 1905.

nina (orthoform). Stosuje się ją podobnie jak poprzednie, tylko w 5 prc. roztworze. Według Eichhorna ma być ona piętnaście razy mniej trująca od kokainy i można ją stosować nawet u dzieci. Zalecają ją bardzo gorąco Eichhorn, Hintz[11]), Rottenberger i Bonnard[12]). Zupełne znieczulenie osiąga się jednak zapomocą nirwaniny dopiero po 5 do 10 minutach.

Do tej grupy należy także **stowaina**, wprowadzona przez Fourneaua, a również pochodna od kokainy (aethyldimethylamidpropanol). Działa ona w 2—5 minut po wstrzyknięciu. Działaniem zbliża się do kokainy; w stanach zapalnych zawodzi, jak to miałem dwa razy sposobność spostrzegać. Fabryka Riedla dostarcza jej w szklanych fiolkach zatapianych. Każda fiolka zawiera 1 cm.³ rozczynu wyjałowionego, wystarczającego mniej więcej na 1 do 2 znieczuleń. Rozczyn ten po odpiłowaniu szyjki nabiera się wprost do strzykawki i wstrzykuje się według zwykłych zasad.

Jednym z najnowszych środków, pochodnych od kokainy, jest **nowokaina**, wyrabiana przez fabrykę Meister Lucius et Brüning w Höchst n. Menem. Ma ona być sześć razy mniej trująca od kokainy i dwa do trzech razy tańsza. Przy próbach, podjętych w naszym Zakładzie, okazała się nowokaina rzeczywiście dobrą. Stosowałem ją w rozczynie 2 prc. i żadnych objawów zatrucia, na jakie 35 zabiegów, po tym środku ani razu nie zauważyłem. Gojenie się rany pooperacyjnej prawidłowe.

Wreszcie wspomnieć należy o mieszaninie kokainy z morfiną według Schleicha (rozczyn słabszy), której niektórzy chętnie używają.

Wszystkie te środki, należące do grupy alkaloidów, są mniej lub więcej trujące i dlatego pomimo mnogości tych środków — ciągle trwają dalsze poszukiwania środka zupełnie znoszącego ból i zarazem nietrującego.

Wprowadzenie organoterapii w zakres medycyny dało dentystom pochop do prób z **przetworami nadnercza,** które zwężają naczynia krwionośne, działając wprost na ich warstwę mięsną, jak tego dowodzi Mayerhofer[13]) i inni. Skoro tylko fizyologowie zbadali własności tych przetworów, natychmiast zaczęto stosować je we wszystkich dziedzinach medycyny, z jednej strony jako tamujące krwotok, z drugiej zaś jako znieczulające miejscowo wskutek niedokrwienia, jakie wywołują. Poczęto je łączyć z innymi środkami, w dentystyce w szczególności z kokainą i od niej pochodnymi. Między innymi podano przetwór, zwany **tonocain suprarenale** (Richter), środek, bardzo gorąco przez wielu zalecany, a używany w rozmaitem rozcieńczeniu. Środek ten znieczulać ma dobrze dzięki zawartej w nim eukainie β i znosi, a przynajmniej zmniejsza krwawienie. Środka tego próbowałem w 50 przypadkach. Czterdzieści razy osiągnąłem zupełne znieczulenie; dziesięć razy, o ile można polegać na zdaniu chorych, znieczulenie nie było zupełne. Znieczulenie nie powiodło się mianowicie u osób bardzo nerwowych, dotkniętych zapaleniem okostnej i to szczęki dolnej, gdzie, jak wiadomo, znieczulenie wogóle jest trudniejsze. Prócz tego środka, próbowaliśmy innych mu pokrewnych. Już w zeszłym roku dokonaliśmy przeszło sześćdziesięciu zabiegów, używając mieszaniny **kokainy z adrenaliną.** Mieszaninę tę dostaliśmy w większej ilości od firmy Dra E. Blocha z Bazylei w dwu gatunkach w postaci małych kołaczyków. Przetwór słabszy zawiera w każdym kołaczyku 0,01 kokainy, 0,0001 adrenaliny; silniejszy zawiera 0,02 kokainy i 0,0001 adrenaliny. Jeden kołaczyk, rozpuszczony w 1 cm.³ wody przekroplonej, wystarcza na 1 do 2 znieczuleń. Prócz tego dostaliśmy od tej samej firmy 24 zatopionych fiolek **adralginy.** Przetwór ten składa się według Spitzera[14]) z 0,001 *cocaini thymol-sulfur.* i 0,0001 adrenaliny na 1 cm.³ wody przekroplonej. Środka tego używałem w 48 przypadkach. Znieczulenie następuje po użyciu pół cm.³ adralginy w 2—4 minut po wstrzyknięciu i trwa około godziny; przy zapaleniu okostnej jednak środek ten czasami zawodzi (w 3 przypadkach). Objawów zatrucia, ani bolów pooperacyjnych nie spostrzegałem nigdy, natomiast krwotok następowy większy w dwu przypadkach. Jeden z nich dotyczył 18-letniej dziewczyny, zupełnie zdrowej, dobrze zbudowanej i rozwiniętej. Bezpośrednio po łatwem i bezbolesnem wyjęciu 2-go zęba trzonowego szczęki dolnej było tak małe krwawienie, że chora płukała usta tylko około 3 minut, poczem zaraz mogłem przystąpić do plombowania dwu innych zębów. Jednakże w 2½ godzin później zgłosiła się powtórnie do zakładu z tak silnym krwotokiem, że musiałem zębodół szczelnie wytamponować. Nazajutrz po wyjęciu tampona, krwawienie się nie powtórzyło. Drugi przypadek dotyczył 22-letniej kobiety, bardzo dobrze zbudowanej i zresztą zdrowej, u której usunąłem korzenie po zębie trzonowym pierwszym szczęki górnej. Krwotok wystąpił również dopiero po kilku godzinach i wymagał tamponady zębodołu.

Podobny skład i działanie mają pastylki i płyn dra Brauna. Różnią się tylko tem, że zamiast adrenaliny zawierają **suprareninę.** Tak samo działa i mieszanina kokainy z **paranefryną.** Tej używa się według B. Dzierżawskiego[15]) w następujących kombinacyach: 1) 1 prc. kokainy w rozczynie paranefryny 1: 1000; 2) 1 prc. rozczynu kokainy z dodatkiem 1—2—3 kropli paranefryny; 3) ½ prc. roztworu kokainy z dodatkiem 2—3 kropli rozczynu paranefryny 1: 1000, 4) rozczynu, zawierającego w 1 gramie wody 0,25% kokainy, 3% eukainy i dwie krople paranefryny. Paranefryna według Schäffer-Stuckerta[16]) jest mniej trującym przetworem od adrenaliny i suprareniny i dlatego właśnie jej połączenia gorąco zalecają Römer[17]) i Dzierżawski.

Do środków, wytworzonych przez łączenie przetworów nadnercza z alkaloidami należy i tak zwany **fornalom** (Luis Forne, Grimal, Hiszpania), składający się z kokainy, akoiny, mentolu, adrenaliny i jak autor[18]) podaje, jeszcze jednego niewymienionego środka, który ma znosić bole pooperacyjne. Środkiem tym jest prawdopodobnie ortoform, lub morfina. Do tej samej grupy środków należy i **eusemina,** która się składa z kokainy i adrenaliny. Dostarcza jej chemiczno-fizyologiczne laboratoryum H. Rosenberga z Berlina w szklanych zatapianych fiolkach, z których każda na 1 ctm.³ płynu zawiera: 0,0075 *cocaini hydrochl.* i 0,00005 *adrenalin. hydrochl.* Środek ten bardzo gorąco zaleca Levy[18]; często łączy on ten środek z adralginą, stosując jeden z nich od strony policzka, a drugi od strony języka.

Anaestheticum dra Lindsa jest znów połączeniem stowainy z adrenaliną. Środka tego próbowałem w 20 przypadkach. Jednakże, jak sama stowaina nie okazała się w dentystyce o wiele lepszą od kokainy, tak i ten przetwór nie stoi wyżej ani od adralginy, ani od kołaczyków Brauna, ani od euseminy i tym podobnych.

Wszystkich tych środków, zawierających przetwory nadnercza, próbowaliśmy w mniejszej, lub większej liczbie przypadków w Zakładzie. Skład ich niezawsze jest dokładnie znany, co samo przez się nie jest bardzo zachęcające. Wszystkie działają mniej, lub więcej pewnie, o ile chodzi o samo znieczulenie. Jednak gojenie ran, o czem później nadmienię, postępuje zwykle gorzej i powolniej, niż po kokainie. Co do własności trujących tych środków, złożonych z przetworów nadnercza i alkaloidów, to są one niewątpliwie mniejsze, niż czystych alkaloidów, zwłaszcza kokainy. Tę mniejszą toksyczność i wydatniejszy skutek tych środków, należy przypisać mniejszej stosunkowo ilości zawartego w nich alkaloidu, jak i dodatkowi przetworów nadnercza. Przetwory bowiem nadnercza silnie zwężają naczynia i tem samem nie pozwalają z jednej strony na szybkie wchłanianie ani alkaloidu, ani danego przetworu nadnercza, a z drugiej strony wiążąc te środki na jednem miejscu, potęgują ich działanie. Nie chcę przez to twierdzić, że te wszystkie środki są bezwzględnie wyższe od samego alkaloidu, który w ich skład wchodzi. Byłyby takimi, gdyby przetwory nadnercza były same przez się środkami zupełnie dla ustroju obojętnymi; jednakże adrenalina sama jest trucizną. Zresztą niemałe znaczenie ma także i rodzaj użytego alkaloidu. Eukaina i stowaina, działając rozszerzająco na naczynia, paraliżują poniekąd działanie połączonych z niemi przetworów nadnercza i dlatego mogą według Müllera[19]) wywołać daleko prędzej ogólne zaburzenia, niż kokaina, połączona z przetworami nadnercza.

Nie można też pominąć i tego, że chociaż środki, zawierające przetwory nadnercza, znieczulają wogóle dobrze, to inne skutki miejscowe ich działania mogą być wcale niepożądane. — Według doświadczeń Hildebrandta[20]) kilka kropel adrenaliny, czy suprareniny, wylanych na skórę w rozcieńczeniu 1: 5000, może wywołać obumarcie powierzchownych warstw

[11]) Deutsche zahnärztliche Wochenschrift, 1905, Nr 1.
[12]) L'odontologie, 1899, Nr 8.
[13]) Aerztliche Reformzeitung, 1904, Nr 5.
[14]) Oesterreichisch-ungarische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde, 1905, Nr II.
[15]) Przegląd dentystyczny, 1905, Nr VII i VIII.
[16]) Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde, 1904, Nr IX.
[17]) Odontas-Rocznik 15, Nr 119.
[18]) Deutsche zahnärztliche Wochenschrift, 1904, Nr 18.
[19]) Zentralblatt für Gynäkologie, 1905, Nr 2.
[20]) Berliner klinische Wochenschrift, 1905, Nr I.

i następowy krwotok. Stąd łatwo sobie wytłomaczyć i zdarzające się niekiedy po stosowaniu środków, zawierających przetwory nadnercza, krwotoki następowe, o jakich wspomniałem, gdzie po silnym skurczu naczyń dość długo trwającym, następuje porażny rozkurcz. Co do powolnego gojenia się ran pooperacyjnych i zakażenia miejscowego po użyciu tych środków, o czem wspominają najwięcej: Römer[21]), Levy i Dzierżawski, co zresztą i sam parę razy widziałem, to dałoby się to wytłomaczyć tem, że zębodół pusty, jak się w tych razach często zdarza, a nie wypełniony skrzepem, jak bywa zazwyczaj, łatwiej może uledz zakażeniu. Skrzep krwi bowiem, wypełniający zębodół, chroni go od zakażenia. Powolniejsze gojenie się rany może mieć źródło w tem, że dane miejsce pod wpływem działania przetworów nadnercza jest dłuższy czas pozbawione dopływu świeżej krwi. Z drugiej jednak strony brak krwawienia i skrzepu po użyciu przetworów alkaloidowo-nadnerczynowych, jest pod względem technicznym wygodny, bo pozwala operować w polu czystem, nie zalanem krwią i nie zakrytem skrzepami. Polepszyć warunki gojenia się ran pooperacyjnych, zapobiedz krwotokom następowym i zakażeniu można zresztą przez tamponowanie zębodołu po użyciu tych przetworów gazą jodoformową.

W ostatnich czasach podano jeszcze trzy nowe środki znieczulające, a mianowicie: benesol, anaesthesinum hydrochloricum (Ritsert) i nalicin.

Benesol został podany przez dra Benedicto z Madrytu przed mniej więcej 4 laty i cieszy się od początku wielkiem powodzeniem. Podobnie, jak wielu innych środków miejscowo znieczulających, tak i jego skład nie jest zupełnie dokładnie znany. Głównymi składnikami jego mają być: fenol, kokaina, eukaina, mentol, eukaliptol i azotyn amylowy, niewiadomo jednak, w jakim stosunku ilościowym, bo wynalazca zachował to w tajemnicy. Z danych, udzielonych mi przez prof. Łepkowskiego i zebranych w ambulatoryum Zakładu wynika, że doświadczenia kliniczne nad tym środkiem wydały całkiem dobre wyniki. Operacyi mniejszych w jamie ustnej, oraz wyjęcia zębów wykonaliśmy po znieczuleniu tym środkiem przeszło 3000. Między niemi było wiele takich, w których zapalenie okostnej i z niem połączony silny obrzęk nie pozwalały spodziewać się, żeby miejscowe znieczulenie odniosło pożądany skutek, a mimo to w porównaniu z innymi środkami miejscowo znieczulającymi benesol i w tych przypadkach działał nadspodziewanie dobrze. Przy zwykłem wyjęciu, gdzie tkanki około zęba nie były zmienione, działanie benesolu było zupełnie pewne, nawet u chorych nadmiernie wrażliwych. Przy użyciu benesolu nie zauważaliśmy niepożądanych objawów ogólnych; na przeszło 3000 znieczuleń benesolem widzieliśmy tylko dwa razy szybko przemijające, lekkie przypady, jakie się zdarzają po użyciu kokainy. Nawet u osób starych, schorzałych, używaliśmy benesolu z bardzo dobrym skutkiem tam, gdziebyśmy się kokainy użyć wahali. Wobec tego więc, że działanie kokainy i od niej pochodnych nie jest zawsze pewne, a objawy ogólne stosunkowo dosyć częste, benesol ma pierwszeństwo nad innymi środkami miejscowo znieczulającymi. Sposób użycia tego środka podobny do poprzednich. Po wstrzyknięciu czeka się 3 do 5 minut przed zaczęciem zabiegu. Krwotok bywa taki jak zwykle po wyjęciu zęba; gojenie się rany zupełnie prawidłowe. Krwotoków następowych, ani wogóle dłużej trwających, po użyciu tego środka nie widziałem nigdy. Jedyną wadą benesolu jest tylko to, że jest bardzo drogi, bo flaszeczka 5-gramowa, wystarczająca mniej więcej na 5—6 znieczuleń, kosztuje 4 korony, co go nie pozwala wprowadzić do ogólnego użytku w praktyce ambulatoryjnej.

Niektórzy, jak Schäffer-Stuckert, Lederer, Trebitsch[22]) i t. d. podnoszą działanie **anestezyny** (*anaesthesinum-hydrochl.*), uważając ją za zupełnie prawie obojętną dla ustroju. Polecają ją wstrzykiwać w celu miejscowego znieczulenia w rozczynie 1 prc. do 2 prc. (Lek ten podają także wewnętrznie w różnych zaburzeniach nerwowych w dawce *0,50* 3 razy dziennie). Środka tego próbowałem w celu miejscowego znieczulenia w dentystyce w 10 przypadkach. Znieczula dość dobrze. Krwotoku, ani żadnych powikłań nie widziałem. Przebieg gojenia się ran pooperacyjnych prawidłowy. Fabryka Ritserta, wyrabiająca ten środek, składu jego dokładnie nie podaje. Ujemną stroną tego środka jest to, że się w zimnej wodzie nie rozpuszcza, jedynie w ciepłej; konieczną więc, a bardzo niewygodną jest rzeczą każdorazowe ogrzewanie rozczynu tego środka przed użyciem.

[21]) Deutsche zahnärztliche Wochenschrift, 1904, Nr 18.

[22]) Oesterreichisch-ungarische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde 1905, N. II.

Najnowszym środkiem jest: **nalicin**, podany przez A. Kircha w Wiesdorfie przed kilku dopiero miesiącami. Składa się: z *1 prc. Sol. Trinitin, Spir. Thym. compos., Aqu. dest. Natr. chlor., Alcohol., Formalin, Acid. phenyl.* i *1 gr. Cocain. hydrochl.* na 100 gramów rozczynu. 25-gramowa flaszeczka tego środka kosztuje 6 marek, jest więc o wiele tańszy od benesolu. Wstrzykuje się go na jeden raz 0,3 do 0,50. Czekać na znieczulenie, jak przy benesolu, nie potrzeba; znieczula dobrze, wywołując wybitną miejscową bezkrwistość, przez co krwotok po usunięciu zęba jest bardzo mały, prawie żaden. Używałem go w 10 przypadkach i to u osób bardzo wrażliwych. Co do znieczulenia nie zawiódł na te 10 przypadków ani razu, również ani razu nie było krwotoku następowego; rany pooperacyjne goiły się prawidłowo. Przetwór ten należy szczelnie zamykać, bo na powietrzu się rozkłada i staje się po kilku tygodniach nieskutecznym

W końcu jedna jeszcze uwaga. Do kokainy, która zresztą najłatwiej wywołuje już przy jednorazowem użyciu objawy zatrucia, przy częstszem użyciu chorzy się powoli przyzwyczajają, podobnie jak do morfiny. Inne zaś przetwory, jak połączenia nadnerczyny z alkaloidami, benesol i t. d. działają wprawdzie przy jednorazowem użyciu dobrze i nie wywołują tak łatwo przypadów ogólnych, jednak używane częściej, w niedługich odstępach czasu, choćby w najmniejszych dawkach, nie są dobrze znoszone. Stąd wniosek, że żadnego ze środków miejscowo znieczulających nie powinno się używać ani w zbyt dużych dawkach, ani za często u jednych i tych samych osobników, zwłaszcza nerwowych i niedokrwistych.

* * *

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Bertarelli. **O przeniesieniu kiły na królika.** (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XLI, Heft 3). Materyał pobierał autor z głębokich części od 3 dni trwającego, wrzodu pierwotnego. Roztarłszy materyał w moździerzyku, zaszczepił część na naciętą lekko nożem Graefego rogówkę prawego oka królika, a resztę materyału, roztartą w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej zastrzyknął do przedniej komory lewego oka tego samego królika w pobliżu rąbka. Na oku prawem prócz blizny na rogówce, nie powstały aż do wyjęcia oka (w 45. dniu) żadne zmiany; natomiast na lewem, już po paru dniach powstało przekrwienie spojówki, oraz zgrubienie i nieduży ubytek na rogówce. Sprawa ta szerzyła się coraz więcej, wywołując zwiększenie się ciśnienia śródocznego i wysadzenie gałki ocznej. W 14. dniu po szczepieniu zmiany na rogówce dosięgały już 6 mm. średnicy i widać było silny naciek. Tego samego dnia oko wyjęto. W skrawkach z rogówki zabarwionych metodą Bertarellego i Volpino (azotan srebra) znaleziono mnóstwo tworów, zupełnie podobnych do krętka bladego. Najwięcej (po 100 nieraz w jednem polu widzenia), było ich w zewnętrznych częściach zmian chorobowych rogówki, na granicy tkanki zdrowej, natomiast w najwięcej zmienionych i najstarszych częściach środkowych wrzodu nie było ich prawie wcale. Zupełnie przeciwnie rozmieszczone były bakterye. W spojówce, tęczówce i soczewce krętków nie było. Znalezione krętki miały nieraz postać widełkowatą. — Pod względem histologicznym największe zmiany były na rogówce w pobliżu rąbka, a polegały przedewszystkiem na bardzo znamiennym nacieku komórek jednojądrzastych koło naczyń. Komórki śródbłonkowe naczyń były nabrzmiałe. Naciek sięgał jeszcze na rogówkę, tam gdzie już naczyń nie było, jakoteż na część tęczówki, zrosłą z rogówką. — Na podstawie cech drobnowidowych uważa B. te zmiany stanowczo za naciek kiłowy, chociaż powtórnego przeszczepienia na inne zwierzę nie próbował. Królik zresztą objawów kiły ogólnej, np. powiększenia gruczołów chłonnych nie okazywał. W innych doświadczeniach na królikach wyniki były ujemne, a tylko o jednym donosi autor, że w rogówce powstał naciek limfocytów ze znaczną liczbą krętków. *Oszacki.*

Parin. **O patologiczno-anatomicznych zmianach w narządach zwierząt, zatrutych kokainą, po ocuceniu ich chloroformem.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 21). Autor (w pracowni prof. Lubimowa w Kazaniu) postanowił: 1) zbadać zmiany w narządach zwierząt, zatrutych śmiertelną dawką kokainy, lecz wyratowanych przez wdychanie chloroformu, i w tym celu zabijał zwierzęta w 1—2 dób po doświadczeniu i 2) wyśledzić, w jaki sposób z biegiem czasu powracają komórki i narządy do prawidłowego stanu i kiedy następuje zupełne wyzdrowienie zwierzęcia, zatrutego kokainą i uratowanego chloroformem; w tym celu autor zabijał zwierzęta w 3 do 40 dni po doświadczeniu. Do doświadczeń użyto

zdrowych szczeniąt, którym wstrzykiwano kokainę (5 prc. roztwór) w ilości 0,02—0,05 na kilogr. wagi. Przy zjawieniu się drgawek, a niekiedy i wcześniej szczeniętom podawano do wdychania chloroformu i w ten sposób z 16 szczeniąt uratowano 13; autor potem zabijał zwierzęta i badał serce, wątrobę, nerki, płuca, rdzeń, mózg i siatkówkę. Wyniki tych badań są następujące: 1) Chociaż przy zatruciu zwierzęcia śmiertelną dawką kokainy w czas użyty chloroform ratuje zwierzę od śmierci, lecz w narządach jego zostają głębokie zmiany. 2) Zmiany te są następujące: *a)* w rdzeniu — rozdrobienie i chromatoliza ciałek Nissla, chromofilia zasadowej substancyi, — wakuolizacya niektórych komórek i znaczne przesunięcie się jąder ku obwodowi; *b)* w zwojach nerwowych serca białkowe zwyrodnienie; znaczne odsunięcie ku obwodowi jąder i jąderek i fragmentacya tych ostatnich; w międzymięśniowej tkance łącznej przegrody sercowej dosyć znaczne wybroczyny; *c)* w siatkówce rozdrobienie i chromatoliza ciałek Nissla; *d)* w sercu utrata poprzecznego prążkowania, wybroczyny pod wsierdziem i osierdziem; zmiana postaci wielkości i prawidłowego położenia ziarenek Altmanna; *e)* w wątrobie tłuszczowe i białkowe zwyrodnienie; zmiana wielkości, postaci i zmniejszenie ilości ziarenek Altmanna; *f)* w nerkach także zmiana ziarenek Altmanna; *g)* w płucach obrzęk i łuszczenie się nabłonka pęcherzyków płucnych i rozległe wybroczyny. 3) Najwięcej ulegają zwyrodnieniu: serce, nerwowe zwoje serca i wątroba, najmniej nerka. 4) W rdzeniu około zmienionych komórek nerwowych zauważa się ogniskowe nagromadzenie komórek z okrągławymi jądrami; około naczyń nagromadzenie komórek jednojądrzastych. 5) Z biegiem czasu wszystkie zmiany powoli i stopniowo znikają. 6) Najwcześniej dochodzą do prawidłowego stanu nerki, w sercu zaś wszystkie nieprawidłowe zjawiska znikają nie wcześniej, niż za 2 tygodnie. 7) Zwierzę nie powraca do zdrowia przed upływem 2 tygodni. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Antonowa. **O wytwarzaniu kreatyny przez bakterye.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 19). Autorka badała (w klinice prof. Lewina w Żeńskim Lekarskim Instytucie w Petersburgu) najrozmaitsze chorobotwórcze bakterye, aby wyjaśnić, o ile własność wytwarzania kreatyny może służyć do rozróżnienia członków jednej i tej samej grupy bakteryi. Ponieważ bulion sam przez się zawiera kreatyninę, autorka używała do hodowania bakteryi 2 prc. roztworu peptonu z dodatkiem ½ prc. soli kuchennej. Zasiane najrozmaitszemi bakteryami i nie zasiane (dla porównania) probówki pozostawiano w cieplarce przy 37° C. Co pewien czas (z początku codzień, a potem rzadziej). wyjmowano zasianą i nie zasianą probówkę i wykonywano próbę Weyla; ponieważ ta próba daje dodatnie wyniki nietylko z kreatyniną, lecz i z acetonem, przeto autorka przed podjęciem próby wstawiała probówki na 1 godzinę do przyrządu parowego Kocha, przez co aceton, o ile się mógł utworzyć, wypędzano. W grupie pierwszej prątek okrężnicy już w końcu pierwszej doby dał dodatni odczyn; podobnież lasecznik Flexnera (Manilla). Lasecznik paratyfusu *a* i *b* i lasecznik Shiga-Krusego nie dały wyniku. Lasecznik duru brzusznego daje, chociaż nie zawsze, słaby dodatni odczyn między 20—25-tym dniem. W drugiej grupie lasecznik Friedländera *(pneumobacillus)* dawał zawsze zupełnie ujemne wyniki, prątek zaś twardzieli dawał niekiedy słabe dodatnie wyniki po bardzo długiem staniu (przez miesiąc) w cieplarce. W trzeciej grupie gronkowiec żółty nie dawał odczynu, biały dodatni; paciorkowiec ropny dawał dodatni odczyn i to słaby tylko na trzeci dzień. W czwartej grupie przecinkowiec choleryczny i mętwik Miecznikowa już po upływie 24 godzin dawały wyraźny dodatni odczyn, inne pokrewne mętwiki (*vibrio* Denecke, v. Müller, v. Finkler) dawały również dodatni odczyn, lecz znacznie powolniej. Mętwik Deneckego, wyhodowany przy 37—38° C. nie dawał odczynu, wyhodowany zaś przy ciepłocie nie wyższej nad 22° C. dawał dodatni wynik. W piątej grupie lasecznik cholery kur, dawał dodatni odczyn na 7—9 dzień, a prątek rzekomej gruźlicy gryzoniów i zarazy świń ujemny. Lasecznik moru (ludzkiego) dawał dodatni odczyn (wykonano tylko jedno badanie na 2 drobnej hodowli). W szóstej grupie lasecznik błonicy dawał słaby dodatni odczyn ledwie na 15. dzień, prątek zaś rzekomo-błoniczy już na 3. dzień, lecz także słaby. Przy zestawieniu tych wyników z innemi własnościami bakteryi wpada w oczy, że w niektórych przypadkach własność wytwarzania kreatyniny idzie w parze z własnością wytwarzania kwasów, Ponieważ kreatynina łatwo się tworzy z kreatyny w obecności kwasów, więc powstało pytanie, o ile własność wytwarzania kreatyniny przez bakterye zależy od ich własności wytwarzania kwasów. By to rozstrzygnąć, autorka hodowała bakterye, 1) na peptonowej wodzie z dodatkiem ½ prc. cukru winogronowego, jako na podłożu, w którem może powstać silnie kwaśny odczyn i 2) na wodzie peptonowej z dodatkiem 1 prc. węglanu wapniowego *(calcium carbonicum)*, który przeszkadza tworzeniu się kwaśnego odczynu podłoża. Zależność tworzenia się kreatyny od kwaśnego odczynu podłoża zupełnie potwierdziła się co do niektórych bakteryi (jakoto: prątków duru brzusznego, paratyfusów, dysenteryi, wrzekomej gruźlicy gryzoniów, błonicy gronkowca białego i paciorkowca). Inne zaś bakterye: prątek okrężnicy, wrzekomej dysenteryi, lasecznik Friedländera, wszystkie mętwiki *(vibriones)*, krętek cholery kur i wrzekomej błonicy, mlecznej fermentacyi, odmieniec — dawały dodatni odczyn tylko na podłożu z dodatkiem węglanu wapniowego. Tu więc działają inne przyczyny, których wyświetlenie wymaga dalszych doświadczeń. Z punktu widzenia charakterystyki biochemicznej ważnem jest, że tak pokrewne laseczniki, jak lasecznik dysenteryi Shiga-Kruse i lasecznik Flexnera mocno różnią się od siebie pod względem tworzenia kreatyniny; że obydwa laseczniki paratyfusu bliżej stoją lasecznika duru brzusznego, niż prątka okrężnicy; że gronkowiec biały zachowuje się wręcz przeciwnie, niż żółty, że wszystkie zbadane mętwiki są prawie identyczne. *Dr Z. Orłowski* (Ptbg.).

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Moraczewski. **W sprawie istoty i dyetetyki skazy moczanowej.** (*Nowiny lekarskie* Nr 1—2, 1906). Właściwą istotę skazy moczanowej trudno jeszcze dzisiaj podać. Wszystkie dotychczasowe przypuszczenia nie wytrzymują krytyki. Przypuszczamy, że istotą tej choroby jest albo: 1) że ustrój wytwarza za dużo kwasu moczowego, 2) albo, że ustrój nie może spalać wytworzonej ilości kwasu moczowego, 3) albo też, że ustrój nie może wydalać wytworzonego, albo spalonego kwasu moczowego. Te jednak przypuszczenia nie tłómaczą, co jest właściwą podstawą tych zaburzeń, tak że ostatecznie musimy się zgodzić na to, iż właściwą istotą skazy moczanowej są jakieś dotychczas nieuchwytne zboczenia w wymianie materyi. Również i przyczyny tej choroby stanowczo określić nie można. Spotykamy bowiem skazę moczanową tak u ludzi otyłych, jak i u niedokrwistych, u ospałych i bardzo ruchliwych; wiemy tylko tyle, że rzadką jest ona u ludzi pracujących fizycznie. Objawem rozpoznawczym skazy moczanowej jest zwiększona ilość kwasu moczowego i szczawiowego w moczu, nie jest to jednak objawem rozstrzygającym i musimy również uwzględnić pewne objawy ogólne, chorobie tej zwykle towarzyszące. Objawy te występują albo w postaci ostrej z bólem znacznym w najrozmaitszych częściach ciała, z gorączką i zmniejszeniem się wydzielania moczu w czasie napadu, obfitem zaś po napadzie, albo też w postaci przewlekłej, gdzie już obok zmian w moczu napotykamy i zmiany w tkankach nerwowych i stawach. Cukromocz i białkomocz nie mają dla choroby samej znaczenia, są bowiem przemijające. Choroba nawiedza chorych zazwyczaj od czasu do czasu, a rzadko kiedy występuje w postaci ciągłej. Tak jak co do istoty choroby są zdania sprzeczne, tak też co do dyety, której odpowiednie zastosowanie jest najważniejszym czynnikiem leczniczym. Wszyscy jednak godzą się dzisiaj na to, aby w skazie moczanowej stosować dyetę mieszaną z ograniczeniem węglowodanów i pokarmów łatwo palnych. W każdym razie należy różniczkować. Otyłym trzeba podawać owoce nie słodkie, jarzyny, chudym zaś owoce słodkie, dużo tłuszczu i białka. *Dr Hilstein.*

Pater. **Wpływ dyety, nie zawierającej chlorków, na zmianę ciężaru w przebiegu płonicy.** (*Presse medicale* Nr 40, 1906). Według spostrzeżeń autora dyeta bez chlorków (czyli ściślej: zawierająca ślady tylko chlorków) chroni w płonicy przed zapaleniem nerek na równi z dyetą mleczną; tem zaś ją przewyższa, że doprowadza więcej różnorodnego materyału odżywczego, niż czysto mleczna dyeta, przez co ciężar ciała chorych od ustania gorączki i zastosowania tej dyety stale się podnosi; przeciwnie u chorych, żywionych samem mlekiem, ciężar po ustaniu gorączki spada, a później wcale się nie podnosi, dopóki nie przejdziemy do zwykłej dyety, co ze względu na obawę zapalenia nerek dosyć późno może nastąpić. Dyeta nie zawierająca chlorków chroni zatem przed zapaleniem nerek, a równocześnie sprzyja szybszemu powrotowi do zdrowia, podnosząc stan odżywienia chorych. *Mostowski.*

Doc. Przedtieczenskij. **Nieswoiste lecznicze działanie surowic.** (*Prakticzeskij Wracz* 1906, Nr 21). Ostatniemi czasy autor (Moskwa) spostrzegał 3 przypadki ciężkiego zniekształtniającego zapalenia stawów, w których stan i ogólny i miejscowy znakomicie się polepszył po podskórnych wstrzykiwaniach surowicy przeciwbłoniczej. Opierając się na tych spostrzeżeniach i na danych z piśmiennictwa, autor doświadczalnie starał się wyjaśnić wpływ różnych leczniczych surowic na sztuczne zakażenia u zwierząt. Do badań używał autor królików, którym wstrzykiwano pod skórę czystą bulionową hodowlę prątka wąglikowego; 0,5 hodowli tej zabijało królika, ważącego 1½—2 kilogr., po upływie 3—3½ dni; po zakażeniu królikom wstrzykiwano rozmaite dawki różnych surowic, jakoto przeciwbłoniczej, przeciwczerwonkowej, przeciwpaciorkowcowej, jedno- i wielowartościowej przeciwpłoniczej i prawidłowej surowicy konia (dla porównania). Wszystkich doświadczeń autor wy-

konał 16 na 50 królikach. Wyniki badań są następujące: 1) Przeciwbłonicza surowica, wstrzyknięta królikowi pod skórę, po zaszczepieniu mu czystej hodowli prątka wąglikowego, niewątpliwie wstrzymuje rozwój choroby. Króliki giną znacznie później, niż kontrolne, a niekiedy nawet i zdrowieją. 2) Duże dawki surowicy przeciwbłoniczej (4500—6000 jedn.) działają lepiej, niż małe (1500—3000). Najwyższą jednorazową dawką dla królików jest 6000 jedn.; ogólna dawka, potrzebna do wyratowania zakażonego wąglikiem królika, wynosi 9000—1500 jedn. 3) Przy jednakowej ilości wprowadzanych antytoksycznych jednostek skutek leczniczy jest tem większy, im wcześniej je do ustroju wprowadzono; innemi słowy: lepiej wstrzyknąć duże dawki w pierwszych 2 dniach choroby, niż małe dawki w ciągu kilku dni. 4) Surowica przeciwbłonicza działa znacznie lepiej od innych surowic, 5) lecz wszystkie te surowice działają znacznie lepiej od prawidłowej surowicy konia. Na podstawie tych doświadczeń autor przypuszcza, że lecznicze działanie surowic Marmorka, Maragliano, Romera i innych zależy nie od ich wartości; być może, że taki sam skutek wywarłaby w tych przypadkach n. p. surowica przeciwbłonicza. Działanie nie-swoistych surowic autor objaśnia z punktu widzenia teoryi Miecznikowa o stymulinach, podniecających w znacznym stopniu działalność białych krwinek w ich walce z bakteryami. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

CHIRURGIA. Krogius. **O wczesnej operacyi przy ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, t. 78). Wczesna operacya w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego jest doskonałym środkiem, by przerwać ciężki napad i by zmniejszyć odsetek śmiertelności, nie jest ona jednak wskazaną we wszystkich zapaleniach wyrostka. W przypadkach lekkich, gdzie niema objawów niepokojących i gdzie po pierwszym napadzie natychmiast następuje poprawa, operacya nie jest potrzebną. Natomiast operacya jest wskazaną w przypadkach ciężkich, gdzie obawiamy się przebicia, lub gdzie ono już nastąpiło. Ciężkie przypadki dadzą się podzielić na dwa typy: I. typ dziurawiący: odznacza się nagłem zachorowaniem, silnymi bólami, stałą gorączką, tętnem szybkiem i złem wyglądaniem chorego. II. typ zgorzelinowy: nie odznacza się on gwałtownością początkowych objawów, lecz stałem postępującem pogarszaniem się stanu chorego. Dlatego każde stałe pogarszanie się powinno być bezwzględną wskazówką do zabiegu. Poszczególne objawy, zmuszające do zabiegu, są następujące: napięcie mięśni brzusznych, ogólna wrażliwość brzucha na ucisk; gwałtowne i nagłe bole, złe wyglądanie chorego, częste i miękkie tętno, częste dreszcze, wymioty ponawiające się i zupełne zatrzymanie wiatrów i stolca. Wobec tych objawów należy jak najwcześniej operować i wykonać zabieg nawet wobec przebicia ropnia do wolnej jamy brzusznej i rozległego zapalenia otrzewnej. Takie przypadki, operowane nawet w 36 godzin po przebiciu, dają jeszcze dobre rokowanie. *Dr Klęsk.*

Lennander. **Próba wytłómaczenia „boleści brzusznych".** (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.* t. 16, z. 1). Autor utrzymuje, że tylko narządy, unerwione przez nerw współczulny i błędny poniżej odejściu nerwu zwrotnego, nie mają zakończeń nerwowych dla bolu, dotyku, ciepła i zimna. Przykładem częstym jest operacya wola w znieczuleniu Schleicha, niebolesność szpiku kostnego, chrząstki, płuc, krezki, sieci, żołądka i jelit, woreczka żółciowego, wątroby, trzustki, śledziony i nerki po oddzieleniu torebki tłuszczowej. Natomiast uczucie bolu wywołać można, drażniąc okostnę, torebki stawowe, opłucnę i otrzewnę ścienną. W doświadczeniach autora najczęściej ból występował w razie przesuwania się błon surowiczych nad stosunkowo twardą podstawą, jak żebra, mięśnie, powięzie i t. d. Przesuwanie tych błon naciąga zakończenia nerwowe i wywiązuje przez to ból. Zakończenia nerwowe, o których wspomniano, należą do nerwów międzyżebrowych, lędźwiowych, krzyżowych i przeponowych. Nadmierne ruchy robaczkowe, nagromadzenie się gazów, rozpierających jelita, wywołują właśnie przesuwanie się otrzewnej nad podstawą i podciąganie krezki od kręgów, co wyraża się boleściami. *Dr Klęsk.*

Lennander. **O drugiej teoryi Nothnagla co do kolki kiszkowej.** (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.* t. 16, z. 1). Druga teorya Nothnagla da się streścić w czterech tezach: 1) Ból występuje w jelicie samem. 2) Pierwotnym jest skurcz tężcowy mięśni jelitowych. 3) Skurcz wywołuje zmniejszenie się dopływu krwi, a w końcu niedokrwistość. 4) Niedokrwistość drażni zakończenia nerwów czuciowych, co jako ból przechodzi do naszej świadomości. W pierwszej swej teoryi twierdził Nothnagel, że przyczyną bolu jest ucisk, wywierany na nerwy wskutek tężcowego skurczu. I druga teorya jednak nie ma podstawy, jak tego dowiodły doświadczenia Lennandera. Drażnił on bowiem prądem stałym i faradycznym jużto jelito, wyłożone na zewnątrz jamy brzusznej, jużto z przetoki i wywoływał skurcz jelit aż do niedokrwistości zupełnej i stwardnienia jelita, bolu jednak chory nigdy przytem nie odczuwał. *Dr Klęsk.*

Rovsing. **Wskazania do wycięcia nerki, zwłaszcza gruźliczej i wyniki tegoż.** (*Archiv f. klin. Chirurgie* t. 77, z. 1). Pracę swą autor opiera na 112 przypadkach wycięcia nerki. Przy gruźlicy jedni leczą z początku nerkę zachowawczo, a wycinają dopiero w ostateczności, inni radzą operować wczas, gdy jeszcze zmiany są w jednej tylko nerce, pragnąc zarazem zapobiedz typowemu zakażeniu pęcherza gruźlicą. Autor nie obawia się tego następstwa, utrzymując, że gruźlicę pęcherza można dobrze wyleczyć, stosując przez 2—3 tygodni co drugi dzień energiczne płukanie pęcherza 5 prc. karbolem (38°). Wstrzykuje się po 100 ctm.³ na raz i trzyma przez 5 minut. Takie płukania powtarza się dopóty, dopóki odchodzi jeszcze płyn mętnawy. W ten sposób wyleczył autor 5 przypadków i stwierdził cystoskopem blizny w miejscu wrzodów. Do gruźlicy nerek dołącza się bardzo często gruźlica narządu płciowego i na to trzeba zwracać uwagę (47 operowanych przypadków). Co do prób badania sprawności nerek, to białkomocz zupełnie niczego nie dowodzi, bo często nie ma go przy wodonerczu i nowotworach, a jednak nerkę wtedy usunąć należy, a zarówno białkomocz istnieje często tam, gdzie nerek operować nie potrzeba. Próba metylenowa nie ma żadnej wartości, bo często nerki, choć bardzo zmienione, barwik wydzielają. Próba florydzynowa również nie ma wartości, a autor operował 9 razy pomimo, że cukier z nerki się nie wydzielał. 8 chorych wyzdrowiało, jeden umarł z krwotoku. Kryoskopia również nie jest pewną metodą. Autor przeprowadzał badanie kryoskopowe w 50 przypadkach. W 12 punkt marznięcia był 0·60—0·67, a nerka była zupełnie zdrowa, w 6 przypadkach punkt marznięcia był prawidłowy, a nerka zupełnie zniszczona. Najwięcej wierzy jeszcze autor oznaczeniu azotu. Ważnem jest badanie każdej nerki z osobna. Jeżeli nie można cewnikować moczowodów, trzeba dokonać nacięcia obu nerek od strony lędźwi i przekonać się o ich stanie. Od czasu, gdy nie wierzy ślepo próbom, lecz uwzględnia objawy kliniczne na mocy swego doświadczenia, operuje autor więcej i wyniki ma coraz lepsze, bo obecnie 3·3 prc. śmiertelności, gdy dawniej 13·2 prc. *A. Klęsk.*

Kreuzer. **Chirurgiczne leczenie okrągłego wrzodu żołądka i tegoż następstw w klinice Krönleina w Zurychu w latach 1887—1904.** (*Beitr. zur klin. Chirurgie* t. 49). Na podstawie doświadczeń, zebranych w Zurychu, dochodzi autor do następujących wniosków. Objawy wrzodu żołądka są niezbyt znamienne: częste bole palące, zjawiające się regularnie po jedzeniu, przemawiają za wrzodem, podobnie jak i krwawe wymioty zaraz po jedzeniu; jednakże zjawiać się one mogą i przy innych chorobach żołądka, choć rzadziej. Wynik badania zewnętrznego bywa przy wrzodzie często ujemny. W treści żołądkowej przy wrzodzie znajduje się zawsze wolny HCl; przy zwężeniach znaleźć można także kwas mleczny i długie prątki. Ogólna kwaśność zwykle jest wzmożona. Przy wrzodzie żołądka tak ze zwężeniem odźwiernika i rozszerzeniem żołądka, jak i bez nich połączenie żołądka z jelitem jest jedyną odpowiednią operacyą. Autor radzi wykonywać ją sposobem Hackera. Plastyka odźwiernika jest zabiegiem równie wielkim, jak połączenie żołądka z jelitem, a daje mniej pewne wyniki. Wyciąć wrzód można tylko w wyjątkowo korzystnych przypadkach, jeżeli wrzód usadowił się odpowiednio. Bezwzględnemi wskazaniami do operacyi są: 1) zwężenie odźwiernika, 2) bezskuteczne leczenie wewnętrzne przez czas dłuższy, 3) silne krwotoki, 4) wszystkie przypadki, gdzie rozpoznanie waha się między rakiem, a wrzodem, 5) przedziurawienie żołądka przez wrzód. Względne wskazania: 1) nawet jednorazowy krwotok, ale silny, 2) duże bole i ciągłe wymioty, 3) rozszerzenie, opadnięcie i niedowład żołądka. Na 109 operacyi wykonano w klinice Krönleina 66 połączeń żołądka z jelitem (5 zgonów) sposobem Hackera, 8 sposobem Wölflera (4 zgony), 4 razy wycięto odźwiernik (1 zgon), 4 razy nacięto żołądek, 12 razy operowano z powodu przedziurawienia (10 zgonów), w reszcie przypadków wykonano pomniejsze zabiegi lub laparotomię próbną. *A. Klęsk.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Exner. **Przyczynek do leczenia radem rozszerzenia naczyń włosowatych.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr 23). Rozległe rozszerzenia naczyń włosowatych na twarzy, szczególnie u kobiet, uchylają się od leczenia chirurgicznego, które można stosować tylko przy małych naczyniakach, nie pozostawiających po wycięciu większej blizny. Inne sposoby leczenia, jak n. p. elektroliza, wymagają bardzo wiele czasu i cierpliwości tak ze strony chorego, jak i lekarza, a ostatecznie wynik pod względem kosmetycznym nie odpowiada nakładowi pracy. Również i światło finsenowskie nie usuwa w zupełności wielkich rozszerzeń naczyń, leczenie zaś tym sposobem trwa bardzo długo. W ciągu ostatniego roku leczył autor zapomocą naświetlania

radem kilka przypadków rozszerzenia naczyń na twarzy i przekonał się, że tym sposobem można uzyskać bardzo dobre wyniki w leczeniu rozległych zmian. Wrażliwość skóry na działanie radu nie jest jednakowa u różnych osobników, a mianowicie: ma pod tym względem pewne znaczenie płeć, wiek i barwa włosów, gdyż u blondynów jest skóra wrażliwszą, niż u brunetów. U różnych zatem osób ta sama ilość światła może wywołać różne skutki, przeto autor radzi przed rozpoczęciem leczenia, doświadczalnie na małej przestrzeni w miejscu mniej widocznem oznaczyć tę osobniczą wrażliwość. W ten sposób postępując, można się uchronić od przykrych następstw, jakie po silnem naświetleniu mogą powstać. E. postępuje w ten sposób, że całą przestrzeń, która ma być naświetlona, dzieli na kwadraty równej wielkości, o długości 1½ ctm. i naświetla po kolei wszystkie kwadraty na każdem posiedzeniu tak, że w końcu wszystkie kwadraty otrzymały równą ilość światła. W ten sposób naświetlając, unika się rozległych, szpecących przebarwień, na granicach przestrzeni naświetlonych powstających, a które zawsze powstają przy naświetlaniu częściowem zupełnem. Jeżeli pomimo zachowania tych przepisów okaże się, że przestrzeń była niejednakowo naświetloną, pewne miejsca otrzymały mniejszą ilość światła, niż potrzeba, wtedy należy naświetlania powtórzyć, ale muszą być one znacznie słabsze, gdyż skóra, już raz naświetlona, jest znacznie czulsza na światło radu. Drobne przebarwienia, które czasem i przy tym sposobie naświetlania mogą powstać, zupełnie znikają w ciągu kilku miesięcy pod działaniem światła słonecznego. *Stopczański.*

OKULISTYKA. Graeflin. **Doświadczenia nad szkodliwym wpływem barwików anilinowych w postaci proszku na oko królika.** *(Zeits. f. Augenh.* T. X, 1905, str. 193). Wedle doświadczeń G. wielkiem niebezpieczeństwem zagrażają oku fiolet kryształowy, błękit victoria i zieleń malachitowa. Wywoływały one u królików zawsze zapalenie całej gałki ocznej i zupełne jej zniszczenie. Safranina, auramina i rhodamina wywołują tylko dość znaczne zadrażnienie. Błękit metylenowy w żadnym przypadku nie wywołał uszkodzenia rogówki. Wszystkie barwiki szkodliwe są solami, rozpuszczalnemi we wodzie. Wyniki doświadczeń autora na królikach odpowiadają w zupełności spostrzeżeniom klinicznym u ludzi.

K. W. Majewski.

Garipuy. **O odosobnionem urazowem porażeniu mięśnia skośnego górnego.** (*Recueil d'opht.* 1905, Nr. 12). Opis trzech przypadków chorobowych: 1) 23-letni mężczyzna skaleczony został nożem w okolicę górnego brzegu lewego oka. Po dziewięciu dniach rana już się zagoiła i opatrunek zdjęto. Okazało się, że został uszkodzony mięsień skośny górny, na co wskazywał rodzaj poraźnego zboczenia gałki ocznej, jakoteż rodzaj dwuwidzenia. Dalszego przebiegu autor nie spostrzegał. 2) U ośmioletniego chłopca, który przy upadku uderzył się w okolicę wewnętrznego kącika oka lewego o róg ławki, powstało nazajutrz dwuwidzenie. Autor, który badał chorego w dwa miesiące po wypadku, stwierdził bliznę skórną 1 ctm. długą w okolicy wyrostka bloczkowego i porażenie mięśnia skośnego górnego. Zresztą żadnych zmian nie było. Po dwóch miesiącach faradyzacyi pozostał nieznaczny tylko stopień dwuwidzenia. 3) 40-letniego wieśniaka uderzyła krowa racicą w oko lewe. Uraz ten wywołał rozdarcie powieki górnej, które natychmiast zeszyto. W osiem dni później powstało dwuwidzenie. Przy badaniu stwierdzono, oprócz blizny skórnej, porażenie mięśnia skośnego górnego, rozszerzenie źrenicy i częściowe znieczulenie w obrębie nerwu nadoczodołowego. Faradyzacya. Po dwóch miesiącach ustawienie i ruchomość oka prawidłowe, zaledwie ślad dwuwidzenia, co do znieczulenia także znaczna poprawa. Przypadki odosobnionego porażenia mięśnia lub nerwu bloczkowego są nader rzadkie. Garipuy znalazł w piśmiennictwie zaledwie osiem spostrzeżeń, nie licząc jednej niedostępnej mu publikacyi japońskiej. Rokowanie jest dobre. Należy faradyzować dwa lub trzy razy tygodniowo po trzy minuty prądem słabym, zaledwie wywołującym skurcze mięśnia obrączkowego. Do operacyi nie powinno się przystępować przed upływem jednego do dwóch miesięcy. Epéron radzi w takim razie przeszczepić ku przodowi ścięgno mięśnia prostego dolnego na temsamem oku.

K. W. Majewski.

Woelflin. **Wpływ wieku na próg pobudliwości świetlnej w oku zaadoptowanem.** *(Archiv f. Opth.* 1905, T. LXI, Z. 3). Autor stwierdził, że wiek nie wpływa wcale na adaptacyę siatkówki, oraz że niema żadnej różnicy między górną, a dolną połową siatkówki co do wrażliwości na światło. Niema również żadnej różnicy między adaptacyą jednego oka, a adaptacyą obuoczną. Natomiast zależy adaptacya poniekąd od pigmentacyi. U jasnych blondynów odbywa się ona wolniej, niż u silnych brunetów. Oczy krótkowzroczne (bez zmian chorobowych w siatkówce i naczyniówce) nie różnią się od prawidłowych pod względem wrażliwości na światło.

K. W. Majewski.

Valude. **Kurcz powieki, wyleczony głębokiemi wstrzykiwaniami wyskoku w miejscu wyjścia nerwu twarzowego.** *(Annal. d'Ocul.*, Grudzień, 1905). Kurcz powieki jest czasami tak uporczywy, że nie ustępuje pod działaniem żadnych środków leczniczych. W tych przypadkach stosuje V. według wskazówek Schloessera, ogłoszonych jeszcze w r. 1904, głębokie wstrzykiwania wyskoku w miejscu wyjścia nerwu twarzowego. Dla znieczulenia dodaje V. do wyskoku kilka kropel kokainy. Wprawiwszy się wprzód na psach w technice wstrzykiwań i po zaznajomieniu się z obrazem klinicznym, wykonał V. u dwóch osobników ten zabieg operacyjny z pomyślnym wynikiem. Porażenie nerwu twarzowego, powstające po wstrzyknięciu, ustępuje stopniowo w krótkim przeciągu czasu.

W. Reis.

Schwartz. **Wyleczenie gruźlicy spojówki zapomocą surowicy przeciwgruźliczej Marmorka.** *(Deutsche med. Woch.* 1906, Nr 3, 4). Autor opisuje przypadek gruźlicy spojówki gałkowej z następowem dopiero zajęciem spojówki powiekowej. Owrzodzenie powstało w następstwie urazu, przyczem zakażenie powstało niewątpliwie przez użycie chustki do nosa osoby, dotkniętej gruźlicą płuc. Rozpoznanie gruźlicy potwierdziło zarówno badanie mikroskopowe, jak i doświadczenie na zwierzęciu, wreszcie stwierdzono prątki Kocha w wydzielinie spojówkowej. Sąsiednie gruczoły aż po obojczyk były zajęte. Wykonano 37 wstrzyknięć surowicy Marmorka, razem 289 ctm.³. Już po trzeciem wstrzyknięciu wystąpiło polepszenie, poczem stan dalej stopniowo się poprawiał aż do zupełnego wyleczenia. Z wyjątkiem lekkiej przemijającej pokrzywki nie wywołała surowica żadnych innych ubocznych objawów.

K. W. Majewski.

Rotholz. **Leczenie t. zw. zołzowych zapaleń oczu.** *(Ther. Monatsh.* 1905, str. 402). Autor wywodzi, że t. zw. zołzowe zapalenia spojówki i rogówki często nie są objawem ogólnych zołzów, lecz skutkiem ropnego zapalenia błony śluzowej nosa, z którego wydzielinę dziecko palcami na oko przenosi. W podobny sposób powstają pryszczykowe zapalenia oczu u dzieci, dotkniętych wypryskiem sączącym na skórze głowy. W pierwszym rzędzie należy zatem leczyć źródło zakażenia, a więc jamę nosa lub skórę głowy. Autor zaleca małym dzieciom wiązać ręce, aby zapobiedz przeniesieniu wydzieliny na oczy. Do nosa wdmuchuje sozojodolan cynku, który szybko zmniejsza wydzielinę. Wypryski leczy maścią airolową.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 20 czerwca 1906 r.

Przewodniczy kol. doc. Rutkowski. Obecnych członków 22.

I. Przewodniczący poświęca słowa gorącego wspomnienia pośmiertnego ś. p. kol. Gwiazdomorskiemu, których obecni wysłuchali, powstawszy z miejsc na znak żałoby.

II. Przewodniczący zawiadamia o umieszczeniu biustu ś. p. Adryana Baranieckiego w domu Towarzystwa.

III. Kol. Latkowski przedstawił a) przypadek **wrodzonej wady serca** (niedomykalność zastawki dwudzielnej z niezarośnięciem otworu owalnego) (rzecz przeznaczona do druku); b) przypadek **odmy opłucnej z ropniakiem** *(pyopneomothorax)*, w którym **pluskanie** *(succussio Hippocratis)* już z daleka słyszeć można, a przy prześwietlaniu promieniami Röntgena widać bardzo wyraźnie ruch płynu; c) wyłożył rzecz **„O szkodliwem działaniu przetworów salicylowych na nerki“** (rzecz przeznaczona do druku), oraz d) **„O g-strofantynie“** (rzecz przeznaczona do druku).

IV. Kol. Mięsowicz wykładał a) **„O zmianach w tętnicach pod wpływem adrenaliny“**, przedstawiając liczne okazy anatomiczne ze zwierząt, użytych do doświadczeń. Z badań prelegenta wynika, że zmian, powstających w tętnicach zwierząt pod wpływem wstrzykiwań adrenaliny, porównywać z miażdżycą u ludzi nie można, rozpoczynają się one bowiem od warstwy środkowej, a nie od wewnętrznej, a także nie towarzyszą im objawy zwyrodnienia ścian naczyniowych. Jodypina, której wstrzykiwania zdaniem Boveriego i Koranyiego mają zapobiegać występowaniu zmian po adrenalinie, — nie wywarła w dotychczas przez prelegenta wykonanych doświadczeniach żadnych skutków; doświadczeń z jodypiną jednak jeszcze prelegent nie ukończył;

b) **„O filmaronie“**, nowym leku przeciwtasiemcowym;

c) **„O surowicy Roemera w zapaleniu płuc“**; działania tej surowicy według 10 spostrzeżeń autora nie można uważać za pewne; (wykłady te ukażą się w całości w druku);

wreszcie przedstawił następujące przypadki:

d) **choroby Basedowa;**

e) **obrzęku śluzowatego** (*myxoedema spontaneum*). Sara T., l. 28, od pół roku spostrzega znaczne zgrubienie kończyn dolnych i górnych, w szczególności stóp i dłoni, od 3 miesięcy zgrubienie powiek, policzków i warg; od 5 miesięcy brak regularności. Otoczenie zauważyło od kilku miesięcy zmianę usposobienia i ogólną ociężałość. Zawezwany lekarz domowy zalecił przetwory gruczołu tarczowego, które chora od dwóch miesięcy zażywa, przez co stan jej wyraźnie się poprawił. Stan obecny: Wyraz twarzy starczy. Powieki zgrubiałe, obwisłe. Warga dolna powiększona, odstaje i nieco zwisa. Gruczołu tarczowego wymacać nie można. Skóra kończyn dolnych i górnych jeszcze wyraźnie zgrubiała, sucha. Chora męczy są łatwo, na pytania odpowiada powoli, zachowuje się apatycznie. Za przyczynę tego stanu chorobowego należy uważać powolny zanik czynności gruczołu tarczowego, za czem przemawia nie tyle wynik badania miejscowego, ile skuteczność zastosowanej organoterapii.

f) Przypadek **mnogich zwężeń jelit** na tle **gruźliczego zapalenia otrzewnej.** W ciągu trzech lat wykonano u chorej z powodu nagromadzania się znacznej ilości płynu w jamie brzusznej, raz laparotomię, a 8 razy nakłucie brzucha. Pomimo tych zabiegów płyn zawsze nanowo zbierał się w jamie brzusznej. Od roku chora spostrzega stawianie się jelit, połączone z bolem i przelewaniem się. Obecnie u chorej spostrzedz można przez wychudłe powłoki brzuszne ciągły robaczkowy ruch jelit, połączony z bezustannem stawianiem się licznych pętli jelita cienkiego. Przy obmacywaniu pętli można stwierdzić ich nadzwyczajną sztywność w czasie stawiania się. W jamie brzusznej spora ilość płynu wolnego. Zaburzeń w oddawaniu stolca niema.

V. Kol. prof. Jaworski przedstawia a) chorego na **rozszerzenie łuku tętnicy głównej** wskutek miażdżycy (*ectasia arcus aortae ex atherosi c. stenocardia*). Karol M., lat 40, pisarz, Nr dz. 147. Miał nadużywać napojów wyskokowych, kiły miał nie przebywać. Od 2½ lat ból z dusznością, bicie serca, nagłe osłabienie, drętwienie obu kończyn górnych. Napad trwa od ½—2 godzin i powtarza się kilka razy na miesiąc, pomimo że chory leży w łóżku. Badanie stwierdza stłumienie nad rękojeścią mostka, przechodzące na drugie międzyżebrze prawe. Silny szmer skurczowy nad mostkiem i po prawej stronie mostka. Rozkurczowy dźwięczny ton nad zastawkami aorty. Nieznaczne tętnienie w drugiem międzyżebrzu prawem. Zresztą innych zmian serca opukiwaniem i osłuchiwaniem nie stwierdza się. Prześwietlanie X-promieniami wykazuje zwiększenie cienia od aorty ku stronie lewej. Przypadek ten dlatego zasługuje na uwagę, że po stronie prawej widoczne jest bardzo silne tętnienie tętnicy szyjnej, tętnicy pachowej i ramiennej, gdy po stronie lewej tętnienie tych naczyń jest zaledwie dostrzegalne. Uderza ogromnie różnica w nasileniu tętna tak, że obraz sfigmograficzny tętnicy promieniowej prawej przedstawia falę wysoką, zaś na lewej kończynie tętno zaledwie linią wężykowatą jest zaznaczone. Tętnice na kończynach dolnych są równo napięte. Z tego zachowania się naczyń należy przypuścić, że lewa tętnica szyjna i podobojczykowa są w miejscu odejścia zwężone, ale nie przez ucisk, lecz wskutek zmian miażdżycowych, albo wskutek zmian światła otworów przez zniekształtnienie łuku tętnicy głównej.

Następnie przedstawia b) przypadek **nowotworu śródpiersia tylnego.** Leśnik, Stef. W., lat 42, Nr dz. 301. W rodzinie miały być przypadki śmierci z gruźlicy, a chory sam miał być żołzowatym. Przebył kiłę, której ślady (blizny) znajdują się na prąciu. Pijał dość dużo napojów wyskokowych, a z powodu swego zawodu często narażony był na przeziębienie. Od 1½ roku utracił łaknienie, począł źle wyglądać, dostał duszności, bolów w okolicy serca i rwących bolów głowy, zwłaszcza w nocy. Odżywienie mierne, powłoki blade, ziemiste, źrenica lewa szersza, niż prawa, oddziaływanie na światło i akomodację dobre; żyły skórne po stronie lewej na szyi w dołku pod- i nadobojczykowym, jakoteż na ramieniu lewem rozszerzone, sinicy jednak niema. Dołek nadobojczykowy lewy wypuklony, prawy natomiast zapadnięty. Ruchomość oddechowa barku lewego mniejsza, niż prawego. Odgłos wypukowy w szczycie lewym i w przestrzeni międzyłopatkowej lewej, jakoteż pod obojczykiem lewym krótszy, niż w symetrycznych miejscach po stronie prawej. Opukiwanie i osłuchiwanie serca nie wykrywa nieprawidłowości. Gruczoły w obydwu pachach i pachwinach wyczuwalne, drobne, twarde, niebolesne. Pod pachą lewą gruczoły większe (wielkości bobu) i bolesne. Punkt bolesny w środku okolicy międzyłopatkowej lewej. Połykanie nieutrudnione, przełyk drożny. Więzadło głosowe lewe mniej ruchome, niż prawe. Ciepłota ciała prawidłowa. Przy prześwietlaniu X-promieniami widoczne zacieniowanie po stronie lewej obok kręgosłupa ponad cieniem serca. Z tych objawów należy przypuścić, że w śródpiersiu tylnem istnieje ucisk na żyłę bezimienną lewą w okolicy odejścia żyły sutkowej wewnętrznej i podobojczykowej lewej, następnie ucisk na nerw współczulny i nerw zwrotny lewy (*rec. vagi sin.*), co pochodzi od guza, który według wywiadów może być przyrody złośliwej, albo kiłowej.

VI. Kol. prof. Jaworski wyłożył rzecz **„O badaniu wyrostka robaczkowego“**, przyczem kol. Łapiński pokazywał na chorych sposoby badania. Sekretarz: *Wilczyński.*

* * *

† Fryderyk Schaudinn.

Przed kilku dniami nadeszła z Hamburga smutna wieść, że znany zoolog, profesor Schaudinn, radca rządowy i do niedawna kierownik oddziału zoologicznego w Urzędzie Zdrowia w Berlinie, zeszedł z tego świata w 35-ym roku życia po ciężkich cierpieniach. Nazwisko Schaudinna związało się tak ściśle z postępami na pewnych polach nauk lekarskich, a prace jego wywarły tak stanowczy i dodatni wpływ na ich rozwój, że z pewnością wieść o zgonie młodego uczonego ozwie się bolesnym i serdecznym oddźwiękiem wśród świata lekarskiego.

Fryderyk Schaudinn pochodził z Prus wschodnich. Ojciec jego, Litwin, nazywał się Szaudonnys; dopiero po jego wczesnej śmierci matka zmieniła nazwisko rodowe na Schaudinn. Studya uniwersyteckie odbywał Schaudinn w Berlinie i licząc zaledwie lat 21 uzyskał stopień doktora filozofii z zakresu zoologii, a równocześnie został asystentem profesora zoologii Fr. E. Schulzego. Z początku oddawał się studyom nad pełzakami (amebami) i zwierzętami z grup pokrewnych i już w pierwszych pracach okazał niezwykłą bystrość spostrzegawczą, sumienność w obrobieniu danego tematu i zadziwiającą zdolność kombinacyjną. Z tego okresu jego studyów datuje się odkrycie *Leydenia gemmipara*, zwierzęcia pełzakowatego, znalezionego w płynie z puchliny brzusznej u chorych na raka. W tym samym czasie rozpoczął Schaudinn, na spółkę z drugim autorem badanie kokcydyów, które doprowadziło do odkrycia dwojakiego okresu rozwojowego i przemiany pokoleń tych pasorzytów; według tych badań jedno, bezpłciowe pokolenie służy do samozakażenia zwierzęcia, żywiącego pasorzyty, drugie, płciowe, prowadzi do utworzenia przetrwalników, w których powstają zarodniki czyli sporozoity, zdolne znów do powtórzenia bezpłciowego rozrodu. Dopiero odkrycie tych zjawisk, występujących u kokcydyów, pozwoliło na zrozumienie okresu rozwojowego pasorzytów zimniczych, które należą, jak wiadomo, do grupy zwierząt, ściśle spokrewnionych z kokcydyami. W szeregu prac późniejszych rozwinął potem Schaudinn pierwotne spostrzeżenia i uzupełnił wybornie nasze wiadomości o tej grupie zwierząt. Badania też rozwoju pasorzytów zimnicy, przeprowadzone przez Schaudinna, dają nowe podstawy do tłómaczenia pewnych objawów tej choroby i po raz pierwszy rzucają jasne światło na sprawę nawrotów tej choroby, występujących częstokroć bez widocznych przyczyn i po pozornie zupełnem wyzdrowieniu chorego. Schaudinn przez 3 blizko lata był kierownikiem stacyi zoologicznej w Rovigno w Istryi, utrzymywanej kosztem ces. Urzędu Zdrowia w Berlinie; tam też miał on sposobność badać zimnicę, zwłaszcza zaś t. zw. trzeciaczkę i nietylko po raz pierwszy sprawdził wyniki zasadniczych prac Rossa i Grassiego, nietylko zebrał niezmiernie ważne szczegóły, odnoszące się do biologii komarów, które przenoszą tę chorobę, lecz odkrył rozwój partenogenetyczny plazmodyów zimniczych, który z pewnością jest przyczyną nawrotów tej choroby.

Po tym szeregu prac, kiedy ich rozgłos rósł coraz bardziej, powołano Schaudinna na kierownika oddziału zoologicznego w ces. Urzędzie Zdrowia w Berlinie. Mimo licznych i uciążliwych zajęć, związanych z tym urzędem, Schaudinn gorliwie pracował dalej i wnet ogłosił znakomitą pracę o rozwoju pełzaków, które występują podczas dysenteryi podzwrotnikowej. Rozróżnił on dwa gatunki tych zwierząt: *Amoeba coli* oraz *Amoeba histolytica*, nietylko różniące się budową i odmiennym sposobem rozrodu, lecz także rozmaitym stopniem szkodliwości dla ustroju. *A. coli* jest, według badań Schaudinna (obecnie potwierdzonych),

prawdopodobnie nieszkodliwym pasorzytem, który sam nie może wywołać ciężkich objawów chorobowych, przeciwnie zaś *A. histolytica*, która może rozdzierać i odrywać komórki nabłonkowe, jest sama niebezpiecznym wrogiem ustroju i z jej obecnością są związane ciężkie objawy dysenteryi podzwrotnikowej.

Epokowemi wprost nazwać można badania Schaudinna, dotyczące budowy i historyi rozwoju świdrowców i krętków *(trypanosoma* i *spirochaete)*. Zwierzęta te uważano dotychczas za twory zupełnie odrębne, a nawet zaliczano jedne z nich do państwa pierwotniaków, drugie zaś do bakteryi. Schaudinn dopiero dowiódł, że krętki mogą być jedną z postaci rozwoju świdrowców i zmienił zupełnie nasze pojęcia o tej grupie zwierząt, pośród której niebrak i pasorzytów, groźnych dla człowieka. Uwieńczeniem jednak tych, tak licznych i ważnych odkryć Schaudinna było odkrycie krętka bladego *(treponema pallidum)*, którego należy uważać za pasorzyta, wywołującego kiłę u człowieka. Niema chyba człowieka wykształconego, któryby nie wiedział teraz o tem odkryciu, niema lekarza, któryby nie uznał, że jedynym powodem nadzwyczajnego rozwoju naszych wiadomości o kile, jaki widać od $1^1/_2$ roku, było właśnie to wiekopomne odkrycie Schaudinna. I teraz, kiedy ten badacz niestrudzony w kwiecie sił się znajdował, kiedy dla swobody studyów porzucił swój urząd i osiadł w Hamburgu, by tam korzystać z obfitego materyału, jakiego dostarcza szpital i instytut chorób podzwrotnikowych, teraz właśnie śmierć go zabrała!

Zestawiliśmy powyżej wiązankę tylko najważniejszych prac, które bezpośrednio tyczą się zagadnień lekarskich, a wcale nie poruszyliśmy zasług Schaudinna dla czystej zoologii. Plon jego licznych prac na tem polu niemniej obfity i niemniej ważny, a tyczy on się głównie poznania budowy i właściwości komórek wolno żyjących. Wspomnijmy jeszcze i o tem, że Schaudinn założył i wydawał »Archiv für Protistenkunde«, gdzie gromadziły się i gromadzą prace, omawiające te najniższe istoty, w których jednak najlepiej całość żywej przyrody można obaczyć; dodajmy też, że uczestniczył on w wyprawie dokoła Szpicbergu i badał faunę podbiegunową, a widać z tego jeszcze lepiej niezwykłą ruchliwość i bystrość jego umysłu.

Jakieś to dziwne losu koleje, że teraz często takie jednostki, które wśród świata wiedzy wystrzelą jak dęby potężne nad zwykłem leśnem poszyciem, walą się nagle tak, jakgdyby jakiś demon zawistny rzekł im: »Już dość twórczości!« Tak zginął młodo Hertz, tak padł niespodzianie Curie, tak też zgasł i Schaudinn. Ale żyje i żyć wiecznie będzie ich pamięć jako ludzi, co całe swe życie niepodzielnie oddali dorobkowi ducha, — tej jedynie nieśmiertelnej rzeczy. *Prof. dr M. Siedlecki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Otrzymujemy następujące pismo:

»Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy przypomina Kolegom, iż Walne Zgromadzenie w dniu 29 kwietnia 1905 zaleciło lekarzom przedkładanie pacyentom rachunków lekarskich półrocznie, ewentualnie po skończonem leczeniu«.

Dr Flis, zast. sekretarza. *Dr Jordan*, prezes.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich w r. 1905. Z wydanego właśnie sprawozdania Rady zawiadowczej wynika, że Towarzystwo liczyło w r. 1095 członków czynnych 459, w tem Towarzystwo lekarskie lwowskie ze 184 członkami (obecnie już 210). Liczba ta, stosunkowo bardzo mała, smutno świadczy o zdolności lekarzy galicyjskich do zrzeszania się i o dbałości ich o los rodzin; wszystkich lekarzy jest w Galicyi obecnie około 1500; z tych z funduszu wdów i sierót Towarzystwa lekarzy galicyj. korzystać może (po doliczeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i przybytku członków we Lwowie) zaledwo 665, a więc nawet mniej, niż połowa. A przecież Towarzystwo lekarzy galic. posiada dziś poważne fundusze zapomogowe (bilans roku 1905 zamyka się kwotą 691,757 koron [1]) i w interesie każdego z lekarzy leżałoby do Towarzystwa należeć. Na stałe pensye dla wdów i sierót wydało Towarzystwo w r. 1905 koron 7,650, na zapomogi jednorazowe 6,253, razem 12,903, a kwota ta jeszcze wzrośnie, skoro fundusz im. dr Jasińskiego (210,000 k.) uwolni się od zmniejszających na razie dochód ciężarów (renty dożywotnie) i poprawią się interesa Morszyna, zwolna lecz stale obracające się teraz na lepsze. Działalność naukowa Towarzystwa oprócz wydawnictwa organu (»Przeglądu lek.«), dostarczanego bezpłatnie wszystkim członkom, ograniczała się prawie wyłącznie do Lwowa, gdzie Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło 18 posiedzeń, zapełnionych 17 odczytami, 4 referatami i 63 demonstracyami przy średnim udziale w posiedzeniach 48 członków. Z sekcyi prowincyonalnych ruchliwa i czynna, jak zawsze, sekcya jarosławska, odbyła 5 posiedzeń naukowych i 1 zjazd koleżeński, a pochlubić się może 7 odczytami i 39 demonstracyami; sekcya zaś wadowicka odbyła jedno posiedzenie naukowe; natomiast w innych 18 sekcyach ruch naukowy niczem się nie zaznaczył. *R.*

Korzyści współdziałania Towarzystwa lekarzy galicyjskich i »Samopomocy« podnosi dr Mikołajski (»Głos lek.« Nr 13). Zdaniem jego byłoby bardzo pożądane, aby każda sekcya Towarzystwa lek. gal. popierała myśl zjednoczenia lekarzy w sprawach zawodowych w Towarzystwie »Samopomocy«, a każda reprezentacya »Samopomocy« zachęcała swych członków do przystąpienia do Towarzystwa lek. galic. W ten sposób obie instytucye, potężniejąc, zapewniałyby coraz więcej korzyści każdemu ze swych członków, a zarazem wytworzyłaby się z czasem w całym kraju jednolita sieć organizacyjna lekarzy. *R.*

Biuro porady i obrony prawnej dla lekarzy uchwaliła, jak donosiliśmy, otworzyć z d. 1 października b. r. Izba lekarska wschodnio-galicyjska. Według projektu dr Mikołajskiego (»Głos lekarzy« Nr 13) ma biuro to objąć działy: 1) informacyi prawnej w stosunkach lekarzy do publiczności, instytucyi pracodawczych (kasy chorych, gminy i t. d.), władz autonomicznych i rządowych; 2) podatkowy (fasye, rekursy); 3) sądowy (ściąganie honoraryów od dłużników, obrona lekarzy w sprawach cywilnych i karnych); 4) sanitarno-administracyjay (obrona przeciw bezprawnym zarządzeniom administracyjnym); 5) prasowy (obrona prawna przeciw niesłusznym zarzutom dziennikarskim). Przewodniczącym biura ma być prezes lub wiceprezes Izby, a biuro działać ma z pomocą syndyka i odpowiednich znawców. Porady i obrony prawnej udziela biuro bezpłatnie, o ile chodzi o informacye prawne lub interwencyę, nie połączoną z potrzebą wyjazdu syndyka. W sprawach mających znaczenie zasadnicze, ponosi biuro wszelkie koszta. *R.*

Zmniejszenie stałych płac lekarskich. »Głos lekarzy« (Nr 13) podaje wiadomość, że miasteczko Gdów w Galicyi zmniejszyło samowolnie lekarzowi gminnemu płacę za czynności weterynarskie (oglądanie bydła) z 250 na 200 kor., wymagając nadto, by dla tych czynności lekarz przez 4 godziny urzędował przed jarmarkami w kancelaryi gminnej (!). Już dawniej doniósł »Głos« o zmniejszeniu płacy stabilizowanego lekarza okręgowego. *R.*

Towarzystwo lekarzy kolejowych ma powstać we Lwowie. »Głos lek.« (Nr 13) oświadcza się przeciw rozbijaniu się lekarzy kolejowych na drobne Towarzystwa według okręgów Dyrekcyi kolejowych, a występując przeciw temu, że Towarzystwo takie, zawiązane w Krakowie, obrało za swój organ miesięcznik wiedeński, ofiaruje się być organem przyszłego Towarzystwa wschodnio-galicyjskiego. *R.*

Walka lekarzy dolno-austryackich z Wydziałem krajowym trwa dalej; obecnie zarząd organizacyi zaostrzył jeszcze środki walki, a 345 lekarzy gminnych i 161 innych zobowiązało się słowem honoru, na wezwanie zarządu organizacyi równocześnie w jednym dniu opuścić posady. *R.*

Przepełnienie w zawodzie lekarskim w Niemczech maluje się dosadnie w tem, że w biurze pośrednictwa t. zw. lipskiego związku na każdą posadę asystenta zgłaszało się średnio po 4 kandydatów, na 34 miejsc dla lekarzy praktykujących zgłosiło się 345 kandydatów. *R.*

Stowarzyszenie pensyjne dla wdów i sierót po lekarzach bawarskich posiadało w roku 1905 czystego majątku 1,467,906 mk., a wypłaciło 255 (?) wdowom i 74 sierotom 58,431 mk. Liczby te przytaczamy dla porównania z naszymi stosunkami.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 24 do 30 czerwca 1906 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego: 34 przypadków w 13 gminach, a mianowicie w pow. Buczacz (Potok zł. 1), Cieszanów (Lubliniec n. 1, Młodów 1), Dobromil (Borysławka 1), Horodenka (Żuków 9), Kałusz (Dobrowlany 4), Kamionka (Busk 2), Kosów (Chomczyn 9), Nadwórna (Zielona 2), Śniatyn (Rudniki 1), Tłumacz (Bortniki 1, Targowica 1), Stryj

[1]) Czysty majątek wynosi 561,098 koron.

(Kruszelnica 1); nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych 7 przypadków w 5 gminach: w m. Lwowie 1, pow. Kałusz (Dołha wojniłowska 1), Kamionka (Niestanice 1), Drohobycz (Schodnica 1), Przeworsk (Markowa 3). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 24/VI. a 30/VI. b. r. urodziło się dzieci żywo 53, nieżywo 5; zmarło osób 55 (obcych 17); z tego z gruźlicy 12 (3), zapalenia płuc 7 (2), błonicy — (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry 9 (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), innych chorób zakaźnych 5 (3), śmierci gwałtownej 3 (2). —

Sprostowanie. W notatce o ruchu ludności w Krakowie w Nr 25 »Przeglądu« liczba zmarłych wynosić powinna 69 (nie 57, jak podano).

Choroby zakaźne we Lwowie. Między 17 a 23/VI 1906 zgłoszono przypadków błonicy 4 (obcych 2), krztuśca 3, płonicy 4 (3), odry 16, duru brzusznego 1 (1), czerwonki 0 (1), nagminnego zapalenia opon 0 (1). W tymże czasie zmarło z płonicy 1, z odry 1, z czerwonki 0 (1), z nagminnego zapalenia opon 1.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1906/7 wybrany został prof. Kostanecki.

— Półwiekowy jubileusz pracy lekarskiej obchodził 18 czerwca Dr Józef Richter, ur. w r. 1827 w Podgórzu. Po ukończeniu gimnazyum w Peszcie i Aradzie walczył w r. 1848 w szeregach honwedów; następnie uczęszczał 4 lata na medycynę, którą ukończył, przeniósłszy się w r. 1854 do kraju, w Krakowie. Jako lekarz pracował do r. 1866 w Radomyślu pod Tarnowem, a potem w Nowym Sączu jako lekarz miejski przez lat 37, jako lekarz kolejowy przez lat 27, a jako prymaryusz szpitala przez lat 8 (1870—1877), jednając sobie na wszystkich tych polach pracy zasłużone uznanie (*Głos lek.* 13).

— Dr. Adam Zagórski, radca sanitarny w Rzeszowie, który przez lat 35 służył temu miastu gorliwą pracą i dodatnimi wynikami swojej działalności zyskał sobie wielkie uznanie, obchodzić będzie we wrześniu r. b. 40-letni jubileusz doktoratu.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich otrzymała w Krakowie pani Helena Donhaiser-Sikorska. Pani Donhaiser-Sikorska jest pierwszą kobietą, która całe studya odbyła na wszechnicy Jagiellońskiej.

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło 26/VI b. r. nadzwyczajne Walne Zgromadzenie, na którem celem poparcia »Tygodnika lekarskiego« uchwalono podjąć starania, by pismo to uznane zostało za organ Towarzystwa lwowskiego i dostarczane przez Towarzystwo lek. galic. wszystkim członkom lwowskiego Towarzystwa.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyła 29/VI b. r. posiedzenie, na którem przygotowano wnioski na Walne Zgromadzenie Delegatów.

— Walne Zgromadzenie Delegatów Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyło się 30/VI b. r. przy nader licznym udziale, gdyż tylko 5 sekcyi nie było reprezentowanych. Przewodniczącym Zgromadzenia obrano Dr Lechowskiego z Drohobycza, jego zastępcą radcę Dr Opolskiego. Po przyjęciu sprawozdania Rady zawiadowczej za rok 1905 i uchwaleniu na wniosek komisyi rewizyjnej absolutoryum i podziękowania, postanowiono na wniosek Rady zawiadowczej przyznać od 1/VII b. r. (oprócz dawniejszych) pensye stałe trzem, zapomogi 2, a odmówić pensyi jednej wdowie. Następnie referował prezes Rady zawiad. r. dw. Dr Merunowicz imieniem Rady wnioski, odnoszące się do organu Towarzystwa. Odrzucono wniosek, aby Towarzystwo nie miało żadnego organu, uchwalono zaś wniosek następujący: »Wzywa się Radę zawiadowczą, aby rozpoczęła rokowania z Towarzystwem lekarskiem krakowskiem w tym kierunku, by »Tygodnik lekarski« stał się organem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, jednakże bez naruszenia innych postanowień ugody z r. 1880, i aby te rokowania do 15 listopada 1906 ukończone zostały«. Uchwalono wnioski sekcyi stryjskiej, dotyczące rozwoju Morszyna (udogodnienia kolejowe i t. d.). Przyjęto do wiadomości wyjaśnienia Rady zawiadowczej co do wniosków sekcyi drohobyckiej (o wcześniejszy druk sprawozdań) i wadowickiej (o zapisanie członków Towarzystwa do »Wiener Arzteverein«). Następnie przekazano Radzie zawiadowczej wniosek Doc. Dr. Bednarskiego o zapewnienie Towarzystwu lepszego lokalu, nadającego się na większe zebrania Towarzystwa lek. lwowskiego. Do komisyi rewizyjnej obrano sekcyę samborską i sanocką. Do Rady zawiadowczej obrano dotychczasowych jej członków z tą różnicą, że w miejsce Doc Dr. Szulisławskiego, który po piętnastoletniej pracy na stanowisku sekretarza generalnego oświadczył stanowczą chęć ustąpienia, wybrano na ten urząd Dr. Stefana Świątkowskiego. W końcu uchwalono wyrazić podziękowanie i uznanie za niestrudzoną a skuteczną pracę dla Towarzystwa prezesowi Rady zawiadow. r. dw. Dr. Merunowiczowi i ustępującemu sekretarzowi generalnemu Doc. Dr. Szulisławskiemu. *r.*

— Docent pryw. Dr. Roman Barącz mianowany został nadzwyczajnym profesorem tytularnym.

— Wydział lekarski lwowski uchwalił przedstawić ministerstwu oświaty wniosek nadania docentom pryw. położnictwa i ginekologii Dr. Władysławowi Bylickiemu i Dr. Franciszkowi Kośmińskiemu tytułu nadzwyczajnego profesora (»Tyg. lek.« 26),

— »Tygodnik lekarski« (Nr. 26) protestuje przeciwko rozporządzeniu Namiestnictwa, wzywającego Magistrat lwowski do tego, aby zapobiegł praktykowaniu w ambulatoryach klinicznych i szpitalnych lekarzy »do praktyki nieuprawnionych«, tj. nie posiadających dyplomu austryackiego lub austryackiego poddaństwa. »Tygodnik« podnosi, że praktykowanie to — pominąwszy, że nie jest wynagradzane, — przynosi chlubę klinikom i szpitalom naszym, skoro do nich zjeżdżają się lekarze dla dalszych studyów i należałoby raczej rzecz popierać, niż ograniczać, oraz, że chodzi tu przecież głównie o Polaków z zaboru rosyjskiego.

Zdrojowiska krajowe. Liczba gości doszła w Ciechocinku 1306, Iwoniczu 1421, Krynicy 2167, Rabce 716, Rymanowie 350, Szczawnicy 591, Truskawcu 776, Zakopanem 2337.

Warszawa. Dr Pechkranc i Luksemburg przedstawieni zostali na ordynatorów oddziału zakaźnego szpitala żydowskiego na Czystem w miejsce dr Rappela, który objął oddział wewnętrzny. (*Gaz. lek.* 25).

— Od kilku tygodni panuje w Warszawie nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych; szerzą się także nagminnie inne choroby zakaźne, jak odra i błonica.

Z różnych stron. Rektorem czeskiej wszechnicy w Pradze obrany został prof. anatomii patologicznej Hlava.

— Doroczny zjazd niemieckiego Towarzystwa higienicznego odbędzie się 12—15 września w Augsburgu, bezpośrednio przed stuttgardzkim zjazdem lekarzy i przyrodników niemieckich. Przedmiotem rozpraw będą: 1) zwalczanie wścieklizny: 2) zaopatrywanie miast w mleko; 3) uzdrowiska leśne; 4) zwalczanie pyłu w mieszkaniach i na ulicach; 5) normy higieniczne mieszkań, zwłaszcza małych.

— Zawiązuje się niemieckie towarzystwo neurologiczne; na członków zaprasza odezwa, podpisana przez najwybitniejszych neurologów niemieckich.

— Pomnik Semmelweisa ma stanąć ze składek w Wiedniu.

— Niemieckie towarzystwo zwalczania chorób płciowych zorganizowało dla abituryentów szkół wyższych wykłady o niebezpieczeństwach pozamałżeńskich stosunków płciowych. Wykłady te zdobyły sobie wielkie uznanie władz szkolnych, kół nauczycielskich i rodziców. Dla zachęcenia ogółu lekarzy do podjęcia się takich wykładów wydało Towarzystwo na wzór wykład taki pióra Dr. Sternthala.

— Angielski »Practitioner« starał się pozyskać liczniejszych prenumeratorów przez to, że za przedpłatę (około 24 koron) prócz pisma dawał zabezpieczenie od przypadków i niektórych chorób. Ale też, jak wszystkie pisma lekarskie angielskie, nawet największe, nie płaci »Practitioner« żadnych honoraryów autorom, ani nie daje im odbitek z ich prac.

— Turecki zarząd sanitarny ogłasza konkurs na 6 posad lekarskich w szpitalu w Caraman, z płacą miesięczną 640 franków i zwrotem kosztów podróży. Termin konkursu do 19 lipca. Kandydaci muszą złożyć egzamin z higieny i bakteryologii.

— Język esperanto, którego wynalazcą jest lekarz, Polak dr. Zamenhof z Warszawy, zdobywa sobie widocznie coraz liczniejszych zwolenników i wśród lekarzy, skoro już opracowano mianownictwo anatomiczne w tym języku. Mieści się ono w 4-języcznym (esperanto-łacińsko-angielsko-francuskim) słowniczku Rodela, wydanym przez nakładcę Massona w Paryżu (Fr. 1.50).

Mianowani: Bakteryolog doc. Neumann w Heidelbergu profesorem nadzw.

Powołani: Na katedrę psychiatryi do Strassburga (na miejsce zmarłego Fürstnera) prof. Wollenberg z Tybingi.

Zmarli: Wynalazca wziernika krtaniowego, Manuel Garcia w 102 r. ż. w Londynie; dr Jakób Neufeld z Sosnowic w Laugen-Schwalbach; nadzw. prof chirurgii dr Ludwik Ebner w Gracu,

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr 26 Lorentowicz: Leucoplasia vulvovaginalis czy kraurosis vulvae? Łapiński: (c. d. z Nr 26).

— *Gazeta lekarska* Nr 25. Pawiński, Chełchowski (dok. z Nr 24).

— *Kronika lekarska* Nr 13. Hornowski, Sędziak, Giedroyć: (c. d. z Nr 11).

— *Tygodnik lekarski* Nr 26. Bocheński: Przyczynek do postępowania w przypadkach bardzo znacznego zwężenia pochwy. Wiczkowski, Selzer i Gittelmacher-Wilenko: (dok. z Nr 26).

— *Głos lekarzy* Nr 13. Mikołajski: Biuro porady i obrony prawnej dla lekarzy. — Interpelacya dr Opydo w sprawie komisyi sądowo-lekarskich.

— *Przegląd zdrojowy* Nr 7. Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem pod kierunkiem dr Dłuskiego. — Skórczewski, Pelczar: (c. d. z Nr 6).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr 6. Korczyński: Kilka uwag o wodach szczawnickich. Supiński: Rabka.

— *Russkij Wracz* Nr 23. Spasskij: W sprawie „ophthalmia hepatica“. Cytowicz: W sprawie ruchów oddechowych i pulsacyjnych błony bębenkowej. Pokrowskij: Przyczynek do kazuistyki zapaleń wyrostka robaczkowego Kluczew: Przypadek rany brzucha z wypadnięciem i rozerwaniem jelit. Rubel: (dok. z Nr 22). Gortałow: Przypadek poderżnięcia sobie gardła nożem kuchennym.

— *Semaine médicale* Nr 26. Lejars: Podostre tyfoidalne zapalenie pęcherzyka żółciowego.

— *Presse médicale* Nr 51. Geraudel: Naciek tłuszczowy i pas pękania (naczyń) w wątrobie zastoinowej. Salignat: Badanie soku żołądkowego u chorych na żołądek. — Nr 52. Reclus i Dieulafoy: Enterocolitis i appendicitis. Martel: Wścieklizna i łapanie psów błądzących.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 26. Wertheim: Wyniki rozszerzonej operacyi brzusznej w raku macicy. Benjamin, Reuss, Sluka i Schwarz: W sprawie działania promieni Röntgena na krew. Finsterer: Przyczynek do kazuistyki i leczenia przepukliny pępowinowej. Torggler: Szew dwunitkowy i zamknięcie cięcia brzusznego. Oesterreicher: Nowy sposób przymocowania świeczek włosowatych (*bougies filiformes*).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 26. Grasbey: Ciała obce a promienie Röntgena. Bingel: O mierzeniu rozkurczowego parcia krwi u człowieka. Pincussohn: Działanie kawy i kakao na wydzielanie soku żołądkowego. Gaupp: Kliniczne odrębności zboczeń umysłowych wśród ludności wielkomiejskiej. Bruns: Przyczynek do kazuistyki zapalenia ostrego przednich rogów rdzenia u dorosłych. Krüger: Zastosowanie nowej tuberkuliny do leczenia suchot płucnych. Hecht: W sprawie leczenia zwężenia krtani u dzieci makowcem. Sachs-Müko: Prosty przyrząd do odszukiwania pewnych miejsc w preparacie mikroskopowym. Lauffer: O oderwaniu się rozcięgna prostującego palce. Peruz: Szczegóły lekarskie i społeczno-higieniczne z wystawy w Norymberdze.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 27. Leo: O leczeniu gruźlicy płuc zapomocą przekrwienia. Kümmel: Nowoczesna chirurgia nerek, rozpoznawanie i wyniki. Bernhardt: W sprawie patologii choroby Basedowa. Brodzki: Badania doświadczalne parcia krwi w zapaleniu nerek uranowem i o wpływie pożywienia w rozmaitych rodzajach zapalenia nerek. Ewald: 1) Przypadek wyleczonego mięsaka limfatycznego. 2) Zakrzep żyły wrotnej na tle kiłowem. 3) Czerwonka przewlekła z pozorami raka odbytnicy. Salge: Uwagi o leczeniu zołzów. — Wykłady ze zjazdu balneologów.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 26. Zander: O prawie Wallera. Gräupner: Czynnościowe oznaczenie sprawności mięśnia sercowego i znaczenie jego w rozpoznawaniu chorób serca. Schulz: Oznaczenie ilości istot białkowych zapomocą odczynu precypitynowego i zastosowanie jego w badaniu środków spożywczych. Schlimpert: Krętki w narządach noworodków, dotkniętych kiłą wrodzoną. Levy i Fornet: Agresyny przesączów. Vincenzi: Przypadek posocznicy gronkowcowej. Bökelmann: W sprawie leczenia posocznicy kolargolem. Lewisohn: Sporządzenie plastycznie działających fotografii rentgenowskich. Harnack: W sprawie sporu o ilość tłuszczu w handlowych gatunkach kakao.

Redakcya otrzymała: Karliński: Die Silbertherapie der Syphilis Odb. z „Heilkunde“ 1906. — Sprawozdanie Rady zawiadowczej Tow. lek. gal. za rok 1905.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovinę, środek przeciwwiewiórowy, wyrobu instytutu chemicznego dra Horowitza w Berlinie, stosował A. Erdös (*Deutsche medizinische Presse*, Berlin, 1906, Nr 12) w 75 przypadkach. W 35 przypadkach ostrego wiewióra części przedniej stosował E. wyłącznie arhovinę, bez leczenia miejscowego. Z tego 31 zupełnie wyleczonych przypadków, u 4 uzupełnienie leczenia wstrzykiwaniami przetworów srebra. Bole ustępują szybko, objawy zapalne ustają, choroba nie przechodzi na część tylną. Z 20 przypadków ostrego wiewióra części przedniej i tylnej z zapaleniem gruczołu krokowego leczył E. jedną połowę sposobem Motza bez arhoviny, drugą z arhoviną, przyczem się okazało, że w przypadkach leczonych arhoviną zapalenie gruczołu krokowego ustępowało szybko, w ciągu 3—6 tygodni, w innych nie stwierdzono w tymże czasie widocznej poprawy. Nadto podaje E. 3 przypadki wiewiórowego zapalenia cewki i pęcherza moczowego z ciężkimi objawami, wyleczonych całkowicie przez podawanie arhoviny i makowca.

Zdaniem E. stanowi arhovina najznakomitszy środek wewnętrznego leczenia wiewióra, pozwalający uniknąć powikłań i czyniący najczęściej zbytecznem leczenie miejscowe. Przez podawanie odpowiednich dawek skraca się przebieg cierpienia. W żadnym przypadku nie zauważono podrażnienia nerek. Cena nizka pozwala na szerokie zastosowanie. Najwygodniejszą postacią są kapsułki żelatynowe po 0·25 gr., które podawać należy zwykle 3 razy dziennie po 1 do 2; stosownie do nasilenia przypadku można dawkę powiększać lub zmniejszać.

Dispnon (wyrób apteki „Austria“ w Wiedniu), poleca się w przypadkach dychawicy w czasie pomiędzy napadami, gdyż środek ten dzięki zawartości teobrominy zmniejsza chorobliwą pobudliwość naczyniową, a tem samem liczbę napadów. Dispnon obniża również ciśnienie krwi, co ma ważne znaczenie zapobiegawcze, szczególniej u osób chorych na nerki lub serce. Cennem jest działanie moczopędne tego środka przy obrzękach.

Formaldehydowa maść Bernatzika jest środkiem pewnym i klinicznie wypróbowanym przeciw nadmiernemu poceniu się nóg i rąk. Jest to przetwór glicerynowy, nasycony do 10 prc. formaldehydem. Maści formaldehydowe tłuszczowe nie dają, jak doświadczenie poucza, dobrych wyników.






MARKA OCHRONNA
E. MATULA



Rok XLV. Kraków 14 Lipca 1906. Nr 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O dodatkowych skurczach serca i ich znaczeniu klinicznem.

Ustęp z wykładów dyagnostyki klinicznej.

Podał

Prof. Dr. Ludomił Korczyński.

Prace nowszej szkoły fizyologicznej, oparte w części na badaniach anatomicznych mięśnia sercowego i na śledzeniu jego płodowego rozwoju, w części na doświadczeniach na odsłoniętem sercu zwierząt, doprowadziły do zasadniczej zmiany zapatrywań na czynność serca. Dowiodły one, że mięsień sercowy różni się pod względem swych właściwości wcale znacznie od innych mięśni prążkowanych, wykryły, że posiada rodzaj autonomii, która mu daje możność samodzielnego działania, miarkowanego tylko wpływami, pochodzącymi z układu nerwowego. Istota owej odrębności, a raczej owej autonomii, polega na tem, że w samym mięśniu sercowym tworzą się siły, dotychczas bliżej jeszcze nie znane, że mięsień jako taki, a nie za pośrednictwem nerwów, działanie ich odczuwa jako bodziec do ruchu, że bodziec ten samodzielnie przewodzi i w ruch poniekąd zamienia. W tem właśnie tkwi różnica między zapatrywaniami zwolenników dawniejszej „nerwowej“ teoryi ruchów serca, przyjmujących za źródło ruchów podniety nerwowe, wzniecane w zwojach nerwowych serca a poglądami, zwolenników teoryi „mięśniowej“, upatrujących źródła tych podniet w samym mięśniu sercowym.

Ale ruch serca jest miarowy, po skurczu następuje rozkurcz, po widocznej pracy — widoczny odpoczynek. Naturalny stąd wniosek, że podniety do działania albo muszą się wytwarzać okresowo, albo też, że serce posiada zdolność okresowego odczuwania stałej podniety. To drugie przypuszczenie uzasadnićby można zjawianiem się stanu znieczulenia, czyli otrętwienia mięśnia sercowego, który się pojawia na krótką chwilę przed skurczem, a trwa jeszcze czas pewien podczas rozkurczu. Wiedział o tem jeszcze Marey, ale dokładnem zbadaniem samego zjawiska zajęli się Dastré i Engelmann. Czas, który mija od początku do końca stanu otrętwienia, nazwano okresem refrakcyi. Otóż stałem pojawianiem się tego okresu, a więc okresową niezdolnością odczuwania bodźca, działającego zresztą stale, tłómaczy H. E. Hering miarową czynność serca. W podobny sposób pojmuje ją także Muskens, z tą tylko różnicą, że uważa on za rzecz główną nie zdolność odczuwania bodźca, lecz zdolność przewodzenia go po wszystkich włóknach i komórkach mięśnia sercowego.

Zupełnie inne stanowisko zajął Engelmann. Zdaniem tego badacza zależą miarowe ruchy serca w pierwszym rzędzie od miarowego wytwarzania się, gromadzenia czyli sumowania, a potem zużywania i znikania bodźców. Rozwijając myśl swoją, tłómaczy Engelmann, że podnieta, albo, ściślej biorąc, nieznany bliżej wytwór niewidocznej dla nas wewnątrzkomórkowej pracy serca, powstaje i gromadzi się bez przerwy, ale każdy skurcz serca sprawia, że ten wytwór zużywa się zupełnie, a dopiero spokój rozkurczu pozwala na gromadzenie się nowego zapasu.

Bodziec dla ruchów wytwarza się i zbiera najobficiej w ujściu wielkich żył, w zatokach żylnych i ich sąsiedztwie. Stąd więc wychodzi za każdym razem bodziec do skurczu, a tem samem i miara właściwa dla fizyologicznych uderzeń serca.

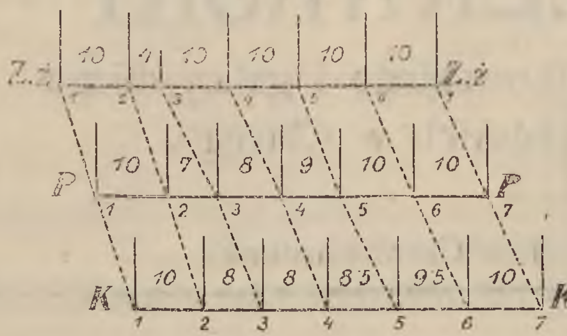
Obok skurczów okresowych, równo rozmieszczonych, a więc miarowych, właściwych czynności prawidłowej serca, pojawiać się mogą skurcze, które wsuwają się w zwykły rytm i mącą go w mniejszym lub większym stopniu. Przyczyna tych skurczów leży po za zakresem działania prawidłowych fizyologicznych bodźców. Wznieca je bodziec niezwykły i stąd poszła nazwa skurczów niezwykłych dodatkowych *(Extrasystole)*, używana dziś stale i przez fizyologów i przez klinicystów.

Dokładne badania fizyologii ruchów serca, wykonywane przez Engelmanna i jego uczniów, a potem przez innych badaczy, którzy poszli za śladem Engelmanna, stwierdziły, że skurcze dodatkowe powstają przez drażnienie którejkolwiek części serca, to jest zarówno przez drażnienie komór, jak przedsionków, lub zatok żylnych, że podlegają stałym prawom i prowadzą do powtarzających się stale dalszych zmian w czynności serca.

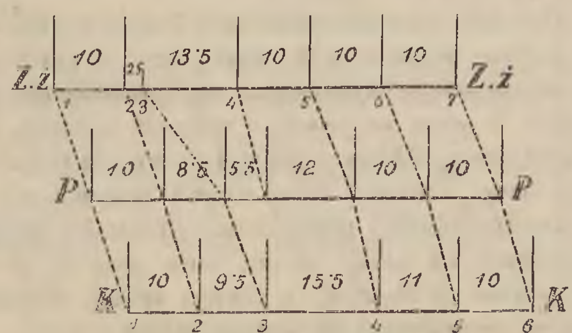
Stałe drażnienie prądem przerywanym wznieca kolejno po sobie następujące skurcze dodatkowe i niweczy przytem właściwy czyli fizyologiczny rytm ruchów serca. Jeżeli wszakże drażnienie jest tylko dorywcze, czyli, jeśli wywołuje tylko jeden skurcz dodatkowy, wtedy zamącenie rytmu nie trwa długo. Naturalny stąd wniosek, że mięsień sercowy posiada zdolność wyrównywania zaburzeń w rytmie i odzyskiwania pierwotnej kolejności skurczów. Śledząc dokładnie istotę i przebieg tego wyrównania, doszedł Engelmann do dalszych wniosków, do poznania, że przeważne znaczenie wyrównawcze mają zmiany w stopniu zdolności przewodzenia podniet przez mięsień, a obok tego zjawisko okresowego powstawania bodźców fizyologicznych. Wyniki swych

badań i oparte na nich zapatrywanie objaśnia E. za pomocą schematycznych rysunków (ryc. 1. A, B, C).

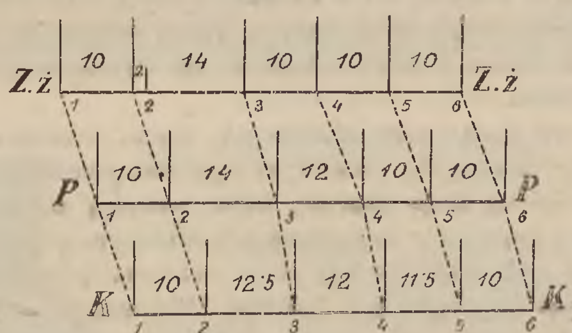
Ryc. 1 A.



Ryc. 1 B.



Ryc. 1 C.

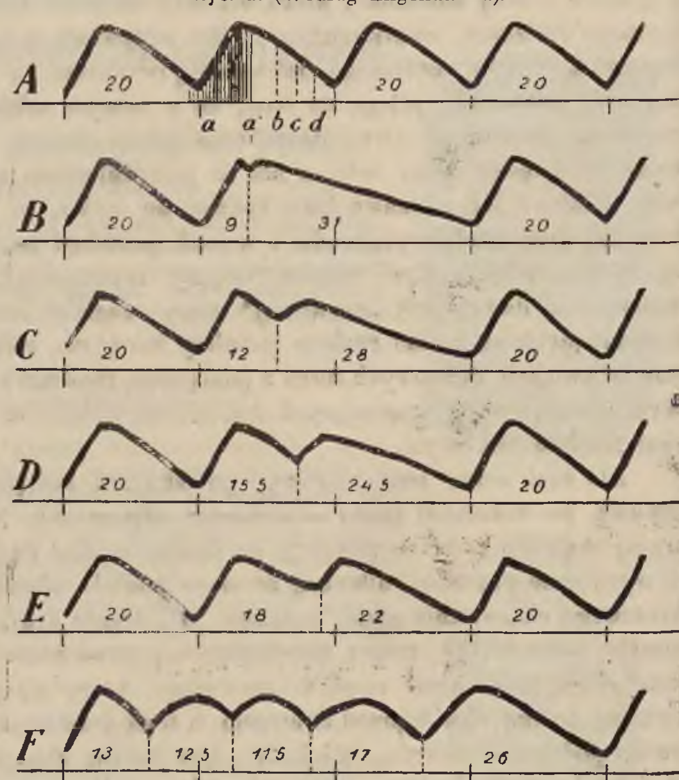


Dłuższe poziome linie wyobrażają na tych rysunkach czas, krótkie, pionowe, oddzielają od siebie pojedyncze okresy ruchów serca. Na linii Z. ż. oznaczone są ruchy zatok żylnych, na linii P — przedsionków, na linii K — komór. Jeden ruch zupełny, to jest skurcz i rozkurcz zajmuje w prawidłowych warunkach według tego schematu 10 jednostek czasu n. p. $^{10}/_{20}$ sekundy.

Na schemacie A oznaczona jest liczbą 3 chwila, w której na zatoki żylne zadziałała podnieta dodatkowa po upływie 4 jednostek czasu od chwili ostatniego skurczu fizyologicznego. Wznieciła ona skurcz dodatkowy. Skurcz ten przenosi się bardzo powoli przez przedsionki i komory, bo serce zaledwie w części odzyskało zdolność przewodzenia podniet. Przedsionek kurczy się wobec tego dopiero po 7, komora dopiero po 8 jednostkach czasu. Ale dzięki temu zwolnieniu przewodnictwa niema tu rażących różnic między ewolucyą serca, zależną od działania podniety dodatkowej, a poprzedzającą ją fizyologiczną pod względem długości okresu. Dalsze wyrównywanie odbywa się zwolna; przedsionek kurczy się według zwykłej miary już przy 3-cim, komora przy 4-tym skurczu fizyologicznym po skurczu dodatkowym. Inaczej odbywa się wyrównanie, gdy podnieta dodatkowa działa rychlej. Na schemacie B dzieje się to już po upływie 2·5 jednostek czasu od skurczu fizyologicznego. Bodziec posuwa się tu bardzo powoli przez przedsionki i wznieca skurcz dopiero po $8^1/_2$ jednostkach czasu. Mięsień komór może wobec tego opóźnienia posiąść prawie zupełną zdolność przewodnictwa i kurczy się stosunkowo daleko rychlej, aniżeli przedsionek. Następny skurcz fizyologiczny (4) powstaje w przedsionkach po upływie 5·5 jednostek czasu, licząc od skurczu dodatkowego, czyli po 14 jednostkach od chwili ostatniego skurczu fizyologicznego. Podnieta, doszedłszy do granicy między przedsionkiem a komorą, zastaje mięsień komory w stanie zupełnego otrętwienia, a więc nie przenosi się nań, skurcz komory nie następuje. Wynika stąd dłuższy spokój, bo jeden skurcz fizyologiczny odpadł zupełnie. Dalsze wyrównanie odbywa się już zwolna. Na schemacie C, gdzie podnieta dodatkowa (3) działa jeszcze rychlej, bo po 2 jednostkach czasu od chwili skurczu fizyologicznego, znajduje się całe serce w okresie znieczulenia. Niema więc ani skurczu przedsionków, ani tem samem skurczu komór. Podnieta fizyologiczna (4) spotyka bardzo dobre warunki przewodnictwa, przenosi się rychło na przedsionki, a jeszcze rychlej na komory, odstęp między skurczem fizyologicznym przedsionków i komór jest nierówny. Wyrównanie pod tym względem nastaje przy 5. skurczu, a zupełnie prawidłowy rytm odzyskują przedsionki przy 5., komory przy 6. skurczu fizyologicznym.

O wiele prościej odbywa się wyrównanie, gdy bodziec dodatkowy działa wprost na przedsionki lub komory. Wyjaśnia je rycina 2.

Ryc. 2. (Według Engelmanna).



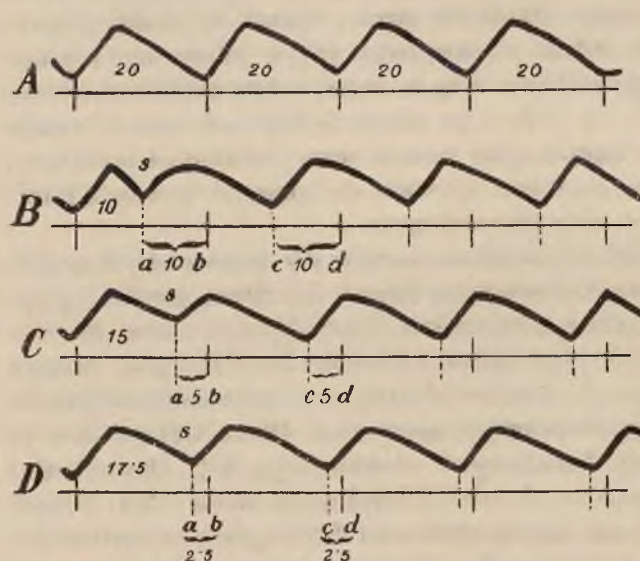
Nad linią A, podzieloną na okresy po 20 jednostek czasu, narysowane są schematycznie fale skurczów serca. Na drugiej z tych fal zaznaczony jest czas, podczas którego mięsień sercowy znajduje się w stanie znieczulenia, a więc nie posiada zdolności odczuwania i przewodzenia bodźców; wyobraża go odcinek a a'. Jeśli podnieta dodatkowa działa

w tym właśnie okresie, nie wznieci zupełnie skurczu. Skutek może wywrzeć dopiero w chwili oznaczonej przez a'. Powstaje wtedy skurcz słaby, uwidoczniony małem wzniesieniem na schemacie B. Na schematach C, D, E wyobrażone jest stopniowo coraz to późniejsze działanie podniety dodatkowej i zależny od tego coraz to wyraźniejszy skurcz.

Na schematach widać jeszcze dwa szczegóły. Pierwszy, to malenie odstępu między skurczem dodatkowym, a następującym po nim skurczem fizyologicznym, w miarę późniejszego zjawiania się podniety dodatkowej, a drugi — to brak jednego skurczu fizyologicznego. Pierwszy jest zrozumiały sam przez się. Dla objaśnienia drugiego powołać się trzeba na zjawisko refrakcyi, o którem wspominaliśmy na wstępie. Zupełnie tak samo, jak po skurczu fizyologicznym, popada mięsień sercowy także po skurczu dodatkowym w stan strętwienia. W stanie tym zastaje go najbliższa podnieta fizyologiczna. Oczywista, że nie może ona wywrzeć skutku, nie może wzniecić skurczu serca. Czyni to dopiero podnieta następna. Widoczną oznaką, a zarazem dowodem zaburzenia w zakresie ruchów serca, zależnego od działania podniety dodatkowej, jest dłuższy okres między jednym skurczem a drugim, nazwany przez Engelmanna okresem wyrównawczego spoczynku (*kompensatorische Ruhe*). Następstwem wyrównania jest to, że między dwoma skurczami fizyologicznymi, przedzielonymi skurczem dodatkowym, upływa dokładnie tyle czasu, ile wynosi czas dwóch fizyologicznych okresów. Wielkość okresu wyrównawczego spoczynku zależy od chwili pojawiania się bodźca i skurczu dodatkowego. Mierzy on dokładnie tyle, ile wynosi różnica między czasem dwóch okresów fizyologicznych, a czasem, jaki upływa od skurczu prawidłowego do następującego po nim skurczu dodatkowego. Na podanych w rycinie 2 schematach wynosi ta różnica w schemacie B — 31, na schemacie C — 28, na schemacie D — 24·5, na schemacie E — 22 jednostek czasu.

Tak przedstawia się sprawa skurczów dodatkowych u żab, na których to zwierzętach Engelmann wykonywał swoje doświadczenia. Badania serc zwierząt ssących, wykonane przez Cushnyego i Matthewsa wykryły, że jakkolwiek zasadnicze prawa, poznane przez Engelmanna, i tu mają znaczenie, to jednak w szczegółach zachodzą pewne różnice. Według tych badań, powtarzanych później także przez H. E. Heringa, powstaje po skurczach dodatkowych tylko wtedy okres wyrównawczego spokoju jako stałe zjawisko, jeżeli podnieta działa wprost na komory. Przy drażnieniu przedsionków przydarza się nierzadko, że wyrównanie jest niezupełne, za krótkie; wyjątkowo brakować może zupełnie wyrównawczego spoczynku. To różne zachowanie się serca zwierząt ssących przy drażnieniu przedsionków zależeć ma według wspomnianych badaczy od tego, w jakiej chwili sztuczna podnieta działa na przedsionek. Jeżeli między ostatnim skurczem prawidłowym a drażnieniem, wzniecającem skurcz dodatkowy, leży dość długi okres czasu, wtedy nastaje wyrównanie zupełne, albo prawie zupełne; jeśli natomiast podnieta działa rychło po skurczu prawidłowym, wtedy skraca się dość znacznie okres wyrównawczego spoczynku. Tłómacząc dalej, dlaczego najbliższy skurcz fizyologiczny pojawia się w tych ostatnich przypadkach za wcześnie, wyrażają Cushny i Matthews przypuszczenie, że bodziec dodatkowy, przenosząc się także na zatoki żylne, wznieca tam przedwczesny skurcz powrotny, albo też, że w samych przedsionkach zwiększa się skutkiem skurczu dodatkowego wrażliwość mięśnia ponad zwykłą miarę, przez co podnieta fizyologiczna przenosi się o wiele szybciej z zatok żylnych i działa rychlej, aniżeli w zwykłych warunkach; następstwem tego przedwczesnego działania jest przedwczesny skurcz fizyologiczny. Całkiem stanowczo rozstrzyga sprawę Wenckebach. Czas trwania wyrównawczego spoczynku zależy — mówi W. — od tego, czy fala skurczu, wznieconego przez bodziec dodatkowy, dążąca ku zatokom żylnym, dochodzi do żył przed, czy też po rozpoczęciu się w tem miejscu skurczu fizyologicznego. Okres wyrównawczego spoczynku jest w tych warunkach o tyle krótszy od zupełnego, ile wynosi odstęp czasu między chwilą skurczu fizyologicznego, mającego się zjawić w warunkach prawidłowych, a chwilą, w której wyprzedzająca ten skurcz podnieta dodatkowa dosięgła wielkich żył, czyli innemi słowy, odstęp między skurczami, przedzielonymi skurczem dodatkowym, jest tem mniejszy, im wcześniej odbywało się drażnienie. Jeśli natomiast na przedsionki działa sztuczna podnieta tak późno, że skurcz dodatkowy, posuwający się

Ryc. 3.



ku zatokom żylnym, dochodzi do żył po rozpoczęciu się tamże skurczu fizyologicznego, a tem samem zastaje mięsień tej okolicy w stanie otrętwienia (refrakcyi), wtedy nie może wywrzeć żadnego wpływu; właściwy rytm serca nie zmienia się zupełnie, skurcz fizyologiczny następuje po dodatkowym w tej chwili, w której miał powstać bez względu na działanie podniety dodatkowy. Sprawę tę wyjaśnia ryc. 3. Nad linią A, podzieloną na okresy po 20 jednostek, wznoszą się, przedstawione schematycznie, prawidłowe fale skurczów serca. Nad linią B powstaje na pierwszej z tych fal fala dodatkowego skurczu i dosięga po 10 jednostkach czasu zatok żylnych (s). Od tej chwili mija do początku skurczu, który miał powstać w prawidłowych warunkach, również 10 jednostek czasu (a—b); o tyle też skraca się okres wyrównawczego spoczynku. Odstęp między skurczem fizyologicznym, wyprzedzającym skurcz dodatkowy, a skurczem fizyologicznym, następującym po dodatkowym, wynosi wobec tego 40 mniej 10, czyli 30 jednostek. Skurcz powstał tedy o 10 jednostek za wcześnie (c—d). Nad linią C dobiega podnieta dodatkowa do zatok żylnych (s) dopiero po 15 jednostkach;

chwilę tę dzieli od najbliższego skurczu fizyologicznego 5 jednostek. O ilość tę skraca się wyrównawczy spoczynek, odstęp między skurczami fizyologicznymi, przedzielonymi skurczem dodatkowym wynosi 40 mniej 5, czyli 35 jednostek. Jeszcze później, bo dopiero po 17·5 jednostkach, dobiega podnieta dodatkowa do zatok żylnych na schemacie D. Okres spoczynku skraca się tu tylko o 2·5 jednostek; przedział między skurczami fizyologicznymi, rozdzielonymi dodatkowym, zwiększa się do 37·5 jednostek, jest więc tylko o 2·5 jednostki krótszy od przedziału, który powstaje przy ścisłem zachowaniu całego okresu wyrównawczego spoczynku.

Dokładne poznanie skurczów dodatkowych serca, wznieconych działaniem sztucznych bodźców na odsłonięte serce zwierząt i poznanie zmian, powstających skutkiem tego w kolejności ruchów serca, nie mogło pozostać bez wpływu na badania kliniczne, mające za cel określanie niemiarowości tętna. Głównie za sprawą Wenckebacha doszliśmy w klinice do przekonania, że skurcze dodatkowe należą do rzędu tych zjawisk nieprawidłowych, które przydarzają się wcale nie rzadko, a tem samem bardzo często stają się przyczyną zaburzeń w rytmie ruchów serca i przyczyną niemiarowości tętna. Skutkiem tego przyznać im trzeba niemałe znaczenie także ze stanowiska czysto klinicznego i umieć oceniać je właściwie. Aby to umieć, należy przedewszystkiem wiedzieć: 1) kiedy i na jakich podstawach wolno i trzeba skurcze, mącące rytm ruchów serca, uważać za dodatkowe i 2) jakie skutkiem skurczów dodatkowych powstają kliniczne typy niemiarowości tętna.

Najcenniejszych szczegółów dla poznawania skurczów dodatkowych dostarczają obrazy fal tętna, kreślone przyrządami, które równocześnie oznaczają także i czas. Na podstawie tych zdjęć można dokładnie określić długość trwania pojedynczych okresów fal tętna, a co najważniejsza długość okresu wyrównawczego spoczynku. Obraz takiego tętna ze skurczami dodatkowymi odtwarza ryc. 4[1]). Okres średni wynosi na tym obrazie 4·29 jednostek czasu, czyli 0·858″, odstęp czasu między skurczami fizyologicznymi, przedzielonymi dodatkowym (*), wypełnia prawie zupełnie dokładnie dwa okresy fizyologiczne. Rycina 5 przedstawia cały szereg skurczów dodatkowych. Widać na niej najpierw dwie fale fizyologiczne (f_1 i f_2), każda po 3·9 jednostek czasu, a dalej w miejscach oznaczonych * skurcze dodatkowe z zupełnym okresem wyrównawczego spoczynku, w miejscach zaś oznaczonych + skurcze dodatkowe ze skróconym okresem wyrównawczego spoczynku. Pierwsze zjawiają się pojedynczo między skurczami fizyologicznymi f_3 i f_4, f_4 i f_5, f_8 i f_9, f_{11} i f_{12}, jako podwójne między skurczami f_{12} i f_{13}, gromadnie między skurczami f_6 i f_7; drugie zjawiają się przeważnie podwójnie i to między skurczami f_5 i f_6, f_7 i f_8, pojedyńczo między skurczami f_{10} i f_{11}.

Poprzednio wspominaliśmy, że skrócenie okresu wyrównawczego spoczynku zależy, według badań doświadczalnych, wykonywanych na sercach zwierząt ssących, od tego, czy skurcz dodatkowy, powstający przez drażnienie przedsionka, zjawia się wcześniej, czy później. Dotyczy to w tej samej mierze skurczów dodatkowych i fal dodatkowych tętna u ludzi. Przykładem jest obraz tętna, przedstawiony na ryc. 6. W miejscu, oznaczonem przez d_4, gdzie skurcz dodatkowy wystąpił po fizyologicznym dopiero po 3·2 jednostkach czasu, dzieli sąsiednie skurcze fizyologiczne największy odstęp czasu; po skurczu dodatkowym, zaledwo widocznym przy d_2, upływa między przedzielonymi nim skurczami fizyologicznymi o wiele krótsza chwila; miejsce pośrednie zajmują fale, oznaczone przez d_1 i d_3.



Ryc. 4.



Ryc. 5.

Przy oglądaniu obrazów tętna ze skurczami dodatkowymi, a nawet przy zwykłem obmacywaniu tętnic zwraca uwagę, że fale fizyologiczne, następujące po dodatkowych, odznaczają się większą siłą czyli—na obrazach — większą wysokością. Zjawisko to, powtarzające się stale, wytłómaczyć nader łatwo większą energią skurczu mięśnia sercowego, wypoczętego podczas wyrównawczego spoczynku i lepszem wypełnieniem komory podczas dłuższego przestanku. Od tych

---

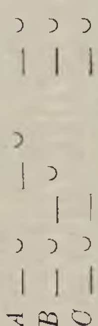
[1]) Wszystkie obrazy tętna zdejmowano zapomocą sfigmochronografu Jaqueta. Jednostka czasu = $^1/_5$ czyli 0·2 sekundy.

dwóch czynników zależą także wyraźniejsze wzniesienia wtórne na ramieniu zstępującem obrazu fali, t. j. wzniesienia sprężystości i wzniesienia, wywołane przez t. zw. falę powrotną.

Szczegóły powyższe wystarczają do rozpoznania dodatkowych skurczów serca i do właściwego ocenienia niemiarowości tętna, jeśli w tętnicach, jako widoma oznaka skurczów dodatkowych, powstaje wyraźna fala tętna. Dzieje się to często, ale nie zawsze. Niekiedy jest skurcz za słaby; zamiast fali dodatkowej powstaje tylko dłuższy przestanek, przerwa w tętnie, tętnica nie wykonuje żadnego ruchu. Ażeby ocenić przyczynę przestanku, trzeba koniecznie badać obok tętna także serce. Przy obmacywaniu okolicy serca



Ryc. 6.



Ryc. 7.

zwraca uwagę, że podczas przestanku w tętnie serce wykonuje jednak krótkie uderzenie o klatkę piersiową, że odstęp między tem uderzeniem a uderzeniem następnem jest dłuższy, aniżeli między uderzeniami zwykłemi, idącemi po sobie zupełnie miarowo. Ważniejsze od obmacywania jest osłuchiwanie serca. Jeśli zapomocą używanych ogólnie znaków rytmicznych odtworzymy rytm tonów serca (ryc. 7), otrzymujemy w warunkach prawidłowych rytm A; przy pojawianiu się skurczów dodatkowych stwierdzić można albo szybko po sobie następujące dwie pary tonów (B), albo też trójkę tonów (C). W pierwszym i drugim przypadku nastaje po tonach dodatkowych dłuższa przerwa. Posiadają one nadto właściwą sobie cechę akustyczną. Są to zwykle krótkie, jakby urwane brzmienia, dość przytem głośne; autorowie niemieccy określają je mianem „paukend“. Wrażeniu słuchowemu, odtworzonemu obrazowo pod B, towarzyszy mniej lub więcej wyraźna fala tętna dodatkowego; przy pojawianiu się trójki tonów nie ma w tejże chwili żadnego ruchu w tętnicach. Zjawianie się lub brak tętna dodatkowego zależy od tego, czy w chwili skurczu nagromadziła się w komorze mniejsza lub większa ilość krwi, czy mięsień sercowy odzyskał po poprzednim skurczu w tym stopniu siłę kurczliwości, aby krew wtłoczyć do tętnicy, a wreszcie od tego, jakie parcie panuje w tętnicy głównej. Wszystko to wiąże się zasadniczo bardzo ściśle z rychlejszem lub późniejszem zjawianiem się podniety dodatkowej i zależnego od niej skurczu. Przy skurczu wczesnym nie ma jeszcze w komorze dostatecznej ilości krwi, kurczliwość mięśnia jest mała, parcie w tętnicy głównej znaczne: zastawki półksiężycowate nie otwierają się, krew, mimo skurczu, nie wpływa do tętnicy głównej. Nie ma wtedy ani drugiego tonu nad sercem w chwili, kiedy zastawki miałyby się zamknąć, ani fali tętna w tętnicach. Jeśli skurcz zjawia się nieco później, zmieniają się te wszystkie warunki, energiczny skurcz serca wtłacza krew do tętnicy głównej, w tętnicach powstaje fala tętna, nad sercem słychać dwa tony.

Obok zwykłego badania serca, bardzo są pożądane zdjęcia obrazów jego ruchu. W połączeniu z obrazami tętna tłómaczą one właściwości fal tętniczych i pozwalają ocenić je należycie nawet w tych przypadkach, w których ocena na podstawie samych tylko sfigmogramów nie jest zupełnie pewna. Dla przykładu wskazać tu można fale dodatkowe, schodzące się z wychyleniem wstecznem fali prawidłowej. Powstaje wtedy jakby rozwidlenie wierzchołka fali, na pierwszy rzut oka niezbyt zrozumiałe; wyjaśnia je dopiero porównanie obrazów, odtwarzających ruchy serca i tętnic. Przy pewnej wprawie nie trudno odszukać na kardyogramie wzniesienia, pochodzące od skurczów dodatkowych. Są one przeważnie niższe, a co ważniejsza różne od prawidłowych swym kształtem. Zwłaszcza wtedy, gdy po skurczu nie ma fali tętna, jest wierzchołek krzywej raczej ostry, brakuje mu dość często owej płaszczyzny, która powstaje przez dłuższe przyleganie serca do klatki piersiowej podczas skurczu prawidłowego; krzywa podnosi się w górę nagle i równie ostro opada ku dołowi. Na ramieniu wstępującem brakuje przy skurczach dodatkowych komorowych krótkiego wzniesienia, wywołanego skurczem przedsionków. Jeśli przeto kardyogram odtwarza te wzniesienia, w takim razie trzeba źródła podniety szukać w ścianach przedsionka.

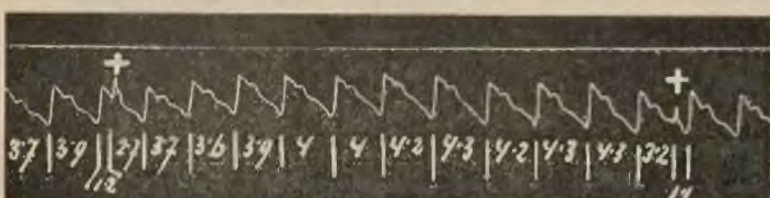
Przyczyna różnego kształtu i przebiegu krzywych, odtwarzających ruchy serca przy skurczach dodatkowych, leży w odmiennym mechanizmie skurczów. W warunkach prawidłowych rozpoczyna podnieta swe działanie w okolicy ujść żylnych i posuwa się kolejno przez przedsionki na komory, wzniecając w ten sposób należycie postępujący skurcz serca. Inaczej dzieje się przy podnietach dodatkowych, zwłaszcza, jeśli wychodzą z komór. Rozchodzą się one równocześnie w dwóch kierunkach: ku końcowi serca i ku przedsionkom, a tem samem niweczą ład, jaki panować powinien w kolejności skurczów pojedynczych odcinków serca. Komory kurczą się pierwej, aniżeli przedsionki, a w każdym razie najpóźniej powstaje skurcz zatok żylnych. Zupełnie naturalne, że w tych warunkach nie porusza się i krew tak, jak się poruszać powinna, że powstają zaburzenia w jej obiegu wewnątrzsercowym, a w dalszym ciągu i w obiegu tętniczym, a nawet żylnym. Wynikiem jest różna postać krzywych

tętna, odtwarzających fale dodatkowe i zmiana stosunku między temi falami, a falami tętna żylnego. Badania i ocenianie tętna żylnego przy pomocy flebografów może, wobec zmienionych warunków krążenia, oddawać nader cenne usługi przy rozbiorze obrazów tętna z falami dodatkowemi.

Zmianę mechanizmu i kolejności skurczów serca odczuwają bardzo często sami chorzy, a podmiotowe ich wrażenia bywają tak znamienne, że już na tej podstawie prawie napewno rozpoznać można u nich obecność skurczów dodatkowych. Polegają te wrażenia na tem, że chory odczuwa nader niemile skurcz dodatkowy, jako silniejsze uderzenie o klatkę piersiową, a równocześnie doznaje uczucia niemiłego skurczu pod rękojeścią mostka i dławienia w dołku nadmostkowym; przy dłuższym przestanku pojawiać się nawet może zawrót głowy i pewne osłabienie ogólne.

Ogół zjawisk przedmiotowych i objawów podmiotowych, wymienionych i opisanych powyżej, wystarcza prawie zawsze do rozpoznania skurczów dodatkowych, a nawet do bliższego określenia okolicy, w której powstają, zwłaszcza, jeśli się przy tem uwzględni stan całego narządu krążenia. Wyjątkowo wszakże może powstać wątpliwość co do pochodzenia niezwykłych skurczów, niepewność, czy są one istotnie dodatkowe, a nie przedwczesne fizyologiczne, lub też, czy nie powstają skutkiem działania niefizyologicznej podniety w miejscu fizyologicznem t. j. w okolicy zatok żylnych. Różnią się takie skurcze, jak o tem świadczy obraz na ryc. 8 (+), bardzo znacznie od skurczów dodatkowych i postacią

Ryc. 8



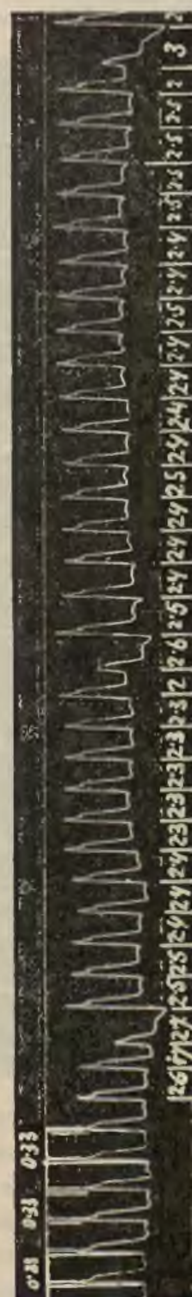
krzywej i siłą, a co najważniejsza zupełnym brakiem okresu wyrównawczego spoczynku. Nie należy zapominać także i o tem, że skurcze dodatkowe, wychodzące z zatok żylnych, zmieniać mogą w najrozmaitszy sposób chwilowy rytm serca przez to, że mięsień dąży do wyrównania zaburzeń. Mając w pamięci przebieg takiego wyrównania, przedstawiony na ryc. 1, uzmysłowić sobie łatwo, jak zawiłe i niemożliwe prawie do ocenienia powstawać mogą obrazy. Ze znaczniejszemi trudnościami spotykamy się także wtedy, gdy skurcze dodatkowe powstają w sercu, na które działają wpływy nerwowe, zwiększające jego wrażliwość, czyli t. zw. dodatnio naczulające (batmotropijne); podlega im zarówno okres wyrównawczego spoczynku i zmienia się w odpowiedni sposób. Znaczenia tych wpływów ściśle zmierzyć nie można, a tem samem nie można w danym przypadku ocenić, o ile na ich karb kłaść trzeba nieprawidłowe zachowanie się okresu wyrównawczego spoczynku. Jeszcze trudniej przychodzi oceniać skurcze dodatkowe w tych przypadkach, w których zasadniczy rytm ruchów serca jest nieprawidłowy, gdzie jeden okres nierówny drugiemu, jedna fala różna od drugiej. Do celu doprowadzić tu może tylko wielokrotne badanie i bardzo trzeźwe ocenianie zaburzeń, spostrzeganych w rytmie serca.

Wspólną cechę skurczów dodatkowych stanowi to, że pojawiają się one łatwiej i częściej przy spokojnej czynności serca, aniżeli przy przyspieszanej. Nie rzadko wystarczy zmienić położenie ciała, aby wywołać wyraźne zmiany. I tak przy badaniu chorego stojącego stwierdzić można tylko bardzo nieliczne skurcze, czasem brak zupełny; w położeniu poziomem występują znacznie częściej, szczególnie często w położeniu na bok lewy. Od zasady tej są nader tylko nieliczne wyjątki. Wspominają o nich Lommel i Wenckebach, a przykładem może być tętno, odtworzone na ryc. 9 A i 9 B.

Ryc. 9 A.



Ryc. 9 B.



W spokoju (ryc. 9 A) wynosiła liczba uderzeń 78 w minucie, skurczów dodatkowych nie było ani śladu; po krótkiej gimnastyce pokojowej podniosła się liczba uderzeń serca do 123 w minucie i wtedy przez krótką chwilę powtarzały się skurcze dodatkowe. W miarę jak ruchy wolniały, stawały się skurcze rzadsze i wkrótce ustąpiły zupełnie. Taki wyjątek od ogólnej zasady, w istocie bardzo rzadki, przemawia do pewnego stopnia za tem, że podniety dodatkowe wywierają wpływ widoczny w niejednym przy-

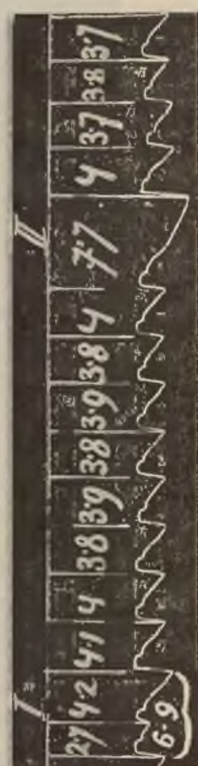
padku dopiero wtedy, gdy mięsień sercowy staje się ponad zwykłą miarę wrażliwy i nadmiernie pobudliwy. W przypadku, z którego pochodzą załączone obrazy tętna, wzmogła się wrażliwość serca nadmiernie skutkiem ruchów, nie trwających długo i bynajmniej nie nazbyt forsownych. Świadczy o tem także znaczne przyspieszenie czynności serca i tętno chybkie *(p. celer)*. W innych spostrzeżeniach wystarczają zwykle podniety psychiczne, aby u osób wrażliwych wywołać zmiany w czynności serca, a w danym razie nawet w rytmie skutkiem pojawiania się skurczów dodatkowych.

Pomimo znacznego postępu na polu badań fizyologii ruchów serca i nader znaczących wyników naukowych, które przekształciły wiele z dawniejszych zapatrywań w zakresie patologii serca i wyjaśniły pod niejednym względem istotę zmian rytmu i jakości fal tętna, utrzymuje się zawsze jeszcze w mianownictwie klinicznem szereg nazw, służących z dawna do określenia pewnych typów niemiarowości tętna. Nazw tych, jakkolwiek w znacznej większości określają tylko postać zewnętrzną, a nie istotę zboczeń, nie można doraźnie rugować. Zachować je trzeba przynajmniej dopóty, dopóki wiadomości o ruchach serca, zdobyte drogą doświadczeń fizyologicznych i badań klinicznych, nie będą powszechne i nie zyskają powszechnego uznania. Stanie się to zapewne niedługo. Ale dziś jeszcze trzeba z konieczności liczyć się w klinice i z dawniejszemi zapatrywaniami i z dawniejszem mianownictwem, używanem dla określenia niemiarowości i nierówności tętna. Jedno i drugie zjawisko powstawać może jako następstwo skurczów dodatkowych w najrozmaitszych potaciach; zasadnicze z nich poznać nam przeto należy.

Już z tego, co dotychczas mówiliśmy o skurczach dodatkowych wynika, że najczęstszą postacią zmian w rytmie tętna będzie postać, zasadzająca się na powstawaniu przestanków — intermisyi. — Przy badaniu tętna odnosimy wrażenie, że brakuje jednej fali. Długość przestanku zależy od tego, czy skurcz dodatkowy wzniecił falę tętna, czy też był tylko skurczem jałowym, daremnym (*contractio frustranea*). Jedno i drugie zjawisko odtwarza rycina 10. W miejscu, oznaczonem I, widzimy skurcz dodatkowy ze skróconym okresem wyrównawczego spoczynku, w miejscu, oznaczonem II, skurcz dodatkowy jałowy, wyrównany zupełnie. Kilka przestanków, jako następstwo daremnych skurczów dodatkowych (1, 2, 3), odtwarza rycina 11. Wyrównawczy spoczynek jest również zupełny.

Takie przestanki, zależne od skurczów dodatkowych, powtarzać się mogą niekiedy przez pewien przeciąg czasu kolejno jeden za drugim. Powstaje przez to pozorne zwolnienie tętna, pozorna bradykardya, jak to widać na ryc. 12. Że przyczyna zwolnienia leży tu istotnie w pojawianiu się skurczów dodatkowych, świadczy przedewszystkiem obecność fal dodatkowych (↓), dających się wyraźnie odróżnić na ramieniu zstępującem długich okresów obrazu sfigmograficznego, dalej nierówność tych okresów, zależna od niejednakowej długości wyrównawczego spoczynku, a wreszcie wynik osłuchiwania serca. Właściwe ocenienie zwolnienia tętna nie jest jednak wszędzie tak łatwe, jak w tym przypadku. Niekiedy trzeba się nad rzeczą głębiej zastanowić i wyłączyć inne możliwe przyczyny tego zjawiska. Należą zaś do ich rzędu: 1) podrażnienie nerwów błędnych, 2) okresowe osłabienie zdolności przewodzenia podniety fizyologicznej przez mięsień sercowy, 3) okresowa utrata kurczliwości mięśnia.

Zaprowadziłoby nas za daleko, gdybyśmy chcieli roztrząsać dokładnie istotę tych wszystkich zboczeń i wchodzić w szczegóły zmian, powstających jako ich następstwo, w ruchach serca. Wymaga to osobnego studyum klinicznego. Ograniczymy się tylko do naszkicowania w najogólniejszych zarysach zasad, według których należy postępować, aby przy ocenianiu bradykardyi uniknąć błędów i nie wysnuć fałszywych wniosków.



Ryc. 10.

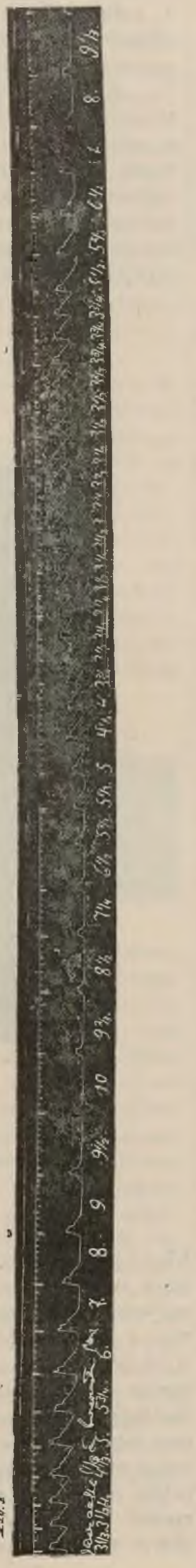


Ryc. 11.

Przypuszczenie h a m u j ą c e g o w p ł y w u n e r w ó w b ł ę d n y c h uzasadniają wszelkie sprawy chorobowe, które przez swe usadowienie drażnić mogą to nerwy. Należą tu zarówno choroby mózgu i opon mózgowych, jak choroby, toczące się w najbliższem sąsiedztwie nerwów błędnych w ich przebiegu na szyi i w śródpiersiu. Ruchy serca, a tem samem i tętna, nabierają w przypadkach podrażnienia n. błędnego bardzo często tych samych cech, jakie widzimy przy sztucznem drażnieniu tegoż nerwu u zwierząt. Uderzenia serca wolnieją, wreszcie na krótką chwilę ustają zupełnie, odzyskując po pewnym czasie stopniowo pierwotną częstość. Równocześnie ze zwolnieniem nastaje osłabienie skurczów. Fale tętna stają się coraz niższe. Ujemny wpływ



Ryc. 12.



Ryc. 13.

okresomierczy (chronotropijny) łączy się z ujemnym wpływem na zdolność kurczenia się mięśnia sercowego (inotropijnym). Przykładów klinicznych dostarczają w tej mierze spostrzeżenia z przebiegu choroby Adamsa Stokesa i zdjęcia obrazów tętna podczas napadów bradykardyi, połączonych z wrzekomo padaczkowymi kurczami. Podobne zmiany ruchów serca skutkiem obwodowego podrażnienia nerwu błędnego objaśniają bardzo dobrze obrazy sfigmograficzne, dołączone przez Frankego do opisu przypadku zapalenia osierdzia, spostrzeganego w klinice lwowskiej („Przegląd lekarski“ 1905, Nr 6 i 7), (ryc. 13). O ileby tętno nie było dość znamienne dla bradykardyi nerwowej, uciec się jeszcze można z dobrym skutkiem do doświadczenia z atropiną, która to trucizna poraża, jak powszechnie wiadomo, zakończenia nerwów błędnych, a tem samem usuwa ich ujemny wpływ na skurcze serca. Po wstrzyknięciu atropiny w ilości 1 mlgm. znika zwolnienie ruchów serca, jeśli przyczyna jego leżała w podrażnieniu sercowych gałązek n. błędnego. Nie trudno także zazwyczaj odróżnić bradykardyę, zależną od okresowej mniejszej zdolności przewodzenia podniet. Typem najczystszym jest w takich przypadkach przepołowienie pierwotnej częstości ruchów serca. Tylko co druga podnieta rozchodzi się po ścianach serca i wznieca skurcz, po którym nastaje spoczynek, trwający przez cały jeden okres pierwotnej *peristole cordis.* O zupełnym braku skurczu przekonywa osłuchiwanie serca, w danym razie także obraz kardyograficzny.

Prace doświadczalne, wykonywane na zwierzętach przez wielu autorów, a z klinicznych, badania Mackenziego pouczyły, że utrata zdolności przewodzenia podniet ograniczać się może do włókien, łączących przedsionki z komorami. Są to owe włókna bloczkowe, których odkrycie tak wielkie miało znaczenie dla powstania i uzasadnienia mięśniowej teoryi ruchów serca. Już w prawidłowych warunkach przewodzą one podniety wolniej, aniżeli inne włókna. Tem bardziej dziać się to może w stanach chorobowych. Przydarza się też istotnie, że podnieta nie przekracza granicy między przedsionkami i komorami, komory nie kurczą się zupełnie. Powstaje przez to zjawisko, zwane przez autorów niemieckich „*Herzblock*“; po polsku nazwaćby je można stawidłem komorowem. Po dłuższym spoczynku, trwającym przez jeden, dwa, lub więcej okresów fizyologicznych powraca na czas jednego skurczu zdolność przewodzenia podniety, skurcz komór nastaje tuż po skurczu przedsionków. Wynika stąd, że w takich przypadkach uderzają przedsionki częściej, aniżeli komory, czyli że powstaje zwolnienie tętna i bradykardya komorowa. O stanie rzeczy objaśnia przedewszystkiem równoczesne badanie tętna tętniczego i żylnego przy pomocy obrazów sfigmo- i flebograficznych (zob. ryc. 14). Z pomocą takich obrazów łatwo ocenić istotę zwolnienia tętna i uniknąć pomyłek.

Ale nawet w tych przypadkach, w których nie ma typowego przepołowienia częstości ruchów serca, a tylko od czasu do czasu zjawiają się dłuższe okresy, można je właściwie ocenić dzięki dokładnym rozbiorom tętna, dokonanym w takich przypadkach przez Wenckebacha. Wynika z nich, że przy zwolnieniu przewodnictwa dłuższe okresy, czyli przestanki, mącące właściwy rytm tętna, trwają zawsze krócej, aniżeliby to odpowiadało zasadom, według których nastaje wyrównanie przy pojawianiu się skurczów dodatko-

wych, a dalej, że najbliższy skurcz działa najbardziej ujemnie na zdolność przewodzenia podniet, jest, — mierzony falą tętna, — najdłuższy; następne skurcze działają mniej szkodliwie. Ostatecznie jednak nastaje znów chwila, gdzie przewodnictwo jest zniesione zupełnie, powstaje przestanek. I tak powtarzają się kolejno z większą lub mniejszą systematycznością grupy fal, przedzielonych przestankami. Osłuchiwanie serca i obrazy jego ruchów oddają i w takich przypadkach nader ważne usługi.



Ryc. 14.

Według Mackenziego.

Krzywa górna daje obraz tętna żylnego; przy *a* fale przedsionkowe, przy *c* fala udzielona od tętnicy szyjnej. Krzywa dolna odtwarza tętno tętnicy sprychowej.

Trzecią przyczynę bradykardyi stanowić może, jak to wspomnieliśmy wyżej, mała energia skurczów serca. Wyrazem tej zmiany, powtarzającej się okresowo, jest tętno nazwane naprzemiennem (*p. alternans*): skurcze silniejsze i słabsze idą naprzemian po sobie. Dojść tu może wreszcie do tego, że słabszy skurcz staje się zupełnie jałowym, nie wtłacza krwi do tętnic. Powstaje wtedy obraz tętna, zupełnie podobny do obrazu, spotykanego przy stałem pojawieniu się skurczów dodatkowych, lub przy okresowem znikaniu zdolności przewodzenia podniet. Ażeby rozstrzygnąć, czy zmiany w przewodnictwie, czy w kurczliwości są przyczyną zwolnienia tętna, wystarczy staranne osłuchanie serca; w pierwszym przypadku niema skurczów, a więc niema i tonów, w drugim powstają bądź co bądź słabe skurcze, a więc tem samem i pierwsze tony nad komorami. Osłuchiwanie nie wystarczy dla odróżnienia tętna z przestankami, zależnymi od skurczów dodatkowych, od zwolnienia tętna, pochodzącego ze zmian w kurczliwości mięśnia sercowego. Jest ono wszakże o tyle ważne, że wskazuje na braki okresowych różnic między tonami, powstającymi przy należytych skurczach, a tonem, towarzyszącym skurczom jałowym. Obok osłuchiwania trzeba tu uwzględnić dwa jeszcze szczegóły. Pierwszy to ten, że tętno naprzemienne z falą drugą tak słabą, że jej ani wyczuć, ani na obrazie tętna utrwalić nie można, wogóle bardzo rzadkie, gdy się pojawi, to trwa przez dłuższy przeciąg czasu, czego nigdy nie spostrzegano dotychczas przy pozornej bradykardyi, mającej swe źródło w skurczach daremnych dodatkowych. Szczegół drugi, nader ważny, to pojawienie się obok skurczów jałowych, w dłuższych szeregach także owocnych, chociaż słabych skurczów. Można je tedy utrwalić na obrazie sfigmograficznym, pomierzyć dokładnie fale i na tej podstawie wyłączyć skurcze dodatkowe. Z naciskiem wszakże podnieść trzeba, że naprzemienne skurcze serca prawdziwe, t. zn. zależne od zmiennej siły skurczów, należą do zjawisk nader rzadkich, a tem samem, że wyjątkowo tylko spotkać można zależne od nich zwolnienie ruchów serca. To też już z góry poniekąd przy chwilowem pojawieniu się bradykardyi przypuszczać trzeba raczej obecność jałowych skurczów dodatkowych, zwlaszcza jeśli dłuższe badanie tętna wykaże, że tu i owdzie pojawiają się odosobnione lub gromadne fale dodatkowe.

Podniety dodatkowe zjawiać się mogą dalej w tym porządku, że przez pewien czas przegradzają stale tę samą liczbę skurczów fizyologicznych. Tworzą się wtedy grupy po 2, 3, 4 i więcej uderzeń lub fal tętna i powstaje tętno bliźniacze, trojacze, czworacze i t. d. Ważne to, zwłaszcza dla tętna bliźniaczego, o którem twierdzono dawniej, że jest następstwem bliźniaczych skurczów serca. Badania nowszych czasów wyjaśniły dokładnie istotną jego przyczynę, dowiodły, że jeśli nie zawsze, jak to utrzymuje Hering, to w każdym razie prawie zawsze (w 95%), jak twierdzi Wenckebach, powstaje ono skutkiem daremnych skurczów dodatkowych. Okresy każdej z fal bliźniaczych są tu między sobą równe, przestanek wynosi najczęściej tyle, co każdy okres z osobna.

Tętno bliźniacze powstawać może także i wtedy, gdy skurcz dodatkowy nastaje po każdym fizyologicznym w chwili, kiedy w komorze zebrała się krew w dostatecznej ilości, a mięsień sercowy odzyskał już na tyle siły, aby wypchnąć krew z należytą energią do tętnicy. Fale dodatkowe posiadają wtedy znaczną już wysokość. Pojęcie o takiem tętnie daje rycina 15. W miejscach, oznaczonych *, widać po parze fal; pierwsza z nich jest fizyologiczna, druga dodatkowa. Skurcz następujący po tej drugiej fali jest wyraźnie silniejszy. Okres wyrównawczego spoczynku bywa bądź zupełny, bądź też skrócony, jak na załączonym obrazie.

Jeżeli między falą fizyologiczną a dodatkową jest znaczniejsza różnica co do siły, powstaje obraz tętna, odtworzony na ryc. 16. Skurcze 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 są skurczami dodatkowymi o słabej fali. Każdy z nich dzieli od siebie dwa skurcze fizyologiczne, a więc nadaje tętnu cechę tętna naprzemiennego (zob. wyżej). Wystarczy wszakże pomierzyć pojedyńcze okresy, porównać ze sobą ich wielkość, aby módz stanowczo orzec, że przyczyną kolejnej nierówności fal tętna nie jest nic innego, jeno skurcze dodatkowe.

Wszelkiego rodzaju zmiany w tętnie, zależne od pojawiania się skurczów dodatkowych, o których mówiliśmy dotychczas, mącą wyraźnie rytm fal, ale nie zmieniają zasadniczej kolejności fizyologicznych skurczów serca i ruchów tętnic. Ażeby zaznaczyć ten szczegół, używamy dla określenia zmian w miarowości tętna, polegających na skurczach dodatkowych, nazwy pararytmia, albo mówimy wprost, że rytm jest zmącony (*rhytmus perturbatus*). Jeśli przytem skurcze następują w pewnym stale powracającym porządku, mówimy o innomiarowości (allorytmii). Nie należy wszakże sądzić, że skurcze dodatkowe są zawsze jedyną nieprawidłowością ruchów serca. Zdarza się nierzadko, że pojawiają się one równocześnie z innemi zmianami, jak nierówność okre-

sów, niejednostajne przewodnictwo i t. d., i przyczyniają się w wysokim stopniu do zmiany właściwego rytmu. Obrazy, jakie wtedy powstają, bywają tak zawiłe i tak zmienne, że niekiedy prawie niepodobna odczytać z nich przyczyny niemiarowości tętna i określić dokładnie wszystkie cechy tętna.

Ryc. 15.



Ryc. 16.



Ryc. 17.



Fale dodatkowe oznaczone krzyżykiem +.

Do celu doprowadzić może w takich przypadkach tylko bardzo dokładne badanie całego narządu krążenia tak zwykłymi sposobami, jakoteż z pomocą zdjęć kardyo- sfigmo- i flebograficznych, oraz trzeźwe ocenienie stanu całego ustroju, uwzględnienie możliwych zatruć lub zakażeń, wpływów nerwowych i t. d.

Przykładem tętna niemiarowego, gdzie obok braku okresowej miary w tworzeniu podniet i w powstawaniu fizyologicznych skurczów (a może także zmian w przewodnictwie) zjawiają się skurcze dodatkowe, jest obraz, przedstawiony na rycinie 17. (Dok. nast.)

Z zakładu higieny U. J. i z zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi prof. O. Bujwida w Krakowie.

Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliźnie.

(Część II).

Podał

R. Nitsch, asystent Zakładu higieny.

(Dokończenie.)

Dla łatwiejszego przeglądnięcia wyników i porównania ich ułożono tablicę V, w której zestawiono przypadki śmierci według różnych okresów po ukąszeniu.

Z tego zestawienia w tablicy V wyraźnie wynika, że z ludzi, zmarłych po szczepieniu, stosunkowo znacznie więcej umiera w krótkim czasie po ukąszeniu, aniżeli z tych, którzy wcale się nie leczyli. Widzimy, że do 30 dni po ukąszeniu umiera szczepionych 30% — a nieszczepionych tylko 10%. Natomiast po 40 dniu od ukąszenia umiera szczepionych przeszło 51%, a nieszczepionych 78%. Aż do 40. dnia po ukąszeniu stale występuje to zjawisko wcześniejszej śmierci u osób leczonych, aniżeli nieleczonych. Dopiero od 41. dnia występuje odwrotny stosunek, który jednak wyraźnym się staje dopiero po upływie 2 miesięcy od ukąszenia. Po tym terminie umiera stosunkowo blizko dwa razy tyle nieszczepionych, co szczepionych. Jak już na wstępie niniejszej rozprawki zaznaczono, fakt ten przemawia przy pobieżnem rozpatrzeniu przeciw metodzie Pasteura. Ale wytłómaczyć go można łatwo, jeżeli zastanowimy się nad sposobem działania szczepień Pasteurowskich. Mianowicie pod tym względem zgadzają się z sobą wszyscy autorowie, którzy kiedykolwiek dłuższy czas temi szczepieniami się zajmowali i sam Pasteur na to uwagę zwracał, że metoda jego powinna przynieść ocalenie tylko w tych przypadkach, w których wścieklizna po ukąszeniu wybuchłaby względnie późno. Wszystkie zaś te przypadki, w których pierwsze objawy występują już w pierwszych 3—5 tygodniach, mają tylko małe prawdopodobieństwo ocalenia. Tosamo można było nieraz stwierdzić i w krakowskim zakładzie szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie. Dowodem tego, że w ten sposób zawsze się zapatrywano na działanie szczepień ochronnych, jest też i ogólnie przyjęty zwyczaj zaliczania tych tylko przypadków do rubryki śmiertelności po szczepieniu, w których pierwsze objawy choroby występują później, niż w 2 tygodnie po ukończeniu leczenia.

Ponieważ tedy metoda Pasteura w przypadkach późnego wybuchu choroby przynosi zwykle ocalenie, przeto z osób, które poddały się szczepieniu, pozostaje tylko bardzo niewiele takich, które późno umierają pomimo szczepienia. Wskutek tego oczywiście i odsetkowo wypadnie takich osób znacznie mniej, niż osób nieszczepionych, których połowa umiera dopiero po upływie 2 miesięcy od pokąsania (tablica V). Wskutek tego zbawiennego działania metody Pasteura w przypadkach o długim okresie wylęgania, muszą oczywiście przypadki śmierci u osób leczonych zdarzać się przeważnie w pierwszych tygodniach po ukąszeniu i to też wyraźnie okazuje nam tablica V.

Takie więc jest wytłómaczenie tylko na pozór niepokojących przypadków.

Tablica IV.

Osoby zmarłe na wściekliznę a nieszczepione metodą Pasteura.

L. p.	Imię, nazwisko i płeć pokąsanej osoby	Wiek	Zwierzę kąsające	Miejsce ukąszenia	W gołe ciało czy przez ubranie	Wybuch choroby	Śmierć	Przytoczono według	Uwagi
						W ile dni po ukąszeniu			
1	T. K. k.	19	pies	ręka	gołe ciało	?	47	Dokumentów krakowskiego zakładu z r. 1899	
2	Z. T. k.	36	„	„	„	?	112		
3	P. K. k.	20	„	„	„	67*	72*	dtto z r. 1901.	Rany nie przypalano.
4	? P. m.	?	„	?	?	?	101*	„	
5	G. S. m.	5	„	ręka	gołe ciało	178	179	dtto z r. 1903.	Rany nie przypalano.
6	M. B. k.	2	„	twarz	„	?	35*	dtto z r. 1904.	Nr 6, 7, 8, matka, córka i wnuczka pokąsane przez tego samego psa (rodzina Stoleckich z okolic Jaworzna). Rany nie były przypalane.
7	M. S. k.	56	„	noga	?	75*	77*	„	
8	A. S. k.	16	„	„	?	85*	88*	„	
9	J. L. m.	9	„	?	?	?	31	dtto z r. 1905.	
10	W. W. m.	6	„	ręka	gołe ciało	przynajmn. 62	63	„	Rana po kilku dniach miała być wypaloną?
11	B. C. k.	6	„	twarz	„	?	100*	„	
12	M. L. k.	36	„	ręka	„	?	45*	Medycyna 1898, p. 1024, Palmirski.	Rany nie przypalano.
13	L. W. m.	26	„	„	?	?	148	„	
14	M. S. k.	24	„	twarz i ręka	gołe ciało	?	34*	Medycyna 1897, p. 909, Palmirski.	Przynajmniej 34 dni. Data ukąszenia nie znana, tylko data porady u lekarza z powodu pokąsania.
15	E. F. k.	2½	„	twarz	„	30	32	„	
16	S. S. m.	16	„	ręka	„	42*	48*	dtto p. 30.	
17	J. K. m,	15	„	„	„	60*	63*	„	
18	P. K. m.	27	krowa	„	„	42*	47*	„	Wkładał tylko rękę do pyska wściekłej krowy i prawdopodobnie się skaleczył.
19	S. M. k.	7	pies	twarz	„	48*	50*	„	
20	H. T. m.	4	„	ręka	„	50	55	Medycyna 1895, p. 947, Palmirski.	
21	A. S. m.	52	„	„	?	90*	96*	„	Rany nie przypalano.
22	G. S. m.	16	„	„	?	?	39*	„	Rany nie przypalano.
23	? W. k.	12	„	noga	?	?	35*	Medycyna 1894, p. 95, Bujwid i Palmirski.	
24	? ? k.	?	„	?	?	?	28*		
25	? ? m.	?	„	ręka	?	?	21*		
26	J. K. m.	50	?	„	?	?	42*		
27	? G. m.	?	pies	?	?	?	80*	Medycyna 1900, p. 74, Palmirski i Karłowski.	
28	M. U. m.	29	„	?	?	44*	46*	„	
29	W. H. m.	14	„	ręka	?	?	120*	„	
30	A. W. m.	11	„	ucho	gołe ciało	?	80*	dtto p. 1125.	
31	? K. m.	8	?	twarz	„	40*	42*	„	
32	S. Z. m.	11	?	?	?	132*	135*	„	Rany nie przypalano.
33	M. Ż. m.	67	?	twarz i ręka	gołe ciało	88*	90*	„	
34	J. C. m.	9	pies	twarz	„	14*	20*	„	
35	K. G. m.	21	„	ręka	?	30*	35*	„	
36	A. M. m.	28	„	„	gołe ciało	250*	251*	Medycyna 1901, p. 1143 Palmirski i Karłowski.	
37	J. M. k.	12	„	twarz	„	105*	108*		
38	W. P. m.	?	„	ucho	„	180*	182*		
39	Z. M. m.	7	kot	noga	„	37*	42	Medycyna 1903, p. 262, Palmirski i Karłowski.	
40	A. K. k.	47	pies	twarz	„	208	208		
41	W. M. m.	40	„	ręka	„	86	90		
42	R. S. k.	12	„	„	„	28	30	„	
43	D. T. k.	23	„	„	„	37	39	„	
44	W. F. k.	7	„	twarz i ręka	„	150*	?	ddto p. 1107	
45	A. S. k.	18	kot	ręka	„	120*	122*	„	
46	? N. m.	14	pies	noga	przez cholewę	163	165	„	
47	J. B. m.	59	„	twarz	gołe ciało	41*	51*	„	
48	J. S. m.	12	„	„	„	120*	122*	„	
49	M. K. m.	5	„	„	„	30*	?		
50	Z. Ż. m.	3	„	„	„	42*	47*		
51	J. S. k.	30	„	ręka	„	44*	48*		
52	K. S. m.	38	„	„	?	?	30	Medycyna 1899, p. 1209, Orłowski.	

L. p.	Imię, nazwisko i płeć pokąsanej osoby	Wiek	Zwierzę kąsające	Miejsce ukąszenia	W gołe ciało czy przez ubranie	Wybuch chor by	Śmierć	Przytoczono według	Uwagi
						W ile dni po ukąszeniu			
53	J. K. m.	50	pies	ręka	gołe ciało	?	55*	„	
54	M. S. m.	9	„	„	„	?	46	„	
55	W. Cz. k.	24	„	„	?	161	168	dtto 1901, p. 146.	
56	A. D. k.	9	„	noga	?	45*	49*	dtto 1902, p. 605.	
57	S. R. m.	36	„	ręka	gołe ciało	?	96*	„	
58	K. T. m.	40	„	„	„	95	101	dtto 1903.	
59	S. T. m.	35	?	obie ręce	?	38	40	„	
60	A. T. m.	38	pies	ręka	?	158	?	„	Nr 60 miał w 11 dni po wybuchu choroby jeszcze żyć. Kiedy zmarł niewiadomo.
61	M. G. m.	19	„	ręka i noga	gołe ciało	47	50	„	
62	B. V. k.	40	„	ręka	„	90	93	Ann. Past. 1901, p. 450, Viala.	Nr 62 tylko polizana w rękę lekko zadrapaną.
63	? M. m.	?	„	twarz	„	?	73	„	
64	A. Z. m.	13	„	„	„	72	75	„	
65	A. T. m.	27	„	?	„	?	42*	„	
66	N. S. m.	12	„	ręka	?	39	46	Ann. Past. 1887, p. 63 i następne. Gamaleia. „Etude sur la rage paralytique chez l'homme".	
67	M. X. m.	69	„	„	gołe ciało	580*	584*	„	
68	J. L. k.	?	kot	„	?	120*	129*	„	
69	D. O. k.	22	pies	„	gołe ciało	105*	112*	„	
70	? ? m.	?	lis	„	?	42*	47*	„	
71	? ? m.	?	?	„	gołe ciało	120*	124*	„	
72	F. H. m.	39	?	„	„	62	73	„	
73	M. R. m.	17	wiewiórka	„	„	w kilka miesięcy	w kilka miesięcy	„	Chorował 7 dni.
74	F. M. m.	52	pies	noga	?	79	93	„	
75	A. M. k.	7	?	?	?	39	46	„	
76	? ? m.	23	pies	noga	?	131	148	„	
77	? ? m.	?	„	kark	?	228	262	„	
78	H. R. m.	4	?	ręka	?	235*	241*	Ann. Past. 1887, p. 242.	Rany po 2 godz. wypalono bardzo głęboko termokauterem.
79	B. F. m.	26	pies	„	gołe ciało	29	37	Bujwid.	Rany wypalono po 10 minutach kwasem azotowym.
80	L. A. k.	7	„	twarz	„	40	44	„	Rankę wymyto kwasem karbolowym.
81	A. D. m.	14	„	„	„	28	30	dtto Gamaleia, p. 169.	
82	G. S. m.	55	„	„	„	17	19	„	Ukąszony 5 zachor. 22/II.
83	E. L. k.	5	„	„	„	384	388	dtto p. 173.	
84	? m.	28	„	„	„	32	38	„	
85	C. L. m.	7	„	ręka	„	65*	69*	Medycyna 1906. p. 82.	
86	J. G. m.	24	„	„	„	52*	57*	„	
87	T. M. m.	66	„	„	?	270*	278*	„	
88	T. m.	9	„	„	gołe ciało	21	23	„	Nr 88 i 89 ukąszeni przez tego samego psa.
89	? m.	17	„	?	?	?	25	„	
90	? m.	?	„	tułów	?	?	570*	Ann. Past. XI, p. 791, Frantrius.	* Ukąszony w piersi przed 19 miesiącami.
91	D. G. m.	6	kot	ręka	gołe ciało	126*	132*	Ann. Past. III, p. 70, E. Roux.	
92	G. G. m.	22	pies	„	„	88	96	„	
93	C. m.	30	„ (?)	„ (?)	„ (?)	37*	42*	„	
94	N. S. k.	?	?	noga	?	?	54	Ann. Past. III. p. 247, Di Vestea i Zagari.	
95	F. ?	?	pies	?	?	?	92*	Ann. Past. IV, p. 144, Perdrix.	
96	M. G. k.	50	?	twarz i ręka	?	55	58	dtto p. 606. Wysokowicz.	Na drugi dzień po przybyciu do zakładu wystąpiły objawy wścieklizny; podczas choroby była szczepiona dalej energicznie.
97	? k.	?	pies	twarz	gołe ciało	54*	59*	Münch. med. Woch. 1905, p. 1607, Lenzman.	
98	G. B. m.	12	?	„	„	48	52	Centralbl. f. Bakt. O. XXXV, p. 221. Bertarelli i Volpino.	Nr 98 i 99 nie są wyraźnie oznaczone jako nieleczone, ale z całego opisu zdaje mi się to wynikać.
99	G. C. m.	10	pies	„	„	39*	41*	dtto O. XXXVI, p. 542, Luzzani.	
100	L. k.	6	„	„	„	19*	21*	Münch. med. Woch. 1905, p. 119, Maas.	

Porównajmy jeszcze pierwsze 4 tablice ze względu na dane co do wieku, płci, miejsca skaleczenia i t. p. u osób szczepionych i nieszczepionych.

Wyniki zestawiono w tablicy VI.

Suma w poszczególnych rubrykach tej tablicy zwykle jest nieco mniejsza, niż suma wogóle zmarłych, dlatego, że dość często nie podano w historyach chorób niektórych szczegółów. Tak n. p. nie zawsze są znane wiek, płeć, miejsce ukąszenia i t. p.

Porównując zestawione wyniki widzimy, że mężczyzn zmarło około dwa razy tyle, co kobiet, i to tak wśród kategoryi szczepionych, jak i nieszczepionych. Ale mimo to nie można przypisać kobietom jakiejś większej odporności na wściekliznę, albowiem wogóle pokąsaniu ulega dwa razy więcej mężczyzn, niż kobiet. Można to twierdzić na podstawie statystyki zakładów w Krakowie i w Warszawie[2]), albowiem w statystykach zakładu paryskiego nie podawano niestety nigdy ani płci, ani wieku zgłaszających się do leczenia osób. Badając, czy płeć nie wpływa na okres wylęgania choroby, a zatem i na czas, jaki upływa między ukąszeniem a śmiercią, znajdujemy, że z osób szczepionych umierali średnio: mężczyzni po 71 dniach, a kobiety po 58 dniach od ukąszenia, zaś z nieszczepionych umierali średnio: mężczyźni po 98 dniach, a kobiety po 82 dniach od ukąszenia[3]).

Tablica V.

W jakim zakładzie szczepieni	zmarli po ukąszeniu w dni							Razem	Uwagi
	do 25	26—30	31—35	36—40	41—50	51—60	ponad 60		
Paryż	6	10	3	5	11	6	12	53	Vide tablica I. Nr 25 nie może być zaliczony. — Nr 48 i 50 nie znana data pokąsania.
Warszawa . .	5	9	6	4	6	2	14	46	Vide tablica II. Nr 21 i 35 nie wiadomo nic bliższego o śmierci.
Kraków . . .	3	9	7	1	4	4	13	41	Tablica III.
Razem . . .	14	28	16	10	21	12	39	140	
Nieszczepieni .	6	4	7	5	21	8	49	100	Tablica IV.
Procentowo: Szczepieni . .	10%	20%	11·43%	7·14%	15%	8·57%	27·86%		
Nieszczepieni .	6%	4%	7%	5%	21%	8%	49%		

Tablica VI.

Zakład	mężczyzn	kobiet	do lat 15	ponad lat 15	Miejsce ukąszenia				Ukąszenie		Ranę wypalono dostatecznie	Zgłosili się do leczenia w dni		
					głowa	ręce	nogi	tułów	w gołe ciało	przez ubranie		do 3	4—10	ponad 10
Paryż	44	12	21	33	22	28	6	—	48	5	najwyżej 6	33	15	6
Warszawa . . .	35	13	25	23	25	20	3	—	43	2	4	32	12	3
Kraków	21	19	23	18	13	25	3	—	40	—	1 (?)	22	13	6
Razem	100	44	69	74	60	73	12	—	131	7	11 (?)	87	40	15
Nieszczepieni . .	67	32	38	48	30	50	9	1	64	1	2	—	—	—

I tu zatem występuje to na pozór złowróżbne zjawisko, że szczepieni umierają średnio o $25^1/_2$ dnia wcześniej na wściekliznę, aniżeli nieszczepieni. Widzimy również, że kobiety szczepione i nieszczepione umierają średnio o kilkanaście dni wcześniej, niż mężczyźni. Dalej widzimy, że liczba osób zmarłych na wściekliznę, a starszych nad lat 15 przewyższa tylko niewiele liczbę zmarłych dzieci do lat 15. — I to także można wytłómaczyć znacznie większą stosunkowo liczbą pokąsań u dzieci, aniżeli u osób dorosłych.

Co do miejsca ukąszenia, to widzimy również zupełną zgodność między zmarłymi szczepionymi, a nieszczepionymi. W obu kategoryach najwięcej zmarło pokąsanych w rękę, potem w głowę. Liczba zmarłych, pokąsanych w nogi, jest bardzo nieznaczna, a z pokąsanych w tułów zmarła tylko 1 nieszczepiona osoba. Widzimy stąd zgodnie z dotychczasowem doświadczeniem, że pokąsania w nogi i w tułów nie są wogóle niebezpieczne, zapewne dlatego, że rany zwykle zadane

[2]) Tak n. p. w latach 1898—1904 szczepiono w Warszawie 4958 mężczyzn, a tylko 2449 kobiet.

[3]) Wynika to z obliczenia dat zestawionych w tablicach I—IV.

bywają przez ubranie. Z pokąsanych w ręce zmarło więcej, niż z pokąsanych w głowę nie dlatego, jakoby skaleczenia w głowę były mniej niebezpieczne, ale dlatego, że liczba pokąsań w ręce jest znacznie większą, niż w głowę. Co do zestawienia miejsca pokąsania w tablicy VI zauważyć należy, że w razie wielokrotnych pokąsań przypadek zaliczano zawsze tam, gdzie skaleczenie jest z reguły niebezpieczniejsze. Więc n. p. w razie pokąsania w głowę i ręce zaliczano przypadek do rubryki pokąsanych w głowę i t. d.

Jeżeli jeszcze porównamy pierwsze 4 tablice tak co do wieku zmarłych, jak i co do miejsca pokąsania, to zobaczymy, że na 60 osób szczepionych, pokąsanych w głowę, było 41 dzieci do lat 15, a tylko 18 dorosłych od 16 roku życia (razem 59, u jednej osoby pokąsanej w twarz wiek nie był podany I. 55), zaś na 30 osób nieszczepionych, pokąsanych w głowę, było 19 dzieci do lat 15, a tylko 7 dorosłych od 16 roku życia (razem 26, u 4 osób pokąsanych w głowę wiek nie był podany).

I tu zatem widzimy zupełną zgodność wyników u osób szczepionych i nieszczepionych: w obu kategoryach z pokąsanych w głowę było przeszło dwa razy więcej dzieci, niż osób dorosłych. To tłómaczy nam i większą liczbę przypadków śmierci u dzieci, niż u dorosłych i to, że czas wylęgania choroby u dzieci bywa zwykle krótszy, niż u dorosłych.

Porównując dalej ukąszenia według tego, czy zadane one zostały w gołe ciało, czy przez ubranie, widzimy w obu kategoryach ogromną przewagę śmiertelności w przypadkach ran zadanych w gołe ciało. Na tej podstawie można powiedzieć, że ukąszenia zadane przez ubranie są wogóle mało niebezpieczne. Występuje to zwłaszcza bardzo wyraźnie w kategoryi nieszczepionych. I tylko ten fakt osłabia to wrażenie, że u bardzo wielu osób nieszczepionych nie znalazłem wzmianki, czy ukąszenia zadane były w gołe ciało, czy przez ubranie.

Jeżeli dalej rozważymy, jak z ranami po ukąszeniu postąpiono, to okaże się, że najwyżej 11 razy były one należycie przypalone, a mimo tego i mimo szczepień śmierć nastąpiła. O osobach zmarłych, a nieszczepionych, bardzo rzadko tylko można było znaleźć wzmiankę o tem, czy rany przypalano, czy nie. Wogóle odpowiednie przypalanie ran jest rzadkie u osób zgłaszających się do leczenia, dlatego też i z liczby tylko 11 takich osób zmarłych nie można wnosić, że przypalania są dzielnym środkiem przeciw wściekliźnie. Mają one bezwątpienia pewne znaczenie, stwierdzono to i licznymi doświadczeniami na zwierzętach, ale wobec szczepień mogą być uważane tylko za środek pomocniczy.

Dalej co się tyczy czasu, jaki upłynął między pokąsaniem a zgłoszeniem się do leczenia, widzimy, że z tych osób, które zmarły pomimo szczepień, jednak znacznie więcej, niż połowa jest takich, które się zgłosiły do zakładu w pierwszych 3 dniach. Z tego jednak wcale nie wynika, jakoby obojętnem było, czy się ktoś zgłosi o tydzień wcześniej, czy później do leczenia. Po ukąszeniu szkoda każdego dnia zwłoki: na to zgadzają się wszyscy kierownicy zakładów.

Uwzględniając zwierzęta kąsające widzimy, że u ludzi leczonych przyczyną śmierci były tylko dwa razy koty, a raz człowiek (jedyny przypadek w piśmiennictwie tabl. II. 18); zresztą zawsze psy. Natomiast ze 100 nieleczonych zmarło 7 z powodu ukąszeń kotów, lisa, krowy i t. d.; — w 12 przypadkach nie podano, jakie zwierzę ukąsiło, a w 81 przypadkach były to psy.

W dalszym ciągu niniejszej rozprawki należy rozważyć jeszcze jeden ważny szczegół, tyczący się śmiertelności osób szczepionych. Zastanówmy się mianowicie jeszcze raz nad terminem, upływającym od ukąszenia do śmierci u osób szczepionych, oznaczonym w jednej z ostatnich rubryk tablic I—III i u nieszczepionych (tablica IV).

Na początku główną uwagę zwróciliśmy na te przypadki, gdzie śmierć nastąpiła wcześnie po ukąszeniu i staraliśmy się wytłómaczyć to zjawisko. Obecnie zajmiemy się przeciwnie tymi przypadkami, w których śmierć nastąpiła bardzo późno po ukończeniu szczepienia i po ukąszeniu. Przypadki te również porównamy z podobnymi przypadkami u osób nieszczepionych. I teraz zestawiono wyniki w osobnej tablicy, przyczem uwzględniono tylko te przypadki, w których śmierć nastąpiła najwcześniej w 100 dni po ukąszeniu.

Tablica VII.

Zakład	Liczba osób zmarłych po ukąszeniu w dni						Razem
	100—200	201—300	301—400	401—500	501—600	601—700	
Paryż	4	2	—	—	—	1	7
Warszawa . .	4	1	1	—	—	—	6
Kraków . . .	2	1	1	1	—	—	5
Razem . . .	10	4	2	1	—	1	18
Nieszczepieni .	22	5	1	—	2	—	30

Z tego zestawienia widać, że odsetek osób zmarłych po tak długim okresie wylęgania wynosi wśród osób szczepionych tylko 12·5% (18 na 145 zmarłych). Odsetek zaś osób nieleczonych, a zmarłych po tak długim czasie, wynosi 30%. Stąd wynikają dwa wnioski. Jeden, już wyżej uzasadniony, że metoda Pasteura przynosi często ocalenie w przypadkach, w których choroba wybuchłaby dopiero po długim czasie od ukąszenia. Drugi zaś wniosek, że metoda Pasteura w przypadkach śmiercią się kończących zwykle

nie przedłuża okresu wylęgania. Nad tym drugim wnioskiem właśnie należy teraz się zastanowić.

Wszystkim zajmującym się szczepieniami przeciw wściekliźnie wiadomo, że jednak zapatrywanie przeciwne, niż to wyraża drugi wniosek, utarło się ogólnie. I nieraz naprawdę nie można się oprzeć wrażeniu, że jednak czasem szczepienia, jakkolwiek od śmierci nie zdołały wyratować, to przynajmniej przedłużyły okres wylęgania choroby. Przeglądając tablice I—III możnaby sobie o tym lub owym przypadku tak pomyśleć. Ja osobiście tylko raz miałem podobne wrażenie. Przypadek ten umieszczony jest w tablicy III nr 34. Młoda dziewczyna ukąszona w rękę i szczepiona 10 dni, zmarła dopiero w 10 miesięcy po ukąszeniu po 5-dniowej chorobie.

W tablicy IV widzimy jednak, że nawet po ukąszeniu w twarz zmarła jedna nieszczepiona osoba dopiero po 584 dniach (nr 67); że dalej nr 36, chociaż w rękę ukąszony, zmarł dopiero po 251 dniach, nr 78, również w rękę ukąszony, dopiero po 241 dniach; a nr 87 dopiero po 278 dniach. Jeżeli się o takich przypadkach u osób nieszczepionych czyta, to traci się wiarę w to, by szczepienia ochronne przedłużały okres wylęgania u ludzi. Najbardziej zaś przemawia przeciwko temu to, że stosunkowo znacznie więcej (blisko $2^1/_2$ razy) umiera z długim okresem wylęgania osób nieszczepionych, niż szczepionych.

Oczywiście jednak nie można przy dzisiejszym stanie nauki na pewne powiedzieć, że szczepienia nigdy nie przedłużają okresu wylęgania. Może być, że zdarza się to niekiedy: w każdym razie przypadki takie są tak rzadkie, że prawie tracą wartość praktyczną. Jeżeli na przeszło 24 tysiące szczepionych (tyle osób leczono w 3 zakładach w czasie wymienionym w I—III tablicy) tylko 18 ludzi zmarło później, niż w 100 dni po leczeniu, to musimy bądź co bądź uważać przypadki takie za bardzo rzadkie. A jeżeli jeszcze przekonamy się, że ze 100 osób nieleczonych, zmarłych na wściekliznę, było 30 takich, które zmarły później, niż w 100 dni po ukąszeniu, to wiara nasza w możliwość przedłużania okresu wylęgania przez szczepienia maleje prawie do zera. Natomiast u zwierząt (przynajmniej sztucznie zakażonych) udowodniono, że ochronne szczepienia mogą przedłużyć okres wylęgania.

Z 18 ludzi, zmarłych tak późno po szczepieniu, wypalono, zdaje się, tylko jednemu gruntownie ranę (tab. III. 15). Z 30 ludzi, nieszczepionych i zmarłych tak późno, wiadomo to również tylko o jednym (tabl. IV. 78). Zwróciłem uwagę na to dlatego, że gruntowne wypalenie rany może już samo przedłużyć okres wylęgania.

Ostatecznie zatem powiemy: Nie można udowodnić, jakoby szczepienia ochronne mogły niekiedy przedłużać okres wylęgania wścieklizny. Dotychczasowe doświadczenie przemawia raczej przeciwko temu przypuszczeniu.

Na zakończenie tej rozprawki zajmiemy się omówieniem statystyki Bauera i porównaniem jej z naszą statystyką. W r. 1886 ogłosił Bauer[4]) zestawienie przeszło 500 przypadków śmierci na wściekliznę u osób nieleczonych. Chodziło mu głównie o oznaczenie okresu wylęgania w tej chorobie i o rozstrzygnięcie, o ile wpływają na tę sprawę wiek, płeć pokąsanych, siedziba rany i t. p.

Co do płci pokąsanych stwierdził Bauer na podstawie 375 przypadków, że okres wylęgania u mężczyzn wynosił średnio 80 dni, a u kobiet 65 dni. Kobiety zatem średnio o 15 dni wcześniej zapadały, niż mężczyźni. Bauer nie przywiązuje do tego większego znaczenia, chociaż mówi, że możnaby to tłómaczyć większą odpornością mężczyzn na wściekliznę. W naszej statystyce wynosi czas wylęgania u kobiet również mniej, niż u mężczyzn i to u nieszczepionych o 16 dni mniej, zatem prawie tak samo, jak u Bauera: u szczepionych zaś o 13 dni mniej. Na podstawie tych zgodnych wyników można chyba dzisiaj na pewne powiedzieć, że okres wylęgania wścieklizny u osobników płci męskiej jest średnio o kilkanaście dni dłuższy, niż u osób płci żeńskiej. Trudno powiedzieć, czy na tej podstawie można również twierdzić, że płeć męska posiada większą odporność na wściekliznę, niż żeńska.

Na owych 375 osób zmarłych było w statystyce Bauera 288 płci męskiej, a tylko 87 żeńskiej. Zatem wynik zgodny z naszą statystyką, tylko różnica jeszcze jaskrawsza.

Dalej stwierdził Bauer, że czas wylęgania u dzieci do lat 14 jest około 20 dni krótszy, niż u osób dorosłych, ale zaraz tłómaczy to zjawisko siedzibą ukąszenia, a nie większą wrażliwością ustroju dziecięcego na jad wścieklizny. Mianowicie dzieci ulegają bardzo często pokąsaniu w głowę, a dorośli znacznie rzadziej. To samo zjawisko występuje i w naszej statystyce i na tej podstawie można wytłómaczyć krótszy okres wylęgania u dzieci, aniżeli u dorosłych.

I w dalszem porównaniu statystyki Bauera z naszymi wynikami stwierdzić można zgodność. Celem tego porównania nie uwzględniłem pokąsań przez wilki, zamieszczonych w statystyce Bauera, ani też przypadków wątpliwych i tych, w których śmierć nastąpiła później, niż w 2 lata od ukąszenia, ani takich wreszcie, w których Bauer podaje okres wylęgania krótszy od 10 dni. Na podstawie dzisiejszych naszych wiadomości bowiem trudno uważać za wściekliznę chorobę, która rozpoczyna się już w kilkanaście godzin albo w 1—9 dni po ukąszeniu, chociażby w twarz zadanem. Zdaje mi się, że również i te przypadki, w których choroba wybuchła później, niż we 2 lata od ukąszenia, trzeba uważać za wątpliwe. Po usunięciu zatem tych przypadków pozostaje w statystyce Bauera 447 wypadków śmierci na wściekliznę. Z nich umarło po ukąszeniu do

25 dni	osób 33	t. j.	7·38%
26—30	„ „ 27	„	6·04%
31—35	„ „ 35	„	7·83%
36—40	„ „ 35	„	7·83%
41—50	„ „ 71	„	15·88%
51—60	„ „ 40	„	8·95%
nad 60	„ „ 206	„	46·09%
	447	t. j.	100·00%

Widzimy przeto, że i w zestawieniu Bauera z osób nieszczepionych umarło do 30 dnia po ukąszeniu tylko 13·42%, a po 60 dniu od ukąszenia przeszło 46%: zatem również stosunek odwrotny, jak u osób szczepionych i mniej więcej zgodny z naszymi wynikami.

---

[4]) Münchener med. Wochenschrift, 1886, Nr 36—39: „Ueber die Incubationsdauer der Wutkrankheit beim Menschen" von dr Philipp Bauer.

W czasie dłuższym, niż 100 dni od ukąszenia, umarło według zestawienia Bauera z owych 447 osób tylko 86 t. j. 19·24%. Jest to więc liczba wybitnie mniejsza, niż w naszej statystyce (tabl. VII), w której wykazaliśmy osób takich 30%. Ale i u Bauera liczba ta jest wyższa, niż u osób szczepionych, gdzie wynosi ona tylko 12·5%. Jak już omówiono, można na tej podstawie twierdzić, że szczepienia ochronne nie przedłużają okresu wylęgania.

Streszczając wyniki tej rozprawki powiemy w końcu:

1) Jak to już wiele razy udowodniono, metoda Pasteurowska zmniejsza bardzo znacznie odsetek śmiertelności u osób pokąsanych. Na podstawie licznych statystyk można bowiem przyjąć, że bez szczepienia umiera na wściekliznę około 10% pokąsanych, a może i więcej. Tymczasem szczepionych umiera tylko około 1%. Badając również rozwój metody Pasteura od początku widzimy, że w miarę jej udoskonalenia czyli w miarę stosowania coraz silniejszych szczepień uzyskiwano coraz lepsze wyniki. Przykłady tego z zakładów w Paryżu, Odessie, Warszawie, Turynie podałem w poprzedniej pracy (w „Medycynie“).

Uwzględniając to zbawienne działanie metody Pasteura nie można jej potępiać, ani zwalczać z tego powodu, że:

2) Nie ulega wątpliwości, że wczesna śmierć po ukąszeniu zdarza się stosunkowo znacznie częściej u osób szczepionych, aniżeli u nieszczepionych. Odwrotnie późna śmierć zdarza się znacznie częściej u osób nieszczepionych, aniżeli u szczepionych. Obydwa te zjawiska tłómaczą się późnem występowaniem odporności po szczepieniach metodą Pasteura. Czy można na pewno twierdzić, że szczepienia ochronne nigdy nie wpływają przyspieszająco na wynik śmiertelny, obecnie nie da się rozstrzygnąć. Być może, że niezadługo będę mógł obszerniej omówić tę ważną wątpliwość.

3) Wpływu metody Pasteura na przedłużenie okresu wylęgania w niektórych śmiercią się kończących przypadkach nie można udowodnić. Jeżeli takie działanie jest wogóle możliwe, to zdarza się ono chyba tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach.

4) U osób płci męskiej trwa okres wylęgania, bez względu na to, czy szczepienie przeprowadzono, czy nie, średnio o kilkanaście dni dłużej, niż u osób płci żeńskiej. Pokąsaniu zaś ulega i umiera na wściekliznę więcej niż dwa razy tyle osób płci męskiej, niż płci żeńskiej.

Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu.

Napisał

Dr Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy.)

Chorobowe krwawienie przy normalnym mechanizmie trzeciego okresu.

Przy prawidłowym mechanizmie trzeciego okresu powstaje krwotok wewnętrzny. Popłód, obsuwając się ku dołowi, wynicowuje się stopniowo — tworząc coraz to pojemniejszy worek, do którego wlewa się krew, wypływająca z miejsca łożyskowego. Wobec tego, że błony najpóźniej się odklejają, a część błon, przyrosła do okolicy pierścienia skurczowego, wobec silniejszego umocowania tamże zapomocą trudnej do rozdarcia doczesnej, dopiero na samym końcu trzeciego okresu się oddziera, wypływ krwi na zewnątrz jest dopiero wtedy możliwy, gdy popłód już w całości się oddzielił. Zazwyczaj równocześnie z tem końcowem pojawieniem się krwawienia — popłód w całości przez parcie niewiasty zostaje wydalonym na zewnątrz.

O chorobowem krwawieniu w tym mechanizmie mówimy wtedy, jeżeli krwi z miejsca łożyskowego tak dużo wylewa się do worka, utworzonego z wynicowanego popłodu, że 1) występują objawy ostrej niedokrwistości u kobiety; albo też 2) normalny tok mechanizmu wskutek nadmiernego wylewu krwi schodzi na bezdroże. Ahlfeld, który z zasady zachowywał się zupełnie biernie w przypadkach, w których nie było krwawienia zewnętrznego, zauważa: iż w razie nadmiernego wylewu krwi chora zaczyna się niepokoić, w czasie skurczu macicy żali się głośno na nieznośne prężenie dołem i w krzyżach, przyczem występuje u niej odruchowe parcie, wskutek czego popłód w ciągu 20 do 30 minut zostaje siłami natury wydalony na zewnątrz. Co do strat krwi, to jeden raz zapisano 1200 gramów, zaś bardzo często — przy porodzie dzieci o wadze od 3750 -4250 gr., a przy ciężarze łożysk od 800 gr. do 1000 gr. straty krwi od 800 do 900 gr. (Średnia ilość przy porodach popłodu szybkich do 1/2 godz. wynosi: $\frac{441 \times 49 + 637 \times 40 + 759 \times 158}{247} = 676$ gram.). Według obliczenia mego, biorąc za podstawę ciężar dziecka (według sposobu uprzednio podanego) wylało się w tych przypadkach co najmniej o 300 gr. krwi za dużo i właśnie ta strata krwi wywoływała niepokój u chorej, który jest jednym z objawów ostrej niedokrwistości.

Dlatego to zachowanie się zupełnie bierne wobec krwotoków wewnętrznych i dozwolenie na tak znaczny upływ krwi należy uważać za błąd, tem większy, że, jak niżej przedstawię, można temu z łatwością zapobiedz.

Jakie są objawy kliniczne, pozwalające nam na pewno rozpoznać, że w trzecim okresie, przebiegającym w mechanizmie prawidłowym grozi krwotok wewnętrzny? Z objawów klinicznych pomijam wyżej wspomniane objawy niedokrwistości, bo skoro do nich dojdzie, sprawa już jest przegraną.

Otóż pierwszym objawem, stwierdzić się dającym bezpośrednio po porodzie dziecka, jest: nadmierna wielkość ściągniętego trzonu macicy, o kształcie, nie tak znamiennie owalnym, jak przy mech. Schulzego, ale więcej płaskim. To powiększenie świadczy o powstaniu krwiaka pozałożyskowego już w jamie trzonu, co w mechanizmie fizyologicznym nie powstaje. W dalszym przebiegu trzeciego okresu stwierdzamy, że okolica nad spojeniem łonowem mniej lub więcej znacznie się wypukla, zaś trzon macicy, pozostawiony sam sobie, szybko wznosi się ku górze — chowając się aż pod łuk żebrowy. (W razie wątpliwości, czy wypuklenie nad spojeniem łonowem nie pochodzi od wypełnionego pęcherza moczowego — wypuszczamy mocz cewnikiem.) Wreszcie przez cały czas trwania trzeciego okresu żyła pępowinowa pozostaje stale silnie krwią wypełniona.

Wszystkich tych objawów nie spotyka się, mojem zdaniem, w mechanizmie typowo fizyologicznym. Objawy te dopiero wtedy się według mych spostrzeżeń pojawiają, skoro z miejsca łożyskowego za dużo krwi sączy się do wynicowującego się popłodu. Nasilenie ich zależy wprost od ilości krwi. Objawy te można sztucznie wywołać, wstrzykując przez żyłę pępowinową wyjałowioną wodę do łożyska, rodzącego się w mechanizmie prawidłowym, typowo fizyologicznym. Wstrzykując porcyami po 100 gramów płyn, zauważa się stopniowe, coraz to wybitniejsze wypuklanie się okolicy nad spojeniem łonowem i stopniowe wznoszenie się trzonu macicy ku górze. Po wlaniu do krwiaka kilkuset gramów płynu zauważa się niepokój chorej, bolesny skurcz macicy, prężenie bolesne dołem i w krzyżach, wreszcie odruchowe parcie niewiasty, wydalające popłód odklejony. Krótko mówiąc sztucznie można doprowadzić do objawów, zauważonych już przez Ahlfelda w przypadkach nadmiernego wylewu krwi. Jeżeli odruchowe parcie się nie zjawi, a dalej nastrzykujemy wzmożony sztucznie krwiak —

płyn odkleja nareszcie błony i odrazu silnym strumieniem wylewa się z kobiety pomieszany razem z krwią, wypłukaną z krwiaka.

Gdzie leży przyczyna tego nadmiernego wylewania się krwi z miejsca łożyskowego do wynicowującego się popłodu? Odpowiedzi dostarcza dokładniejsze badanie zachowania się mięśnia macicy wśród przebiegu trzeciego okresu. Widzimy mianowicie, że mięsień macicy kurczy się zupełnie podobnie, jak w warunkach fizyologicznych, t. j. po krócej lub dłużej trwającym tężcu mięśnia następuje przerwa, po której następuje serya skurczów okresowych, dostatecznie silnych, niekiedy bardzo bolesnych, prawidłowy czas trwających i w prawidłowych odstępach czasu. Również pobudliwość na bodźce, wywołujące skurcze — w czasie przerwy między bolami jest prawidłowa. Natomiast stale zauważa się, że gdy w warunkach fizyologicznych możemy w przerwach między bolami granice trzonu macicy każdej chwili czuciem oznaczyć, to tu oporność na dotyk jest mniej lub więcej znacznie zmniejszona, niekiedy tak, że po prostu trzonu macicy dobadać się nie można. Krótko mówiąc, przekonujemy się, że tu przyczyną nadmiernego krwawienia jest ta sama przyczyna, co przy krwotokach w połogu, t. j. wada w mechanizmie ściągania się. Jak w połogu, zależnie od stopnia wady w ściąganiu się, istnieje, począwszy od nieznacznych krwawień, zaledwie nieco przekraczających granicę krwawienia fizyologicznego, cały szereg przejść do coraz to obfitszych krwawień — aż wreszcie do krwotoków śmiertelnych, tak samo i tu.

A zatem przejdźmy pokrótce przebieg krwotoków od typowo fizyologicznych aż do typowo chorobowych.

W przypadkach fizyologicznych, bezpośrednio po porodzie płodu, trzon macicy ściąga się do najmniejszych rozmiarów o tyle, o ile na to pozwoli obecność łożyska w jamie. Ściągnięcie się macicy jest tu z powodu obecności łożyska „niezupełne“, ale „utrwalone“, niedozwalające na powiększenie się jamy trzonu przez krew, wylewającą się z miejsca łożyskowego. Wobec tego na krwiak w jamie trzonu niema tu miejsca. Krew wylewa się do duplikatury, będącej już w jamie dolnego odcinka i w miarę postępu wynicowywania się popłodu i trwania trzeciego okresu stopniowo narasta. Gdy łożysko, w całości odklejone, wywinie się poza pierścień skurczowy, ściągnięcie się trzonu „niezupełne“ staje się wkrótce „zupełne“ i „utrwalone“, tak, że dalsze krwawienie jest bardzo skąpe, podobnie jak w fizyologicznym połogu. Jakkolwiek trzeci okres w warunkach fizyologicznych trwa kilka do kilkunastu godzin, to przecież trzon macicy, według mego doświadczenia, bardzo mało albo nawet wcale nie podnosi się, ale pozostaje w tej wysokości, jaką zajął w pierwszych chwilach trzeciego okresu.

W przypadkach dalszych, będących jeszcze w granicach fizyologicznych (albowiem pozostawione same sobie — przebiegają bez szkody dla niewiasty) macica w pierwszej fazie trzeciego okresu, opróżniona z płodu i wód, ulega pod wpływem tężcowego skurczu mięśnia ściągnięciu się, z powodu obecności łożyska „niezupełnemu“, ale ściągnięcie się to jest w mniejszym lub większym stopniu „nieustalone“, wobec czego krew, wylewająca się z miejsca łożyskowego, może łatwiej rozepchnąć jamę trzonu i częściowo przynajmniej pozostać w jamie trzonu, zwłaszcza gdy po tężcu nastąpi przerwa w stanie czynnym mięśnia, a łożysko jeszcze całkowicie jamy trzonu nie opuściło. Ten wzmożony krwiak, leżący w jamie trzonu, będąc pod ciśnieniem w czasie skurczów okresowych, znakomicie ułatwia odklejenie się łożyska i błon, tak iż popłód bez trudności zostaje wydalony do jamy dolnego odcinka. Jednakowoż pomimo opróżnienia się jamy trzonu krwawienie znaczniejsze trwa dalej, albowiem znaczniejsze ściągnięcie się w czasie skurczu jest w większym lub mniejszym stopniu „nieustalone“, zupełnie podobnie, jak się to trafia przy krwawieniach połogowych. Odklejony i do niższych części kanału rodnego wydalony, wynicowany worek płodowy odgrywa rolę szczelnego tamponu — dopóty, dopóki tylko błony do okolicy pierścienia skurczowego są przyczepione. Worek ten wypełnia się krwią, pęcznieje coraz to więcej, wypełnia szczelnie kanał miednicy małej, wywołując wznoszenie się stopniowe trzonu ku górze i wypuklenie okolicy nad spojeniem łonowem. Pewna część krwi, częściowo zamieniona w skrzepy, pozostaje w jamie trzonu i zalega tamże, pomimo iż popłód stamtąd został już dawno wydalony, wskutek czego „nieustalone“ ściągnięcie się trzonu nie może się choćby tylko w czasie skurczu stać tak łatwo „maksymalnem“. Ten zaś stan trzonu macicy i będącego w nim miejsca łożyskowego wywołuje obfite krwawienie, które tem więcej sprawę pogarsza. Tworzy się błędne koło, któreby z pewnością doprowadzić musiało do skrwawienia się kobiety, gdyby nie to, że z chwilą, gdy popłód zostaje w całości odklejony — kobieta, w czasie bolu odruchowo przez pojemny tampon fizyologiczny, rozpychający kanał rodny, pobudzona do silniejszego parcia, wydala cały popłód wraz z całą masą skrzepów i krwi płynnej przez szparę sromową. Obecnie okresowe skurcze zdołają wydalić zalegające skrzepy z jamy trzonu do dolnego odcinka i do pochwy — a stąd na zewnątrz — i wywołać ściągnięcie się macicy do najwyższego stopnia, które po pewnym czasie z nieustalonego zamienić się może na „ustalone“, czy to samoistnie, czy też przy sztucznej pomocy położnej lub lekarza.

Ze stanowiska patologii ogólnej mamy w tych przypadkach typowy przykład samopomocy ustroju, która łatwo w cięższych przypadkach przejść może w „błędne koło“ (*circulus vitiosus*). I tak: Niewątpliwie wada ściągania się macicy stanowi czynnik, upośledzający odklejanie się popłodu i wydalenie go. Aby ten czynnik szkodliwy zrównoważyć, przyroda potęguje działalność drugiego czynnika, t. j. krwiaka, przez to, iż tenże wytwarza się w znaczniejszych rozmiarach. Zwiększony krwiak znowu, rozpychając znacznie kanał rodny, tworzy bodziec, wywołujący silniejsze skurcze mięśnia macicy — a nadto odruchowe silne parcie niewiasty, które to dwa czynniki przy pomocy zwiększonego krwiaka popłód szybko odklejają i wydalają, czyli przebieg trzeciego okresu skracają, pozostawiając ostateczne zatamowanie krwawienia pierwszym chwilom połogu.

Statystyka poucza, że tylko 10% porodów popłodu kończy się samoistnie w ciągu pierwszych czterech kwadransy, a wszystkie samoistne szybkie trzecie okresy w znacznym odsetku cechują się zwiększonym krwiakiem. (Ahlfeld-Beaucamp)

Błędne koło zjawi się natychmiast, skoro raptownie wzmagający się krwiak zawcześnie utoruje sobie drogę na zewnątrz, zanim skończyło się wynicowywanie się popłodu i zanim utworzył się z popłodu pojemny worek, wypełniający szczelnie pochwę. Wtedy to ani parcie się nie zjawia z należytą siłą, ani też skurcze macicy nie mogą poddać parciu hydrostatycznemu krwiaka, aby go zmusić do odklejenia popłodu; krótko mówiąc, zwiększony krwiak idzie po większej części na marne i trzeba ten mechanizm, zmieniony na mechanizm Dunkana, energicznie leczyć, bo położnicy grozi ujście krwi.

Na podstawie rozbioru przyczyn krwotoków wewnętrznych w trzecim okresie można z łatwością ustalić zasady postępowania dyetetycznego i leczniczego.

Przypadki czysto fizyologiczne, t. j. gdzie od pierwszych chwil trzeciego okresu nie ma wcale krwotoku zewnętrznego, ściągnięcie się macicy jest należyte, bole okresowe są prawidłowo silne i częste, a trzon macicy w przebiegu trzeciego okresu bardzo mało albo wcale się nie podnosi ku górze, wymagają tak długo pilnego nadzoru, dopóki nie upewnimy się, że już pierwsza i druga faza trzeciego okresu całkowicie się ukończyła, albowiem dopiero wtedy wszelka obawa przed zamianą mechanizmu prawidłowego na mechanizm Dunkana — mija. A zatem nawet w przypadkach typowo fizyologicznych bezpieczniej jest czuwać nad

takim mechanizmem przynajmniej przez pierwsze trzy kwadranse lub godzinę Po tym czasie, chcąc mieć bezwzględną pewność, że już pierwsza i druga faza trzeciego okresu się ukończyła, na szczycie bolu okresowego nacieram zlekka dno macicy i obniżam macicę w kierunku osi miednicy małej. W następstwie tego zabiegu zdarzają się następujące wypadki: a) łożysko można bez żadnych trudności sprowadzić do szpary sromowej i naocznie przekonać się, że już rozpoczęła się trzecia faza trzeciego okresu; b) w pewnej liczbie przypadków — po wykonaniu obniżenia macicy, łożysko, wypuklone do pochwy, ale jeszcze tkwiące w całkowicie rozszerzonem ujściu zewnętrznem macicy — nagle przekracza całkowicie ujście zewnętrzne macicy i wpada do jamy pochwy, co odczuć możemy pod ręką i dopiero teraz z łatwością daje się sprowadzić do szpary sromowej (jak pod a) — wreszcie, jak spostrzegałem, c) mimo obniżenia macicy i wysunięcia się pępowiny, pępowina po zwolnieniu nacisku na trzon macicy cofa się, co świadczy o tem, że łożysko jeszcze tkwi w jamie macicy, czyli że druga, a może nawet i pierwsza faza trzeciego okresu jeszcze się nie ukończyła Dalsze postępowanie w przypadkach pod a) i b) polega na stwierdzeniu dalszą obserwacyą, kilka minut trwającą, iż krwawienia większego do worka płodowego niema, czyli że trzon macicy się nie podnosi wcale i na pozostawieniu zresztą dalszego przebiegu przyrodzie. Obecnie można już, idąc za radą Ahlfelda, pozwolić kobiecie zasnąć, a samemu zająć się opatrzeniem należytem dziecka. Im dłużej się czeka obecnie na poród ostateczny popłodu, tem lepiej, bo tem dokładniej oddzielą się błony, przymocowane jeszcze do okolicy pierścienia skurczowego, tem dokładniej i trwalej ściągnie się macica i tem więcej krwi z worka płodowego ulegnie na nowo wessaniu. Gdy odklejenie całkowite popłodu już się ukończy, a kobieta na szczycie bolu poprze, popłód sam urodzi się na zewnątrz bez wszelkiej pomocy. Jeżeli atoli się nam spieszy i już wszystko co dotyczy dziecka załatwiliśmy, możemy w $1^1/_2$ do 2 godzin przystąpić do ostatecznego wytoczenia popłodu przez szparę sromową zapomocą wygniecenia. W każdym jednak razie należy pamiętać o tem, aby popłód stopniowo i bardzo powoli przeprowadzać przez szparę sromową, naśladując ile możności sposób przechodzenia główki, a wtedy na pewno błony odklejają się dokładnie i bez okręcania w całości je wydostaniemy, z utrzymanym okrągłym i małym otworem pęknięcia pęcherza

Przypadki ad c) wymagają dalszego wyczekiwania i pilnego nadzoru, a jeżeli nawet po dwóch godzinach jeszcze spotkamy się z objawem zatrzymania łożyska w macicy, stwierdzamy badaniem wewnętrznem, lub przy ręcznem wyjęciu, przyczynę i stopień zaburzenia.

Przypadki przejściowe od fizyologicznych do patologicznych, cechujące się nadmiernem krwawieniem do wynicowującego się worka płodowego, wymagają w zasadzie takiego samego postępowania, jak krwotoki w połogu z powodu nieustalonego ściągnięcia się macicy, z tem atoli zastrzeżeniem, że wszelkie inne zabiegi w trzecim okresie nie mogą w niczem zaburzyć toku prawidłowego mechanizmu, aby nie wywołać sztucznie mechanizmu Dunkana. A zatem: o ile w warunkach typowo fizyologicznych ograniczyć się możemy do badania stanu trzonu macicy co kilka minut, to tu konieczne jest stałe trzymanie ręki na dnie macicy — i to dopóty, dopóki samoistnie popłód nie ukaże się w szparze sromowej. Bezwarunkowo nie można pozwolić na to, aby trzon macicy swobodnie podnosił się w górę aż do łuku żebrowego. Wstrzymując dłonią posuwanie się macicy ku górze, stwarzamy sztucznie punkt oparcia dla macicy, tak iż parcie krwi wylanej użyć się może w całości na odklejanie się łożyska i błon, oraz wydalenie ich z macicy. Co do nacierania ręką macicy, to najlepiej pierwszy kwadrans wstrzymać się zupełnie od drażnienia mięśnia macicy. Później zaś, jeżeli macica w czasie przerwy między bolami w wysokim stopniu wolnieje, tak że gubią się jej zarysy, można macicę nacierać, ale mojem zdaniem dopiero wtedy, gdy samoistnie zaczyna popadać w skurcze. Miesienie to ma na celu wzmocnić siłę naturalnego skurczu i ile możności przedłużyć jego trwanie Natomiast miesienie bezwarunkowo nie powinno zgniatać jamy macicy, ani co gorsza przechodzić w wyciskanie, albowiem, jeżeli wynicowywanie się popłodu jeszcze nie nastąpiło, stworzy się przez to mechanizm Dunkana, który wobec wady w ściąganiu się jest dla kobiety fatalny. Gdy popłód ukaże się w szparze sromowej, co następuje szybciej, niż w mechanizmie typowo fizyologicznym, należy postarać się, o ile możności, o tężec mięśnia macicy, przez silniejsze miesienie, a gdy to niewiele pomaga, przez podanie sporej dawki ergotyny podskórnie lub wewnętrznie, w ten sposób bowiem zdołamy ograniczyć znacznie krwawienie do worka płodowego. Dalsze postępowanie zależy od tego, czy istotnie udało się wstrzymać krwawienie mocniejsze do worka płodowego. Jeżeli tak, to należy dalszy przebieg pozostawić siłom przyrody możliwie jak najdłużej, z uwagi na to, iż przez seryę bolów okresowych ściągnięcie się macicy ustali się w zupełności, wobec czego w połogu bezwarunkowo nie będzie kłopotu z krwawieniem. Jeżeli zaś trzon macicy ciągle ma skłonność wznosić się ku górze, czyli jeżeli kobieta krwawi dalej, musimy bezwarunkowo w dalszym ciągu czuwać nad macicą i miesieniem i ergotyną potęgować działalność skurczów okresowych. Zazwyczaj w tych przypadkach kobieta wkrótce odruchowo prze silnie i wydala popłód w całości, udaremniając nasze starania o przewleczenie trwania trzeciego okresu. Nie pozostaje więc w tych razach nic innego, jak już w połogu czuwać nad mięśniem macicy możliwie długo.

Porody popłodu szybkie, w mechanizmie prawidłowym albo też w typowym mechanizmie Schulzego przebiegające, cechujące się z reguły nadmiernem krwawieniem pozałożyskowem, są o tyle korzystne dla ustroju matki, że popłód zawsze odchodzi zupełnie dokładnie odklejony. Cała nasza uwaga zatem skierować się musi dopiero w połogu w kierunku zapobiegania krwawieniu połogowemu.

Krwawienia w mechanizmie prawidłowym, zamienione albo samoistnie, albo sztucznie w krwawienia wewnętrzne, wymagają postępowania jak przy mechanizmie Dunkana, o którym obecnie mam zamiar pomówić. (Dok. nast.)

* * *

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Wilms. **Wyleczenie przykurczenia histerycznego przez porażenie lędźwiowe.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr 24). Autor opisuje przypadek, w którym udało się z pomocą wstrzyknięcia lędźwiowego 0,06 stowainy sposobem Biera osiągnąć zupełne wyleczenie histerycznego przykurczenia w stawie biodrowym i kolanowym. Przykurczenie to było przedtem długo leczone różnymi sposobami bez skutku. *Klęsk.*

Lotheissen. **Zapobiegawcze wstrzykiwanie antytoksyny tężcowej.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906. Nr 24). Autor poleca gorąco zapobiegawcze wstrzykiwanie surowicy przeciwtężcowej. Wstrzykiwania te powinno się robić często i w dużych dawkach Surowica ta niemal nie działa ubocznie i można ją stosować spokojnie, o wiele spokojniej, niż surowicę przeciwbłoniczą. Autor wykonał 22 zapobiegawczych wstrzyknięć, a z tego w 14 bezsprzecznie było zakażenie. Z tych 14, 5 chorych zmarło. Wynik ten uważa autor za bardzo pomyślny. *Klęsk.*

Doc. Cypkin. **O niby-mleczystych wysiękach** (*hydrops pseudochylosus*). (*Miedicinsk. Obozr.* 1906, Nr. 1). Na podstawie 2 przypadków niby-mleczystego wysięku starał się autor określić, od czego zależy mętne (mleczyste) wyglądanie wysięku. W pierwszym przypadku wysięk pochodził z jamy brzusznej chorego na gruźlicze zapalenie otrzewnej, gruźlicę kiszek, skrobiawicę i t. d. Drugi przypadek dotyczył również chorej na ogólną gruźlicę, gruźlicze zapalenie otrzewnej, opłucnej i skrobiawicę. W tym drugim przypadku autor wydobył mleczysto opalizujący płyn raz z opłucnej i 4 razy z jamy brzusznej. Mleczysta opalescencya płynu stopniowo

się zmniejszała, tak że płyn wypuszczony za czwartym razem był zupełnie przeźroczysty. Równolegle z tem zwiększała się ilość białka w wysięku, która pierwszy raz wynosiła 1‰ przy ciężarze właściwym 1,007, drugi raz 3‰ przy c. wł. 1,008, trzeci raz 5‰ c. wł. 1,007, a czwarty raz 7‰ przy c. wł. 1,007. W płynie tym stwierdził autor chemicznie fosfor (resp. lecytynę), globulinę, nukleoalbuminę i substancye śluzowate, które według Hammerstena stanowią przyczynę opalescencyi. Lecz też same składniki znalazł autor i w zbadanych dla porównania przeźroczystych surowiczych płynach z innych chorych i w przeźroczystym płynie, wydobytym w tymże przypadku przy czwartem nakłuciu. Autor więc przypuszcza, że albo mleczystość płynu może zależeć od obecności jakiegoś jeszcze nieznanego chemicznego ciała, albo też, że skład chemiczny płynów niby-mleczystych nie różni się od składu zwykłych płynów surowiczych, a mleczystość zależy od zmienionych warunków rozpuszczalności któregoś ze składników znanych. Do tego drugiego przypuszczenia upoważnia fakt, że mleczysty płyn stawał się coraz przeźroczystszym, a równocześnie ilość białka coraz się zwiększała. To naprowadza na myśl, że ilość białka znacznie wpływa na rozpuszczalność tego chemicznego ciała, od którego zależy mleczystość płynu. Wiadomo, że niekiedy (przy zapaleniach nerek i t. d.) krew tyle traci białka, że surowica jej przybiera mleczyste wejrzenie. To samo dzieje się i w wysiękach. Gdy w krwi ubywa białka, to odżywianie naczyń krwionośnych pogarsza się, wskutek czego ściany ich zaczynają przepuszczać białko. Jeżeli wtedy w jamach surowiczych znajdują się wysięki, to powinny wzbogacać się w białka na koszt krwi. W ten sposób między krwią i wysiękiem najprawdopodobniej powstaje do pewnego stopnia odwrotny stosunek i im mniej białka we krwi, tem więcej go w wysięku; im bardziej mleczysto wygląda surowica krwi, tem mniej mleczystym jest wysięk.

Dr Z. Orlowski (Ptbg.).

PEDYATRYA. Ganghofner. **O leczniczem zastosowaniu tuberkuliny w wieku dziecięcym.** *(Jahrb. f. Kinderh.* t. 63, maj, 1906). Wobec tego, że tylko mniejszość dzieci gruźliczych może być leczoną klimatycznie, wydawało się autorowi pożądanem zbadać ponownie skuteczność tuberkuliny w gruźlicy dziecięcej. Za zasadę przy leczeniu tuberkulinowem należy przyjąć: 1) żeby unikać przypadków dalej posuniętych, 2) nie przystępować do ponownych wstrzykiwań, póki się nie stwierdzi, ze ciepłota w kilku po sobie następujących dniach jest prawidłową, 3) nie podnosić dawki, póki stosowana wywołuje wzniesienia ciepłoty. Dawka początkowa nie powinna u dzieci starszych przekraczać $^1/_{10}$ mg., dawnej tuberkuliny, u młodszych $^1/_{100}$—$^2/_{100}$ mg. Zwiększać dawki należy ostrożnie. Można dojść do 5 mg. Materyał autora składa się z 12 przypadków. Leczenie trwało w niektórych po kilka miesięcy. Wyraźnie korzystny wpływ przyjmuje autor w 4 przypadkach: w 2 przypadkach przewlekłego nieżytu szczytów płuc i krtani i w 2 przypadkach zapalenia otrzewnej. W innych wynik był mniej widoczny. Przypadki dowodzą w każdym razie, że leczenie tuberkulinowe można stosować u dzieci przy zachowaniu wymienionych ostrożności bez obawy. *Lewkowicz.*

Rosenfeld. **Większa śmiertelność nieślubnych dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* tom 63, maj, 1906). Na podstawie statystyki z krajów austryackich dochodzi autor ostatecznie do wniosku, że większa śmiertelność dzieci nieślubnych nie jest wynikiem wewnętrznych przyczyn, wrodzonej słabości ustroju i nie może być uważana za pożądany dobór naturalny, lecz jest skutkiem silniejszego zagrożenia przez wewnętrzne wpływy szkodliwe. *Lewkowicz.*

Theodor. **Zwężenia krtani i tchawicy ze szczególnem uwzględnieniem przypadku, wyleczonego przez wycięcie grasicy.** *(Jahrb. f. Kinderh.* t. 63, maj, 1906). Chodziło o 2-letnią dziewczynkę, u której od 4 miesięcy trwały objawy zwężenia tchawicy. Intubacya bez skutku. Doc. Ehrhardt w Królewcu wykonał wycięcie grasicy. Przy operacyi stwierdzono przypłaszczenie tchawicy. Po zabiegu wszystkie objawy chorobowe ustąpiły.

Lewkowicz.

Torday. **Wrzód dwunastnicy u oseska.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* t. 63, maj, 1906). Dziecko 8-miesięczne. Choroba przebiegała pod obrazem wrodzonego zwężenia odźwiernika (nie dające się powstrzymać wymioty) i doprowadziła do śmierci skutkiem wyniszczenia. Zwężenie należy uważać za odruchowe. *Lewkowicz.*

Hecker. **O rozpowszechnieniu i skutkach używania wyskoku u uczniów.** *(Jahrb. f. Kinderh.* t. 63, maj, 1906). Z danych, zebranych w monachijskiej szkole handlowej, wynika, podobnie jak z podobnych zestawień autora co do szkół niższych, że używanie wyskoku odbija się niekorzystnie na postępach uczniów. Autor stara się zbić statystycznie zarzut, że wyskok i gorsze postępy mogą nie być ze sobą w związku, a zależeć jedynie w równym stopniu od trzeciego czynnika, niekorzystnego środowiska, w którem się dziecko wychowuje (nędza rodziców, brak opieki). *Lewkowicz.*

Doc. Gabryczewski. **Szczepionka przeciwpłonicza i sprawa swoistości paciorkowca płonicy.** *(Russkij Wracz* 1906, Nr 16). Od roku 1884 wiadomem już było, że przy płoniczem zapaleniu migdałków zawsze można wykryć paciorkowca. Jednak pomimo, iż w bardzo licznych przypadkach za życia i prawie zawsze po śmierci we krwi, ropie i narządach wewnętrznych znajdowano paciorkowca, dotychczas pytanie, czy jest on rzeczywistym pierwiastkiem etyologicznym płonicy, nie jest jeszcze rozstrzygnięte. Większość badaczy przyznaje paciorkowcom znaczenie tylko w powstawaniu wszystkich powikłań płonicy, i tylko Bagiński i Sommerfeld na podstawie bakteryologicznych badań u 701 chorych na płonicę, z których za życia w gardle znaleziono u 696 paciorkowce, a we krwi i narządach wewnętrznych po śmierci we wszystkich przypadkach, stanowczo twierdzą, iż paciorkowiec jest swoistym zarazkiem płonicy. Gabryczewski sądzi, że w każdym razie paciorkowiec odgrywa ogromną rolę w płonicy i chociaż swoistość jego nie jest jeszcze stanowczo stwierdzoną, jednakże badania bakteryologiczne, oraz dodatnie oddziaływania surowicy Mosera coraz więcej za tem przemawiają. W końcu 1904 roku Gabryczewski rozpoczął swe badania nad szczepieniami paciorkowcami, zrazu w „zołzach" końskich, chorobie, która ma dużo wspólnych cech z płonicą, a którą wywołują paciorkowce. Bulionowe hodowle tego paciorkowca, dziesięciokrotnie zgęszczone i zabite dodaniem 0,5 prc. kwasu karbolowego, służyły autorowi jako szczepionka. Szczepionka ta u setek koni wywoływała odporność przeciw zołzom. Następnie rozpoczął G. próby ze szczepionką przeciwpłoniczą, przyrządzoną przez ogrzewanie zgęszczonej hodowli paciorkowca do 60° C. i dodawanie 0,5 prc. kwasu karbolowego. Każdy ctm. sz. szczepionki zawierał od 0,02 do 0,03 osadu bakteryjnej masy, osiągniętej zapomocą silnej centryfugi, co stanowi 0,005 gr. suchej pozostałości. Pierwszego szczepienia autor dokonał na sobie, następnie zaś na dzieciach. Szczepionkę, jednostajnie przez wstrząsanie rozmąconą, wstrzykuje się w ilości 0,5 pod skórę brzucha lub grzbietu, dalsze wstrzykiwania wykonuje się dwa razy z 7—10-dniowemi przerwami, za każdym razem dawkę zwiększając o półtora lub 2 razy, zależnie od odczynu; ten nie powinien przewyższać 39° C. Dzieciom do 2 lat G. radzi stosować dawki dwa razy mniejsze, u dorosłych dwa razy większe. Przy gorączce G. szczepionki nie wstrzykiwał. Na mocy doświadczenia u 700 dzieci rozmaitego wieku autor stwierdza widoczne dodatnie działanie szczepionki, jako środka zapobiegawczego. U niektórych dzieci (w przypadkach Zangowolio w 13 prc.) zjawił się rumień, podobny do płoniczego, przy gorączce zwykle koło 38° C. Rumień trwał 1—3 doby, czasami towarzyszyło mu zapalenie gardła oraz wymioty, t. j. cechy, znamionujące zwyczajną płonicę. Okoliczność ta, zdaniem Gabryczewskiego, jest jednym z dowodów swoistości paciorkowca dla płonicy. Rozmaita zaś odporność dzieci przeciwko paciorkowcowemu zakażeniu tłómaczy nam, dlaczego w jednych przypadkach zjawiała się wysypka, w innych towarzyszyło jej zapalenie migdałków i wymioty, wreszcie u niektórych dzieci szczepienie żadnych zjawisk nie wywoływało oprócz nacieczenia skóry w miejscu wstrzykiwania. G. radzi szersze stosowanie szczepionki, rozumiejąc w taki sposób, że jeżeli paciorkowiec jest swoistym czynnikiem płonicy, to szczepionka jest środkiem dla zmniejszenia śmiertelności i zachorowań na płonicę, jeżeli zaś paciorkowiec sprowadza tylko powikłania choroby, to w każdym razie szczepienie może zmniejszyć śmiertelność z płonicy. *Z. Jastrzębski* (Ptbg.).

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Karwowski. **Moczenie krwawe i białkomocz, wywołane przez urotropinę.** (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.* Tom 42, Nr 1). Nie zaprzeczając korzystnego działania urotropiny w chorobach dróg moczowych, zwraca autor jednak uwagę na trujące czasem działanie tegoż środka. Prócz swojego zebrał autor 13 przypadków z piśmiennictwa, gdzie po użyciu urotropiny występowało stale krwawienie, a w 2 dalszych białkomocz. Urotropina działa zapomocą formaldehydu, który wydziela się w moczu. W niektórych przypadkach jednak, jak w silnej gorączce, w skazie moczanowej i t. d. formaldehyd wydziela się znacznie wcześniej i silnie podrażnia nerki.

A. Klęsk.

Samon. **Czy w ostrym wiewiórze cewki moczowej są wstrzykiwania odpowiednim sposobem leczenia?** (*Dent. med. Wochenschr.* 1906, Nr 22). Nowsze badania dowiodły, że dwoinki wiewiórowe można wykryć we krwi, szczególnie często przy wiewiórowem zapaleniu osierdzia i przy zajęciu stawów, jakkolwiek niezmiernie trudno jest ze krwi je wybodować. Na podstawie swych licznych badań bakteryologicznych autor dochodzi do przekonania, że podobnie, jak w innych chorobach przyrody zakaźnej, tak i w wie-

wiórze zarazki przechodzą do krwi, gdzie zwykle żyją bardzo krótko; a tylko wtedy, jeżeli porwane prądem krwi trafią na miejsce, w którem są warunki sprzyjające rozwijają się, wywołując miejscowe zapalenie. Przejściu zarazków do krwi i naczyń chłonnych szczególniej sprzyjają: nieodpowiednie zachowanie się chorego, przejście wiewióra na tylną część cewki moczowej i drażnienie chorej błony śluzowej stosowaniem środków silnie zgęszczonych, a wskutek tego żrąco na błonę śluzową działających. W ostrym okresie wiewióra wstrzykiwania wywołują obrażenia cewki i przeniesienie się wiewióra na część tylną cewki, zwłaszcza wtedy, jeżeli wstrzykuje się większą ilość płynu, tak że przednia część nie może go pomieścić, a zwieracz pod parciem płynu wolniej i przepuszcza płyn wraz z zarodkami do części tylnej. Ujemną stroną wstrzykiwań jest również możliwość wprowadzenia do cewki innych czynników zakaźnych. Przyczyną groźnych w następstwach mieszanych zakażeń mikrobami ropotwórczymi są o wiele częściej nieczysto wykonane wstrzykiwania, niż sam przewlekły wiewiór tylnej części cewki. Dlatego też ujemne strony wstrzykiwań przeważają znacznie nad ich korzystnem znaczeniem. Wstrzykiwania mogą mieć doniosłe znaczenie pod względem leczniczym tylko w samym początku wiewióra, gdy środek użyty do wstrzykiwań rzeczywiście zabija wszystkie zarazki, nie może to jednak nastąpić w okresie ostrym, gdyż wówczas zarazki, znajdujące się w głębszych warstwach błony śluzowej, zupełnie nie podlegają działaniu wstrzykniętego środka, który może zniszczyć tylko zarazki, na powierzchni błony śluzowej usadowione. Wogóle uważa autor wstrzykiwania w ostrym okresie za zbyteczne, gdyż ustrój, przepłukując moczem dokładnie cewkę, usuwa zalegającą wydzielinę i przy odpowiedniem zachowaniu się chorego doprowadza do wyleczenia cierpienia. Natomiast zaleca autor podawanie wewnętrzne środków moczopędnych i łagodzących zapalny stan błony śluzowej. *Stopczański.*

Miecznikow i Roux. **Zapobieganie rozwinięciu się kiły.** (*Journ. d. méd. et d. chirurg. pat.* T. LXXVII. 11° *cen. art.* 21,214). Na jednem z ostatnich posiedzeń paryskiej Akademii lekarskiej Miecznikow i Roux przedstawiali wyniki swych dalszych badań wpływu, jaki wywiera na dalszy przebieg zakażenia wtarcie maści rtęciowej w miejsca zaszczepienia kiły u małpy i u człowieka. Początkowo wykonywali doświadczenia tylko na małpach i dowiedli. że takie wtarcie maści rtęciowej stanowczo rozwinięciu się kiły zapobiega. Otrzymawszy na 12 małpach wynik dodatni, przeszli badacze do doświadczenia na człowieku, słuchaczu medycyny. Zaszczepiono mu po jednej stronie rowka zażołędnego płyn z wrzodu twardego, trwającego od miesiąca, a po drugiej stronie z wrzodu, mającego 10 dni. Równocześnie zaszczepiono 4 małpy materyałem z tych samych przypadków. W godzinę potem, człowiekowi i jednej z małp wcierano przez pięć minut w miejsce zaszczepienia maść, złożoną z 10 gr. kalomelu i 30 gr. lanoliny; w 20 godzin takie samo wcieranie wykonano u drugiej małpy. Mimo, że zarazek, użyty do zaszczepienia, był bardzo czynny, tak u człowieka, jak i u pierwszej małpy w ciągu 3 miesięcy od zakażenia nie wystąpiły wcale objawy kiły; natomiast u drugiej małpy, jakoteż u dwóch innych, którym (dla porównania) maści nie wtarto, kiła się rozwinęła. *Oszacki.*

Prof. Jesionek. **Odbarwienia skóry w przebiegu kiły, łuszczycy i wyprysku łojotokowatego.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 24). Autor przychyla się do zapatrywania Fourniera, Hardyego i Unny, którzy bezbarwność skóry (*leucoderma*) uważają za jeden z objawów kiłowych; sprzeciwia się jednak ich twierdzeniu, jakoby istotą tej zmiany było nie odbarwienie pewnych ognisk, lecz właśnie nagromadzenie większej ilości barwika w miejscach, które owe wrzekomo odbarwione ogniska otaczają. — Opiera zaś swoje wywody na tem, że nigdy nie zauważył większej ilości barwika w skórze, otaczającej miejsca słabiej zabarwione. Tej zmiany nie można jednak uważać za znamienną dla kiły, gdyż zdarza się ona, nie mówiąc już o bielactwie nabytem (*vitiligo*), także w przebiegu łuszczycy, na co zwrócił już uwagę Rille. Autor sam spostrzegał je w 7 przypadkach łuszczycy. Bezbarwność skóry w tym przypadku różniła się od kiłowej tylko nieregularnem ułożeniem i większemi odbarwionemi ogniskami. Oprócz tego spostrzegał autor bezbarwność skóry, występującą na miejscu wykwitów w przebiegu wyprysku łojotokowatego (*eczema seborrhoicum*). Spostrzeżenie to dotyczyło chorego, który skarżył się na swędzenie, a u którego stwierdzono na skórze tułowia, kończyn, stóp i twarzy ogniska, do wielkości 5 koron dochodzące, ostro od otoczenia odgraniczone, lekko nacieklé i zaczerwienione, o powierzchni szorstkiej, tu i ówdzie sączącej, gdzieniegdzie pokrytej pęcherzykami lub miodowo-żółtymi strzępkami i tłustemi łuseczkami. Starsze z tych ognisk miały postać kół i półkolistą; świeższe postać krążków. Oprócz tego zauważył J. łojotok owłosionej skóry głowy. Rozpoznanie mikroskopowo potwierdziło rozpoznanie kliniczne. Była to ta postać wyprysku, którą Unna nazwał »*eczema seborrhoicum psoriatiforme*«, i którą uważa za sprawę, stojącą w bliskim związku z łuszczycą. *Dr T. Włyński.*

CHIRURGIA. Prof. Dieulafoy. **Wielu chorych na śluzowobłoniaste zapalenie kątnicy i okrężnicy operuje się bez potrzeby, jakby przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, którem wcale nie są dotknięci.** (*Presse médicale* 1906, Nr 43).

Prof. Reclus. **Zapalenie wyrostka robaczkowego, a zapalenie kątnicy i okrężnicy.**

Richelot. **Zapalenie okrężnicy, a zapalenie wyrostka robaczkowego.** (*Presse médicale* 1906, Nr 46).

Dieulafoy stwierdza, że bardzo wielu chorych, operowanych z powodu rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego, operuje się całkiem niesłusznie. Chorzy ci mają wyrostek robaczkowy zdrowy, cierpią zaś na śluzowobłoniaste zapalenie kątnicy i okrężnicy (*enterocolitis muco-membranacea*), w której obok odchodów, zawierających błony śluzowe, są napadowe bole i bolesność dotykowa w przebiegu jelita grubego, najsilniejsza jednak w zatoce biodrowej prawej, nadto wymioty i gorączka często do 39°. Zdaniem autora ta postać chorobowa nie wikła się nigdy z zapaleniem wyrostka robaczkowego, a usunięcie wyrostka nie przynosi chorym żadnej ulgi w ich cierpieniach. Doradzanie takim chorym operacyi jest wynikiem błędu rozpoznawczego; aby zaś błąd swój pokryć, chirurdzy stworzyli sobie nieistniejącą chorobę, t. zw. mikroskopowe zapalenie wyrostka robaczkowego (*folliculitis*). Opisywane w tych przypadkach szczegóły histologiczne, jak powiększenie grudek limfatycznych, miejscowe zmiany włókniste tkanek, można napotkać w każdym wyrostku robaczkowym. Na podstawie tych opisów stworzono błędną teoryę o rzekomem przechodzeniu zapalenia kątnicy i okrężnicy w zapalenie wyrostka robaczkowego.

W odpowiedzi na te wywody twierdzi Reclus na podstawie swego doświadczenia, że śluzowobłoniaste zapalenie kątnicy i okrężnicy nader często wikła się z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Operacya w tych przypadkach skierowana jest przeciwko niebezpieczeństwu, którem zagraża zmieniony wyrostek, nie zaś w celu leczenia zapalenia okrężnicy, chociaż sam autor niejednokrotnie spostrzegał, że po operacyi ustępowały napady zapalenia okrężnicy. Odmawiać znaczenia zauważanym w wyrostku zmianom histologicznym według autora nie można, w najgroźniejszych bowiem przypadkach zapaleń wyrostka robaczkowego, operowanych w okresie przewlekłym, niejednokrotnie stwierdza się nader małe zmiany we wyrostku.

Według Richelota śluzowobłoniaste zapalenie okrężnicy może powstawać odruchowo przy chorobach wyrostka robaczkowego, podobnie jak różne inne zmiany w różnych narządach, (np. nieżyt szyjki macicznej wywołuje niekiedy odruchowo tę postać nerwicy jelitowej). Gdy w takich przypadkach zapalenie wyrostka robaczkowego jest przyczyną choroby jelit, to znów samo zapalenie wyrostka jest według autora zawsze pochodzenia jelitowego. Podobnie jak Reclus, za główny czynnik etyologiczny uważa autor zaleganie treści w wyrostku, co usposabia do zakażenia. Twierdzenie, jakoby zapalenie okrężnicy i kątnicy nigdy nie przechodziło w zapalenie wyrostka robaczkowego, podtrzymuje Dieulafoy tendencyjnie w obronie swej teoryi powstawania zapalenia wyrostka, mającego być skutkiem „pierwotnej kamicy wyrostka“. Sam jednak Dieulafoy przyznaje, że obok tej najczęstszej, klasycznej postaci zapalenia wyrostka robaczkowego istnieje druga, gdzie pierwotnym czynnikiem jest „obrzęk zapalny ścian“ wyrostka. Kamyki, tworzące się w wyrostku i zamykające jego światło, tłómaczą wprawdzie zupełnie ostre stany zapalne, sprawa jednak właściwej etyologii tej choroby pozostaje mimo to nietknięta. Trudno przyjąć, że kamyk tworzy się z przyczyn ogólnych, jak n. p. kamienie w nerkach przy dnie. — Kamienie, złożone z fosforanu i węglanu wapnia i fosforanu amonowomagnowego tworzą się zawsze tylko na tle zapalnem bez względu na to, w jakim narządzie powstają. Stan zapalny bywa zatem wcześniejszy, niż powstanie kamienia w wyrostku, to zaś zapalenie przeniosło się na wyrostek robaczkowy z sąsiednich części jelita; tworzenie zatem nieprzebytej granicy między zapaleniem kątnicy, a zapaleniem wyrostka robaczkowego jest nieuzasadnione. Wpływ przyczyn ogólnych, jak wpływ chorób zakaźnych, na rozwój zapalenia wyrostka robaczkowego można łatwo wytłómaczyć. Wiadomo, jak często ogólne choroby zakaźne wywołują stany zapalne w jelitach. Skoro zaś zmiany w jelitach raz się rozwiną, to przechodzą z łatwością na wyrostek robaczkowy, podobnie jak stan zapalny gardła, np. w przebiegu grypy, łatwo i często przenosi się na ucho środkowe. — Niemniej autor zgadza się z Dieulafoy, że niesumienni chirurdzy niejednokrotnie operują, choć wyrostek robaczkowy jest zupełnie prawidłowy. *Mostowski.*

Grashey. **Ciała obce, a promienie Röntgena.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 26). Z pomocą promieni Röntgena udaje się nieraz wykryć łatwo ciała obce, ale czasem napotkać można przytem i na wielkie trudności. Wykrycie ciała obcego zależy bowiem od kilku czynników, a więc od przepuszczalności tkanki, w której tkwi ciało obce, dalej od odległości tegoż od powierzchni ciała, jakości promieni, spokoju przy prześwietleniu i t. d. By ocenić dokładnie stosunki, posługuje się autor „probierzem ciał obcych“, który każdy zrobić może sobie łatwo, nalepiając na kawałek tektury kawałki szkła, metalu, igły i t. d. Przy prześwietlaniu trzyma się tekturkę przy ciele i przez to ocenia lepiej jakość i wielkość ciała obcego. Gdy widać tylko przedmioty na probierzu, a w ciele nic nie widać, to napewno można wtedy wyłączyć obecność ciała obcego, albowiem probierz leży mniej korzystnie dla promieni, niż ciało obce. Na radiogramie widzieć można drobne kawałeczki żelaza, ważące $^1/_{10}$ miligrama, tkwiące w przedramieniu dorosłej osoby. Kawałki szkła i porcelany wielkości ziarnka ryżu widać jeszcze w ręce. Kawałki kamienia muszą być o wiele większe, by były widoczne. W tchawicy i oskrzelach widać ciała obce bardzo dobrze, podobnie i w żołądku, natomiast w przełyku gorzej. W płucach ciała obce są mało widoczne. Drzewo i sukno nie rzuca żadnego cienia. Z innych ciał dobrze są widoczne sączki i cewniki gumowe, gwoździki z kości słoniowej, sztabki jodoformowe, niektóre środki wstrzyknięte, jak jodypina i t. d. Prócz dojrzenia ciała obcego ważną rzeczą jest dokładnie określenie jego położenia. Posługujemy się przytem różnymi sposobami, jak poruszaniem ciała, zdjęciami w kilku położeniach i t. d. Pamiętać należy, że odległość ciała obcego od skóry jest zawsze mniejszą od odstępu, który otrzymujemy na płynie przy zmianie pozycyi ciała. Ocenić, czy kula leży w kości, czy koło niej, najlepiej można przy prześwietlaniu w kilku położeniach, przyczem zawsze w jednem przynajmniej położeniu zobaczy się kulę obok kości, jeżeli istotnie tak leży, trudniej to ocenić, gdy kość ma tak nieregularny kształt, jak kręgi, lub gdy kula leży w czaszce. W czaszce pomagamy sobie zazwyczaj zdjęciami w kilku położeniach. Do wydobycia ciała obcego, np. igieł najkrótszą drogą jest ta, gdzie igłę widzimy jako punkt i tam też najlepiej zaznaczyć sobie położenie, (gdy igła leży skośnie). Czasem trzeba z matematyczną dokładnością określić, gdzie leży ciało obce, n. p. w oku. Służą do tego najrozmaitsze przyrządy. Wygodną rzeczą jest operowanie wprost przy lampie röntgenowskiej (stoły operacyjne Perthesa, Holzknechta, trochoskop), przyczem, by oczu nie męczyć ciągłą zmianą światła, nakłada się okulary z jednem szkłem do zupełnego zaciemnienia pola widzenia. Do oceny radyogramu wystarcza jedno oko, ponieważ ogląda się tu tylko płaszczyznę. — Przez promienie röntgenowskie zyskaliśmy bardzo ważny czynnik rozpoznawczy, nie należy jednak z tego powodu naruszać zasady »*quieta non movere*«. Dzięki promieniom Röntgena, dążymy obecnie przy operacyach do ciała obcego napewno, nie szkodzimy choremu, operujemy z małych cięć, nie miażdżymy tkanek i nie narażamy przytem chorych tak łatwo na zakażenie. Bez wskazania jednak nie należy usuwać bezwzględnie ciała obcego, bo jak badanie (również z pomocą X. promieni) dowiodły, one w tkankach n. p. zwolna w drobne kawałeczki się rozpadają i otarbiają. Ciała obce zapomniane stać się mogą następowo, n. p. wskutek urazu, przyczyną cierpień, które rozpoznaje się jako zupełnie inne i dopiero radyogram sprawę wyjaśnia. *Klęsk.*

MEDYCYNA SĄDOWA. F. Reuter. **O zmianach anatomicznych w przypadkach działania wysokiej ciepłoty na tkanki za życia i po śmierci.** (*Wiener klin. Wochs.* 1905, Nr 23). Zmiany, wywołane oparzeniem I. II. i III. stopnia nie są tak charakterystyczne, by dozwalały rozstrzygnąć, czy oparzenie nastąpiło za życia, czy po śmierci. Odpowiedź na to pytanie jest możliwą przy uwzględnieniu zmian w narządach wewnętrznych, jak np. stwierdzeniu w drogach oddechowych sadzy lub wykryciu we krwi tlenku węgla. Pęcherze oparzelinowe wywołać można i po śmierci, a to na częściach ciała, dotkniętych obrzękiem; powstałe w ten sposób pęcherze wywołane zostają przez wyparcie części płynnych pod naskórek, podobnie jak się to zauważa przy bardzo znacznych obrzękach. Przy ocenianiu przypadków oparzenia należy nadto uwzględniać spostrzeżenia i doświadczenia dowodzące, że pęcherzyki wypełnione surowicą mogą powstać po śmierci także skutkiem zaburzeń w czynnościach komórek skóry, które jeszcze pozostały żywe. *Podliński.*

Masao Takayama. **Przyczynek do próby hematoporfirynowej.** (*Vierteljschr. für ger. Med.* 1905, T. 29). Próba hematoporfirynowa Krattera nie nadaje się do badań sądowo-lekarskich krwi, będącej w stanie płynnym, półpłynnym, lub świeżej, niezaschniętej. Nie można jej również wykonać, jeżeli w badanym śladzie znachodzą się domieszki istot organicznych, które przez zgęszczony kwas siarkowy, nawet zimny, łatwo zostają zwęglone, dalej w przypadkach obecności węgla, oraz łatwo rozpuszczalnych barwików. Ta okoliczność posiada szczególniejsze znaczenie w Japonii, gdzie robotnicy używają ubrań bawełnianych, barwionych indygiem, klasy zaś zamożniejsze używają barwikiem tym zabarwionego jedwabiu, jako podszewek. Wykonanie próby hematoporfirynowej w przypadkach, w których ślad krwawy znajduje się na takich materyach, jest utrudnione nietylko skutkiem obecności barwika, lecz także z powodu bawełnianej tkaniny, którą kwas siarkowy łatwo zwęgla. Autor poleca przeto następujący sposób: Krótkiem, ostrożnem ogrzewaniem nad lampką spirytusową wśród ciągłego wstrząsania i następowem rozcieńczeniem potrójną ilością wody wydziela się z badanego rozczynu produkta zwęglenia istot organicznych w postaci czarnych płatków i te przez odsączenie usuwa. Skutkiem takiego postępowania hematoporfiryna w kwaśnym rozczynie nie ulega żadnym zmianom ani pod względem rozpuszczalności, ani też pod względem zachowania się widmowego. *Podliński.*

G. Corin. **Kryształki hematoidyny jako dowód powstania obrażenia przed dłuższym czasem.** (*Travail de l'Institute de Med. leg. de l'Université de Liège*). Hematoidyna stanowi ostatni wytwór przemiany barwika wynaczynionej krwi. Ma ona postać albo żółto-czerwonych, romboidalnych kryształków, lub też ziarenek niekrystalicznych. Ze względów sądowo-lekarskich ważną jest ta okoliczność, że hematoidyna wytwarza się z wynaczynionej krwi nie odrazu, lecz dopiero po kilku dniach. Jeżeli się się zatem stwierdzi w obrażeniach zwłok hematoidynę, można stąd wnosić, że obrażenia te powstały na parę dni przed śmiercią. Zwłoki jednakowoż muszą być świeże, gdyż w dłużej leżących zwłokach występuje stosunkowo szybko pod wpływem gnicia przemiana barwika krwi w hematoidynę. Corin przytacza, jako dowód ważności tego łatwo wykonać się dającego badania, dwa przypadki, w których przez wykazanie hematoidyny udało mu się rozstrzygnąć pytanie co do czasu powstania stłuczeń. *Podliński.*

Wederhake. **Badanie plam nasiennych ludzkich w celach sądowo-lekarskich.** (*Deutsche med. Wochs.* 1905, Nr 25). W. podaje prosty sposób barwienia, który ułatwia wyszukanie plemników. Plamę nasienną rozpuszcza w obfitej ilości fizyologicznego rozczynu soli kuchennej i pozostawia w spokoju aż do wytworzenia się osadu. Płyn znajdujący się nad osadem odlewa, pozostawiając resztę, w ilości 1 ctm.³. Do tej pozostałości dodaje kroplę nalewki jodowej, a po dokładnem wymieszaniu przez wstrząsanie dodaje 1 ctm.³. rozczynu szkarłatu kroceinowego i ponownie przez wstrząsanie dokładnie miesza. Następnie pierwotną ilość płynu uzupełnia wodą, centryfuguje i powstały osad bierze pipetą do badania. Rozczyn szkarłatu kroceinowego przyrządza w następujący sposób: Rozpuszcza taką ilość Crocein-szkarłatu 7. B. (z fabryki Kalle et Co. w Bieberich) w 70 prc. alkoholu, dopóki część barwika nie przestanie się rozpuszczać. Stężony taki rozczyn barwika przesącza. Główki plemników są silnie czerwono zabarwione i łatwo je wskutek tego odszukać. *Podliński.*

Prof. L. Wachholz. **O zmianie barwy włosów.** (*Arch. f. Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik* T. 19 u. 20). Zaciekawiającym przykładem zmian chemicznych, zachodzących w ustroju pod wpływem wrażeń psychicznych, jest przypadek W., w którym 60-letni mężczyzna, dotąd o kruczo czarnych włosach, stał się rudym, skoro skutkiem licznych procesów sądowych utracił swoje mienie. Przemianę tę wyjaśnić może tylko przyjęcie, że włosy czarne są włosami rudymi, obfitującymi w ziarnisty barwik, rude zaś włosy są włosami czarnymi, zawierającymi ziarnisty barwik w więcej rozrzedzonej postaci. *Podliński.*

OKULISTYKA. Pollak. **W sprawie uszkodzeń narządu wzroku wskutek postrzału w skroń.** (*Wien. m. Wochs.* 1905, Nr 36—39). Symptomatologia uszkodzeń narządu wzroku wskutek postrzałów w skroń jest już dość dokładnie opracowana. Autor zwraca jednak uwagę na niektóre, dotychczas niedość uwzględniane szczegóły. Spostrzegał on w praskiej klinice Deyla cztery przypadki postrzału w skroń. Z różnych objawów ocznych, stwierdzonych w tych przypadkach, wymienia autor natychmiastową utratę wzroku na jednem oku i znaczne upośledzenie wzroku na drugiem, jednostronne lub obustronne obrzmienie powiek i wytrzeszcz gałek ocznych. W trzech przypadkach nerw wzrokowy był przerwany, w dwóch były rozdarcia i krwotoki wewnętrznych błon ocznych. Spostrzegano też porażenia mięśni ocznych zewnętrznych, wywołane bądźto przez pocisk, bądź też przez zranienie odpryskami kości. We wszystkich przypadkach nastąpiła, skutkiem strzaskania blaszki sitowej, utrata powonienia. Również zauważył autor u tych chorych niezwykłe pragnienie, które tłómaczy krwotokiem w okolicę przysadki mózgowej. Wielki nacisk kładzie P. na potrzebę badania pola widzenia na oku, które zachowało całkowitą lub część bystrości wzroku. Zwężenie

współśrodkowe stanowi niepomyślną oznakę w rokowaniu, przemawia bowiem za złamaniem i tworzącą się kostniną w otworze wzrokowym (*foramen opticum*). W takich razach następuje często wskutek wzmagającego się ucisku zupełny zanik nerwu wzrokowego a temsamem całkowita ślepota. Zwężenie pola w postaci wycinków przemawia raczej za częściowem uszkodzeniem nerwu wzrokowego, muśniętego przez pocisk. W takich przypadkach zanik włókien nerwu wzrokowego bywa nieraz tylko częściowy i niepostępujący. Oznaczenie siedziby uszkodzenia nerwu wzrokowego na podstawie zmian w polu widzenia pewniejsze jest od radyogramu, na którym cienie odłamków kostnych utrudniają nieraz oryentacyę. Autor zaleca też badanie zapomocą sideroskopu i siderofonu, a także osłuchiwanie zapomocą stetoskopu jest ze względu na możliwość żyłotętniaka (*aneurysma arterioso-venosum*) konieczne.

K. W. Majewski.

Grünfeld. **Przypadek wyleczonego tężca urazowego po przebiciu oczodołu.** (*Wiener med. Wochs.* 1905, Nr. 48). W następstwie upadnięcia przy grze w obręcze powstały u 7-letniego chłopca objawy ze strony oka lewego: Obrzęk powiek, obrzmienie spojówki gałkowej i zboczenie gałki ocznej ku górze zewnątrz. W tydzień później powstał nagle szczękościsk i sztywność w karku. Przy badaniu jamy nosa znaleziono po stronie prawej na wysokości średniej małżowiny nosowej ciało obce, barwy żółtawobiałej, które miało pozór martwiaka. Przy wyjmowaniu jednak, podjętem w uśpieniu, okazało się, że był to kawałek drzewa, 4 ctm. długi, który podczas upadku wbił się do prawej jamy nosowej, przebił przegrodę nosową, i przełamawszy wyrostek sitowy szczęki górnej, uwiązł końcem w oczodole lewym. Po usunięciu ciała obcego wzmogły się jeszcze objawy tężca, górne kończyny nie zostały jednak nim objęte i wkrótce zaczęły objawy znów się zmniejszać. Dziecko ocalało, a oko również nie poniosło żadnej trwałej szkody. Leczenie polegało na podawaniu chloralu z bromem, oraz środków przeczyszczających, a podczas silnych kurczów robiono ciepłe zawijania.

K. W. Majewski.

Kugel. **Przyczynek do Weckerowskiego zabarwiania blizn rogówkowych.** (*Graefes Arch.* T. LXII, Z. 2, 1905). Autor używa do tatuacyi blizn rogówkowych zamiast, jak zwyczajnie, pęku igieł, nożyka Graefego, albo chętniej nawet noża grotowego i robi do 50 nacięć równoległych do powierzchni blizny i jak najpowierzchowniejszych. Przytem używa bardzo gęsto rozrobionego tuszu, który co kilka sekund ściera z powierzchni rogówki, aby go łzy nie rozcieńczały. Autor przekonał się, że przy takim sposobie postępowania zadrażnienie pooperacyjne bywa mniejsze i zabarwienie dłuższy czas się utrzymuje. Dotąd wykonał on blizko 70 tatuacyi opisanym sposobem.

K. W. Majewski.

Fuchs. **O małych pęknięciach na granicy rogówkowo-twardówkowej.** (*Wiener klin. Wochs.* 1905, Nr. 38). W ostatnich siedmiu latach spostrzegał F. 17 przypadków małych pęknięć urazowych na samej granicy rogówkowo-twardówkowej, a zatem nietypowych pęknięć twardówki, które przebiegają zazwyczaj mniejszym lub większym łukiem poza obwodem rogówki. Długość tych pęknięć wynosiła 1—2 milimetrów. Spojówka, która w tem miejscu ściśle jest do rąbka rogówkowego przyrośnięta, była również zawsze przedartą. Tęczówka zazwyczaj bywała obwodową częścią wgłobiona w rankę i źrenica odpowiednio przeciągnięta. Z innych powikłań wymienia autor: małe *hyphaema*, oderwanie obwodowe tęczówki, pęknięcie więzadełka Zinna, zaćmienie ciała szklistego, wreszcie pęknięcie naczyniówki i zaćmienie siatkówki Berlina. Przebieg we wszystkich przypadkach był pomyślny.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XII. Posiedzenie naukowe z d. 8 czerwca 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych 34 członków.

Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I. Kol. doc. Rencki mówił o znanej od niedawna postaci chorobowej, której dano nazwę: **Polycythaemia cum tumore lienis et cyanosi,** objaśniając rzecz trzema własnemi spostrzeżeniami:

1) K. S., kobieta lat 36., ze Zbaraża. Skarży się od lat 8 na uporczywe bole głowy, tak że stale zażywa duże dawki środków kojących (pyramidon z antipiryną ä 0,50—3 r. dz.). Obrzęk śledziony znaczny, sinica nieznaczna (ślad jej na policzkach, wyraźniejszy nieco na błonie śluzowej warg).

2) L. L., mężczyzna l. 41., z Podwołoczysk. Wybitne zaczerwienienie twarzy i błon śluzowych, mających odcień wiśniowy. Spojówki gałkowe i powiekowe silnie nastrzykane. Śledziona znacznie powiększona, rozmiary jej, w ciągu 2-letniego spostrzegania wzrosły w dwójnasób.

3) K. J., kobieta l. 58., ze Lwowa, o zabarwieniu skóry bladem, a tylko nieznacznej sinicy warg, z dużym obrzękiem śledziony.

We wszystkich przypadkach objawy skazy moczanowej, w ostatnim napady kolki nerkowej. W krwi znalazł prelegent obok powiększenia ilości ciałek czerwonych (do 8 milionów) zmiany, świadczące o podrażnieniu utkania erytroblastycznego i leukoblastycznego szpiku kostnego. Opierając się na swoich własnych spostrzeżeniach i dotychczasowem piśmiennictwie sądzi że *polycythaemia* jest następstwem wpływu, drażniącego utkanie krwiotwórcze, wywołanego czynnikiem, bliżej nam dotąd nieznanym. Punktem jego wyjścia mogą być albo pierwotne zmiany śledziony, albo też cierpienie szpiku kostnego, z następowem powiększeniem śledziony i wątroby (Türk.) Prelegent omawia przypuszczalną istotę tego drażniącego czynnika (zimnica, gruźlica i t. d.), następnie przeciwstawia zbiór objawów, spotykanych w swoich przypadkach, białaczce (*leukaemia*) i używa nazwy *erythraemia* odpowiadającej może lepiej niż *polycythaemia*, danym zmianom chorobowym, nie tłómaczącej jednak przyczyny choroby. W końcu zastanawia się nad sposobami leczenia, a zwłaszcza nad wycięciem śledziony, które, jak sądzi, wobec powyższego pojęcia sprawy, nie rokowałoby, przynajmniej we wszystkich przypadkach, dobrych wyników. (Rzecz będzie w całości drukowana w »Tygodniku lekarskim«).

Dyskusya. Kol. R. dw. prof. Rydygier roztrząsa pytanie, jakie stanowisko powinien zająć chirurg wobec obrazu chorobowego, przedstawionego przez prelegenta. Mowca przypomina, że już w r. 1901 wyłuszczył śledzionę w przypadku niejasnym wówczas, który, jak dzisiejszy stan nauki wskazuje, nie był niczem innem, jak cierpieniem nazwanem obecnie *polycythaemia cum splenomegalia*. W owym przypadku obok olbrzymiego powiększenia śledziony znaleziono w istocie nieprawidłowo wielkie ilości ciałek czerwonych (badania przeprowadzili koledzy: S. Jasiński i W. Ziembicki), tak że nawet na zjeździe chirurgów w Krakowie powątpiewano, czy liczby te mogą być prawdziwe. Jądrzaste ciałka czerwone również znaleziono. Jakkolwiek przypadek skończył się śmiertelnie, mowca w każdym podobnym przypadku i na przyszłość przedsięwziąłby wycięcie śledziony, zwłaszcza że pierwotna przyczyna cierpienia dotąd nie jest znaną, a nie jest wyłączonem, że może ona mieć swą siedzibę właśnie w śledzionie. Rozstrzygającej wskazówki w zagadnieniach patologii dostarczała chirurgia niejednokrotnie.

Kol. prof. Gluziński zwraca uwagę, że z trzech objawów: sinicy, powiększenia śledziony i zwiększenia ilości ciałek czerwonych, dwa pierwsze, — jak dowodzą dotychczasowe spostrzeżenia, zdają się nie mieć tak zasadniczego znaczenia w przedstawionym obrazie chorobowym, jak ostatni z nich, t. j. stan krwi. Stan ten znamionuje jak widzimy, nietylko samo zwiększenie liczby ciałek czerwonych, ale cechy, świadczące o podrażnieniu szpiku kostnego. Nie z białaczką wszakże, ale z leukocytozą raczej byłby mowca skłonny stan ten porównywać, przypuszczając, że podobnie, jak rozmaite bodźce pociągają za sobą powiększenie ciałek białych, znane jako leukocytoza, tak i tu rozmaite może bodźce znajdują swój wyraz w jednym i tym samym objawie, jakim byłoby pomnożenie ilości ciałek czerwonych, czyli »erytrocytoza«. Nazwa *erythrocythaemia*, jako analogiczna do nazwy *leukaemia* byłaby mniej właściwą. I podobnie jak z biegiem czasu ograniczaliśmy coraz to bardziej odrębność niedokrwistości Biermera jako pierwotnej jednostki chorobowej, poznając na podstawie klinicznego dociekania cały szereg przyczyn, wywołujących tę sprawę, tak niewątpliwie i dla obrazu chorobowego, występującego jako *polycythaemia* odkryjemy w przyszłości niejedną przyczynę. Na dowód przedstawia mowca chorego, który zgłosił się do kliniki lekarskiej przed rokiem z dużą śledzioną i następującym obrazem krwi: ciałek czerwonych 5,400.000; hemoglobiny (Fleischl) 80; wskaźnik: 0,8; ciałek białych 2000—2950 ze wzmożoną odsetkową ilością limfocytów (33%). Z czasem zaczął się gromadzić płyn w jamie brzusznej, obecnie przedstawia chory obraz zanikowej marskości wątroby. Obecny stan krwi: ciałek czerwonych 7,488.000 białych 2766, z ilością 55% limfocytów, a tylko 30% ciałek wielojądrzastych neutrofilnych. Sinicy ani bolów głowy nie ma. Inny chory zgłosił się był do kliniki z powiększeniem śledziony, płynem w jamie brzusznej, a nadto guzem, który odpowiadałby nowotworowi

prawego nadnercza. Badanie krwi stwierdziło: ciałek czerwonych 5½ do 7 milionów, ciałka czerwone jądrzaste (normo-mikro- i megaloblasty); leukocytozę wzrastającą z przewagą wielojądrzastych neutrofilnych (70%), myelocyty w ilości 12% (neutro- i eozynochłonne). W obu tych przypadkach jakiś bodziec, odmienny zapewne w każdym z nich, zadziałał na szpik kostny, podniecając jego czynność erytroblastyczną, czego wynikiem musiała być erytrocytoza. Że równocześnie działanie na czynność leukoblastyczną może być rozmaite, dowodem leukopenia u przedstawionego chorego w przeciwieństwie do leukocytozy, spostrzeganej w innych przypadkach wzmożonej ilości ciałek czerwonych. Mowca zachęca do śledzenia i zbierania podobnych przykładów, bo tylko tą drogą możemy dojść do poznania właściwych przyczyn omawianego stanu krwi. Być może n. p. że u chorego, o którym wspomniał kol. prof. Rydygier, a który następnie zmarł w klinice lekarskiej wskutek krwotoku z wrzodu żołądka, erytrocytoza była wynikiem gruźlicy szpiku, gdyż przy sekcyi znaleziono w szpiku gruzełki. (Przypadek ów będzie jeszcze szczegółowo opisany). W takim razie oczywiście wyłuszczenie śledziony, podobnie jak w białaczce, nie miałoby celu. W przypadku rzeczonym utrzymywała się erytrocytoza i po wyłuszczeniu śledziony.

W dyskusyi zabiera jeszcze głos kol. Stachiewicz, przypominając swe badania krwi, jakich dokonał w swoim czasie na 100 chorych z krwotokami płucnymi, wreszcie kol. R. dw. Rydygier i kol. prelegent.

II. Kol. prof. Ziembicki przedstawia chorą ze swego oddziału, **z wrodzonym ubytkiem w nosie,** u której wykona odpowiedni zabieg plastyczny, poczem ją przedstawi powtórnie.

Sekretarz *W. Ziembicki.*

XIII. posiedzenie naukowe dnia 15 czerwca 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych 31 członków i 1 gość.

I. Kol. doc Rencki przedstawia chorego, ze znamiennymi objawami cierpienia, o którem mówił na poprzedniem posiedzeniu (por. protokół z d. 8/VI) **Polycythaemia cum tumore lienis et cyanosi.** U chorego spotykamy więc: 1) Silne i uporczywe bóle głowy, 2) Zabarwienie skóry i błon śluzowych sine, z odcieniem wiśniowym. Widoczne to jest zwłaszcza na twarzy, dłoniach i na wargach. Spojówki i dziąsła odznaczają się nader silnem nastrzykaniem. 3) Śledziona znacznie powiększona, nie dochodzi na 3—4 palce do spojenia łonowego, sięga poza linię środkową ciała; 4) Obraz krwi następujący: Ciałek czerwonych przeszło 8 milionów, ilość hemoglobiny 120 (Fleischl), wskaźnik 0,8; spotkano ciałka czerwone jądrzaste, wśród nich i megaloblasty. Ciałek białych 13—14 tysięcy ze znaczną przewagą wielojądrzastych neutrofilnych (83%), z 8% limfocytów, 2—3% komórek tucznych, 0,16% myelocytów.

Mowca uzupełniając swój poprzedni wykład, zwraca uwagę na ścisłe badania anatomiczno-patologiczne jakie w ostatnich czasach poczynił Hutchinson na zmarłych z powodu tej choroby. Autor ten stwierdził w śledzionie zawały (*infarctus*) które na pierwszy rzut oka mogły wydawać się ogniskami gruźliczemi i przypuszcza, że opisywane przez francuskich autorów gruzełki również nie były przyrody gruźliczej, ale zawałowej.

II. Kol. doc Kucera omawia dwa spostrzeżenia z zakresu chorób zakaźnych.

1) Pierwsze spostrzeżenie dotyczy **zapalenia tchawicy i oskrzeli** *(tracheobronchitis)* **wywołanego przez ziarenkowca nieżytowego** (*micrococcus catarrhalis*). Dwa takie przypadki widział prelegent przed miesiącem. A mianowicie: a) 18 letnia dziewczyna zachorowała, przyczem głównym objawem była gorączka (w pierwszym tygodniu około 39,5°, w drugim około 38°). Obok tego lekki ból głowy i nieznaczny nieżyt oskrzeli. Śledziona w późniejszych dniach choroby, trwającej przez 2 tygodnie, była lekko macalna. Próba Widala wypadła ujemnie. Rozpoznano (klin. wewn.) grypę (influenzę) raczej przez wyłączenie, aniżeli na podstawie zmuszających do tego rozpoznania objawów. Uderzał szczegół, że podawanie aspiryny nie miało wpływu dodatniego. b) W drugim tygodniu jej choroby zapadło 3-letnie, przez nią piastowane dziecko wśród gorączki, ale przy znacznie silniejszych objawach nieżytowych z dość obfitem wykrztuszaniem, i utracie na wadze. Rozpoznano również grypę (prof. Raczyński). Z przypadku tego udało się, aczkolwiek z pewną trudnością, jak zwykle u dziecka, uzyskać plwocinę, która, jak już sama siła wykrztuszania wskazywała, musiała pochodzić co najmniej z tchawicy. Plwocina ta była śluzowo-ropna. Drobnowidowe jej badanie dało wynik dość niezwykły. Zamiast częstego w ostrych nieżytach obrazu, jakiby dały prątki grypy, lub też dwoinki zapalenia płuc, albo wreszcie mieszaniny różnych mikrobów, pojawiających się w nieżytach przewlekłych, ujrzano dwoinki, odbarwiające się Gramem, leżące tak w ciałkach wysiękowych, jak i poza niemi, — które przeniesione na agar z płynem puchliny brzusznej dały prawie czyste hodowle ziarenkowca nieżytowego (*micrococcus catarrhalis*).

Prelegent zwraca uwagę na podobieństwo tego ziarenkowca do dwoinki nagm. zapalenia opon *(microc. meningitidis intrac.)* i przestrzega, żeby przy rozpoznawaniu nie zadawalać się sposobem Grama. Na pytanie, czy w danym przypadku u dziecka, wolno ten drobnoustrój uważać za przyczynę ostrego nieżytu tchawiczno-oskrzelowego, należy zdaniem prelegenta odpowiedzieć z wszelkiem prawdopodobieństwem potakująco. Co do piastunki dziecka, to *ex post* przypuszcza, że i u niej ten sam drobnoustrój był przyczyną choroby.

Mowca sądzi, że przypadki tego są częste i to zwłaszcza tam, gdzie nie ma wybitnych objawów grypy, a jednak nie mamy podstawy rozpoznawać czego innego. Odnosi się to zwłaszcza do dzieci, u których i w prawidłowych warunkach znajdujemy ziarenkowca nieżytowego częściej, aniżeli u dorosłych. Podobna epidemia wybuchła wśród osesków w szpitalu św. Anny w Wiedniu w październiku roku zeszłego, a powtórnie w styczniu b. r. (por. sprawozdanie w »Münch. med. Woch.«) Escherich przypuszczał, że powodem epidemii była lekka grypa u jednej z dozorczyń.

Przy tej sposobności wspomina prelegent o **odrębności prątka grypy.** Wiadomo, że Francuzi (m. i. Bezançon), nie znalazłszy w szeregu przypadków tego prątka, wyrażali się powątpiewająco o jego swoistości i sądzili, że grypa jest zbiorem objawów *(syndrome)*, który może być wywołany rozlicznymi drobnoustrojami, niektórzy zaś prątkowi Pfeiffera odmawiają wprost wszelkiego znaczenia etylogicznego w powstaniu grypy. W Wiedniu wyrażano przypuszczenie, że epidemia grypy ustępuje (Kretz, Sternberg). Prelegent na etyologię tej choroby nie zapatruje się tak nihilistycznie, przeciwnie, miał często sposobność widzieć czyste hodowle prątka grypy. Podkreśla wreszcie ciekawe spostrzeżenie, że w czasie jakiejkolwiek epidemii przy badaniach bakteryologicznych częściej spotykamy drobnoustroje pokrewne. Tak n. p. w czasie cholery znajdowano w wodzie mątwiki, podobne do przecinkowca Kocha częściej, aniżeli w czasie, od epidemii wolnym; podczas epidemii duru częściej natrafiamy na prątki pokrewne; w czasie trwania nagminnego zapalenia opon mózgowych zjawiają się częściej, niż kiedyindziej, ziarenkowce, podobne do gatunku, właściwego tej chorobie. Prelegent nie wyłącza jednak, że przyczyną tego zjawiska może być i to, iż w czasie nagminnego panowania pewnej choroby mamy uwagę baczniej skierowaną na dotyczące badania.

2) Drugie spostrzeżenie dotyczy **paratyfusu (B).** Dnia 11 i 12 maja b. r. zachorowało w Tarnobrzegu osiem osób z jednej rodziny wśród objawów zatrucia. Najpierw (po wieczerzy spożytej d. 11 maja) zapadło dwoje dzieci, nazajutrz reszta rodziny. Zawezwany lekarz stwierdził ostry nieżyt żołądka i kiszek i zastosował środki przeczyszczające. Dwoje starszych osób (rodzice) wkrótce powróciło do zdrowia, natomiast u dzieci choroba przeciągała się dłużej, wreszcie jedno z nich zmarło. W obawie, czy to nie jest cholera azyatycka, przysłano do zakładu anatomiczno-patologicznego we Lwowie część pętli jelitowej zmarłego dziecka do dokładniejszego zbadania.

Treść jelita nie wyglądała tak, jak w cholerze. Wejrzenie jej i barwa (zielonożółta) nie różniły się od spotykanych przy ostrych nieżytach jelitowych. Ponieważ w preparacie mikroskopowym nie stwierdzono żadnych mątwików i ponieważ wiemy, że obrazy podobne do cholery mogą być wywołane przez prątki z grupy prątka durowego, obok więc założenia hodowli co do cholery, zaszczepiono też treść jelitową na płytkach Conradi-Drigalskiego*). Po 24 godzinach przecinkowiec cholery się nie pojawił, natomiast na płytkach wystąpiły kolonie niebieskie, nie zmieniające wejrzenia pożywki. Wytworzył je prątek, nader żywo

---

*) Płytki te składają się, jak wiadomo, z agaru, zabarwionego lakmusem, z dodatkiem cukru mlecznego. Prątek durowy, nie rozkładający cukru tego, nie zmienia wejrzenia pożywki. Prątek okrężnicy (*b. coli*) natomiast rozkłada go, czego wynikiem jest powstanie kwasu mlecznego, zmieniającego barwę lakmusu na czerwoną.

się poruszający, wywiązujący gazy w agarze cukrowym, nie ścinający mleka, nie wywiązujący indolu, dający na ziemniaku smugę żółtawą, czyli prątek paratyfusu (B). Ponieważ jednak rozpoznania, że w danym razie mamy przed sobą paratyfus (B), nie wolno czynić bez swoistego odczynu surowiczego, czyli bez przekonania się, czy wykryty prątek ulegnie aglutynacyi przez swoistą surowicę, przeprowadzono więc i ten dowód i stwierdzono, że surowica z królika, uodpornionego niewątpliwym prątkiem paratyfusu (B.), dała istotnie z danym prątkiem aglutynacyę w stosunku jeszcze 1:200, gdy surowica z królików, uodpornionych paratyfusem (A.) aglutynacyę wywołała tylko w stosunku 1:50.

Na pytanie, nasuwające się następnie, czy ten prątek (paratyfusu B.) wolno wprowadzić w związek etyologiczny z objawami chorobowymi w danym przypadku, odpowiedziećby mógł wynik odczynu surowiczego, a zatem aglutynacya z surowicą zmarłego dziecka lub któregoś z członków rodziny. Jakkolwiek dowód taki był w tym przypadku niewykonalny, można na podstawie innych szczegółów, a przedewszystkiem ilości, w jakiej prątka znaleziono, przypisać mu w opisanym przypadku znaczenie przyczynowe.

W końcu roztrząsa prelegent pytanie, jak zrozumieć gromadne zachorowanie rodziny. Jak wiadomo, prątek paratyfusu(B.) może wywołać albo obraz duru brzusznego (właściwy paratyfus) albo też chorobę przedstawiającą obraz cholery swojskiej (*cholera nostras*). W szczególności należą tu przypadki cholery swojskiej, w których przyczyną zakażenia jest mięso. Czyli wynika z tego, że pewna grupa zatruć mięsem nie jest niczem innem, jak paratyfusem(B).

Według van Ermengema i de Nobelego znamy obecnie 3 grupy zatruć mięsnych: 1) Prątkiem Gärtnera (n. p. w przypadkach, opisanych w zeszłym roku przez kol. Stankiewicza we Lwowie); 2) Innymi prątkami (odmieńcem, prątkiem okrężnicy i t. d.); 3) Nie na tle zakaźnem, ale raczej na tle zatrucia, (*botulismus*). W grupie Gärtnera rozróżnia de Nobele dwie kategorye: a) prawdziwy prątek Gärtnera (jak w przypadkach Stankiewicza); b) typus B (typ Aertryck), identyczny z paratyfusem(B). Do tej grupy (B) należy więc przypadek powyższy.

Nie jest wyłączone, że przyczyną choroby był tu materyał spożywczy. Objawy wystąpiły bowiem po spożyciu koguta (zabitego w dniu poprzednim), rosołu z niego i jajecznicy. Prelegent zwraca uwagę, że podobne przypadki, zwłaszcza w porze ciepłej, mogą się zdarzać nierzadko, i że w przypadkach podejrzenia co do cholery należy pamiętać o możliwości zakażenia prątkiem paratyfusu(B).

W dyskusyi podaje kol. Franke, że w klinice lekarskiej stwierdzono właśnie w przypadku duru aglutynacyę dość wyraźną na paratyfus (B.). W przypadku tym, zresztą ciężkim, uderza mały obrzęk śledziony.

Kol. Nowicki wspomina o podobnej epidemii domowej, jak w spostrzeżeniu prelegenta, opisanej w maju b. r przez Forneta i Levyego. Cała rodzina, złożona z 4 osób dorosłych i 3 dzieci, zapadła nagle, wśród gwałtownych objawów (biegunka, wymioty, gorączka). Po 3 dniach objawy ustąpiły u 6 chorych, u jednej natomiast osoby przybrały postać duru brzusznego. Badanie bakteryologiczne stwierdziło paratyfus(B.). Za źródło zakażenia uważano kiełbasę, spożytą przez wspomnianą rodzinę dnia poprzedniego. Badania jednak bakteryologiczne resztek tej kiełbasy dały wynik ujemny.

III. Kol. Fels wygłosił odczyt p. t.: **720 zamachów samobójczych, w 13 latach istnienia lwowskiej stacyi ratunkowej.** Jak ze statystyki tej wynika, przeważają samobójstwa usiłowane nad dokonanemi w stosunku 452:268. Stosunek mężczyzn do kobiet wynosił 4:3, samobójstwa w pierwszych 6 dniach miesiąca były częstsze, niż później. Pierwsze miejsce zajmują co do liczby otrucia (gdzie też kobiety przeważają znacznie nad mężczyznami). Najczęściej stosowaną trucizną był fosfor. Powieszenie zajmuje dopiero czwarte miejsce, a utopienie siódme. Samobójcy żydzi wynoszą 10% wszystkich samobójców. (Rzecz będzie drukowaną w »Tygodniku lekarskim«).

Sekretarz: *Witold Ziembicki.*

Kilka uwag o szpitalnictwie galicyjskiem.

I.

Od kilku już lat coraz częściej i coraz uporczywiej odzywają się wśród szerokich kół publiczności, a nawet na publicznych zgromadzeniach i w dziennikach pogłoski o nieprawidłowościach w tym lub owym szpitalu galicyjskim. Choćby wieści te były przesadne, część ich musi być prawdą, skoro w niektórych sprawach wkraczały sądy.

Nawet jednak, gdyby wszystkie te pogłoski i zarzuty były w całości fałszem, nawet i wtedy są one dla rzeczy publicznej z wielu względów szkodliwe, a w pierwszym rzędzie muszą osłabić zaufanie ludności, która poczęła już zwalczać dawniejsze swe ku szpitalom uprzedzenia. Dlatego koniecznem jest stłumienie tych pogłosek przez zupełne wyświetlenie sprawy i usunięcie nieprawidłowości.

Szpitalnictwo zajmuje dziś zbyt poważne miejsce w budżecie krajowym, aby nie zależało na jak najlepszem zużytkowaniu łożonego na nie grosza publicznego i na wyrobieniu mu pod tym względem opinii nienagannej. Wydatek na szpitale, wynoszący rocznie prawie trzy miliony koron, ma zbyt poważne znaczenie nietylko w budżecie, ale wogóle jako swojego rodzaju doniosła inwestycya w całej gospodarce społecznej, aby nie zależało na jak najdoskonalszem wypełnianiu wszystkich zadań, ciążących na szpitalach. Nakład na szpitale i na leczenie w nich ludności tylko wtedy należycie się zwróci, szpitale tylko wtedy spełnią swoje zadanie ściśle ekonomiczne, które dziś wszędzie już na zachodzie jest uznane i poważnie brane w rachubę, jeżeli spełniać będą dokładnie także swoje zadania humanitarne i dydaktyczne.

Rzeczą jest jasną, że im lepiej szpitale wypełniać będą swoje zadania humanitarne, t. j. im lepiej, skuteczniej i szybciej leczyć będą swych chorych, tem też więcej odzyska kraj nietylko z tych strat, jakie dziś ponosić musi tytułem kosztów leczenia, ale i z tych, jakie płaci za niezdolność do pracy chorującej części ludności i za utrzymanie tych rodzin, których głowy wskutek choroby są do pracy niezdolne. Ażeby szpitale leczyły jak najlepiej, jak najskuteczniej i jak najszybciej, potrzeba nietylko wyposażyć je ile możności w potrzebne ku temu środki, już conajmniej w tym zakresie, w jakim domagają się zarządy szpitalne, ale też dbać i o to, aby w szpitalach była jak najlepszą działalność lekarzy, aby ci lekarze byli należycie uzdolnieni, aby nadążali za obecnym postępem umiejętności lekarskich.

O humanitarnych zadaniach szpitali rozwodzić się zresztą nie potrzeba; o nich wie ogół dobrze; ale bardzo mało, a może wcale nie zdaje sobie sprawy, że na szpitalach ciąży także inne ważne zadanie, pośrednio dla kraju niemal równie doniosłe, — zadanie dydaktyczne. O tem zadaniu szpitali, zwłaszcza stołecznych, nie wolno jednak zapominać. Wszakże w szpitalach tylko może młody lekarz pod kierunkiem starszych, doświadczonych lekarzy nabyć tej wprawy praktycznej, która mu pozwoli w wykonywaniu zawodu należycie wyzyskać zasób wiedzy, wyniesionej z uniwersytetu; wszak szpitale tylko mogą i powinny na podwalinach, rzuconych przez naukę uniwersytecką, przez duży swój, a właśnie z najczęstszych przypadków chorobowych złożony materyał młodzież lekarską tak do rzeczywistego wykonawstwa przygotować, aby wyrobiwszy się pod okiem doświadczonego kierownika, nie potrzebowała dopiero na własną rękę zdobywać tego, coby przez praktykę szpitalną rychło i łatwo nabyć mogła. We wszystkich innych zawodach, gdzie przecież nie chodzi o zdrowie, ani o życie ludzkie, przechodzić zwykła młodzież po opuszczeniu ław szkolnych przed rozpoczęciem samodzielnej działalności jeszcze przez przygotowanie praktyczne, zawsze pożądane, często niezbędne. W Niemczech, na których tak chętnie wzorować się przywykliśmy, a które niewątpliwie odznaczają się wielkim zmysłem organizacyjnym i odczuciem potrzeb praktycznych, już od lat kilku zaprowadzono obowiązkowy rok praktyki szpitalnej, który każdy lekarz po ukończeniu uniwersytetu odbyć musi, zanim uzyska prawo wykonywania praktyki lekarskiej na własną rękę. We Francyi odpowiada temu powszechnie obowiązujące urządzenie t. zw. »stage hospitalière«, istniejące od lat wielu, mniej doskonałe zapewne, ale uzupełnione instytucyą t. zw. eksternów i internów. W Anglii dlatego właśnie są studya lekarskie niezwykle długie i kosztowne, że każdy lekarz spędza tam lata całe na praktyce szpitalnej, często w internatach, istniejących przy wielu szpitalach właśnie dla ułatwienia uczniom szkół lekarskich przejścia tej praktyki szpitalnej. W ten sposób społeczeństwa, od naszego kulturą starsze, doświadczeńsze i — dodajmy — zdrowsze fizycznie, ujęły w system to, co u nas pozostawione jest jedynie dobrej woli. Przez dobrowolną praktykę szpitalną młodych lekarzy kraj nietylko sporo oszczędza, zyskując bezpłatnych pracowników, bez których pomocy działalność szpitali byłaby niezmiernie utrudniona wobec szczupłego płatnego personalu, ale, co ważniejsza, może przygotować zastęp dziel-

nych sił, które się potem najgorliwiej i najumiejętniej do poprawy stosunków zdrowotnych przyczynią.

Oba stołeczne szpitale krajowe mogą, a w głównej mierze one właśnie nawet i muszą wykształcić prócz tego liczny zastęp tych specyalistów, których potrzeba krajowi, jako kierowników bezmała czterdziestu dziś już istniejących, a ciągle jeszcze przybywających szpitali prowincyonalnych, one to muszą wyrobić przeszło drugie tyle młodych lekarzy, którzyby z rzeczywistym pożytkiem mogli objąć stanowiska lekarzy pomocniczych w tych szpitalach. Tymto lekarzom, a zwłaszcza przyszłym kierownikom szpitali prowincyonalnych, powinny szpitale nasze stołeczne zapewnić jeszcze bez porównania większą sumę doświadczenia i praktycznej wprawy, niż wszystkim innym lekarzom, których szpital wychowuje, bo oni to mają później całemu ogółowi lekarskiemu w pracy przodować i przykładem przyświecać. Minęły dawno te czasy, gdy zapas wiadomości, wyniesionych z uniwersytetu, bezmała na całe życie lekarzowi wystarczał; nauka idzie naprzód krokami olbrzyma, lecznictwo udoskonala się tak szybko, że każdy lekarz odczuwa dziś potrzebę uzupełniania co pewien czas swych wiadomości nowymi nabytkami wiedzy, że w całym świecie cywilizowanym potworzyły się dziś uzupełniające kursa dla lekarzy, a Niemcy utworzyli już osobno tylko dla tego celu przy lepszych szpitalach stałe »Akademie praktycznej medycyny« i ciągle tworzą nowe. Społeczeństwa, które nie umieją, czy nie chcą nadążyć za tym ruchem, wyrządzają sobie same nieobliczalne i niepowetowane szkody i biorą na siebie ciężką odpowiedzialność wobec swych potomnych. A jeżeli tak wiele wymaga dzisiejsza epoka od każdego lekarza, to o ileż więcej wymagać się musi od tych lekarzy, którym powierza się stanowiska przodujące, a ileż od tych dopiero instytucyi, które ich do zajęcia takich naczelnych stanowisk uzdolnić mają?

W szpitalach stołecznych zyskiwać wreszcie powinny młodsze, zdolne i specyalnie wykształcone siły nauczycielskie warsztat pracy, pozwalający się im wyrobić i chroniący od zmarnowania się wśród pospolitej lekarskiej praktyki prywatnej. Przez powierzanie im prymaryatów, przez większy niż dotąd podział pracy w szpitalach stołecznych, zyskałyby wiele oba nasze uniwersytety, a więc i kraj, dla którego uniwersytety istnieją, możnaby bowiem liczyć na to, że zastęp docentów będzie dojrzewać wśród samodzielnej działalności praktycznej, gdy dziś brak im nieraz do tego pola i sposobu. Niebogato uposażonemu w katedry uniwersyteckie krajowi przybyłyby przez to w stołecznych szpitalach niejako »równoległe« katedry, za jakie prymaryaty w takich szpitalach wszędzie zagranicą są uważane. Jaki stąd zysk dla postępu nauki i wykształcenia lekarskiego, tłómaczyć nie potrzeba.

Ale nietylko właściwą lekarską wprawę i doświadczenie mają dać szpitale stołeczne wszystkim kończącym uniwersytet lekarzom, nietylko mają one wykształcić najzdolniejszych z nich na przyszłych kierowników szpitali prowincyonalnych i przodowników postępu lekarskiego; oprócz celów ściśle dydaktycznych jest ich zadaniem jeszcze dbać o wartość etyczną młodzieży lekarskiej, w szpitalu po raz pierwszy po opuszczeniu ław szkolnych spotkać się mogącą z niejedną pokusą. Prawda, że szpital nie może pod względem etycznym ani wychować, ani nawet bardzo poprawić, bo na to zapóźno; ale powinien jednostkom etycznie wątlejszym wszczepić »nałóg« uczciwości i sumienności; ale powinien do żadnych wykroczeń niedopuszczać, gdyby się zdarzyły, jaknajsurowiej je karcić, a powierzony sobie materyał tak przesiać, żeby tylko to, co najlepsze, mogło dostać się na ważniejsze stanowiska w kraju; ale może, i to jest jego pierwszym obowiązkiem, nie dopuścić do obniżenia się tego poziomu moralnego, na którym młodzież lekarska stała, opuszczając ławy szkolne.

Więc też nie jest przesadnem żądanie, aby nasze szpitale stołeczne pod każdym względem innym szpitalom w kraju przodować mogły: pod względem swych urządzeń przynajmniej w tej mierze, jak tego żądają same zarządy tych szpitali, ale pod względem poziomu naukowego i lekarskiego na miarę, w swoim rodzaju zgoła nie niższą od uniwersytetu, a pod względem poziomu etycznego na miarę jak najwyższą i najszlachetniejszą. Tego wymaga już nietylko interes zawodu lekarskiego, nietylko dobro chorych, szpitalom tym się powierzających; — tego wymaga dobro całego kraju.

Pojawiające się zarzuty i pogłoski, szpitalom naszym uwłaczające, samem swem pojawieniem się usprawiedliwiają pytanie, czy też szpitale nasze spełniają dostatecznie wymienione wyżej swe zadania?

Nie wątpimy ani na chwilę, że Wydział krajowy, wejrzawszy dokładniej w sprawy szpitali krajowych, zbada, o ile zarzuty i pogłoski są prawdziwe, znalezione nieprawidłowości usunie i w interesie ludności całego kraju zwróci uwagę na doniosłość wszystkich, na szpitalach krajowych ciążących zadań.

Komisya redakcyjna.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

O koniecznej potrzebie reformy postanowień, zawartych w policach ubezpieczeniowych, a tyczących się lekarzy zdawał sprawę na XIII. posiedzeniu Izby wiedeńskiej 9 stycznia 1906 Dr. Stricker. Wywodził on co następuje:

Jednym z wielu dowodów, że lekarze pod względem społeczno-politycznym pozostali w tyle, jest to, że sprawą ubezpieczenia swego na chorobę, niezdolność do pracy, starość i śmierć mało się zajmują pomimo, że obowiązani byliby do tego więcej, niż każdy inny zawód, bo w wysokim stopniu wyczerpuje ich siły i na niebezpieczeństwo naraża wykonywanie obowiązków lekarskich. Statystyka lekarskich i ogólnych instytucyi dobroczynnych dowodzi, że większość lekarzy idei ubezpieczenia pod względem jej doniosłego znaczenia tak dla jednostki, jak dla ogółu, jeszcze nie zupełnie zrozumiała i że zapomina o tem, że lekarz powinien sam dbać o siebie, bo nikt inny o niego nie dba, że nie ma nigdy prawa zużyć dla siebie wszystkich dochodów swych, ale, że przeciwnie powinien część ich użyć na ubezpieczenie, a to dlatego, że dochody jego nie rosną wraz z jego wiekiem, ale maleją.

Nie chodzi jednak tylko o to, żeby się lekarz ubezpieczał, ale też i o to, jak się ubezpiecza, a więc nietylko o to, żeby miał policę asekuracyjną, ale też i o to, aby wiedział, co tam w tej policy napisano. Jak ostrożność ta jest konieczną, dowodzi tego ten smutny fakt, że większość instytucyi ubezpieczeniowych właśnie w tych przypadkach najzupełniej lekarza nie chroni, a tylko dowolnej życzliwości instytucyi pozostawia, w których ze względu, że od lekarza znacznie wyższą pobiera premię, chronić go powinna. Lekarze nie powinni być zależni od życzliwości instytucyi ubezpieczeniowych; ale przeciwnie towarzystwa, których byt ściśle biorąc zależy od sumienności lekarzy, powinni i mogą lekarze zmusić do zmiany wszystkich tych zastrzeżeń, których ostrze zwraca się przeciw lekarskiemu wypadkowi zawodowemu. (Zaostrzenia w sprawie zakażenia i śmierci).

Jest jasną rzeczą, że lekarz bardziej niż każdy inny, bo leży to już w jego zawodzie, narażony jest na wypadki, a obok innych zwykłych, codziennych wypadków, szczególnie narażony jest na niebezpieczeństwo zakażenia. Dlatego też lekarza uważają za złe ryzyko i każą mu płacić wyższe premie. Ale zamiast żeby za wyższą premię obejmowały większą odpowiedzialność i ponosiły całe ryzyko, to przeciwnie znalazły sposoby, żeby sobie to ryzyko o ile się da umniejszyć. Bo albo cały wielki szereg lekarskich wypadków zawodowych, jak zakażenie płonicą, durem, cholerą itp. nie obejmują umową asekuracyjną, albo też, czego prawdopodobnie większość ubezpieczonych lekarzy, jeśli nie ogół, nie wie wcale, wprost wyłączają z umowy najczęstsze wypadki, bo zakażenia przez istniejące rany skórne (otarcia, przeczosy i t. d.).

Słuszność twierdzenia tego wynika z jasnych zastrzeżeń, jakie istnieją w policach austryackich towarzystw ubezpieczających od wypadków, a które zgodnie brzmią: »§ 1. Przez wypadek w myśl ubezpieczenia prywatnego należy rozumieć przypadkowe, od woli ubezpieczonego niezależne, nagłe i bezpośrednie zadziałanie zewnętrznej, mechanicznej siły, która powoduje uszkodzenie ciała«. »§ 2. »Z uszkodzeń ciała, za które towarzystwo nie odpowiada, należy przedewszystkiem wymienić: zakażenia, zatrucia i ich skutki, jakoteż wogóle wszelkie przez przypadek w myśl § 1. wywołane choroby«.

A więc ma to znaczyć: Towarzystwa odpowiadają tylko wtedy za skutki zakażenia (zatrucie krwi), jeśli zostało wywołane równoczesnem (!) zewnętrznem, gwałtownem obrażeniem, a więc wypadkiem, który już sam przez się daje podstawę do odszkodowania; jeśli jednak zakażenie powstało z powodu już wcześniej istniejącego (!), a nie dającego podstawy do odszkodowania (!) obrażenia skóry, n. p. przeczosu, otarcia i t. d., to towarzystwa nie mają wtedy żadnego zobowiązania, a ubezpieczony żadnej prawnej podstawy do żądania odszkodowania.

I dlatego należy się zapytać, czy lekarze powinni się zgodzić na takie ubezpieczenie, które ich zmusza do płacenia wysokich premii, a nie zabezpiecza na właściwe wypadki zawodowe i ich skutki? Wszak w ten sposób narażają się lekarze, że w razie zakażenia muszą dopiero wszczynać z towarzystwami procesy, lub też liczyć na ich życzliwość.

Polica asekuracyjna może mieć tylko wtedy wartość dla lekarza, jeśli go ubezpiecza na wszelkie zawodowe wypadki *de jure et de lege* tem bardziej, że zachwalana życzliwość towarzystw asekuracyjnych zdaje się coraz bardziej zanikać, skoro coraz częściej, szczególnie w ostatnich czasach towarzystwa wypowiadają lekarzom ubezpieczenie, jeśli sobie pozwolili na »zbytek« kilkakrotnego wypadku pomimo, że umowę asekuracyjną zawarli na szereg lat.

Również przeciw lekarzom zwraca się następujące zastrzeżenie co do zejścia śmiertelnego z powodu wypadku. »Ubezpieczenie zachowuje moc swoją tylko wtedy, jeśli ubezpieczony przez wypadek dozna uszkodzenia ciała, które w bezpośrednim i wyłącznym skutku wywołuje śmierć natychmiast lub w ciągu roku, albo też trwałą lub przemijającą niezdolność do pracy«.

Zastrzeżenie to o tyle jest jeszcze niejasne, że niewiadomo, czy określenie »w ciągu roku« odnosi się tylko do śmierci, czy też i do niezdolności do pracy. W każdym razie odnosi się do zejścia śmiertelnego i stanowi, że lekarz, który doznał ciężkiego wypadku, obowiązany jest umrzeć w ciągu roku, jeśli pozostała rodzina ma mieć prawomocne pretensye do asekuracyi. Bo jeśli lekarz zapadnie z powodu wypadku na chorobę przewlekłą, ale umrze w rok i jeden dzień później, to na darmo płacił asekuracyę, a rodzina jego nic nie dostanie.

Dlatego powinni lekarze z całych sił dążyć do zmiany tych surowych przepisów. Dr. Stricker proponuje:

»Każda umowa asekuracyjna, zawarta między lekarzem, a asekuracyą powinna obejmować następujące postanowienia:

a) Towarzystwo odpowiada w zupełności za wszelkie choroby, wynikłe z zakażenia (zatrucie krwi, gruźlica, kiła i t. d.), które drogą zewnętrznych obrażeń dostało się do ustroju, bez względu na to, jak i kiedy owe obrażenia powstały, z wyjątkiem tych przypadków zarażenia, które powstały przez obcowanie cielesne.

b) Towarzystwo płaci całą sumę ubezpieczeń za każdy przypadek śmierci, wywołany wypadkiem, mającym prawną podstawę do odszkodowania, bez względu na chwilę, kiedy śmierć nastąpiła.

c) Wypowiedzieć ubezpieczenie lekarzowi może towarzystwo tylko z równoczesnem podaniem powodów i po uprzedniem zbadaniu i uznaniu owych powodów przez sąd polubowny, w tym celu powołany«.

Wedle tych wskazówek należy zmienić wszystkie bieżące i w przyszłości zawrzeć się mające umowy między lekarzami, a towarzystwami.

Referent wniósł w końcu następującą, jednogłośnie przez Izbę przyjętą rezolucyę:

»Wiedeńska Izba lekarska zbadała postanowienia, zawarte w policach asekuracyjnych i przekonała się, że asekuracye w Austryi pracujące, niedostatecznie chronią lekarzy ubezpieczonych i dlatego wzywa prezydyum Izby do rozpoczęcia układów z asekuracyami, by zmieniły swe postanowienia na korzyść lekarzy, zaś lekarzy praktykujących, by nowe ubezpieczenia od wypadków i t. z. »Haftpflicht« zawierali tylko na przeciąg jednego roku«. *Stahr.*

Opór bierny lekarzy dolno-austryackich trwa dalej, a trwa już 4½ miesiąca, pomimo że publiczność, pouczona o istocie walki, jakoteż wiele gmin wyraźnie oświadczyło się za lekarzami. Prawdopodobnie i dolno-austr. wydział krajowy wreszcie ustąpi. Nie bez wpływu jest walka lekarzy w Austryi dolnej na sąsiednie kraje koronne. Jedna z najmłodszych organizacyi lekarskich, a mianowicie styryjska, już bez walki zdobyła sobie to, że w najbliższej sesyi sejmowej krajowa ustawa sanitarna, opracowana przez organizacyę, wpłynie na porządek dzienny.

Ostatnimi czasy wydał kierownik organizacyi lekarzy d. a. następujący okólnik: 1) Nie wolno żadnemu lekarzowi w zastępstwie lekarza rządowego podejmować kontroli publicznego szczepienia. 2) W dowód zaostrzenia oporu biernego należy odtąd na doniesieniach o chorobach zakaźnych pisać tylko: »choroba zakaźna« i nie podawać żadnego rozpoznania (nawet nie zaznaczać przypuszczenia swego w pewnym kierunku). 3) Ponieważ nie ma nikt obowiązku prowadzić spisów tygodniowych przypadków, w których przypuszcza się zakażenie, należy odtąd wstrzymać się z wygotowywaniem sprawozdań tygodniowych z tych przypadków, w których jeszcze lekarz rządowy nie interweniował.

Jak wiadomo, grożą lekarze walczący złożeniem równoczesnem wszelkich posad i akcyę w tym kierunku już rozwinięto. Dotąd złożyło na piśmie słowo honoru, że na żądanie kierowników swych w jednym dniu gremialnie złożą posady, 345 lekarzy gminnych i 161 nie-gminnych lekarzy — z 42 powiatów sądowych. *Stahr.*

W sprawie udzielenia laikom nauki mięsienia i wystawienia im świadectw ogłosiła niedawno izba lek. wiedeńska, że zabrania tego lekarzom, należącym do jej obwodu. I uczyniła to mojem zdaniem słusznie. Proszę tylko przeczytać, co pisze prof. Hoffa z Würzburga w tej sprawie we wstępie do podręcznika p. t. »Technik der Massage«: »Należy zwalczać wykonywanie miesienia przez laików, boć i nie każdy lekarz może dobrze wykonywać miesienie, ale tylko taki lekarz, który dokładnie poznał istotę i wartość mięsienia. Mięsienie naukowe jest sztuką, wymagającą od lekarza-wykonawcy nawet bardzo wiele. Musi on mianowicie nietylko przyswoić sobie wcale niełatwą technikę, ale musi przedewszystkiem umieć rozpoznać chorobę, z którą ma do czynienia, na podstawie dotykania i obmacania. Jeśli zaś niełatwą rzeczą jest dla lekarzy nabycie potrzebnej techniki, jeśli dalej nie jest wcale łatwą rzeczą wykształconego lekarza nauczyć badania zapomocą dotyku spraw chorobowych n. p. w stawach, w mięśniach, w chorobach gośćcowych i t. d., to czyż nie jest rzeczą wprost niemożliwą nauczyć tych rzeczy laika, chociażby do nauki przystępował z największym zapałem? I dlatego dążę do zupełnego zakazu mięsienia, wykonywanego przez laików. I zupełnie słusznie. Gdyż każde mięsienie jest i pozostanie zabiegiem lekarskim, wymagającym dokładnej znajomości stosunków anatomicznych. Jeśli się od studenta medycyny wymaga czterech kursów anatomii i praktycznego i teoretycznego egzaminu ścisłego, słusznie przypuszczając, że tylko w tak długiej nauce może on sobie przyswoić tyle danych z anatomii, by na nich później budować mógł swe praktyczne wiadomości i swą czynność przy łóżku chorego, to czyż może laik,—nawet najzdolniejszy—w ciągu kilku tygodni, bez ćwiczeń w sekcyach, bez nauki poglądowej, tyle się nauczyć, by go można spokojnie »wypuścić« na cierpiącą ludzkość?« *Stahr.*

Organizacya kursów wakacyjnych dla lekarzy, a właściwie kursów dla dopełniania wiedzy lekarzy praktykujących, postanowiła się zająć Izba lekarska wiedeńska jeszcze z końcem zeszłego roku i dla wysłuchania zdania kompetentnych czynników, t. j. profesorów wydziału lekarskiego wszechnicy wiedeńskiej, zwołano w październiku 1905 ankietę. W ankiecie tej wzięli udział profesorowie Eiselsberg, Frankl-Hochwart, Wagner-Jauregg, Schauta, oraz członkowie komitetu izbowego dla spraw zawodowych. Omówiono na tej ankiecie sprawę całą bardzo szczegółowo i uchwalono cały szereg wniosków, które d. 9 stycznia 1906 referent dr Loewenstein Izbie z gruntownem uzasadnieniem każdego punktu przedłożył.

Sprawa kursów wakacyjnych (»Fortbildungskurse«) jest dla praktyków rzeczą niezmiernej wagi. Wiedza dzisiejsza idzie szybko naprzód, a zdobycze jej nie powinny być długo tajemnicą dla lekarza praktyka, lecz przeciwnie powinny się co prędzej stawać własnością ogółu lekarzy, a to w tym celu, by chorzy, powierzeni pieczy lekarskiej, mogli jak najprędzej skorzystać z nowych odkryć i wynalazków, które bardzo często mają bardzo doniosłe znaczenie praktyczne. L e k a r z d z i s i e j s z y, jeśli nie chce pozostać w tyle, m u s i s i ę w c i ą ż u c z y ć i dotrzymywać kroku postępującej wartko wiedzy, gdyż i jego zawód i jego chorzy tego wymagają, by stosował wszystko, co najnowszy stan wiedzy stosować każe. W tym celu musi być jednak lekarzowi daną sposobność, by się mógł dowiedzieć o najnowszych zdobyczach wiedzy.

Otóż nie każdy lekarz praktykujący może sobie pozwolić wyjeżdżać co rok na zjazdy naukowe, nie każdy ma sposobność chodzić na wykłady i demonstracye do towarzystw lekarskich, mających przeważnie siedziby swe po miastach uniwersyteckich, nie każdy lekarz może sobie trzymać kilka pism lekarskich i nie każdy żądny wiedzy lekarz może zapisać się na kurs. Brak czasu i pieniędzy — oto dwie przyczyny, które najczęściej wstrzymują lekarza od wzięcia udziału w kursie.

Wykłady na kursach trwają średnio 4 tygodnie — nie każdy lekarz praktyk może na tak długo porzucić praktykę. Równie ważną jest sprawa materyalna. Opłaty na kursach bywają nieraz dość wysokie i nikt nie ma prawa wymagać, by bezpłatni docenci uniwersytetu i źle przez państwo wynagradzani

asystenci w czasie wolniejszym od swych codziennych obowiązków, jeszcze lekarzy za darmo nauczali i nieraz się do tych kursów osobno przygotowywali. A z drugiej strony nie można się ze względów na dobro ogółu na to zgodzić, by tylko lepiej przez fortunę uposażeni lekarze mieli przystęp do świątyni wiedzy, by natomiast zawartą była ona dla innych, zwłaszcza młodszych, skazanych na własne siły. Jest niesłuszną rzeczą, żeby lekarze, którzy się chcą uczyć, nie mogli się uczyć z powodu braku środków.

I dlatego Izba wiedeńska postanowiła: 1) Wiedeńska Izba lek. obejmuje na razie zarząd kursów wakacyjnych dla praktycznych lekarzy. Komitet dla spraw zawodowych obejmuje na razie prace przygotowawcze aż do utworzenia komitetu, który wyłącznie zajmie się sprawą kursów. Izba przyrzeka, jeśliby tego komitet zażądał, chętnie zajmować się kursami i nadal, ale tylko ogłaszaniem kursów, przyjmowaniem zgłoszeń i przydzielaniem zgłaszających się na odpowiednie kursa. 2) Wied. Izba lek. zwraca się z prośbą do grona profesorów Wydziału lekarskiego wszechnicy wiedeńskiej o wydelegowanie ze swego łona komitetu, któryby wspólnie z Izbą zajął się rozpoczętą akcyą. W tym względzie poleca komitet dla spraw zawodowych wypracowanie i ustalenie programu wykładów w porozumieniu z delegatami wydziału, a następnie wybranie odpowiednich lektorów. 3) Wykłady, przeznaczone wyłącznie dla praktycznych lekarzy, i to tak w zakresie nauk praktycznych, jak i teoretycznych, nie powinny trwać po nad dni 14. 4) Na razie będą się odbywały wykłady w czasie świąt Wielkiej Nocy i głównych wakacyi. Komitet zawodowy uważa czas wakacyjny za najodpowiedniejszy. Gdyby się lekarze zgłaszali bardzo licznie, to komitet poczyni starania, by kursa odbywały się i w innych jeszcze terminach. 5) Izba życzy sobie, by pierwszy okres wykładów prowadzili kierownicy klinik, ich zastępcy albo też siły nauczycielskie, przez komitet polecone. 6) Na kursa mogą się na razie zapisywać tylko lekarze, należący do Izb wiedeńskiej i dolnoaustryackiej. Na podstawie doświadczenia i w miarę potrzeby będą może później do kursów przypuszczeni i lekarze należący do innych izb. Komitet zawodowy ma zamiar umożliwić udział wszystkim lekarzom austryackim i będzie do tego dążył z całych sił, chociaż na razie wykonać tego nie może. Komitet porzuca na razie myśl tę z ciężkiem sercem, bo jest przekonany, że właśnie lekarz, zdala od miasta uniwersyteckiego mieszkający, jeszcze więcej niż lekarz wiedeński kursu potrzebuje. Gdyby się nie udało dokonać tego zamiaru, to Izba wiedeńska postara się, by Izby siostrzane, które mają w swem mieście wszechnice, podjęły podobną akcyę i to zarówno dla członków własnych, jak i w danym razie dla członków sąsiedniej Izby. 7) Dla opędzenia kosztów płacić będą członkowie nizkie opłaty wpisowe. Wysokość wpisowego oznaczy komitet organizacyjny. *Stahr.*

Zjazd w sprawach higieny społecznej, w Nancy 22—24. VI. b. r. zajmował się higieną miast i wsi, higieną szkolną, ochroną dzieci od chorób zakaźnych, walką z alkoholizmem. W sekcyi, zajmującej się rolą biur dobroczynności *(Bureaux de bienfaisance)* w higienie społecznej uchwalono między innymi następujące żądania: Biura dobroczynności oprócz udzielania zasiłków pieniężnych powinny tworzyć urządzenia, krzewiące higienę i zapobiegające nędzy (nauka gospodarstwa, dostarczanie pracy, ułatwienia w sprawie mieszkań, »Kropla mleka« itp.), i powinny obrócić część swych środków na budowę tanich mieszkań, na dostarczenie ogrodów i gruntów pod uprawę ludności niezamożnej, bądź na spłaty, bądź za czynszem; wogóle zaś rozwinąć przedewszystkiem działalność zapobiegawczą. Sekcya higieny miast i wsi uchwaliła, że zarządy gminne (municypalności) powinny zapewnić mieszkańcom jak najlepsze warunki zdrowotne i w tym celu zestawiwszy bilans swych urządzeń zdrowotnych nakreślić plan tych, które są jeszcze potrzebne, a państwo powinno przymusić gminy ociągające się do zaprowadzenia potrzebnych urządzeń, wspomagając pieniężnie gminy niezamożne; dalej uznała za słuszną zasadę wywłaszczenia w celach poprawy stosunków zdrowotnych (projekt ustawy, wniesiony przez J. Siegfrieda w Izbie deputowanych 3. VI. 1904).

Kurs nauki pielęgnowania chorych, urządzony, jak donosiliśmy, we Lwowie przez fizyka Dra Legeżyńskiego, trwał 3 miesiące. Z licznie zgłaszających się uczniów przyjęto, jak dowiadujemy się z nadesłanego nam »Sprawozdania«, tylko 28 najodpowiedniejszych, a i z tych jeszcze wybrano w toku kursu najlepszych, tak, że ostatecznie ukończyło kurs i zdało egzamin 17 (15 kob., 2 mężcz.). Przez pierwszy miesiąc odbywały się wykłady teoretyczne, udzielane przez lekarza miejskiego Dra Kielanowskiego, a obejmujące następujące działy: 1. Ogólne przymioty dozorcy chorych. 2. Zarys anatomii i fizyologii człowieka. 3. Pokój chorego. 4. Łóżko chorego. 5. Pielęgnowanie chorego. 6. Odżywianie chorego. 7. Obserwacya chorego. 8. Pielęgnowanie chorych zakaźnych. 9. Odkażanie. 10. Pielęgnowanie nerwowo i umysłowo chorych. 11. Zachowanie się przy umierającym. 12. Wykonywanie zleceń lekarskich. 13. Pierwsza pomoc w nagłych zachorowaniach. 14. Przenoszenie chorych. W tym okresie nauki przedstawiano liczne preparaty anatomiczne itp., przyrządy do obsługi chorych i zapewnienia im pewnego komfortu, ucząc praktycznie używać tych przyrządów, okazywano formy leków i sposoby ich podawania itd. Resztę kursu wypełniły ćwiczenia praktyczne w szpitalu powszechnym, dziecięcym i izraelickim, kolejno na wszystkich oddziałach, przyczem uproszeni przez fizykat miejski prymaryusze nie szczędzili trudu, dla wykształcenia uczniów kursu na dobrych dozorców chorych. Egzamin 7. VI. 1906 odbył się przed odpowiednią komisyą, poczem wydano stosowne świadectwa. *R.*

Lekarze kolejowi, a wolny wybór lekarzy. Lekarze kolejowi południowoniemieccy uchwalili nietylko nie sprzeciwiać się wolnemu wyborowi lekarzy w zakresie służby kolejowej, ale nawet ruch w tym kierunku popierać. *R.*

Zapomogi rządowe na rzecz wdów i sierót po lekarzach otrzymują dwa bawarskie towarzystwa lekarskie (»Verein zur Unterstützung invalider hilfsbedürftiger Aerzte, und notleidender hinterbliebener Aerztefamilien« oraz »Pensionsverein für Wittwen u. Waisen bayerischer Aerzte«) w łącznej sumie 8430 marek rocznie. Czy też kiedyś zdobędą się na to i inne rządy? *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 1 do 7 lipca 1906 roku doniesiono o nowych przypadkach: duru plamistego 25. przypadków w 14. gminach, a mianowicie: Lwów miasto (1), Brody (Podmonastyrek 1), Brzeżany (Glinna 2, Płaucza m. 1), Dobromil (Borysławka 2), Horodenka (Piatrów 1, Żukow 1), Kałusz (Dobrowlany 1, Nowica 5), Mościska (Krysowice 1), Myślenice (1), Sambor (Dorożów 4), Zborów (Karszyłów 1), Rawa (Biała 3); nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych 4. przypadki w 3. gminach, a mianowicie: pow. Jasło (Dobrynia 2), Pilzno (Bukowa 1., Brzostek 1). Nowych przypadków ospy rodzimej nie było.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 24 do 30. VI. 1906 zgłoszono przypadków: błonicy 7 (obcych 1), krztuśca 1, płonicy 2 (3), odry 14, duru brzusznego 1 (3), czerwonki 0 (1); w tymże czasie zmarło z płonicy 1, z czerwonki (1).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« wyjeżdża na kilka tygodni. W sprawach redakcyjnych zastępować go będzie przez ten czas Doc. Dr Dobrowolski (Podwale 2).

— Instytucya »Kropli mleka« w Krakowie zamierza, wstępując właśnie w drugi rok istnienia, rozszerzyć swą działalność przez utworzenie »Biura porady dla matek«, które same karmią swe dzieci.

Lwów. Krajowa Rada zdrowia, odbyła dnia 3. lipca b. r. posiedzenie, na którem oświadczono się przeciw utworzeniu drugiej apteki publicznej w Trembowli, wydano opinię o planach projektowanych szpitali w Bóbrce i Trembowli. Ze względu na powtarzające się coraz częściej spory między szpitalami powszechnymi, a gminami co do obowiązku przyjmowania chorych zakaźnych do leczenia szpitalnego i obowiązku otwierania gminnych szpitali epidemicznych, zastanawiano się nad tem, kiedy właściwie należy chorobę zakaźną uznać za epidemię. Ostatecznie oświadczono się za tem, że ścisłej granicy wytyczyć niepodobna i że w każdym poszczególnym przypadku należy pozostawić rozstrzygnięcie władzom sanitarnym. Zaopiniowano podanie o posadę znawcy sądowego. W sprawie prośby pewnej położnej o pozwolenie na utrzymywanie prywatnego domu porodowego we Lwowie, wydała Rada zdrowia opinię nieprzychylną. Następnie wydano opinię w sprawie rejonu ochronnego dla źródeł, które mają zasilać wodociągi, projektowane dla Nowego Sącza. Wreszcie zastanawiano się nad sprawą budowy kliniki psychiatrycznej w Krakowie. *S.*

— Porządek dzienny XV. posiedzenia naukowego Tow. lek. lwows. d. 6. lipca obejmował: I. kol. Jedlicka: Przedsta-

wienie przypadku przeszczepienia mięśni. II. kol. Wolf: Przedstawienie chorych z oddziału chirurgicznego szpitala powsz. III. kol. Czyżewicz (jun): Okazanie preparatów z 2 przypadków ciąży zamacicznej. IV. kol. Blumenfeld: O krętku bladym (*Spirochaete pallida*) z demonstracyami.

— Przyrząd do odkażania zapomocą par formaliny przy wyższej ciepłocie, zbudowany przez Dra Napoleona Gąsiorowskiego, odznaczony został na wystawie higienicznej w Wiedniu srebrnym medalem.

Z różnych stron. Sejm bawarski uchwalił pomimo sprzeciwienia się przedstawicieli rządu wniosek posła Dra Rauha, aby cały ustrój lekarski bawarski został po wysłuchaniu zdania Izb i Towarzystw lekarskich przekształcony stosownie do nowoczesnych wymagań nauki; chodzi tu głównie o rozszerzenie zakresu działania lekarzy urzędowych i także poprawienie ich bytu, aby nie byli zależni od dochodów z praktyki prywatnej.

— W szpitalach berlińskich (»Moabit« i nowym im. Virchowa) obsadzano świeżo wszystkie naczelne stanowiska lekarskie. »Deuts. med. Wochenschrift« (Nr 27) uznając, że zamianowano istotnie pierwszorzędne siły, protestuje jednakże energicznie przeciwko temu, że magistrat m. Berlina mianował kandydatów zupełnie dowolnie, pomijając nieraz zupełnie przedstawionych przez powołane czynniki (t. zw. »Krankenhausdeputation«), — a przy tej sposobności wytyka grasującą w tych sprawach protekcyę i nepotyzm. Widocznie i gdzieindziej dzieje się to samo, na co u nas nieraz słyszy się skargi, jakoby na rzecz rzekomo nam tylko właściwą.

— Współredaktorem »Časopisu lekařův českých« obrał »Spolek českých lékařů« Prof. Rudolfa Kimlę.

— Kierownikiem zakładu w Luhaczowicach został dr Franciszek Vesely, znany dobrze w Polsce, w której lat kilka przebywał.

— Według wiadomości dziennikarskich zastrajkowała naraz cała służba we wszystkich szpitalach w Odessie.

Mianowani: Docenci L. Haskovec (neur patolog), Weigner (anatom) i Srdinko (histolog) profesorami nadzw. na czeskim uniwersytecie w Pradze.

Powołani: Prof. Lüthje z Erlangen do Frankfurtu (jako następ a Noordena), prof. His z Bazylei do Getyngi (jako następca Ebsteina), dr Lochte z Hamburga tamże (na katedrę medycyny sądowej po zmarłym prof. Stolperze).

Zmarli: Doc. Körösy w Peszcie.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr 27. Lorentowicz, Łapiński (c. d. z Nr 26).

— *Krytyka lekarska* Nr 7 i 8. Biegański: Pojęcie przyczynowości w biologii (dok.). Goldberg: Urywki z pamiętnika lekarza I. Łagowski: W sprawie medycyny społecznej.

— *Tygodnik lekarski* Nr 27. Reis: Nauka o odporności w okulistyce. Rosmarin: Kilka spostrzeżeń nad dziedziczną odpornością wobec kiły i o t. zw. prawie Profety. Bocheński: (dok. z Nr 26).

— *Przegląd higieniczny* Nr 7. Panek: Higiena turysty. Pappée, Panek i Szperling: (c. d. z Nr 6).

— *Časopis lekařův českých* Nr 27. Hlava: Histologická struktura Koplikových skron. Komárek: Tři případy otravy plynem uhelným. Kučera: Případ otravy vlasto vič nikem.

— *Sbornik klinický* Zesz. 5. Kukula: Aetiologie a pathogenie zánětu slepého střeva a jeho červikovitého přívěsku.

— *Russkij Wracz* Nr 24. Jaszczyński: W sprawie podstaw anatomicznych trepanacyi wyrostka sutkowego. Rotmann: Glischiurya u człowieka. Kostienko: W sprawie leczenia czerwonki. Rabec: Wychodzenie glist przez ranę przenikającą powłoki brzuszn i jelito cienkie. Szołomowicz: W sprawie leczenia alkoholizmu zapomocą poddawania.

— *Semaine médicale* Nr 27. Londe: Stan choroby zagrażającej.

— *Presse médicale* Nr 53. Remlinger: Prątek Ebertha w jelicie osób zdrowych. Wnioski kliniczne i epidemiologiczne. Gaulejac: Wydzielanie wewnętrzne jądra przy niewłaściwem jego położeniu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 27. Haberer: Doświadczalne badania co do resekcyi nerek i czynności pozostałego miąższu. Ehrmann: Fagocytoza i postacie zwyrodniałe krętka bladego w zmianie pierwotnej i naczyniu chłonnem. Quest: O wpływie pożywienia na pobudliwość układu nerwowego u oseseków. Hamburger: Przymostkowe stłumienie i wyjawnienie odgłosu przy zapaleniu opłucnej. Detze i Seller: Czy prawidłowe serumlipoidy są siedzibą, czy tylko pośrednikami działania niweczącego? Bail i Weil: O stosunku leukocytów królika do jadu gronkowców.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 27. Anton: Objawy choroby przodomózgowia. Leo: W sprawie braku soku żołądkowego (*achylia*). Gerhardt: W sprawie leczenia zwężeń przełyku. Herff: W sprawie wyjaławiania katgutu. Gauss: Proste mierzenie. Tomaszewski: O stwierdzeniu krętka bladego w kile trzeciorzędnej. Simmonds: O rozpoznawczej wartości wykrycia krętków w kile wrodzonej. Chotzen: Jednostronny wzrost ciepłoty w porażonej połowie ciała przy ogniskowej zmianie w mózgu. Kohn: Komórka zwojowa i włókno nerwowe. Bendix i Schittenhelm: Chromosakcharometr nowy przyrząd do oznaczania ilości cukru w moczu. Theilhaber: Postępowanie z „szypułami“ przy operacyach ginekologicznych. Gaupp: (dok. z Nr 26).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 28. Bonhoeffer: O znaczeniu padaczki Jacksonowskiej dla rozpoznawania siedziby zmian mózgu. Hoffa: O obrazach rentgenowskich po wdmuchiwaniu tlenu do stawu kolanowego. Wolff-Eisner i Rosenbaum: O zachowywaniu się receptorów narządowych przy autolizie. Kast: Wsteczny prąd w przełyku jako wyjaśnienie obłożone o języka. Rodari: W sprawie wyleczalności przewlekłego nieżytu żołądka. Kümmell: (dok. z Nr 27). Kettner: O zranieniach pociskami mal go kalibru.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 27. Lassar: Zapobieganie i leczenie łysiny. Schlossmann i Engel: W sprawie powstawania gruźlicy płuc. Kutscher: O badaniach jamy nosowogardłowej ludzi zdrowych co do dwoinek nagminnego zapalenia opon. Wellmann: O wiciowcowatej postaci pasorzytów zimnicy podzwrotnikowej. Doering: Leczenie szyi krzywej. Zangemeister: O działaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej. Schindler i Siebert: O gonosanie i leczeniu wiewióra. Sternberg: Potrawy z ziemniaków w cukrzycy i otyłości. Boruttau: O rzeczywistem zastąpieniu kąpieli czterokomorowej. Justi: Wynalazki z zakresu medycyny i higieny publicznej.

Redakcya otrzymała: Kołaczkowski: 1) Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Blutbefunde und dem Audirätsgrade des Magensaftes? Odb. z „Centrbl. f. inn. Med.“ 2) Stopień kwasoty treści żołądkowej, a stan krwi. Odb. z „Tyg. lek.“ 1906. 3) O wartości nowych sposobów badania czynności serca. Odb. z „Tyg. lek.“ 1906. — Robert T. Morris: A case of heteroplastic ovarian grafting, followed by pregnancy, and the delivery of a living child. Odb. „Med. Record.“ 1906. — Mięsowicz: 1) Untersuchungen üb. die Veränderungen in den inneren Organen des Kaninchens nach intravenöser Injection von Adrenalin. Biul. Ak. Um. 1906. 2) Działanie śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny na narządy wewnętrzne królika. Rozpr. Ak. Um T. 46. 1906. — Latkowski: 1) O wpływie białka surowicy krwi na jej punkt marznięcia. Rozpr. Ak. Um. T. 46. 1906. 2) Üb. den Einfluss der Eiweisskörper des Blutserums auf den Gefrierpunkt des letzteren. Biul. Ak. Um. 1906. 3) O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek. Odb. „Gaz. lek.“ 1905.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. Dr Stanisław Dobrowolski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr **Jekels Ludwik,** właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan,** b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Damański Emanuel.**
Dr **Gabryszewski A.,** Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Staniszewski Julian,** b. asystent Uniw. Jag.. lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).

Dr **Czop Zygm.,** kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.

lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer
Dr **Tarnawski,** właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Aronsohn Julian,** („Krakus").
Dr **Cercha Maksymilian,** („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens,** („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr **Kmietowicz Franciszek,** (Willa „pod Kosynierem").
Dr **Lewicki Stanisław,** b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr **Mayer Józef,** (Łazienki borowinowe).
Dr **Wąsowicz Zygmunt,** („Pod Orłem").
Dr **Zarzycki Emanuel,** („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.

Dr **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar,** lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy,** lek. okręg.
Dr **Dukiet.**

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne).

Dr **Trzciński B.,** lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr **Górski Ksawery,** lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag,** („pod Attylą").
Dr **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu („Miedziuś"), ordynuje od 26 lat.
Dr **Kruszyński Kazimierz,** radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward,** (Willa „Alma"), zimą w **Meranie**.

Truskawiec.

Dr **G. Gittelmacher — Wilenko.**
Dr **Krzyżanowski E.,** radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła (Zakład wodoleczniczy).

Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.

Dr **Lewkowicz Ksawery,** Doc. Uniw. Jag., ord. w chorobach dzieci od 1 lipca do 15 października (ul. Sienkiewicza 15).

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon,** b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.,** lekarz zakładowy.
Dr **Wobr,** lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg,** (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg").
Dr **Zeitner Józef,** (Kirchenstrasse „Stadt-Paris").

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger" VI.)

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow.. (Haus „Nizza").
Dr **Kostecki B.,** (Haus „Weisser Hase") zimą w **Abacyi**.

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.,** radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr **Maciejewski J.,** („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).

Dr **Weissenberg,** ord. jak corocz. w jęz. pol. (zimą w **Nervi**).

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand,** („Dom Lissa").
Dr **Harajewicz Władysław,** radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").
Dr **Liebeskind Józef,** („Haus Kronprinz").

Nauheim.

Dr **Jankowski Fr.,** („Hotel Europejski").
Dr **Łowiński.**

Oeynhausen (Westfalia).

Dr **Janta Połczyński,** specyalista w chorobach nerwowych.

Rok XLV. Kraków 21 Lipca 1906. Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O znaczeniu klinicznem „neutrofilnego obrazu krwi", ze szczególnem uwzględnieniem stosunków w wieku niemowlęcym.

Podał
Dr Tadeusz Żeleński,
asystent kliniki

(Według odczytu wygłoszonego w krakowskiem Towarz. lekarskiem dnia 28 marca 1906 roku)

Badania coraz szczegółowsze nad własnościami i zachowaniem się krwinek białych wysunęły się od dłuższego czasu na pierwszy plan hematologii i jej klinicznego zastosowania. Czas, w którym — według wyrażenia jednego z autorów — nazwa „leukocytów" stanowiła „rodzaj omnibusu, w którym wszystko możliwe mieściło się razem obok siebie" minął już oddawna: dzięki metodom różniczkowego barwienia możliwem jest rozgraniczenie bardzo dokładne poszczególnych grup krwinek białych; stosunki ilościowe grup tych tak w stanie fizyologicznym, jak też i w rozmaitych sprawach chorobowych poddane zostały dokładnym obliczeniom, a oznaczenie tych stosunków w każdym przypadku chorobowym stanowi dzisiaj integralną część klinicznych metod badania. Jeżeli jednak zestawimy z jednej strony olbrzymi materyał, opracowany przy pomocy tych mozolnych obliczeń, — z drugiej strony wnioski, do jakich na ich podstawie hematologia kliniczna jest dziś uprawnioną, to nie możemy się oprzeć wrażeniu pewnego niestosunku pomiędzy zużytym nakładem pracy, a nader skromnym i chwiejnym dotychczasowym jej wynikiem; musimy dojść do przekonania, iż badania te były dotąd prawie wyłącznie gromadzeniem materyału, który przyszłość może w płodniejszy sposób zużytkować potrafi. Te nagromadzone stosy cyfr i ilościowych obliczeń, dziś suche i niewiele mówiące, oczekują dotychczas myśli, którąby je skupiła w jedną całość i wlała w nią treść i życie. Ta pewna jałowość, jaka w przedostatnich latach na polu hematologii klinicznej się objawiła, stała się powodem, iż wobec niezmiernie szerokich i żywotnych horyzontów, otwierających się w innych dziedzinach, ta gałąź nauki zeszła na plan dalszy i spotyka się dziś z pewnym poniekąd uzasadnionym sceptycyzmem.

A przecież znaczenie, jakie posiada krew dla ustroju, ścisły związek, w jakim pozostaje ze wszystkiemi jego narządami, nie pozwalają na przypuszczenie, aby jej składniki postaciowe mogły zachować się biernie wobec jakichkolwiek rozgrywających się w ustroju spraw życia i choroby; przeciwnie liczne okoliczności wskazują niezbicie, iż postacie te biorą w tych sprawach żywy i czynny udział. Poznanie tego udziału i jego mechanizmu, wniknięcie w tajemne związki, zachodzące pomiędzy sprawami fizyo- i patologicznemi ustroju, a składnikami postaciowymi krwi, a zwłaszcza jej ciałkami białemi stanowi niewątpliwie drogę, na której spoczywa rozjaśnienie niejednego z ważnych nowoczesnych zagadnień medycyny i biologii.

Usiłowanie zbliżenia się do tych zagadnień i to na odmiennej od dotychczasowych drodze spotykamy w pracach hematologicznych Arnetha[1]) W obszernej monografii „Die neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infektionskrankheiten", ogłoszonej przed dwoma laty, wystąpił Arneth po raz pierwszy z metodą badania, która wniosła ożywczy pierwiastek w nieco, jak wspomniałem, wyjałowioną glebę hematologii klinicznej. Metoda ta opartą jest mianowicie na spożytkowaniu znaczenia postaciowych własności neutrofilnych ciałek białych, a w szczególności ich jąder. Wejrzenie i kształty tych jąder, składających się z jednego lub więcej członów, zwykle dziwacznie pogiętych i wyrębionych, znane było dobrze dawniejszym autorom, w których pracach znajdujemy szczegółowe ich opisy; jednakże ta rozmaitość kształtów, uważana za rzecz czysto przypadkową, nie zwróciła na siebie baczniejszej ich uwagi. W przeciwieństwie do tych zapatrywań utrzymuje Arneth, iż ilość członów, stanowiących jądra ciałka, ulega pewnym stałym i niezmiennym prawidłom: krew zdrowego osobnika zawiera w prawidłowych warunkach pewną i stałą liczbę neutrofilnych ciałek o 1 jądrze, pewną i stałą liczbę o 2, 3, 4, 5 i więcej jądrach. Rozumie się samo przez się, iż u różnych osobników liczby te podlegają pewnym indywidualnym wahaniom. Średni stosunek ciałek, należących do poszczególnych grup we krwi zdrowego dorosłego człowieka, oznacza Arneth jak następuje

I grupa — 5%; II — 35%; III — 31%; IV — 17%; V i dalsze razem — 2%.

W te pięć głównych grup, na które rozpada się cała ilość neutrofilnych krwinek białych, wprowadził jednak Arneth pewne poddziały. I tak w grupie jednojądrzastych poddziały te opierają się na kształcie jądra: mamy zatem grupę M *(myelocyt)*, grupę W (*wenig eingebuchtet*) i grupę T (*tief eingebuchtet*). Dalsze grupy rozpadają się na poddziały zależnie od stosunku członów jądra, a mianowicie, czy mają

[1]) Die Neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infektionskrankheiten, Jena, 1904 — Zum Verhalten der neutr. Leukocyten bei Infektionskrankheiten. Münch. med. Wochschr., 1904, Nr 25. — Experimentelle Untersuchungen zum Verhalten etc. Münch. med. Wochschr., 1904, Nr 45. — Die Kachektische Leukocytose. Zeitschr. f. klin. medicin, 1904.

one kształt okrągły (K, *Kern*), czy też kształt podłużnej, zwykle falisto wygiętej pętli (S, *Schlinge*). W ten sposób cały wzór Arnetha przedstawia się następująco:

I			II			III			
M	W	T	2K	2S	SK	3K	3S	2KS	2SK

IV					V			
4K	4S	3KS	3SK	2K2S	5K	4K1S	3K2S	4K2S

Dla ułatwienia objęcia wzoru krwi jednym rzutem oka ułożył Arneth również tablicę graficzną. Zaznaczyć należy, iż grupa T stanowi granicę postaci jądra, jakie we krwi zdrowych dorosłych osób spotykamy; grupy W i M w warunkach prawidłowych we krwi się nie pojawiają.

Badania Arnetha, wykonane na całym szeregu przypadków rozmaitych chorób zakaźnych, stwierdziły dalej, iż prawie we wszystkich zakaźnych chorobach wyżej przytoczony prawidłowy odsetkowy stosunek ulega pewnym, równie i prawidłowym zmianom, a mianowicie stopniowemu znikaniu z obrazu krwi postaci, należących do grup najwyższych, t. j. najbardziej złożonych, a zwiększaniu się ilości ciałek, zawartych w grupach niższych, prostszych. Trzymając się zatem przytoczonego wzoru, cały obraz neutrofilny krwi przesuwa się ku lewej stronie. Co więcej w dalej posuniętych zmianach krwi występują postacie, jakich we krwi prawidłowej nie spotykaliśmy, mianowicie grupy W, a wreszcie M. Z ustąpieniem sprawy chorobowej stosunki we krwi wracają znowu stopniowo do stanu prawidłowego, odbywa się to jednak bardzo powoli; sprawa ta przekracza zwykle okres czasu, uważany klinicznie za okres zdrowienia. Stopień, jakoteż typ zmian tych, spotykanych we krwi, jest podług badań Arnetha w różnych chorobach rozmaity, tak, że w jednej i tej samej postaci chorobowej mogą występować różnice, zależne od ciężkości danego przypadku. Także i mechanizm powrotu do stanu prawidłowego jest zdaniem Arnetha rozmaity.

Ilość ciałek, mieszczących się w grupie I, wynosząca w stosunkach prawidłowych mniej więcej 5%, może zwiększyć się do 20, 40, a nawet więcej %. Wyjątkowo jednak zawiera grupa ta więcej niż połowę wszystkich komórek. Pomnożenie się grupy I mieści się przeważnie w klasie T; klasa W jest u dorosłych w badaniach Arnetha nawet przy ciężkich zaburzeniach obrazu zawsze nieliczna, zaś co do klasy M, to jedynie w rzadkich przypadkach spotykamy odosobnione egzemplarze tej grupy. Co do dalszych klas, to zwykle występuje znaczne pomnożenie klasy II kosztem następnych, które jednak jedynie bardzo rzadko zupełnie znikają.

Niezmiernie zajmujące te spostrzeżenia tłómaczy Arneth w następujący sposób: Ilość części, z jakich składa się jądro, jest wyrazem okresu rozwoju, w jakim znajduje się komórka neutrofilna w tem znaczeniu, iż najmłodsze postacie mają jedno jądro, zaś w miarę dojrzewania ciałka jądro to dzieli się stopniowo na coraz więcej członów. Z postaci o jednem jądrze najmłodszą jest grupa M, starszą W, najstarszą T. Krew prawidłowa zawiera pewną ilość komórek w każdym okresie rozwoju, jeżeli jednak, — jak to bywa np. w chorobach zakaźnych, — jakiś szkodliwy czynnik wtargnie do ustroju, wówczas wywołuje on masowy rozpad i zniszczenie dojrzałych postaci ciałek białych. Następstwem, a mówiąc teleologicznie, celem śmierci tych ciałek jest dostarczenie ustrojowi potrzebnej ilości substancyi ochronnych, niweczników, które Arneth, zgodnie z teoryą Miecznikowa uważa za produkt rozpadu ciałek białych; sprawa ta jest zatem wyrazem samoobrony ustroju. W miejsce postaci dojrzałych, które giną, dostaje się ze szpiku kostnego do krwi coraz więcej postaci młodych: te z kolei giną również pod wpływem krążących we krwi jadów, zanim przejdą wszystkie etapy prawidłowego rozwoju, t. zn. zanim ich jądro podzieli się na kilka odrębnych członów. Postaci tych pojawia się tem więcej i w tem młodszym wieku, im silniej ustrój został zaatakowany, im walka silniejsza. Sprawę tę możnaby porównać z poborem rekruta w czasie wojny: im więcej ginie regularnych żołnierzy, tem więcej musi państwo powoływać młodzieży na plac boju, aby nią wypełniać zdziesiątkowane kadry, a nawet zstępować do wieku niemal chłopięcego, któremu w naszym obrazie odpowiadają grupy M i W. Jeżeli armia leukocytów zwycięży, stosunki powracają zwolna do stanu prawidłowego.

Spostrzeżenia Arnetha i wnioski, jakie z nich wysnuwa, obalają poniekąd, a w każdym razie osłabiają bardzo kliniczne znaczenie przypisywane obecnie objawowi leukocytozy, gdyż przy prawidłowej lub zmniejszonej ilości ciałek krew może również przedstawiać obraz zmian bardzo ciężkich, a naodwrót pomimo znacznej leukocytozy zmiany jakościowe w neutrofilnym obrazie mogą być niewielkie. Neutrofilny obraz krwi i jego zmiany są zdaniem Arnetha głębszym, dokładniejszym i prawdziwszym wyrazem stopnia zaatakowania i odczynu ustroju, niż zwiększenie się ogólnej ilości ciałek białych. Dlatego też wprowadza Arneth pojęcie izo- i anizocytozy według tego, czy obraz neutrofilny krwi jest zmieniony, czy nie. Mamy zatem izonormocytozę i anizonormocytozę; izo- i anizohyperleukocytozę; izo- i anizohypoleukocytozę.

Podanej przez siebie metodzie badania rokuje Arneth wielkie tak teoretyczne, jak i praktyczne znaczenie. Co do praktycznego zastosowania sądzi Arneth, iż stanowić ona będzie ważny czynnik rozpoznawczy, a zwłaszcza przepowiedni (prognostyczny); przyczyni się również może do ugrupowania i klasyfikacyi rozmaitych postaci chorobowych. W kierunku teoretycznym wysnuwa z niej Arneth wiele, bardzo daleko idących wniosków, tyczących się głównie mechanizmu nabytej odporności. Szczegółowe omawianie tych wniosków, które sam autor w dzisiejszym stanie swych badań uważa jeszcze tylko za śmiałe przypuszczenia, doprowadziłoby nas tutaj zbyt daleko; stwierdzę tylko, iż myśl podjęta przez Arnetha, otwiera hematologii klinicznej nowe i szerokie pole do badań, na którem nauka ta spodziewać się może w przyszłości niejednego owocu. Dotychczas metodę badania Arnetha zastosowali na materyale kilkudziesięciu przypadków Flesch i Schossberger[2]); autorowie ci potwierdzają w ogólnym zarysie prawidła rozwoju krwinek, spostrzeganego przez Arnetha, natomiast zajmują stanowisko sceptyczne wobec szczegółowych wywodów tego

[2]) Flesch i Schossberger. Die Veränderungen des „neutrophilen Blutbildes“ bei Infectionskrankheiten. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1905, Nr 3).

autora i wysnutych z nich wniosków. Omawiał również tę metodę badania Hillera[3]), którego wystąpienie dało powód do dość żywej polemiki[4]). Zanim zostanie z czasem rozstrzygnięte, co z metody badania, podanej przez Arnetha pozostanie jako trwała zdobycz nauki, a co odpadnie jako zbyteczny jej balast, wskazanem jest na razie ścisłe i wielostronne rozpatrzenie samej zasady, na której Arneth opiera swoje tak nowe, a pod niejednym względem rewolucyjne poglądy. Przyczynienie się do tego zadania jest celem niniejszych spostrzeżeń i nastręczających się przy nich uwag.

Badaniami nad morfologią neutrofilnych ciałek białych zajmowałem się już poprzednio, a jakkolwiek ówczesne poszukiwania moje dotyczyły przedewszystkiem ciałek szpiku kostnego, to jednak grupa ta pozostaje w tak ścisłym związku z innemi grupami komórek o ziarninie neutrofilnej, iż z własnościami postaciowemi tych komórek miałem sposobność się zapoznać. Już wówczas niejednokrotnie dała mi się uczuć sztuczność i niedostateczność obowiązującego do ostatniego czasu podziału neutrofilnych ciałek białych; dlatego też, kiedy ukazała się praca Arnetha, z wielkiem zajęciem zapoznałem się z jego nową, a tak pomysłową metodą badania. Jak poprzednio tak i w obecnych poszukiwaniach zwróciłem główną uwagę na wiek niemowlęcy, a to dla kilku powodów:

Po pierwsze poprzednie badania przekonały mnie, iż krwi niemowlęcej należy się zupełnie odrębne miejsce pod każdym względem, a najbardziej tam, gdzie chodzi o własności postaciowe ciałek białych. Ponieważ Arneth w pracach swoich uwzględniał jedynie krew dorosłych, zaś Flesch i Schossberger opracowali w tym kierunku krew dzieci, lecz tylko starszych, która jest od niemowlęcej prawie tak różną, jak krew osób dorosłych, — zatem wiek niemowlęcy wymagał w tym kierunku oddzielnego opracowania.

Powtóre tam, gdzie chodzi o badanie postaciowych własności ciałek białych, tam nie można chyba znaleźć lepszego i bardziej pouczającego pola do badania, jak we krwi niemowlęcej. Ogromna wrażliwość ustroju niemowlęcia na wszystkie bodźce zewnętrzne, jakoteż żywotność jego narządów krwiotwórczych sprawiają, iż spotykamy tu we krwi skalę wahania każdego odczynu znacznie szerszą. Mamy tu ogromne bogactwo postaci, przedstawiających niejako wszystkie stopnie rozwoju białych komórek krwi i możemy studyować wszystkie tego rozwoju prawidła i odcienia. Zmiany w obrazie krwi tak znaczne i tak zajmujące, jakich u dorosłego zaledwo w ciężkich chorobach krwi szukaćbyśmy musieli, są u niemowląt w rozmaitych stanach chorobowych częstem, niemal pospolitem zjawiskiem.

A wreszcie, jeżeli mamy śledzić związek i oddziaływanie ustroju na rozmaite sprawy zakaźne, jeżeli mamy szukać we własnościach postaciowych ciałek białych punktów oparcia, mogących rozświetlić ważne, a tajemnicze zagadnienia, tyczące się mechanizmu nabytej odporności, to również nie możemy znaleźć odpowiedniejszego pola, niż ustrój niemowlęcia, stanowiący dziewiczy teren, na którym wszystkie te związki rozgrywają się niejako *in statu nascendi*.

[3]) Hiller. Beiträge zur Morphologie der neutrophilen Leukocyten und ihrer klinischen Bedeutung. (Folia Haematologica, 1905, Nr 2).

[4]) Pappenheim. Einige Bemerkungen zu vorstehendem Artikel (ib d.). — Arneth. Entgegnung zu dem Artikel von E. Hiller (ibid. Nr 3).

Materyał, na którym opiera się niniejsza praca, obejmuje około 100 przypadków, w znacznej części zaś mogłem uwzględnić materyał, opracowany przy dawniejszych badaniach, liczący około 180 przypadków. Badałem mianowicie: a) krew osobników dorosłych, zdrowych; b) krew dzieci w rozmaitym wieku zdrowych, jakoteż w rozmaitych stanach chorobowych; c) krew zdrowych i chorych niemowląt.

Na wstępie muszę kilka słów poświęcić samej technice tego sposobu badania, która tutaj ma wielkie znaczenie, zwłaszcza sposób barwienia. Arneth tworząc zasady swojej metody badania, posługiwał się wyłącznie trójbarwikiem kwaśnym *(triacid)* Ehrlicha, jako swoistym barwikiem do neutrofilnej ziarniny, która zdaniem tego autora przy innych sposobach barwienia nie da się z całą pewnością wyróżnić. Że przy barwieniu trójbarwikiem wiele delikatnych mostków i nitek (t. zw. nitek chromatynowych) uchodzi niepostrzeżenie, to uważa Arneth raczej za zaletę, niż za wadę tego sposobu barwienia, gdyż dzięki temu „obrazowe przedstawienie tych stosunków niezmiernie jest ułatwione i bardziej wpada w oczy“. Przeciwko użyciu trójbarwika Ehrlicha do tych badań wystąpili zarówno Flesch i Schossberger, jak i Hiller, twierdząc nie bez słuszności, iż metoda, opierająca się na własnościach postaciowych jądra, musi bezwarunkowo posługiwać się takimi sposobami barwienia, przy których jądro to wyraźnie i plastycznie występuje; natomiast przy barwieniu trójbarwikiem kwaśnym jądra wychodzą bardzo blado i zarysy ich nieraz gubią się wśród dobrze barwiącej się, gęstej ziarniny. (C. d. n.)

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O dodatkowych skurczach serca i ich znaczeniu klinicznem.

Ustęp z wykładów dyagnostyki klinicznej.

Podał

Prof. Dr. Ludomił Korczyński.

(Dokończenie.)

Poznawszy istotne cechy skurczów dodatkowych i najważniejsze zmiany w tętnie, jakie powstają skutkiem fal dodatkowych, pójść trzeba o krok dalej i zapytać się, mając na względzie praktyczne zadania lekarza, u jakich chorych pojawiają się te skurcze, jakie ich znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne. Odpowiedź prosta, którąby nam o tem mówiła zupełnie jasno i stanowczo, nie jest jeszcze niestety możliwa. Nie mamy jej przedewszystkiem dlatego, że dotychczas nie znamy istotnego źródła podniet dodatkowych, nie wiemy, czy wystarczają one same przez się do wywarcia skutku, czy potrzebne są do tego pewne zmiany właściwości mięśnia sercowego, przedewszystkiem wzmożenie jego wrażliwości, a dalej i dlatego, że pojawianie się skurczów dodatkowych nie jest skrępowane żadnemi zasadami, albo mówiąc otwarcie, że zasad tych nie znamy. Poznać to wszystko będzie zadaniem dalszych badań klinicznych i doświadczeń, wykonywanych na zwierzętach. Ale mimo wielu i ważnych nieobjaśnionych szczegółów wiemy już tyle, aby módz orzec, że skurcze dodatkowe posiadają, jeśli niebezpośrednie, to w każdym razie pośrednie znaczenie kliniczne.

Wenckebach, o którym wspominaliśmy już kilka razy w poprzednich ustępach, dzieli wszystkie spostrzeżenia ze skurczami dodatkowymi na cztery główne grupy.

W grupie pierwszej mieszczą się takie przypadki, w których mimo najskrzętniejszego badania nie można wykryć przyczyny skurczów niezwykłych. Zjawianie się ich położyć trzeba na karb nadmiernej wrażliwości i pobudliwości serca, zresztą prawie zawsze przemijającej. Spotkać się z nią można nawet u podrostków, częściej wszakże występuje u osób bardzo jeszcze młodych, jako następstwo różnorodnych wpływów psychicznych, które wrażliwy młody ustrój odczuwa bez porównania silniej, aniżeli ustrój nieco starszy, więcej zahartowany, odporniejszy. Zwłaszcza w gronie studentów medycyny i bardzo młodych lekarzy, u pierwszych w okresie wytężającej pracy umysłowej przed egzaminami, u drugich w początkach specyalnych studyów lekarskich, przydarzają się przypadki tego typu skurczów dodatkowych, który polega na wygórowanej, czasem wprost już chorobliwej wrażliwości ustroju. Z chwilą, gdy psychiczna przyczyna nadmiernej wrażliwości ustąpi, gdy ustrój wzmocni się, wrażliwość stępi, znikają nieprawidłowe ruchy serca. Jeżeli wszakże wrażliwość wyradza się w osłabienie nerwowe — neurastenię, wtedy skurcze dodatkowe powtarzają się stale od czasu do czasu za najbłahszą nawet przyczyną i trzeba na to osobnego leczenia, aby je usunąć zupełnie.

Do drugiej grupy należą przypadki, w których przyczyny skurczów niezwykłych upatrywać należy albo w odruchowem wzmożeniu pobudliwości serca, zależnem od chorób innych narządów, albo też w zjawianiu się niezwykłych podniet dodatkowych, stworzonych przez zatrucie ustroju.

Skurcze dodatkowe „odruchowe" przydarzają się najczęściej u osób z nieprawidłowym narządem pokarmowym. Stały niedowład jelit, zaparcie stolca, nieżyt jelit, obecność czerwi w kiszkach, rozszerzenie żołądka i nieprawidłowe kiśnienie treści żołądkowej, a nawet zwykłe przeładowanie żołądka, — oto szereg przyczyn, wzniecających pośrednio skurcze dodatkowe.

U kobiet powstają przemijające niezwykłe skurcze skutkiem chorób narządu rodnego, niekiedy tylko podczas miesiączkowania.

Oceniając te i tym podobne przyczyny z etyologicznego punktu widzenia, podnieść można zawsze pewne wątpliwości co do istoty wpływu szkodliwego, zawahać się przed stanowczem rozstrzygnięciem, czy przyczyna skurczów dodatkowych leży rzeczywiście w odruchowem podrażnieniu serca, a nie pochodzi z działania chemicznego, ściślej biorąc toksycznego pewnych połączeń, wytwarzanych w chorych narządach. W narządzie pokarmowym wytwarzają się niewątpliwie ciała trujące, a więc tem samem liczyć się trzeba z ich możliwym wpływem także na serce.

Jaśniejszy jest natomiast związek przyczynowy między skurczami dodatkowymi a zatruciem w przypadkach chorób zakaźnych. Szczególnie niektóre z nich mają w tym kierunku ustalone stanowisko. Należą do nich błonica, płonica, grypa, gościec stawowy, dalej dur brzuszny, zapalenie płuc i t. d. W toku każdej z tych chorób powstawać mogą cięższe zmiany serca, niekiedy z trwałemi następstwami, ale niewątpliwie częściej zjawiają się, zwłaszcza w okresie zdrowienia, zmiany czynnościowe, jak je według współczesnych zapatrywań nauki określamy, a wśród nich także skurcze dodatkowe.

Za następstwa zatrucia uważamy te skurcze w przebiegu mocznicy, śpiączki cukrzycowej *(coma diabeticum)* po nadużywaniu tytoniu, kawy, herbaty, napojów wyskokowych i t. d.

Grupa trzecia obejmuje spostrzeżenia skurczów dodatkowych u osób, okazujących pewne zmiany w krążeniu posiadających wszakże zdrowe serce. Bez wielkiej przesady powiedzieć można, że po największej części chodzi tu o chorych z wygórowanem parciem tętniczem, zależnem od miażdżycy tętnic, przytem wogóle wrażliwych tą wrażliwością, która cechuje ludzi starszych, nieznoszących sprzeciwiania się ich zdaniom i zapatrywaniom. Dostarczają oni bardzo znacznego zastępu przypadków ze skurczami dodatkowymi, pojawiającymi się od czasu do czasu w najrozmaitszych postaciach za lada przyczyną fizyczną lub psychiczną.

W ostatniej, czwartej z rzędu grupie pomieścić można wszystkie spostrzeżenia skurczów dodatkowych, przydarzających się u tych chorych, u których istnieją niewątpliwe objawy choroby serca. Jakiego rodzaju ta choroba, to jest do pewnego stopnia obojętne. Może nią być zarówno wada zastawkowa, jak przewlekłe zapalenie lub zwyrodnienie mięśnia sercowego, czasowe znużenie i wyczerpanie, a nawet zapalenie lub zrosty osierdzia. Ale w każdym razie nie można tego uważać za przypadkowy zbieg okoliczności, że szczególnie często przydarzają się skurcze dodatkowe w niektórych przypadkach wad zastawkowych w ujściu żylnem lewem, zwłaszcza, jeśli istnieją objawy zwężenia tego ujścia. Drugie dopiero miejsce zajmują przypadki zwyrodnienia serca, wśród nich te, gdzie z większem lub mniejszem prawdopodobieństwem rozpoznawać trzeba miażdżycę tętnic wieńcowych.

Tak przedstawia się w najogólniejszym zarysie zastęp przypadków, w których spostrzegamy w klinice skurcze dodatkowe. Ta wielka mnogość różnorodnych spraw zdawałaby się przemawiać za tem, że zjawisko skurczów nie może mieć większego klinicznego znaczenia, że nie można z niego korzystać celem wysnuwania stanowczych wniosków o istocie zboczeń i o przebiegu choroby. Słuszne to tylko do pewnego stopnia i dopóty, dopóki wiadomości nasze o skurczach dodatkowych, wiadomości kliniczne, nie pogłębią się należycie. Trzeba przedewszystkiem pamiętać, że nie wszystkie skurcze są jednego pochodzenia. Jedne z nich rozpoczynają się w ścianach komór, drugie biorą początek w ścianach przedsionków, inne wreszcie w najbliższem sąsiedztwie zatok żylnych, lub w samych zatokach. Różnym jest wobec tego mechanizm skurczu, przebieg i następstwa, a nawet, jak się zdaje, i uczucie podmiotowe chorych. O ile w przyszłości powiedzie się wniknąć głębiej w te szczegóły, nabierze zapewne i roztrząsanie owych skurczów w danych przypadkach innego znaczenia, aniżeli dzisiejsze. Ale i obecnie zastanawiać się nad niem można krytycznie z punktu widzenia praktycznego. Już ta okoliczność, że skurcze dodatkowe przedsionkowe powstają szczególnie często w toku chorób serca, polegających na zmianach anatomicznych w ujściu żylnem lewem, nadaje im do pewnego stopnia odrębne znaczenie. Nie można także pomijać milczeniem spostrzeżeń Wenckebacha, według których pojawianie się skurczów dodatkowych w toku zapalenia płuc, przed przełamaniem się

choroby, nadaje chorobie piętno ciężkiego zakażenia i zmusza do tem większej oględności w rokowaniu. Skąpy to zakres co prawda, w każdym jednak razie nadaje zjawisku poniekąd szczegółowe znaczenie. Ale także jako zjawisko, pojęte ogólnie, nie są skurcze dodatkowe zupełnie obojętne. Roztrząsając najważniejsze postacie tętna, powstające skutkiem skurczów dodatkowych, widzimy, że bywają one mniej lub więcej podobne do postaci, zależnych od zboczeń w ruchach serca, związanych ściśle z głębszemi zmianami mięśnia sercowego. Znaczenie tych drugich jest niewątpliwie bardzo poważne i zmusza do ścisłej rozwagi i ostrożności. Natomiast niemiarowość tętna, wynikającą z prostego zamącenia rytmu przez skurcze dodatkowe, uważamy za objaw wcale nie groźny. Odróżnienie przyczyny niemiarowości jest wobec tego rzeczą nader ważną, a umiejętność pewnego rozróżniania skurczów dodatkowych ma tu właśnie pierwszorzędne znaczenie. „Nie jest rzeczą obojętną, — mówi, wyrażając obrazowo, Wenckebach —, czy ktoś potyka się na drodze dlatego, że droga jest nierówna, pełna wybojów, czy też dlatego, że chód jego jest niezborny, albo wprost porażny“. Utykanie skutkiem nierówności gruntu, to porównanie ze zmąceniem rytmu skutkiem podniety i skurczów dodatkowych; utykanie skutkiem niedowładu kończyn dolnych uzmysławia znów niemiarowość, zależną od głębszych zmian w mięśniu sercowym. Porównanie proste, ale bardzo dosadne.

Takie postawienie sprawy przez zasłużonego badacza niemiarowości i dobrego jej znawcę wystarczyć powinno, aby uzasadnić potrzebę dokładnego śledzenia i poznawania przyczyn niemiarowości tętna, wśród których podniety dodatkowe tak częstą i wybitną grają rolę, w każdym przypadku, gdzie ona występuje, zwłaszcza zaś w każdym przypadku choroby serca, wystarczy, aby od klinicysty żądać w zakresie rozpoznawania chorób narządu krążenia dokładnej znajomości i umiejętnego oceniania tych przyczyn.

Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu.

Napisał

Dr Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy).

Krwotoki z miejsca łożyskowego przy mechanizmie Dunkana w trzecim okresie porodu.

Łożysko rodzi się przy mechanizmie Dunkana wtedy, jeżeli z jakichkolwiek powodów popłód zawcześnie się odklei od okolicy pierścienia skurczowego, wskutek czego dolny brzeg łożyska traci punkt oparcia dla dokonania się wynicowania popłodu. Dla krwi, wylewającej się z miejsca łożyskowego, jest droga na zewnątrz otwarta, tak, iż stałym objawem mechanizmu Dunkana jest krwotok zewnętrzny.

Szczegóły, dotyczące etyologii, przebiegu klinicznego i działania czynników, odklejających i wydalających popłód w tym mechanizmie, przedstawiłem dawniej w rozprawkach p. t.: „Kliniczny przebieg trzeciego okresu“ i „Teorya mechanizmu trzeciego okresu“. („Przegl. lekarski“ r. 1903). Tu omówić pragnę dokładniej krwawienia, zdarzające się w tym mechanizmie, ze szczególniejszem uwzględnieniem przyczyn krwawień chorobowych, oraz postępowanie dyetetyczno-lecznicze przy krwawieniach w mechanizmie Dunkana.

Czy każdy przypadek trzeciego okresu, przebiegający w mechanizmie Dunkuna należy uważać za chorobowy? Oto pierwsze zasadnicze pytanie, które przedewszystkiem roztrząsnąć należy.

Przy rozbiorze sposobów działania czynników, odklejających i wydalających popłód w mechanizmie Dunkana, zwracałem już dawniej uwagę, że działanie jednego z tych czynników, t. j. krwiaka, jest upośledzone, albowiem o tyle tylko krwiak przyczynia się do odklejania popłodu, o ile jest, głównie w czasie skurczu macicy, uwięziony powyżej pierścienia skurczowego. Z chwilą, gdy krew wydostanie się do dolnego odcinka, a przez ujście zewnętrzne macicy do pochwy i na zewnątrz, działanie jej, odklejające popłód, kończy się, krew ta idzie przeważnie na marne.

Niemniej atoli kliniczne spostrzeganie większej liczby mechanizmów Dunkana stwierdza, że reszta czynników mechanizmu może zastąpić działanie upośledzone krwiaka, i byle sprawność ich była dostateczną, poród łożyska z jamy trzonu szybko się odbywa do dolnego odcinka, a stąd do pochwy i na zewnątrz, a również i odklejenie się popłodu jest zupełnie dokładne. W pierwszej linii koniecznem jest sprawne działanie mechanizmu ściągania się macicy, a dalej skurczów mięśnia i parcie niewiasty. Również znaczną odgrywa rolę okoliczność, czy spójność doczesnej na rozdarcie nie jest chorobowo wzmożona, a czy miąższ łożyska jest mniej lub więcej podatny do fałdowania się i przystosowywania się do zmniejszającej się powierzchni miejsca łożyskowego. Naodwrót: jeżeli do upośledzonej działalności krwiaka dołączą się wady w działalności innych wyżej wymienionych czynników, dojść musi do tego rodzaju zaburzeń w przebiegu trzeciego okresu, które, pozostawione bez pomocy, zagrażają poważnie zdrowiu, a więc: mniej lub więcej wybitne przewlekanie się poszczególnych faz porodu popłodu, powikłane mniej lub więcej groźnymi krwotokami zewnętrznymi.

A zatem nie każdy przypadek trzeciego okresu, przebiegający w mechanizmie Dunkana, należy uważać za chorobowy. Jedynie każdy przypadek mechanizmu Dunkana wolno uważać za mniej korzystny mechanizm od prawidłowego lub Schulzego, t. zn. taki, który łatwiej może przejść w chorobowy, albowiem w razie zaburzenia w działalności jeszcze jednego czynnika mechanizmu, samopomoc ustroju jest trudniejszą, niż przy mechanizmie prawidłowym, łatwiej powstaje „błędne koło“.

Trzeci okres porodu, przebiegający w mechanizmie Dunkana, pozostawiony siłom natury, wszystko jedno, czy przy porodzie płodów donoszonych, czy niedonoszonych czy przy poronieniach jedno- i dwuczasowych, przebiedz może zupełnie bez szkody dla zdrowia matki, bez upośledzenia dalszych czynności narządów płciowych matki — osiągając w sposób idealny cel, t. j. fizyologiczne odłuszczenie popłodu i całkowite wydalenie tegoż na zewnątrz bez większych strat krwi, jak w mechanizmie normalnym. Oto pierwsza prawda, którą stwierdza codzienne doświadczenie kliniczne — czyli: „mechanizm Dunkana jako taki należy uważać za fizyologiczny“.

Jeżeli tak, to krwotoki zewnętrzne przy mechanizmie Dunkana o przebiegu fizyologicznym, wymagałyby nadzoru, ale nie wymagałyby żadnego leczenia. I istotnie: doświadczenie kliniczne stwierdza, że w przypadkach fizyologicznych mechanizmu Dunkana krwawienie zewnętrzne nie dochodzi do znaczniejszych rozmiarów. Krwawienie to trwać powinno dopóty, dopóki łożysko wysuwa się z jamy trzonu do dolnego odcinka, dopiero bowiem wtedy ściany trzonu macicy mogą pod wpływem stanów skurczowych mięśnia ściągnąć się do ostateczności — w warunkach fizyologicznych ściągnięcie „ustalone“ — tak, iż z miejsca łożyskowego sączy się zaledwie tyle krwi, co w pierwszej godzinie fizyologicznego połogu. Wydalony poniżej pierścienia skurczowego popłód, zalegając dolny odcinek, szyję i górną część pochwy, tworzy niejako tampon fizyologiczny, poza którym gromadzi się ta mała ilość obecnie sączącej się krwi. Krew

ta po części krzepnie, w części się zwolna wysącza na zewnątrz. Mając na pamięci, że kobieta bezkarnie stracić może w trzecim okresie przeszło pół litra krwi — a tracić powinna krwi wagi $^1/_7$ części ciężaru dziecka — nie powinniśmy się przestraszać umiarkowanem sączeniem się krwi matki — jeżeli widzimy, że reszta czynników mechanizmu należycie działa.

Jeżeli więc bezpośrednio po porodzie dziecka znajdziemy trzon macicy oporny i dobrze ściągnięty, a po ustaniu tężca stwierdzimy, że macica nie traci swej zbitości, a badając dokładniej zauważymy, że bole okresowe występują w prawidłowych odstępach czasu i są silne, możemy być spokojni, że znaczniejszego krwawienia nie będzie, a jeżeli przeczekamy następny kwadrans lub pół godziny, t. j. czas przedostawania się łożyska do dolnego odcinka, z pewnością doczekamy się prawie zupełnego ustania krwawienia. Skoro niema już krwawienia, wszelkie niebezpieczeństwo minęło i byłoby błędem niczem nieusprawiedliwionym wkraczać z niepotrzebną pomocą.

Mimo to nie powiem, aby postępowanie ściśle zachowawcze w przypadkach mechanizmu Dunkana było równie łatwem zadaniem dla lekarza, jak w mechanizmie prawidłowym. Wymaga ono od niego przedewszystkiem zimnej krwi wobec niepokojącego dla otoczenia objawu, t. j. krwawienia zewnętrznego, dalej dokładnej znajomości przebiegu fizyologicznego tegoż mechanizmu, oraz przyczyn jego, wreszcie dużo szybkiej oryentacyi dla łatwego rozpoznania źródła krwawienia.

W razie krwotoku po porodzie dziecka trzeba szybko rozstrzygnąć, czy przyczyną jego jest zranienie części płciowych niewiasty, czy też pierwsza faza mechanizmu Dunkana.

Jeżeli krwawienie pojawia się dopiero w chwilę po porodzie płodu, możemy wyłączyć krwotok ze zranienia części płciowych. Przypadki te są przejściowymi między mechanizmem prawidłowym a Dunkana. Tu krwotok zrazu bardzo gwałtowny, bo poprostu naraz wylewa się krwiak pozałożyskowy, szybko zmniejsza się do granic zwykłych, albo nawet prawie zupełnie ustaje. W dalszym przebiegu poród popłodu albo następuje w typowym mechanizmie Dunkana, albo też nawet w zwykłym mechanizmie prawidłowym, zależnie od tego, czy dolny brzeg łożyska może się swobodnie na dół obsuwać, czy też wisi jeszcze na błonach, przymocowanych do okolicy pierścienia skurczowego, częściowo już odklejonych, tak, iż wynicowanie popłodu może nastąpić.

W razie bezpośredniego krwawienia tuż po porodzie płodu, należy przedewszystkiem oglądnąć okolicę łechtaczki, międzykrocze i ścianę pochwy. Jeżeli te części są nienaruszone, a nie było uprzednio szczególniejszych danych, któreby upoważniały do obawy, iż szyja macicy została naddarta, tak, iż silnie krwawi, należy przypuścić możliwość porodu popłodu w mechanizmie Dunkana. Rozpoznanie to będzie, mojem zdaniem, tem pewniejsze, jeżeli już w czasie porodu płodu, spostrzeżemy objawy, zapowiadające z góry mechanizm Dunkana w trzecim okresie, jako to: krwawienie w ciągu porodu płodu, występujące choćby tylko w ostatnich chwilach drugiego okresu. Mechanizm Dunkana jest regułą przy poronieniach dwuczasowych, a bardzo częstym przy porodach przedwczesnych i przy ciążach mnogich.

W przypadkach wątpliwych, t. zn. gdzie nie można wyłączyć zranienia szyi, bo albo dokonaliśmy obrotu przy niezupełnie rozwartem ujściu macicy, tak iż rękę do macicy trzeba było z trudnością przeprowadzać, albo też, co gorsza, zmuszeni byliśmy wykonać czy to ręczne, czy kleszczowe wydobycie płodu dla ratowania jego życia, nie wyczekawszy całkowitego rozwarcia się macicy, należy bądź co bądź jakiś czas wstrzymać się od zabiegów, jeżeli krwotok nie jest zbyt gwałtowny; często bowiem przebieg dalszy wskazuje, iż istotnie chodziło tylko o pierwszą fazę mechanizmu Dunkana, albowiem krwawienie szybko ustaje. Jedynie gwałtowniejszy krwotok przy dobrze ściągniętej macicy, wprost nakazuje nam przypuścić krwawienie z szyi, zwłaszcza, jeżeli uprzednio był powód ku temu.

Jakże więc zachować się mamy, rozpoznawszy fizyologiczny mechanizm Dunkana? W pierwszej fazie mechanizmu należy stale trzymać dłoń na dnie macicy, aby każdej chwili dokładnie znać jakość ściągnięcia się macicy i jej kurczliwość. Pod kobietę należy podstawić talerz i zbierać skrupulatnie krew odpływającą i ilość jej wymierzać od czasu do czasu. Przyjmując, że kobieta traci prawidłowo krwi $^1/_7$ ciężaru dziecka, t. j. około dwóch szklanek zwykłych, możemy tak długo czekać, dopóki około tej ilości krwi się nie zbierze na talerzu. Dopiero potem trzeba poważnie pomyśleć o ukończeniu pierwszej fazy mechanizmu. Wobec tego, że w fizyologicznych warunkach krwawienie jest w mechanizmie Dunkana skąpe, zazwyczaj zanim się dwie szklanki krwi uzbiera, upłynie co najmniej pół godziny, albo i więcej. Obecnie: w czasie skurczu okresowego potęgujemy miesieniem siłę skurczu i wykonujemy lekkie wyciskanie, przez co, w warunkach zwykłych, z łatwością sprowadzamy łożysko do szpary sromowej, tak iż łożysko okiem możemy dostrzedz. Poród popłodu przez szparę sromową pozostawiamy siłom przyrody, oczekując na samoistny poród popłodu do $1^1/_2$ godziny i więcej. Im dłużej, tem lepiej, bo tem dokładniej odłuszczą się błony, a łożysko, będące w pochwie, tworzy tampon, poza którym gromadzi się krew; ta wraz z popłodem tworzy bodziec dla wywoływania stanu czynnego mięśnia macicy i odruchu parcia niewiasty.

A zatem: w pierwszej fazie mechanizmu Dunkana z zabiegów dozwolone jest jedynie: lekkie miesienie, i to najlepiej wykonywane w czasie samoistnego skurczu okresowego macicy. Wszelkie natomiast zgniatanie jamy trzonu, a co gorsza: forsowne wyciskanie przed upływem pół godziny, nietylko, że nie przyśpieszy wcale porodu popłodu do pochwy, ale go nawet może opóźnić, albowiem zabiegi te pożyteczną w mechanizmie część krwiaka, uwięzioną ponad pierścieniem skurczowym, zamieniają na drugą część krwiaka, niepożytecznie na zewnątrz się wylewającą. Zbytnia gorliwość może tu tylko zaszkodzić. Usiłując bowiem przez zgniecenie jamy macicy i forsowne wyciskanie czemprędzej skrócić przebieg trzeciego okresu, zanim się upewnimy, że łożysko nietylko opuściło jamę macicy, ale już znajduje się w dolnej części pochwy — możemy coprawda czasami wypędzić łożysko z macicy, ale przytem przerwiemy na pewno błony, a co gorsza jeszcze, możemy kawałek łożyska pozostawić w jamie trzonu. Oderwanie się błon, choćby tylko częściowe, jest już bardzo poważnem niepowodzeniem, a pozostawienie w macicy kawałka łożyska jest już powikłaniem, które w razie przeoczenia ze strony lekarza może położnica życiem przypłacić. Niewczesny pospiech zmusza w następstwie do całego szeregu niebezpiecznych zabiegów, jako to: odklejanie ręczne błon, wyskrobywanie macicy. Rewizya macicy, zwłaszcza w jakiś czas, nawet nie bardzo długi, po wydaleniu się popłodu przedsięwzięta, jest może cięższym technicznie zabiegiem, niż ręczne dobycie całego popłodu. Wyskrobywanie zaś macicy należy bez wątpienia do zabiegów poważnych.

Dalej: zanadto szybkie ukończenie trzeciego okresu, choćby nawet popłód idealnie się odkleił, niekorzystnie wpływa na pierwsze godziny połogu. Albowiem, bądź co bądź, potrzeba zawsze całej seryi bólów okresowych, aby macica dostatecznie się ściągła i trwale przybrała swą najmniejszą postać a krwawienie z miejsca łożyskowego trwale ustało. Wygniatając zawcześnie popłód z matki, pozbawiamy się dobrowolnie idealnego i pewnie aseptycznego tamponu, bądź co bądź, dzielnie wspierającego tamowanie odpływu krwi. A zatem spiesząc się z ukończeniem trzeciego okresu, często potem zmuszeni zato jesteśmy w połogu, do pilnego czuwania nad macicą, ba nawet do tamponady macicy, z powodu niepokojącego krwawienia połogowego.

Krótko mówiąc, postępowanie ile możności ściśle za-

chowawcze w przypadkach fizyologicznego mechanizmu Dunkana jest wskazane dla tych samych powodów, dla których zachowawczo postępujemy przy mechanizmie prawidłowym i Schulzego.

Przejdźmy do chorobowych krwotoków mechanizmu Dunkana.

Wyżej wspomniałem, że mechanizm Dunkana wtedy uważać należy za nieprawidłowy, jeżeli: 1) poród popłodu w tym mechanizmie z jamy trzonu do dolnego odcinka, a stąd do pochwy znacznie się przeciąga poza granice fizyologiczne, albo też 2) jeżeli porodowi popłodu towarzyszy bardzo gwałtowny krwotok. Przebieg przypadków ad 1) oraz leczenie ich omówię w drugiej części niniejszej pracy p. t.: „Zatrzymanie popłodu“, tu zaś tylko zastanowię się nad przypadkami ad 2) wymienionymi.

Powiedzmy z góry, że przyczyna znaczniejszych krwotoków, występujących w mechanizmie Dunkana, leży w wadzie ściągania się macicy, tak samo, jak przy krwotokach wewnętrznych w mechanizmie prawidłowym. W przypadkach fizyologicznych mechanizmu Dunkana dlatego nie ma znaczniejszego krwotoku, nawet w pierwszej fazie trzeciego okresu, bo ściągnięcie się trzonu jest wprawdzie „niezupełne“, z powodu obecności łożyska w jamie trzonu, ale jest „ustalone“, t. zn. jama trzonu macicy nie ma skłonności do rozwijania się, ale owszem, w miarę obsuwania się łożyska z jamy trzonu, ściąga się krok w krok coraz to więcej, aby wtedy, gdy łożysko znajdzie się całkowicie poniżej pierścienia skurczowego, osiągnąć najwyższy stopień ściągnięcia się, w dodatku ustalonego.

W przypadkach atoli, w których mechanizm zatrzaskowy ściągania się źle działa, t. zn. gdzie ściana macicy, z chwilą ustania stanu czynnego mięśnia, mniej lub więcej łatwo rozwijać się może, krwotoki bywają znaczne. Zachodzą tu te same dosłownie stosunki, jak przy krwotokach poporodowych. Popłód odgrywa tu tylko rolę nieszczelnego tamponu, nic więcej. Krwotok zatem powstać tu może tak w pierwszej, jak i w drugiej i trzeciej fazie trzeciego okresu. Rzecz prosta, że najgorsze są te przypadki, gdzie łożysko jest jeszcze w jamie trzonu macicy.

W pierwszej fazie trzeciego okresu — krew, wylewająca się z miejsca łożyskowego, ciśnie na ściany macicy, rozszerza je, i o ile nie wydostanie się zaraz na zewnątrz, gromadzi się za łożyskiem. Wobec wady ściągania się, rozciąga się coraz to więcej miejsce łożyskowe, tak iż z niego tem gwałtowniej może się krew wydobywać. O ile w mechanizmie prawidłowym zachodzi przynajmniej ta szczęśliwa okoliczność, iż krew, wlewając się poza wynicowujący się popłód, nie uchodzi na zewnątrz, ale w całości zostaje zużytą dla odklejenia popłodu i rozszerzenia kanału rodnego, które to rozciągnięcie stanowi bodziec energiczny dla wywoływania stanów kurczowych mięśnia macicy, oraz odruchu „parcia“ — to tu niestety przeszkody dla odpływu krwi na zewnątrz nie ma, bo tamponada fizyologiczna zapomocą popłodu nie jest szczelną. Zwiększony krwiak nietylko nie wynagradza upośledzonego działania ważnego czynnika, odklejającego popłód, t. j. ściągania się macicy, ale wprost w znacznej części marnuje się, albowiem parcie niewiasty i bole okresowe, choćby nawet wystąpiły z większą siłą, w pierwszej linii usuwają skrzepy krwi. Kobieta więc bezużytecznie zapada na silną niedokrwistość, a ta, wywołując omdlenia, mojem zdaniem, obniża pobudliwość mięśnia macicy, tak iż w dodatku stany skurczowe zaczynają niedopisywać, a i parcie ustawać musi. Wobec zaś upośledzenia wszystkich najważniejszych czynników, odklejających i wydalających popłód, musi się pierwsza faza trzeciego okresu przewlekać, choćby nawet popłód wcale patologicznie silniej nie był przyczepiony, a tem bardziej się to stanie, jeżeli istotnie są zmiany bliznowate w doczesnej.

Krótko mówiąc, tworzy się typowe „błędne koło“, sprowadzające przebieg mechanizmu na bezdroża. Przyjść może do przypadków tak groźnych, że bez pomocy lekarskiej w kilka minut kobieta może zostać bez tętna.

Na szczęście, stopnie wady w ściąganiu się, jak na początku niniejszego artykułu przedstawiłem, są bardzo liczne, dzięki czemu i groza nieprawidłowego mechanizmu Dunkana jest rozmaita. Między fizyologicznym, a typowo nieprawidłowym mechanizmem Dunkana, między krwawieniami fizyologicznemi przy tym mechanizmie, a patologicznymi, jest dużo przypadków przejściowych, t. j. takich, gdzie wprawdzie pierwsza faza trzeciego okresu się przewleka — krwawienie w tej fazie jest znaczniejsze, ale przecież samoistnie poród popłodu do dolnego odcinka odbyć się może pierwej, zanim kobieta zginie z powodu nadmiernej utraty krwi.

Szczególnie wyśmienicie można śledzić przebieg najrozmaitszych form krwawień przy mechanizmie Dunkana, oraz szczegóły przebiegu mechanizmu samego, przy sposobności pomocy lekarskiej przy poronieniach dwuczasowych.

Otóż śledzenie kliniczne przebiegu poronień dwuczasowych, porodów przedwczesnych i porodów na czasie, poucza, że w mechanizmie Dunkana krwotok samoistnie ustaje bardzo często, jakkolwiek pierwsza faza tego mechanizmu się nie ukończyła. (Dok. nast.)

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Krieuitz. **O pojawianiu się krętków, rozmaitej postaci, w treści żołądka dotkniętego rakiem.** *(Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr 22). Krętki znajdowały się dosyć licznie, po 1—2 na każdem polu widzenia. Budowę miały nader delikatną, końce zaostrzone, a zresztą dokładniejszych szczegółów nie można było dostrzedz. Według rodzaju skrętów i barwienia się rozróżnia autor 3 gromady. Do pierwszej należące krętki, silniej od innych się barwiące i większe, miały po 3—5 skrętów głębokich, ale nieregularnych; grupa ta przypominała krętki załamujące światło *(Sp. refringens).* Druga grupa więcej była zbliżona do krętka bladego, a to dzięki delikatności budowy, trudnemu barwieniu i regularnym, jednak głębokim i stromym skrętom. Trzeci wreszcie typ, najmniej jednorodny, odznaczał się małą liczbą (1—2) i to słabych skrętów, jakoteż łukowato wygiętą osią ciała; barwił się dość łatwo. Do barwienia posługiwał się autor boraksem metylenowym, albo barwikiem Giemsy. *Oszacki.*

Fröscher. **O sztucznem hodowaniu „niewidzialnego“ drobnoustroju z krowianki.** *(Centralbl. f. Bakt.* etc., Bd. XL, H. 3, 1906). Autor usiłował dostrzedz zarazki ospy pod drobnowidem i hodować je. Ponieważ zarazek ten nie daje się przesączać przez zwykle używane sączki, więc niewidzialność jego nie jest skutkiem jego małości, ale prawdopodobniej silnego załamywania światła przez jego protoplazmę. Limfę z krosty ospowej osadził autor w wirówce i stwierdziwszy doświadczalnie na zwierzętach zakaźność górnej przeźroczystej jak woda warstwy, szukał w niej autor pod drobnowidem zarazka, jednak mimo posługiwania się wszelkimi znanymi sposobami histo- i bakteryologicznymi, bez skutku. Można to sobie dwojako tłomaczyć: albo cząsteczki używanych barwików są zbyt duże w porównaniu z cząsteczką protoplazmy zarazka, tak, że połączenie nie może nastąpić, albo też zachodzi tu brak wszelkiego „powinowactwa“ między ciałem zarazka a zaprawami, barwikami i t. d. Lepiej powiodły się próby hodowli zarazka ospy. Autor zdołał sporządzić pożywki (których na razie nie podaje) stałe, na których po zasianiu niewidzialnego zarazka powstawał znamienny białoszary osad, i płynne, w których powstawało po zaszczepieniu jednostajne zmętnienie; osady takie, najobficiej rosnące w 37° drobnowidowo badane tworzą już to bezkształtną masę, już to składają się z gronkowato ułożonych kryształków. Po przeszczepieniu takiej hodowli na cielę, powstawały typowe, jakkolwiek słabo rozwinięte krosty, a na rogówce królika, świnki morskiej, typowe ospowe zapalenie rogówki z ciałkami Guarniriego. Przeszczepialność zarazka ospy, sztucznie hodowanego, znikała po paru dniach, najdalej w 3. lub 4. pokoleniu. Hodowanie zarazka nieczynnego udaje się nieograniczenie długo, ale próby przywrócenia mu jadowitości przez zaszczepienie cielęciu, nie powiodły się. *A. Oszacki.*

Garnier, Thaon. **O wpływie przysadki mózgowej na parcie tętnicze i ruchy serca.** *(Journ. d. Physiol. et d. Path. gen.* T. VIII, Nr 2, 1906). W parę godzin po zabiciu wołu, podda-

wali autorowie jego przysadkę mózgową, pociętą drobno, 16—20-godzinnemu namoczeniu w wodzie fizyologicznej. Uzyskany wyciąg wstrzykiwano królikowi, mierząc równocześnie parcie tętnicze manometrem François-Francka. Wstrzyknięcie wyciągu ze zrazu przedniego przysadki, jakoteż z substancyi koloidalnej, leżącej między zrazem przednim a tylnym, nie dało wcale wyników dodatnich; natomiast wyciąg ze zrazu tylnego ($^1/_5$ części) natychmiast po wstrzyknięciu podnosił ciśnienie o jakie 3 ctm. w ciągu 4—12 sekund; na szczycie działania ruchy serca były pełniejsze i wolniejsze, a w miarę spadku ciśnienia stawały się prawie niewidoczne. Spadek ten w rozmaitych doświadczeniach rozmaicie szybki wynosił 7·6—3.2 ctm. w mniej więcej 12 sek., a po chwili ciśnienie znów podnosiło się zwolna przez jakie 19 sek., aby wreszcie dojść do stałego poziomu, nieco wyższego, niż przed wstrzyknięciem. Ruchy serca, w miarę jak ciśnienie się ustalało, wolniały (w stosunku do ruchów przed wstrzyknięciem, jak 1: 27), wreszcie po pewnym czasie bicie serca wracało do liczby prawidłowej. W doświadczeniu z wyciągiem silniejszym, przeciśniętym przez płótno, po dawce równającej się przesączowi z $^1/_4$ zrazu tylnego, spadek ciśnienia po pierwszem podniesieniu się i następny wzrost ciśnienia były znacznie powolniejsze. Po drugiem wzniesieniu się ciśnienia zaczął się znów jego spadek i zwierzę wśród drgawek padło. Podobnie zachowywało się ciśnienie po użyciu przesączu z przysadki, roztartej w moździerzyku; zwierzę po dawce, równającej się $^1/_5$ zrazu, padało po drugiem wzniesieniu się ciśnienia, a więc tak samo, jak po przesączu przeciśniętym. Co się tyczy roli nerwów błędnych, to doświadczalnie przekonali się autorowie, że przecięcie jednego z tych nerwów nie wywiera wpływu na działanie wyciągu z przysadki, lecz przecięcie obu ich znosi prawie zupełnie działanie wyciągu rzeczonego. *Oszacki.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Dr C. Sternberg. **Patologia pierwotnego schorzenia narządu limfatycznego i krwiotwórczego, wraz z morfologią prawidłową i chorobową. Technika badania krwi.** Z 25 rysunkami na tablicach I—X. Str. VIII + 210. (*Erweiterte Sonderausgabe aus Lubarsch-Ostertags Ergebnisse.* R. Dz. 2). Wiesbaden. Wydane przez v. J. Bergmann, 1905. Cena 7 Mk. 20. Rzecz pod powyższym tytułem wyszła osobno jako podręcznik do hematologii, a wzięła początek z artykułu ogłoszonego w Ergebnisse Lubarsch-Ostertage der allgem. Pathologie über 1903 (1905). Str. 360—517). Stanowi ona cenne uzupełnienie dzieł Türcka i Grawitza, zajmujących się tą samą sprawą więcej z punktu widzenia klinicznego. Kto się chce nauczyć techniki hematologicznej, temu omawiana książka nie wystarczy, chociaż pierwsza część jest technice poświęcona, bo na drobiazgi techniki samej nie zwraca tak uwagi, jak n. p. Türck. Istotną wartość książki stanowią działy następne, w których autor uwzględnia najnowsze prądy panujące w nauce o krwi, przyczem wyraża swe osobiste zdanie głównie z punktu widzenia anatomo-patologicznego w kwestyach dotąd jeszcze nie ustalonych, a jest ich bardzo wiele.

Poza działem o technice hematologicznej znajdujemy trzy ustępy główne, z których pierwszy poświęcony prawidłowej i patologicznej morfologii krwi, drugi, pierwotnym schorzeniom narządu chłonnego i krwionośnego, a w trzecim podaje autor obok obcych swój własny system chorób krwi.

Jest rzeczą niemożliwą w krótkim referacie zestawić choćby tylko ważniejsze myśli autora; kto ciekaw nowszych prądów w hematologii, musi sam dziełko przeczytać. *Stahr.*

Bendix i Schittenhelm. **Chromosaccharometer, nowy aparat do ilościowego obliczania cukru w moczu.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 27, 1906). Dotąd nie znaliśmy sposobu szybkiego podręcznego badania ilościowego cukru, gdyż sposoby Fehling-Soxhleta, Lehmana, polaryzacyjny i fermentacyjny wymagały przyrządów, czasu lub cierpliwości.

Aparacik sporządzony przez autorów dozwala bardzo dokładnie i w kilka minut oznaczyć cukier w moczu. Zasada jego polega na próbie Moora. Składa się on z rurki, napełnionej brązowym barwikiem, którego odcień odpowiada 1 prc. cukru. Do drugiej zmiareczkowanej rurki daje się mocz zagotowany przedtem przez 1—2 minut z równą ilością 10—15 prc. roztworu ługu sodowego lub potasowego do znaku 5. Jeżeli odcienie są jednakie, to ilość cukru jest 1 prc. Jeżeli mocz jest ciemniejszy, w takim razie dolewa się wody aż do zrównania barw i odczytuje z podziałki. Jeżeli zaś mocz jest jaśniejszy, w takim razie ilość cukru jest mniejszą, jak 1 prc.

Chromosaccharometer kontrolowano z aparatem polaryzacyjnym i próbą fermentacyjną i przekonano się. że daje wyniki zupełnie nie gorsze, a nawet często dokładniejsze, jak wspomniane sposoby. *Klęsk.*

Buchner. **Wystarczający do celów klinicznych sposób obliczenia białka w moczu w ciągu godziny.** (*Münchener med. Wochs.* 1906, Nr 24). Sposób i przyrządzik, podany przez Buchnera do oznaczenia ilości białkomoczu w przeciągu godziny, opiera się na spostrzeżeniu, że skoro przesączony mocz zagrzeje się do ciepłoty wrzenia, a potem doda kilka kropli kwasu azotowego i nasyconego roztworu soli, to w godzinę utworzy się osad, dozwalający wcale dokładnie oznaczyć ilość białka. Do probówki nalewa się 8 ctm. przesączonego moczu (do marki przyrządu 1) i ogrzewa ostrożnie do wrzenia, potem dodaje się 2—3 krople kwasu azotowego (do marki 2), a w końcu 2 ctm, (do marki 3) nasyconego roztworu soli kuchennej, mieszając potem roztwór powoli pręcikiem. Zamieszawszy, wlewa się cały płyn do albuminimetru i zatyka korkiem, a po godzinie odczytuje z pod marki. Jeżeli po godzinie osad się nie zebrał, lecz płyn jest opalizujący, to ilość białka wynosi 0,1 ‰. Takie zmętnienie pochodzić też może od nukleoalbuminów i ciał, zawierających w sobie mucynę. Sposób ten jest o wiele dokładniejszym od obliczenia sposobem Esbacha. *Klęsk.*

Rotman. **O glischruryi u człowieka.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 24). Śród różnych chemicznych spraw, zmieniających skład moczu, najrzadszą jest fermentacya śluzowa. Dotąd opisane tylko 3 przypadki: sprawa zależy od obecności w moczu osobnego lasecznika, któremu Malerba i Sanna Salaris dali nazwę *glischrobacterium.* W przypadku autora glischrurya zjawiła się u mężczyzny w średnim wieku, cierpiącego na zapalenie pęcherza moczowego na tle kamicy, bez wiewióra w wywiadach. Chory rychło wyzdrowiał, lecz wkrótce potem spostrzegł, że mocz staje się gęstszy i lepki. Odczyn moczu był kwaśny; nieprawidłowych składników chemicznych nie zawierał. Badanie bakteryologiczne wykryło w moczu *glischrobacterium.* Laseczník ten 1) dobrze się barwi w fuchsynie karbolowej Ziehla, 2) należy do względnych tlenowców, ponieważ w obecności tlenu rośnie lepiej, 3) zmienia bulion, mleko, roztwór soli kuchennej, kwaśny mocz na gęstą śluzową masę, 4) nie działa chorobotwórczo na zwierzęta. 5) W jaki sposób laseczník dostaje się do pęcherza moczowego człowieka, dotąd nie wiadomo. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Kostieuko. **W sprawie leczenia dyzenteryi.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 24). W fabrycznym szpitalu Woskresieńskim spostrzegał autor w ciągu 5 lat 52 przypadki w szpitalu i 112 w ambulatoryum (z tych ostatnich 56 dzieci). Za najlepszy i najpewniejszy sposób leczenia uważa autor użycie swoistej surowicy. W przypadkach nie ciężkich, średnich i tam, gdzie wskutek jakichkolwiek przyczyn nie można zastosować swoistego leczenia surowicą, autor gorąco poleca *magnesium sulfurosum;* jest to środek zupełnie nieszkodliwy, prawie bez smaku, tak że go zażywają chętnie nawet dzieci. Tylko w 1 przypadku lek ten wywołał nudności, wymioty, zawroty głowy, osłabienie. Małym dzieciom autor podaje 0,2—0,5 co 2 godziny, dorosłym 1,0—2,0 co 2 godziny. Zwykle postępuje autor, jak następuje: z początku albo kalomel (jeżeli są objawy żołądkowe), albo olej rącznikowy (jeżeli nie ma objawów żołądkowych); potem magnezya, póki w stolcu nie zniknie krew; przeciw parciu na stolec niewielkie ciepłe (do 30°) lewatywy (ze środkami narkotycznymi lub odkażającymi), lub czopki. Jako napój czerwone wino z wodą. Gdy krew w stolcu zniknie i stolec stanie się śluzowym tannalbina, bizmut i t. d. Zewnętrznie w ostrym okresie — okład ogrzewający. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

CHIRURGIA. Kapsammer. **O wartości próby florydzynowej.** (*Arch. f. klin. Chirurgie* Tom 73, Zeszyt 3). Autor kładzie nacisk główny na wydzielanie się cukru w pierwszej półgodzinie. Gdy to następuje, uważa nerkę za zdolną do objęcia ogólnej czynności wydzielania moczu. W ten sposób pojęta próba florydzynowa bez wymagania od niej większej dokładności może nam dać cenne wskazówki nawet bez cewnikowania moczowodów. I tak n. p. gdy już w 10—15 minut po wstrzyknięciu zjawi się w moczu cukier, można być pewnym, że jedna nerka napewno dobrze działa. Gdy cukier zjawi się dopiero w 30 minut, dowodzi to już zmian poważniejszych i uszkodzenia działalności obu nerek, gdy zaś zjawi się on dopiero po 45 minutach lub gdy go nie ma, należy zupełnie porzucić zamiar wycięcia nerki chorej. To empiryczne ocenienie niejako z grubsza działalności nerek z pomocą próby florydzynowej staje się dostępnem dla każdego lekarza i wiele pomódz może we wczesnem ocenieniu zmian chorobowych w nerkach. *A. Klęsk.*

Clairmont. **Przyczynek do chirurgii nerek.** (*Archiv fur klin. Chir.* T. 79, Z. 3). Praca autora opiera się na materyale z kliniki Eiselsberga, obejmującym 77 operacyi (śmiertelność 21 prc.), z czego 40 wycięć nerki. Eiselsberg stara się zawsze po otwarciu otrzewnej przekonać się o obecności i stanie nerki drugiej. Kryosko-

pii nie ufa wiele, tak n p. △ może być prawidłowe i przy dużych guzach nerki, a naodwrót w razie długiego leżenia cewnika w moczowodzie może się △ zmieniać tak, że zupełnie sprawia wrażenie, iż nerka jest niesprawną. Kryoskopii krwi też wiele zarzucić można. Próba floryzynowa jest bardzo czułą, pamiętać jednak należy, że i przy innych guzach w prawem podżebrzu występuje często opóźnienie wydzielania moczu, n. p. przy cierpieniach pęcherzyka żółciowego. Najczęściej spotyka się w nerkach z nowotworów guzy pochodzenia nadnerczowego, najrzadziej raki. Ruchomość guza jest rękojmią możności jego usunięcia, choć czasem istnieje ona i przy guzach, których usunąć nie można. Przy nowotworach nie wolno odcinać części nerki, lecz należy całą usuwać. Metody śródotrzewnej Eiselsberg nie używa, albowiem nie daje ona dobrego dostępu do gruczołów i żyły głównej, a grozi zakażeniem. Nawet bardzo duże guzy można usunąć cięciem lędźwiowem. Przy wodonerczu często robić należy nacięcie, gdy wycięcie nerki jest przeciwwskazane, a istoty i przyczyny choroby usunąć nie można. Przy roponerczu wystarcza też często nacięcie, a nieraz (gdy stan drugiej, zdrowszej nerki nie dozwala na wycięcie chorej) po takiem nacięciu nerka zdrowsza poprawia się do tego stopnia, że potem następowo można gorszą usunąć. *Klęsk.*

Faucon. **Kwas nukleinowy w zakażeniach otrzewnej.** (*Thèse. Lille*, 1906). Faucon opierając się na korzystnem działaniu różnych środków, wywołujących gromadzenie się ciałek białych, używał do doświadczeń swych głównie czystego kwasu nukleinowego, znajdującego się w handlu pod nazwą: „rhomnol“. Doświadczenia jego dążyły do wywoływania nagromadzenia się ciałek białych 1) u zwierząt zdrowych, 2) przy sztucznem zakażeniu otrzewnej. Świnkom morskim wagi około 600 grm. wstrzykiwano do 0,25 grm. rhomnolu podskórnie. Ubocznych szkodliwych działań nie spostrzegano nigdy. U zwierząt zdrowych osiągnąć można podwójną ilość ciałek białych, rzadziej większą. Przybywa głównie jednojądrzastych i wielojądrzastych ciałek eozynochłonnych. U zwierząt zakażonych wyniki były podobne: rhomnol działał korzystnie, wstrzyknięty przed zakażeniem; natomiast, gdy stosowano go po zakażeniu, trzeba było używać dawek o wiele większych i te często były bezskuteczne. Odnosi się to do zakażeń kałem. W innych, szczególnie w zakażeniach prątkiem okrężnicowym, wstrzykiwania rhomnolu nietylko nie działały korzystnie, ale przeciwnie nawet wspierały rozwój zakażenia. Z tego i z innych prac wynika, że kwas nukleinowy ma silne lecznicze działanie, ale głównie w zatruciach produktami wymiany materyi drobnoustrojów. Korzystne może być użycie rhomnolu jedynie przy wydostawaniu się do otrzewnej treści przewodu pokarmowego, n. p. przy operacyach, natomiast nie ma ono znaczenia przy zakażeniach innych, jak pęknięcie ropnia do otrzewnej, zakażeniu otrzewnej od rany zewnętrznej i t. d. Prof. Delassus w Lille stosuje te wstrzykiwania przed operacyami brzusznemi i zauważył bardzo korzystne działanie, szczególnie co do znoszenia samego zabiegu. Wstrzykiwania te nie uwalniają jednak zupełnie od jak najskrupulatniejszego przestrzegania anty- i aseptyki. *Dr Klęsk.*

NEUROLOGIA. Prof. Raymond i Guillain. **Zanik mięśni o typie lędźwiowo-miednicowo-udowym.** (*Presse méd.* 1906, Nr 40). W przypadku autorów rozwijał się powolny, postępujący zanik mięśni, zajmujący symetrycznie mięśnie przykręgosłupowe, mięśnie lędźwiowe, pośladkowy średni, mięśnie wewnętrznej strony tylnej powierzchni uda i lędźwiowobiodrowe. Mięśnie te były mniej pobudliwe na prąd stały i przerywany, bez odczynu zwyrodnienia. Odruch kolanowy i stopowy, jakoteż odruchy na kończynach górnych zniesione. Autorowie uważają te zaniki za wyraz cierpienia mięśniowego, nie zaś nerwowego. Byłby to nieznany dotychczas drugi typ zaniku mięśniowego; zwykły typ jest barkowo-ramieniowym; gdy w nim zanikowi ulegają mięśnie opasujące barki, to w typie lędźwiowo-miednicowo-udowym zanikają mięśnie, opasujące miednicę. *Mostowski.*

Gerlach. **Próby podawania neuronalu w chorobach umysłowych.** (*Münchener medizin. Wochenschift*, 1906, Nr 21). Środek ten oddaje wogóle dobre usługi w bezsenności, zwłaszcza przy równoczesnem podnieceniu. Średnia dawka wynosi 1 gr., często wystarcza nawet połowa tej dawki. W czasie silniejszego podniecenia trzeba uciec się do dawek wyższych (1·5—3 gr.). Ujemnych skutków, ani przyzwyczajenia nie zauważono. W padaczce próbowano środek ten podawać zamiast bromu, równoczesne jednak działanie jego nasenne czyni go w tych razach niedogodnym, chorzy bowiem żalą się na ciągłą senność. *Dr M. Godlewski.*

Dr Wacław Libenský. **Z kazuistyki złamań samoistnych.** *Časopis lék. českých* 1906, l. 22 i 23). Zmiany kości i stawów znajdują podatny teren przy chorobach nerwowych. W przebiegu wiądu rdzenia są znane różne cierpienia stawów według Charcota mniej więcej w 10 prc., podobnie występują przy tejże chorobie również i samoistne złamania kości; niekiedy wielokrotne. Kość udowa łamie się tu najczęściej; gojenie jest dosyć rychłe i następuje przez niezwykle mocną kostninę. Obok wiądu pojawiają się złamania też przy syryngomyelii; do tej kategoryi należy i wypadek przez autora obserwowany. Rozchodziło się o 36-letniego mężczyznę, który przy nieznacznym urazie odniósł podwójne złamanie prawej łopatki i jednego żebra. Ponieważ dolegliwość była nieznaczna, pracował chory dalej. Przy badaniu stwierdzono oprócz wspomnianego złamania też dysocyacyę wrażliwości na ciepło, bezbolesność, rozszerzoną na prawą połowę głowy, prawą kończynę górną i górny odcinek prawej połowy klatki piersiowej, lekkie porażenie n. twarzowego, atroficzne zmiany na prawej ręce, boczne skrzywienie kręgosłupa, oraz wzmożone odruchy kolanowe. Wypadek ten złamania łopatki w przebiegu syryngomyelii jest dotąd jedynym tego rodzaju. Złamania innych kości: barkowej sprychowej piszczeli bywały już opisywane. Złamania te są niebolesne, a uraz zwykle wskutek nieznacznego nasilenia nie pozostaje w żadnym stosunku do następstw. Złamaniu towarzyszy zwykle znaczne opuchnięcie części miękkich i goi się ono z reguły prędko przez mocną kostninę. Nawiedzone bywają wyłącznie tylko kończyny górne (kość barkowa, sprychowa i łokciowa), a częściej przydarzają się u mężczyzn, aniżeli u kobiet. Przyczyna tych złamań nie jest dokładnie znana. Dziś istnieje dwojakie twierdzenie, albo złamania te uważa się za skutek schorzenia nerwów odżywczych, lub są one tylko następstwem urazu i zboczenia czucia. Złamania łopatki wśród prawidłowych zresztą stosunków goją się gładko bez znacznej kostniny, w wypadku opisanym można było stwierdzić kostninę grubości małego palca, co skiograficznie było można także stwierdzić. Na obrazie Röntgena (dołączonym) można prócz złamania łopatki zauważyć też złamanie żebra i kostnienie w okolicy stawu barkowego. Częste zwichnięcia w stawie barkowym bywają jednak z wczesnych oznak syryngomyelii. Wszelkie uszkodzenia kości i stawów, powstałe przy zadziałaniu tylko słabego urazu, mogą stać w związku z chorobą nerwową. *Schnurpfeil.*

Zabobony lekarskie u żydów.

Podał

Dr J. Fels.

U wszystkich ludów jeszcze dziś najwięcej zabobonów utrzymuje się co do chorób i ich leczenia. Są to albo stare przesądy i zabobony, albo pozostałości dawnej medycyny naukowej, albo wymysły medycyny ludowej." Żydzi stosunkowo mało przechowali zabobonów lekarskich, albo raczej trzymają się ich obok używania środków zapisanych przez lekarzy, do których uznania talmud przez długi szereg wieków ich wychowywał, przepisując, że w mieście, gdzie nie ma lekarza, mieszkać nie wolno. Majmonides wyliczając warunki miejsca zamieszkania, wymienia na pierwszem miejscu lekarza, chirurga, łaźnię, wodę, potem dopiero dom boży.

W Galicyi żydzi więcej praktykują zabobonów, niż na zachodzie, gdzie ogólna oświata stoi wyżej. Otoczenie bowiem, stopień kultury i prąd czasu wywiera pod tym względem znaczny wpływ. W miastach większych zazwyczaj zabobony i przesądy lekarskie mniej się mogą krzewić, niż po wsiach, gdzie o pomoc lekarską trudniej. Każdy lekarz spotyka się jednak z różnymi przesądami i zabobonami i jego też jest obowiązkiem zwalczać je, bo choć czasem są one niewinne, to przecież znacznie częściej stają się bardzo szkodliwe. Ażeby zaś skutecznie je zwalczać, nie powinien lekarz pomijać sposobności zapoznania się z niemi.

Nie zamierzam zestawiać tu rejestru wszystkich przesądów i zabobonów lekarskich u żydów, lecz tylko te, które sam miałem sposobność poznać. Zaznaczyć należy, że bardzo często takie zabobony nie są odrębną właściwością tylko jednego ludu i kraju, lecz bywają wspólne w różnych narodach i krajach.

Zabobon o »złem oku« czyli urokach jest wszędzie rozpowszechniony, to też i u żydów matka często poucza córkę: »Jeśli ktoś powie, żeś ładna i zdrowa, uważaj, by cię nie urzekł i pokaż mu niepostrzeżenie figę«. By nie urzec dziecka, trzeba chwaląc je zawsze dodać: »nieuroku« i przytem splunąć; dlatego kobiety, oglądając dziecko, plują mu w twarz. Uroki objawiać się mają omdleniami i nudnościami i wtedy, jak wiadomo, należy węgle ugasić. Żydówki odmawiają przy tej procedurze wiersz następujący: »Zwei Weiber sitzen auf einem Stein, eine sagt jo, die andere nein, es soll Niemandem schaden, w nojmar umein (amen)!«

Zwykle uroki są niedomaganiem krótkotrwałem, jeśli zaś choroba trwa dłużej i dziecko dostaje gorączki, to są to uroki »zaspane«. Dziecku raz odłączonemu nie wolno poraz wtóry dać piersi, bo inaczej stanie się »jędzą« i łatwo każdego urzeknie. By ustrzedz dziecko od uroków, należy wyjąć myszce oczy i zaszyć je w skórzany woreczek, który dziecko nosi jako amulet do ukończenia trzeciego roku życia.

Żydzi zdrowi nie używają amuletów ani relikwii, a jak wiadomo, religia zabrania im wogóle wszelkich obrazków świętych. Tylko w razie choroby zabobonni dostają od rabina cudotwórcy jakąś monetę jako amulet lub talisman[1]), a od jakiegoś czasu weszło wśród żydów w zwyczaj zawieszać dzieciom kluczyki na szyi, by je uchronić od choroby i śmierci. Kluczyk jest symbolem zamykania.

Jeśli panuje zabójcza zaraza, wtedy grabarz ma iść naprzeciw pogrzebu i oświadczyć gniewnie, że już nie ma miejsca na cmentarzu i że tylko z konieczności wyszuka jeszcze jedno miejsce dla tego jednego zmarłego. Podobnie przemawiają ludy pierwotne do demonów zaraz[2]). W ten sposób ma się zmylić anioła śmierci, by go wstrzymać od dalszego tępienia ludności. Wogóle wszystkie ludy mają aniołów za bardzo naiwnych i tak jak np. Jawajczycy, by zmylić anioła śmierci co do osoby ofiary, wywieszają nad progiem chaty jakąś pomalowaną głowę, tak żydzi dodają choremu przy czytaniu pisma świętego nowe imię, którem jest wtedy zwykle Chaim lub Chaja (Ewa), to znaczy życie.

»Jałmużna ochrania od śmierci« (Przysłowia X, 13), podczas choroby należy więc rozdzielać jałmużny, podarować bieliznę i ubrania chorego ubogim, a najlepszym środkiem, zapobiegającym powikłaniom porodu i połogu, jest rozdarować wszystkie stare suknie ubogim. W razie ciężkiej choroby rodzina idzie do bożnicy błagać o wyzdrowienie chorego przy świętej skrzyni, zawierającej zwoje Mojżeszowe (»die Schul einreissen«); majętniejsi biorą jedną lub kilka sztuk płótna, któremi wymierza się cmentarz, płótno zaś rozdziela się pomiędzy ubogich (»das Feld ausmessen«). Żydzi, szanując pamięć zmarłych krewnych, obchodzą dzień ich śmierci modlitwami w bożnicy i na mogiłach. Rocznica śmierci ojca, matki lub blizkich krewnych uważaną jest za dzień przełomowy dla chorego; w takich dniach może łatwo nastąpić śmierć. Dlatego w czasie choroby daje się do bożnicy świece dla dusz zmarłych. Wogóle w razie ciężkiej choroby rodzina modli się o zdrowie chorego na grobie krewnych i pobożnych żydów, by się za chorym wstawili u tronu wiekuistego, choremu zaś wkłada się pod głowę nieco trawy z mogił przodków i pobożnych. Zbawienny skutek tych zabiegów objawia się u chorego często w postaci snu i wtedy zjawia mu się zmarły, podaje mu jakiś owoc rajski i od tego snu polepszenie postępuje szybko i pewnie. Również często spotykałem się ze starożytną wiarą w sny cudowne. Żona pewnego woźnicy opowiadała mi o cudownem w ten sposób wyzdrowieniu syna, którego leczyłem, a mianowicie: Gdy raz koń jej męża ciężko zachorował, modliła się na grobie pobożnego Elkunego, który potem we śnie doradził jej środek skuteczny; kiedy zaś syn zaniemógł, chodziła trzykrotnie na ów grób, modliła się, a w końcu wymyślała Elkunemu, szydząc, że on tylko zwierzęta potrafi uzdrawiać, a ludzi nie. Wtedy ambitny duch znowu zjawił się jej we śnie i kazał podać dziecku dużo oliwy, co na drugi dzień uczyniła, poczem dziecko oddało w stolcu »mnóstwo twardych kamieni«. Tak więc zmarły niedawno Elkune, który za życia uchodził za cudotwórcę, jeszcze i po śmierci konkuruje z lekarzami i weterynarzami.

Bardzo liczne są przesądy i zabobony, otaczające ciężarne, położnice i dzieci. Przesąd o »zapatrzeniu się« naturalnie jest i u żydów rozpowszechniony. Ciężarnej kobiecie nie wolno odmówić, jeśli cię czemś częstuje. Jeśli za ciężarną rzucisz jakiś przedmiot, chleb, sól, papier i t. d., to dziecko będzie te przedmioty lubiło; jeśliby kto nóż za nią rzucił, toby dziecko stało się rozbójnikiem.

Położnicy nie wolno samej zostawiać, inaczej »zły« ma do niej przystęp i nastąpi nieszczęście. Z tejże przyczyny wkłada się położnicy pod poduszkę modlitewnik lub biblię hebrajską i talith (biały szal w czarne pasy, wkładany podczas modlitwy); niektórzy wkładają pod poduszkę także nóż i grzebień. Oczywiście położne żydowskie są doskonale z wszystkimi tymi środkami obznajomione i przestrzegają ich ściślej, niż przepisów postępowania przeciwgnilnego. Położnicy nie wolno samej wychodzić z domu, dopóki nie wysłuchała odczytania rozdziału pisma świętego w bożnicy lub w domu. Również narzeczonym w czasie od ostatniej zapowiedzi do ślubu nie wolno samym wychodzić, ani zostawać w pokoju. Kobiecie mającej regularność, nie wolno odwiedzać położnicy, inaczej dziecko cierpi potem na ognik. Pępowinę odpadłą dobrze jest rozetrzeć i dać rodzeństwu do zjedzenia, by się między sobą kochało. Jeśli dziecko najpierw woła »tata«, to następne będzie płci męskiej.

Dziecko, urodzone w siódmym miesiącu ciąży może żyć, ośmiomiesięczny zaś płód nie. Astrologia uczyła, że w każdym miesiącu ciąży panuje inna gwiazda; w pierwszym i ósmym panuje Saturn, który jednak jest w ósmym tak złośliwy, że niszczy rychło każdy płód, urodzony w tym miesiącu[3]). Zabobon o »czepku szczęścia« znają naturalnie i żydzi. Chłopak, który się rodzi w sądnym dniu, będzie miał rzemiosło krwawe, więc będzie rzeźnikiem, rozbójnikiem lub mordercą. Łagodząc tę straszną przepowiednię, mówi się, że będzie obrzezakiem lub operatorem.

Dziecko wolno odłączyć tylko w miesiącu nieparzystym, więc w 9. 11. lub 13. miesiącu. Podobnież leczenie kąpielowe należy zakończyć nieparzystą ilością kąpieli, więc 21, 29 lub 31. Jeśli dziecko dostaje drgawek, należy je ukłuć szpilką pod paznokieć małego palca. Dobrym środkiem jest też pokryć dziecko czarną chustką lub talithem. By ustał napad padaczkowy, należy choremu dać do rąk kawałek żelaza. Często więc dają mu wtedy nóż do rąk i sam widziałem już raz ciężkie skaleczenie, powstałe wskutek tego.

Jeśli dziecko ma krztusiec, należy wyjść z niem za miasto przez jedną rogatkę i wracać przez trzecią rogatkę, albo też wyjść z niem za miasto na rozstajne drogi. Tak więc prastary zabobon o mocy leczniczej dróg rozstajnych i sznura wisielca zawsze jeszcze się utrzymuje. Dłubanie palcem w nosie jest pewną oznaką, że dziecko cierpi na robaki; ulubionym środkiem przeciw robakom są korale z czosnku; niektóre matki twierdzą, że czują woń robaków z ust dziecka. Dziecka nie wolno przekroczyć, boby nie rosło. Jeśli dziecko jeszcze nie chodzi, należy je trzy razy oprowadzić naokoło stołu; jeśli niewyraźnie albo wcale nie mówi, trzeba mu dać głowę ryby do ust. Przed siódmym rokiem życia nie wolno dziecku strzydz włosów, bo »utniesz mu rozsądek«. Syn we wszystkiem jest podobny do brata matki.

Z innych zabobonów żydowskich zasługują na wzmiankę jeszcze następujące: Jeśli jedno z narzeczonych ciężko zachoruje, należy się poradzić rabina, czy nie zerwać małżeństwa, bo jeśli ono nie jest przez Boga postanowione, to jedno z narzeczonych umrze jeszcze przed ślubem. Jeśli kto ciężko zachoruje, a był poprzednio zaręczony z kimś innym, należy tegoż prosić o przebaczenie, inaczej chory mógłby umrzeć. Niebezpiecznem jest dla chorego, jeśli jego córka lub synowa są w ciąży, bo płód ma już może przeznaczone imię tego chorego. U żydów bowiem daje się imiona po zmarłych krewnych; w razie choroby krewnego powstaje przeto obawa, czy córka lub synowa ciężarna nie nosi już w sobie imienia chorego. Przechodząc po północy ulicą i usłyszawszy wołanie nie należy się oglądać, bo to zmarli wołają i można wkrótce umrzeć.

Paznokcie najlepiej obcinać w czwartek wieczór, należy je zebrać i razem z dwiema drzazgami, zeskrobanemi ze stołu lub krzesła, jako świadkami, wrzucić do pieca. Kto nie pali swoich paznokci, musi po śmierci, zamieniony w czarnego psa, wszędzie ich szukać. Wypadłe zęby należy wrzucić do pieca, mówiąc: »Szczurze, daję ci kościany ząb, daj mi żelazny zań«. Resztki astrologii utrzymują się też jeszcze wśród ludności żydowskiej. Jeśli zobaczysz piękną błyszczącą gwiazdę na niebie, mów zaraz, że to twoja gwiazda; skoro zaś widzisz gwiazdę spadającą, mów prędko, że to nie twoja i wyrwij sobie włos z głowy. Gwiazda spada, kiedy człowiek ma umrzeć. Kiedy matka spostrzeże, że córka dostała poraz pierwszy regularności, powinna ją uderzyć w policzek, by nie straciła rumieńców. Po regularności nie należy za wcześnie brać czystej koszuli, inaczej regularność znowu wraca. Zapalenie płuc po stronie lewej jest niebezpieczniejsze, niż po prawej, bo po lewej stronie leży serce. Dziecku, które ma dostać odry, należy dać miodu, by przyśpieszyć osutkę.

Wreszcie jeszcze kilka, może nie wyłącznie żydowskich przesądów. W razie bolów w rękach lub nogach obwiązuje się je czerwoną tasiemką. Tasiemka taka chroni też dziecko od uroków. Zabobon lania wosku jest rozpowszechniony i u żydów

[1]) Amulet pochodzi od arabskiego hamalet, wisiorek; talisman od arabskiego tilsam, obraz czarowny.

[2]) Mieszkańcy wysp Watubela przemawiają do demona zarazy w ten sposób: »Panie zarazo, tu nie ma już mieszkania dla was, wyprowadźcie się w inne miejsce«. A mieszkańcy wyspy Buru: »Dziadku ospo, idźcie sobie stąd dobrowolnie, przygotowaliśmy wam jedzenie na podróż i nie możemy wam nic więcej dać«. (Nossig; Die Socialhygiene der Juden, str. 145).

[3]) Magnus. Der Aberglaube in der Medicin. Wrocław 1903, str. 90.

Na zanokcicę i zastrzał przykłada się oko bydlęce, by pękły. Widziałem nieraz i łuski ze śledzia, które w tym celu przykładano. Na rozwolnienie pomaga zjedzenie dwóch jaj na twardo, na trypra proch strzelniczy i piwo; kto się chce pozbyć kataru, niech posmaruje wydzieliną nosa klamkę sąsiada. Jeżeli posypiesz czyjeś wydaliny popiołem, to dostanie on wyprysku. Szczekanie psów w pobliżu chorego jest bardzo złą wróżbą.

W zabobony te wierzą tylko najciemniejsze warstwy ludności żydowskiej; należy też podnieść, że nawet średniowieczni rabini zwalczali przesądy i że już wtedy miała wśród żydów wielką powagę medycyna naukowa i przepisy zdrowotne ich własnych uczonych, wśród których lekarz i filozof Majmonides z wieku trzynastego stoi na pierwszem miejscu. Kiedy wśród chrześcijan nawet na zachodzie powstają jeszcze ciągle nowe sekty leczenia chorych modlitwą i t. d., pobożni żydzi starowiercy uznają zawsze medycynę naukową, wzywając prawdziwych lekarzy, których uważają za posłańców Boga. Tylko niestety tak zwani rabini cudotwórcy u nas na wschodzie do dnia dzisiejszego uprawiają oszustwo lecznicze, zalecając liczne środki zabobonne, zaklinając i wypędzając jeszcze dyabłów (dybeków czyli dudków) z opętanych t. j. histerycznych kobiet.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Coraz częściej spotykamy w ostatnich czasach po przeróżnych pismach codziennych politycznych artykuły, pomieszczone w kronice, a wymierzone przeciw lekarzom, których wymienia zwykle anonimowy autor po imieniu i nazwisku i którym często w tonie bardzo niegrzecznym czyni najrozmaitsze zarzuty, uwłaczające ich osobistej czci. O ile zarzuty takie tyczą się czynności lekarza, wykonywanych w pewnych instytucyach, n. p. kasach chorych, więzieniach i t. p., to lekarz powinien żądać od danej instytucyi, aby się za nim ujęła i niesłusznie zaczepionego i obrażonego broniła. Dana instytucya powinna w obopólnym dobrze zrozumianym interesie sprawą się dokładnie zająć i o ile pokaże się, że lekarza dotknięto niesłusznie, powinna ogłosić sprostowanie i o ile możliwe, dochodzić autora artykułu na drodze sądowej. Jeśli zaś zaczepionym jest lekarz wolno praktykujący i to w sprawie wykonywania swego zawodu, to naturalnym obrońcą jego winna być Izba lekarska. Bo Izba, wyczytawszy w jakiemś piśmie wzmiankę o swym członku, uwłaczającą jego czci, a więc wzmiankę, że zachowaniem swem obraził godność stanu swego, powinna sama na podstawie § 12 a linea 5 ustawy o Izbach lek. wystąpić z dochodzeniem. Wspomniany przepis brzmi: »Przeciw lekarzom w Izbie reprezentowanym, którzyby swojem zachowaniem się wykroczyli przeciw godności stanu lekarskiego...., Rada honorowa ma prawo po stwierdzeniu istoty czynu przez prawidłowe zbadanie rzeczy, uchwalać upomnienia, ostrzeżenia, nagany i t. d. i t. d.« Przepis ten, ów bat w ręku Izb na lekarzy, mógłby być równie dobrze przy dobrych chęciach Izby użyty w celu obrony lekarza. Otóż Izba przekonawszy się po przeprowadzonem dochodzeniu, że lekarz jest niewinny, powinna od siebie ogłosić po pismach odpowiednich, że sprawą tam i tam, wtedy i wtedy ogłoszoną, tego a tego pana się tyczącą się zajęła i że po zbadaniu doszła do przekonania, że lekarza niewinnie zaczepiono.

Ażeby dochodzenie przeprowadzić, konieczną jest rzeczą, żeby przed sędzią stanęły obie strony: oskarżony i skarżyciel. Że w danym wypadku oskarżony t. j. lekarz chętnie przed Izbą stanie, nie ulega najmniejszej watpliwości. Łatwo jednak być może, że skarżący się nie zjawi, a Izba nie ma mocy sprowadzić go przed swoje oblicze. Wtedy jednak wystarczy ogłosić, że Izba powiadomiła skarżącego o terminie sądu honorowego i że go nań zaprosiła, że jednak skarżący nie stanął, z czego wolno Izbie wysnuć wniosek, że skarżący obraził lekarza bez słusznego powodu.

Mógłby ktoś zarzucić, że wedle wyraźnie brzmiącego przepisu »Rada honorowa Izby (§ 12) urzęduje w przypadkach osobistych sporów, zażaleń i skarg lekarzy w Izbie reprezentowanych między sobą lub przeciw sobie«, a więc nie w sprawach między osobą prywatną a lekarzem. To też dana osoba prywatna ma być ściśle biorąc, słuchana, jako świadek, a skarżącą ma być Izba.

Bardzo ważną, a często i niemożebną rzeczą, jest znalezienie autora artykułu, bo jest anonimowy. Znać go jednak musi redaktor danego pisma, — a jeśli redakcye przekonają się z praktyki, że w sprawie każdego artykułu, tyczącego się lekarza zwróci się do nich Izba, to przyjmując artykuły będą pytali o nazwisko i adres autora. Wszak chyba redakcye szanujących się pism nie chcą obrażać lekarzy bez powodu.

Ponieważ wreszcie możliwą jest rzeczą, że Izba nie czyta wszystkich pism miejscowych, że zatem nie zwróci uwagi na ten i ów artykulik, powinien dotknięty lekarz sam dla wszelkiej pewności zrobić doniesienie do Izby, załączając odpowiedni egzemplarz pisma.

Mam nadzieję, że Izby nasze zajmą się tą sprawą, boć wszak z § 3 swej ustawy powołane są do naradzania się nad wszystkiemi »sprawami, tyczącymi się.... godności i powagi stanu lekarskiego. *Stahr.*

Clemenceau, francuski minister spraw wewnętrznych z zawodu lekarz, wydał okólnik w sprawie umieszczenia w zakładach umysłowo chorych, w którym orzeka, że władze mają tylko o tyle uwzględniać opinię lekarską, o ile »na to pozwala sumienie« i »o ile zdanie człowieka fachowego nie jest przeciwne prawu ludzkiemu«. *R.*

Zjazd Związku ekonomicznego lekarzy niemieckich. Ze sprawozdania zjazdu, odbytego w Halle 21. czerwca, zaznaczyć wypada, że w roku ubiegłym pośredniczył związek w wyszukaniu zajęć dla lekarzy w 2,382 przypadkach. Uchwalono zmierzać do wolnego wyboru lekarzy kolejowych i w bractwach górniczych. Uchwalono zająć się zbadaniem położenia lekarzy szpitalnych. Uchwalono popierać usiłowania w celu wykształcenia studentów medycyny w medycynie społecznej przez utworzenie odpowiednich katedr. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 8 do 14 lipca 1906 roku doniesiono o nowych przypadkach: ospy 4 przypadki w 3 gminach, a mianowicie: pow. Chrzanów (Libiąż mały 1), Tarnów (Tarnów 1, Wola rzędzińska 2); duru plamistego 33 przypadków w 14 gminach, a mianowicie: pow. Bohorodczany (Jabłonka 3), Buczacz (Dobropole 6), Cieszanów (Lubliniec nowy 1), Horodenka (Żuków 1), Jaworów (Siedliska 4), Kałusz (Dobrowlany 3, Zagórze 1), Kamionka (Busk 1), Kosów (Chomczyn 2, Kosów stary 2), Nadwórna (Zielona 1), Rawa (Grzęda 1), Sambor (Dorożów 6), Stanisławów (Knihinin kolonia 1); nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych 2 przypadki w 2 gminach, a mianowicie: pow. Przemyśl (Przemyśl 1), Rzeszów (Błażawa 1). *S.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 1/VII. a 7/VII. b. r. urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 2; zmarło osób 59 (obcych 19); z tego z gruźlicy 15 (5), zapalenia płuc 5 (1), błonicy — (—), krztuśca 1 (—), ospy — (—), płonicy 3 (1), odry 5 (3), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), innych chorób zakaźnych 1 (—), śmierci gwałtownej 3 (—). — Między 8/VII. a 14/VII. b. r. urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 4; zmarło osób 44 (obcych 13); z tego z gruźlicy 13 (6), zapalenia płuc 1 (—), błonicy — (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 1 (—), odry 2 (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 5 (1), innych chorób zakaźnych — (—), śmierci gwałtownej — (—).

Choroby zakaźne we Lwowie. Między 1/VII a 7/VII b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 5 (obcych 3), płonicy 5 (1), odry 14 (1), duru osutkowego — (1), czerwonki 1 (—). W tymże czasie zmarło z błonicy 1 (—), odry 1 (—), czerwonki 1 (—).

Wiadomości bieżące.

Lwów. Dziekanem wydziału lekarskiego lwowskiego wybrany został prof. Szymonowicz.

Warszawa. Dr Sterling otrzymał od Towarz. lek. warszawskiego nagrodę konkursową im. ś. p. Pląskowskiego za pracę: »Badania psychologiczne nad świadomością i pamięcią w porażeniu ogólnem postępującem«.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie nie mogąc przeprowadzić wyborów z powodu trudności zgromadzenia prawomocnej liczby członków wybrało czasowo wiceprezesem dra Gabszewicza.

Z różnych stron. Członkami zwyczajnymi wiedeńskiej Akademii Umiejętności wybrano Zuckerkandla i Ludwiga, korespondentami zaś Klemensiewicza i Schaffera.

— Prof. Calmette, kierownik zakładu pasteurowskiego w Lille, zgłosił w francuskiej Akademii Umiejętności, że udało mu się uodparniać cielęta przeciw gruźlicy przez podawanie im w mleku małych ilości bakteryi gruźliczych.

— W Medyolanie otwarto pierwszą w świecie klinikę dla chorób zawodowych, pod kierownictwem dr Devoto, z funduszów miasta.

— Dr Simon z Berlina oddał kwotę 200,000 marek na cele badania przyczyny kiły.

— Rząd Konga wyznaczył 200,000 franków nagrody za wykrycie środka przeciw chorobie śpiączki afrykańskiej.

Kronika zjazdów lekarskich:

78 zjazd niemieckich przyrodników i lekarzy odbędzie się w Stuttgardzie w czasie od 15. do 22. września b. r.

3 międzynarodowy zjazd dla lekarskiej elektro- i radiologii odbędzie się w Medyolanie w czasie od 5. do 9. września b. r.

9 zjazd niemieckiego Towarzystwa dermatologicznego odbędzie się w Bernie w czasie od 12. do 14. września b. r.

Zjazd dla opieki nad dziećmi i młodzieżą odbędzie się w Berlinie w czasie od 1. do 4. października b. r.

14 zjazd międzynarodowy dla higieny i demografiii, który odbędzie się w Berlinie w czasie od 23. do 29. września b. r. obejmie ośm działów: 1) Mikrobiologia. 2) Higiena żywienia. 3) Higiena wieku dziecięcego. 4) Higiena zawodowa. 5) Zwalczanie chorób zakaźnych. 6) Higiena mieszkań i komunikacyi. 7) Higiena wojskowa. 8) Demografia.

Mianowani: Doc. Klapp z Bonn otrzymał tytuł profesora. Dr Fromme w Halle habilitował się z zakresu położnictwa i ginekologii.

Powołani: Prof. Chiari z Pragi do Strassburga. prof. Heffter z Berna do Marburga.

Zmarli: Dr Hipolit Trembecki, w Kołaczycach, padł ofiarą zawodu, zaraziwszy się od chorego durem.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr 28. Gautr: W sprawie porażenia nerwu zwrotnego lewego przy wadach serca. Łapiński: (c. d. z Nr 27).

— *Gazeta lekarska* Nr 26. Gabszewicz: Przypadek kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym. Zapasiewicz: Przypadek zapalenia opon mózgowordzeniowych, spostrzegany w szpitalu św. Stanisława w r. b. w Warszawie.

— *Tygodnik lekarski* Nr 28. Szczepański: O odczynie desmoidowym Sabliego. Reiss: (c. d. z Nr 27).

— *Głos lekarzy* Nr 14. Mikołajski: (c. d. z Nr 13). Mikołajski: Walne zgromadzenie delegatów Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

— *Časopis lekařův českých* Nr 28. Thomayer: K významu buniček vadám srdečním přisurovaných. Haškoves: Zdravotnictvi veřejné a smlouva menželská.

— *Russkij Wracz* Nr 25. Wersidowa: W sprawie przechodzenia krętków kiłowych z matki do płodu. Sołowcowa i Barankiejewa: O wpływie pewnych ruchów mięśniowych na inne. Czerewkow: Przypadek wielkiej torbieli w jajniku. Szołomowicz: (dok. z Nr 24). Bill: Statystyka badań moczu na zawartość cukru.

— *Semaine médicale* Nr 28. Ettinger i Girault: O znaczeniu rozpoznawczem ukrytych krwotoków przy chorobach żołądka.

— *Presse médicale* Nr 54. Savariand: Leczenie radykalne przepuklin pachwinowych. Linas: Otrzymanie mleka normalnego jałowego dla osesków z surowego mleka. — Nr 55. Dejerine: O niemocie czuciowej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 28. Pirquet: Wczesny odczyn szczepionki ospowej Neumann i Wittgenstein: Zachowanie się prątków gruźliczych po wstrzykiwaniu ich śródżylnem· Lucksch: O epidemii czerwonki. Jungmann: Przyczynek do leczenia tocznia, specyalnie sposobem Finsena. Jellinek: Leczenie przyczynowe thiosinaminą przy chorobie Dupuytrena. Salus: O aggresynach.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 28. Neisser, Baermann i Halberstädter: Doświadczenia nad „Framboesia tropica“ u małp. Dönitz: Jak uniknąć można zawodu w działaniu znieczulenia lędźwiowego? Detz: Doświadczenie z 360 znieczuleń lędźwiowych stowainą i adrenaliną. Becker: Operacye przy znieczuleniu lędźwiowem. Assmann: Nowy sposób barwienia krwi i tkanek błękitem metylowym i kwaśną eozyną. Gaehtgens: Przyczynek do techniki aglutynacyi. Magnus: O działaniu nerki. Dreyfus: O przeoczeniu chorób umysłowych. Grünwald: W sprawie powstawania i zapobiegania chronicznej błonicy. Galewsky: O wyprysku warg wywoływanym wodami do ust.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 28: Zuckerkandl: O leczeniu gruźlicy nerek. Freund: Dalsze doświadczenia z znieczuleniem lędźwiowem. Mühsam: O charakterystycznem uszkodzeniu chauffeurów. Kirchner: Która chwila przy chodzeniu jest niebezpieczną ze względu na złamanie kości śródstopia? Ehrmann: Obecność krętka (*spirochaete pallida*) w nerwach napletka przy kiłowym wrzodzie pierwotnym. Riebold: O gorączce miesiączkowej, zakażeniu miesiączkowem i innych schorzeniach natury zakaźnej i toksycznej, występujących podczas miesiączki. Herzog: Doświadczenia z bioferryną przy niedokrewności u dzieci.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. Dr Stanisław Dobrowolski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr **Jekels Ludwik**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Damański Emanuel.**
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł

Jaworze (Śląsk austr.).

Dr **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu

Kosów.

lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „pod Kosynierem").
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr **Mayer Józef**, (Łazienki borowinowe).
Dr **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.

Dr **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.
Dr **Dukiet.**

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne).

Dr **Trzciński B.**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr **Górski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag**, („pod Attylą").
Dr **Kołaczkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu („Miedziuś"), ordynuje od 26 lat.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), zimą w **Meranie**.

Truskawiec.

Dr **G. Gittelmacher — Wilenko.**
Dr **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła (Zakład wodoleczniczy).

Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.

Dr **Lewkowicz Ksawery**, Doc. Uniw. Jag., ord. w chorobach dzieci od 1 lipca do 15 października (ul. Sienkiewicza 15).

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg").
Dr **Zeitner Józef**, (Kirchenstrasse „Stadt-Paris").

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" VI.)

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr **Kostecki B.**, (Haus „Weisser Hase") zimą w **Abacyi**.

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).

Dr **Weissenberg**, ord. jak corocz. w jęz. pol. (zimą w **Nervi**).

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, („Dom Lissa").
Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").
Dr **Liebeskind Józef**, („Haus Kronprinz").

Nauheim.

Dr **Jankowski Fr.**, („Hotel Europejski").
Dr **Łowiński.**

Oeynhausen (Westfalia).

Dr **Janta Połczyński**, specyalista w chorobach nerwowych.

Rok XLV. Kraków 28 Lipca 1906. Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jag. w Krakowie pod kierownictwem prof. W. Jaworskiego.

O leczniczem działaniu surowicy Römera w włóknikowem zapaleniu płuc.

Napisał

Dr Erwin Mięsowicz
asystent kliniki.

Römer (1) ogłosił w r. 1902 rozprawę o odporności ustroju wobec dwoinek zapalenia płuc i o surowicy uodporniającej przeciw tym drobnoustrojom. W rozumowaniach swoich rozwija Römer następujące poglądy: Samowyleczenie się ustroju w przebiegu zakażeń dwoinkami zapalenia płuc polega na wytwarzaniu się bakteryobójczych niweczników (*Antikörper*). Surowica przeciwpneumokokowa musi więc, — jeżeli ma być skuteczną, posiadać własności bakteryobójcze, a nie antytoksyczne.

To zaś bakteryobójcze działanie surowicy, przebiega podług teoryi Ehrlicha w ten sposób: Swoiste substancye ochronne (*Immunkörper*) surowicy łączą się z jednej strony z komórką bakteryi, z drugiej zaś z substancyami dopełniającemi *(Complement)*, już poprzednio wytworzonemi w ustroju. Przez takie łączenie się swoistej substancyi ochronnej (*Amboceptor*) działają substancye dopełniające (komplementy) litycznie na bakterye. Z tego powodu więc i substancye ochronne swoiste (*Immunkörper*) i dopełniające (*Complement*) są dla skutecznego bakteryobójczego działania surowicy nieodzownie potrzebne. Sztucznie wprowadzać możemy do ustroju z surowicą tylko substancye ochronne; — substancye dopełniające wytwarza sam chory ustrój. W rzeczywistości więc działanie substancyi ochronnych zależne jest od obecności substancyi dopełniających w ustroju. Jednakowoż nawet przy obecności substancyi ochronnej i dopełniającej możemy nie uzyskać — mimo wprowadzenia surowicy — działania bakteryolitycznego. Wydarzy się to zaś wówczas, jeżeli obie te substancye nie łączą się ze sobą. Przyczyny tego zjawiska należy upatrywać w tem, że wstrzykiwanie bakteryi jednego gatunku zwierzętom rozmaitych gatunków wywołuje wytwarzanie się różnych amboceptorów. Amboceptory zaś, wytwarzane w ustroju jednego gatunku, mogą się wprawdzie uzupełniać komplementami drugiego gatunku, lecz mogą nie łączyć się wcale z komplementami, wytworzonymi w trzecim gatunku. Im zatem więcej różnych amboceptorów będzie posiadać surowica, — tem łatwiej napotka w ustroju odpowiadające jej komplementy.

Swoistość substancyi ochronnej może być nadto tak dalece zależną od szczepu bakteryi, którym zwierzę uodporniano, że wytworzone amboceptory nie łączą się z komórkami bakteryi, choćby tego samego gatunku a innego szczepu By więc mieć największe prawdopodobieństwo łączenia się amboceptorów, zawartych w surowicy, z szczepami bakteryi tego samego gatunku, napotykanymi w chorobie, — należy zwierzę uodporniać rozmaitymi szczepami chorobotwórczych bakteryi.

W celu uzyskania takich warunków wytwarza Römer surowicę, która jest mieszaniną surowicy, uzyskanej z krwi koni, bydła i baranów uodpornianych najrozmaitszymi szczepami dwoinek zapalenia płuc. Surowica jego jest zatem wielochronną (*polyroalent*) w dwojakiem znaczeniu, — bo posiada substancye uodporniające, mogące się łączyć nietylko z rozmaitemi substancyami uzupełniającemi, lecz także z różnymi szczepami dwoinek zapalenia płuc.

Surowicę Römera stosowali pierwotnie Römer, Axenfeld i Krükmann (2, 3) we wrzodzie pełzającym rogówki, — a korzystne wyniki, uzyskane przez nich w tej chorobie, nasuwały myśl zastosowania jej i w innych chorobach, wywołanych przez dwoinki zapalenia płuc, a więc w pierwszym rzędzie we włóknikowem zapaleniu płuc.

Pierwsze usiłowania leczenia włóknikowego zapalenia płuc surowicami uodporniającemi sięgają jeszcze roku 1891. W tym to czasie F. i G. Klemperer (4), oraz Emmerich i Fowitzki (5) ogłosili swe prace o seroterapii w zakażeniach dwoinkami zapalenia płuc. W kilka lat później (1898) rozpoczął Pane (6) we Florencyi wyrabiać surowicę przeciwpneumokokową ze krwi osłów. Wyniki tych doświadczeń są najrozmaitsze, niekiedy wprost sprzeczne. Nie dziw więc, że ukazanie się nowej surowicy przeciwpneumokokowej zachęcało do zbadania jej działania w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc.

Spostrzeżenia nad leczeniem włóknikowego zapalenia płuc surowicą Römera ogłosili dotychczas Römer (7), Pässler (8), Krauth (9), Lindenstein (10), Winckelmann (11) i Tauber (12). Spostrzeżenia te dotyczą razem 60 przypadków włóknikowego zapalenia płuc, a zapatrywania, przedstawione w tych pracach dadzą się w krótkości w ten sposób streścić. Wyniki lecznicze Römera są niepomyślne. Pässler dochodzi w obszernej rozprawie o leczniczem działaniu surowicy Römera, na podstawie 24 przypadków zapalenia płuc, leczonych tą surowicą, do wniosku, że surowica ta nigdy nie działa szkodliwie, że posiada własności lecznicze, aczkolwiek niepewne i że powinna być stosowaną w przypadkach ciężkiego zakażenia, a szczególniej wtedy, jeżeli ilość krwinek białych poczyna się zmniejszać

jeszcze w okresie trwania choroby. Również radzi ją stosować jak najwcześniej u osób ze zmniejszoną odpornością, jak u starców, opilców, chorych na serce. Nie zaleca zaś używania tej surowicy we wszystkich bez wyjątku przypadkach. Zdaniem Pässlera najwięcej przemawiają za leczniczem działaniem surowicy Römera te przypadki, w których przebieg choroby, bezpośrednio groźny dla życia, po wstrzyknięciu surowicy szybko się polepszył. Spostrzeżenia Krautha, Lindensteina, Taubera potwierdzają wyniki Pässlera, a nawet w niektórych przypadkach są pomyślniejsze. Winckelmann ani co do podmiotowego uczucia chorych, ani co do poprawy w czynności narządu krążenia nie potwierdza pomyślnych spostrzeżeń poprzednich autorów, a co do wyleczenia ciężkich przypadków, w których już wystąpił obrzęk płuc, to wyleczenie przypisuje nietylko zastosowaniu surowicy, lecz i innym, równocześnie stosowanym środkom.

Wobec tego, że możliwość swoistego leczenia tak częstej, a ciężkiej choroby, jaką jest włóknikowe zapalenie płuc miałaby doniosłe znaczenie — i wobec po części pomyślnych, a po części wątpliwych, dotąd już uzyskanych wyników leczniczych, — postanowiłem zbadać w kilku przypadkach włóknikowego zapalenia płuc w klinice lekarskiej krakowskiej lecznicze działanie surowicy Römera.

Używałem surowicy, wyrabianej przez fabrykę E. Mercka w Darmstadzie. Fabryka ta dostarcza surowicy w ampułkach szklanych po 5 cm.^{3} w cenie przeszło 5 mk. za ampułkę. (Dok. nast.)

Z kliniki pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O znaczeniu klinicznem „neutrofilnego obrazu krwi", ze szczególnem uwzględnieniem stosunków w wieku niemowlęcym.

Podał
Dr Tadeusz Żeleński,
asystent kliniki.

(Według odczytu wygłoszonego w krakowskiem Towarz. lekarskiem dnia 28 marca 1906 roku)

(Ciąg dalszy.)

W dawniejszych moich poszukiwaniach, tam gdzie chodziło o ilościowe określenie myelocytów we krwi niemowlęcej, używałem wyłącznie trójbarwika Ehrlicha, gdyż on jeden pozwala zupełnie pewnie odróżnić najmłodsze postacie ciałek szpiku kostnego. Tu jednak, gdzie chodzi o badanie ogólnych stosunków postaciowych ciałek neutrofilnych, nie widzę żadnych korzyści w użyciu trójbarwika, gdyż mamy barwiki, które barwią naogół ziarninę neutrofilną równie dobrze i pewnie, a przy użyciu których zarazem i jądra występują niezmiernie wyraźnie i intenzywnie. Z tych powodów posługiwałem się przeważnie mieszaniną eozyny i błękitu metylenowego w wyskoku metylowym podług May-Grünwalda, która te właśnie zalety posiada. Przy tym sposobie barwienia przeglądanie preparatów i klasyfikowanie ciałek odbywa się znacznie łatwiej i szybciej, podczas gdy przy barwieniu trójbarwikiem jest ono wskutek bladego zabarwienia jąder tak dla oka nużące, iż odbywa się jedynie zwolna i z wielkim mozołem, aż wreszcie po pewnym czasie zmęczone oko łatwo może ulegać złudzeniom. To też trójbarwikiem posługiwałem się tylko dla badań porównawczych. Barwienie użytym przezemnie sposobem ma jeszcze i tę zaletę, że pozwala spostrzegać wiele odcieni w sposobie barwienia się samej ziarniny, które to odcienia przy barwieniu trójbarwikiem nie występują.

Ponieważ przy barwieniu eozyną — błękitem wspomniane poprzednio niteczki chromatynowe występują bardzo wyraźnie, zatem, ażeby pozostać na gruncie badań Arnetha, należało nitki te przy klasyfikacyi pomijać. Tak samo postępowali Flesch i Schossberger.

Obliczenia odsetkowe robiłem na 100—200 ciałkach, co tutaj zupełnie wystarcza, aby wyłączyć przypadkowe wahania.

Pierwszem staraniem było zbadanie samych własności postaciowych neutrofilnej białej komórki i przekonanie się, o ile własności te dają podstawę do ocenienia okresów jej naturalnego rozwoju. Ażeby rozwój ten objąć w całości jego przejawów, musimy wziąść na uwagę nietylko krew osób zdrowych, lecz i różne stany chorobowe, zwłaszcza we krwi niemowlęcej. Wskazanem jest również nie ograniczać się do jednego sposobu barwienia, lecz posługiwać się porównawczo różnymi barwikami, gdyż każdy uwydatnia pewne odrębne własności jądra i ziarniny komórki. Zestawiając wszystkie napotykane typy neutrofilnej komórki w jeden szereg, widzimy w szeregu tym dwie krańcowe postacie, niejako dwa bieguny całego rozwoju. Jednym jest t. zw. ciałko szpiku kostnego, myelocyt, drugim ciałko wielojądrzaste bądź w dosłownem rozumieniu tego słowa, t. j. posiadające kilka zupełnie oddzielnych jąder, bądź też (częściej) tylko pozornie wielojądrzaste, gdyż o kilku jądrach, pospajanych bardzo cienkiemi nitkami. Pomiędzy tymi dwoma biegunami mieści się szereg postaci, które różnią się od siebie przedewszystkiem zachowaniem się jądra, a które przechodzą stopniowo jedne w drugie bez ostrzejszej granicy. Część tych okresów rozwoju przechodzi komórka neutrofilna w warunkach fizyologicznych jeszcze zanim do krwi się dostanie, tak, iż we krwi zdrowego człowieka ich nie spostrzegamy; natomiast możemy spotkać się z nimi w rozmaitych stanach chorobowych.

Jeżeli chodzi o ocenienie wieku i stopnia rozwoju poszczególnych ciałek, to badania krwi zdrowych i chorych niemowląt przekonują nas, iż ilość jąder nie jest jedyną wskazówką, rzucającą światło na rozwój komórki neutrofilnej i jego okresy. Wskazówek takich mamy kilka:

1) Wielkość ciałka. Na ogół ocenianie wielkości ciałka zbyt dużego znaczenia nie posiada, chociażby dlatego, iż znaczenie ma tutaj przypadkowa grubość preparatu w danem miejscu; im krew rozciągnięta w cieńszej warstewce, tem ciałka wydają się większe i naodwrót. Pomimo to jednak, nawet po uwzględnieniu tych technicznych warunków, liczne badania porównawcze krwi niemowlęcej przekonały mnie, iż z wielkości danego ciałka możemy nieraz wysnuć pewne wnioski o okresie rozwoju, w jakim się ono znajduje: mianowicie komórki młode, bliskie myelocytów, są naogół znacznie większe, niż starsze, dojrzalsze postacie.

2) Zachowanie się ziarniny względem barwików. Znamienne to zachowanie się nie występuje przy barwieniu trójbarwikiem kwaśnym, natomiast można je stwierdzić wyraźnie, używając mieszaniny eozyny i błękitu metylenowego.

Mianowicie w pierwszych okresach rozwoju ziarnina neutrofilnego ciałka białego posiada pewne powinowactwo do barwików zasadowych. Dotyczy to głównie grupy myelocytów, jednakże powinowactwo to może się jeszcze utrzymywać w grupach W i T, a nawet w klasie II. Jednakże wówczas również i jądro posiada cechy i rysunek, właściwy młodym postaciom, o czem zaraz będę mówił.

3) C e c h y j ą d r a. We krwi zupełnie zdrowego człowieka stwierdzamy, iż jądro neutrofilnych ciałek bez względu na to, czy składa się z jednego, czy więcej odcinków, posiada pewne typowe cechy Jest ono jakby pokurczone, zajmuje w stosunku do ziarniny ciałka niewielką przestrzeń, pętle jego o nieregularnym zarysie są powyginane, w wielu miejscach przewężone, niekiedy jakby pączkujące i barwią się błękitem metylenowym silnie granatowo Inaczej we krwi, chorobowo zmienionej, zwłaszcza niemowlęcia: tutaj pojawiają się postacie o innych cechach, o jądrze szerszem, którego kontur posiada rysunek bardzo prosty, a zabarwienie jest znacznie bledsze. Typ ten najliczniej spotyka się w grupie T; ciałka mają wówczas postać prostej szerokiej podkowy, bardzo zbliżonej do grupy W. Jednakże i w klasie II mogą być te postacie dość liczne. Kształt i zabarwienie tych jąder nadaje obrazowi neutrofilnemu krwi cechę bardzo znamienną tak, iż jednym rzutem oka możemy ocenić, iż mamy tu znaczne odchylenie od typu prawidłowego. Wspomniałem poprzednio, iż nierzadko ziarnina takich postaci ma pewne powinowactwo do barwików zasadowych, którego to powinowactwa brakuje zawsze ziarninie ciałek o jądrze wybitniej zróżniczkowanem i silniej zabarwionem bez względu na to, czy jest jedno, czy też rozpada się na kilka części.

4) Wreszcie i l o ś ć j ą d e r. Do punktu tego powrócę, omawiając schemat A r n e t h a.

Rozwój zatem byłby następujący. Jeżeli zwrócimy uwagę na najmłodszą postać myelocyta, postać, której P a p p e n h e i m nadaje nazwę promyelocyta, to posiada on następujące cechy: wielkość jego przewyższa rozmiary t. zw. wielojądrzastej neutrofilnej komórki; ziarnina skąpa barwi się blado przy użyciu trójbarwika, okazuje wyraźny ślad barwienia się zasadowo przy użyciu eozyny-błękitu; jądro duże, blade, o prostym konturze, wypełnia znaczną część ciałka. Myelocyt ten, dojrzewając, przebywa stopniowy rozwój w ten sposób, iż wszystkie jego cechy ulegają znacznym przeobrażeniom: rozmiary ciałka maleją, ziarnina staje się gęstszą, silniej się barwi, traci swoje bazofilne powinowactwo, jądro wpukla się, wydłuża, wygina, kurczy, przybiera silniejsze zabarwienie, coraz więcej różniczkuje się, wreszcie dzieli i rozpada na kilka zupełnie odrębnych części, czem przechodzi w ostatni okres rozwoju. Stopniowe przeobrażenie tych poszczególnych cech może odbywać się w rozmaitych stanach chorobowych, przyczem może powstać ogromne bogactwo typów i odcieni.

Nie ulega wątpliwości, iż przemiany te są wyrazem stopniowego dojrzewania, czy też starzenia się komórki. Pod tym względem zapatrywania autorów na znaczenie myelocyta, jako niedojrzałej komórki neutrofilnej, są zgodne; jak poprzednio wskazałem, możemy śledzić we krwi wszystkie tego dojrzewania stopnie i okresy. Zapatrywanie, — odosobnione zresztą, — wyrażone w ostatnim czasie przez H i l l e r a przy sposobności badań, sprawdzających wyniki A r n e t h a, jakoby większe lub mniejsze zróżniczkowanie jądra było jedynie wyrazem r u c h u ciałka, który w pewnych stanach chorobowych może uledz upośledzeniu, czy porażeniu, uważam, opierając się na powyżej przytoczonych spostrzeżeniach, za mylne: jeżeli nie ograniczymy się do jednego sposobu barwienia i do badania samego tylko jądra, to widzimy, iż równolegle z różniczkowaniem się kształtu jądra, występuje szereg powyżej omówionych zmian w całej komórce, zmian, które zjawiskiem ruchu w żaden sposób wytłómaczyć się nie dadzą.

Po tych ogólnych uwagach nad własnościami postaciowemi komórki neutrofilnej omówię w krótkich słowach wzór A r n e t h a i wskażę, o ile i dlaczego uważałem zmianę podanego przez niego schematu w moich poszukiwaniach za wskazane.

Dotychczas w hematologii klinicznej obowiązującym był podział grupy neutrofilów na jednojądrzaste i wielojądrzaste. Przez pierwszą nazwę rozumiano wyłącznie myelocyty neutrofilne, — w drugą grupę z konieczności zmieścić było trzeba wszystkie inne postaci grupy neutrofilnej. W ostatnim czasie wielu autorów zmieniło nazwę „wielojądrzaste“ na „wielokształtne“ *(polymorphkernig)*, opierając się na tem, iż ciałko takie posiada zwykle jedno jądro, które tylko pozornie sprawia wrażenie kilku jąder. Zapewne, że ze względu na częstą obecność połączeń bardzo delikatnemi mostkami i nitkami nazwa „wielokształtny“ ściślej odpowiada może istotnym stosunkom, jednakże w zastosowaniu hematologii do celów klinicznych zmiana nazwy nie naprawi braków tego podziału, które leżą w jego zbytniej ogólnikowości. Przy tym podziale rozrywamy sztuczną granicą myelocyty od postaci, tymże myelocytom pod każdym względem pokrewnych, a stanowiących łagodne przejście do dojrzalszych i bardziej zróżniczkowanych komórek, z drugiej strony łączymy w jedną grupę typy, niezmiernie różne zarówno co do własności postaciowych, jak też co do znaczenia; jednoczymy postacie zupełnie prawidłowe z tworami, które już same przez się są wyrazem chorobowych odchyleń od typu prawidłowego. W pracy A r n e t h a widzimy pierwsze usiłowanie zastąpienia tego niedostatecznego podziału wzorem, opartym na naturalnym rozwoju komórki neutrofilnej i uwzględniającym w szerokiej mierze znaczenie fizyologicznego porządku tego rozwoju i chorobowych w niem zaburzeń.

Jak widzimy wzór ten opiera się przedewszystkiem na ilości jąder, prócz tego uwzględn a kształt jądra w grupie I, zaś w grupach następnych określa bardzo szczegółowo stosunek odcinków jądra okrągłych do podłużnych (K do S).

Co do ilości jąder, to poprzednio wskazałem, iż nie jest ona jedyną wskazówką do ocenienia okresu rozwoju, w jakim dane ciałko się znajduje; chodzi o to, czy ta ilość jąder może być zużytkowana jako p r a w d z i w y i istotny wyraz rozwoju komórki neutrofilnej. Porównując stosunki, zachodzące co do ilości jąder, z innemi, omawianemi poprzednio cechami, doszedłem do przekonania, iż w każdym razie wyrazu tego nie można brać zupełnie dosłownie w tem znaczeniu, iż każde ciałko klasy II jest starsze od ciałka z klasy I, każde ciałko z klasy III starsze od ciałka z klasy II i t. d. Niewątpliwie dążenie do coraz większego różniczkowania się jądra i ostatecznego podziału na kilka oddzielnych części jest cechą dojrzewania komórki neutrofilnej; różniczkowanie to jednak może postępować różnemi

drogami. Niejednokrotnie widzimy ciałka o jądrze wybitnie zróżniczkowanem, na którem pojedyncze odcinki siedzą jakby pączki na gałązce, stanowiąc jednak jedną nieprzerwaną całość. Nie ulega wątpliwości, iż ciałko takie, chociaż — biorąc mechanicznie — należy do klasy I (zatem młodej), znajduje się w daleko posuniętym okresie dojrzałości i może być co do stopnia rozwoju niewątpliwie starszem od jakiejś postaci z grupy n. p. II, o dwóch, stosunkowo prostych odcinkach. Przy sposobie barwienia, użytym przez Arnetha (trójbarwik Ehrlicha), błąd ten wyrównywał się poniekąd sam przez się drugim błędem, w tym razie korzystnym, — a mianowicie tem, iż owo silnie zróżniczkowane jądro wywołuje nieraz przy barwieniu trójbarwikiem złudzenie kilku oddzielnych jąder: — ciałko takie zaliczał zatem Arneth do grupy wyższej, gdzie mu się „z wieku i z urzędu“ istotnie miejsce należy. Pomimo tej pewnej nieścisłości, jak również pomimo tego, iż przeprowadzenie granicy, według której dane ciałko zaliczyć należy do tej lub owej grupy, niezawsze jest zupełnie łatwe i mieści w sobie pewien pierwiastek dowolności, — biorąc rzecz w szerszych granicach, ilość odcinków jądra w komórkach wielojądrzastych, a kształt tego jądra w jednojądrzastych odpowiada dość ściśle okresom naturalnego rozwoju komórki; ponieważ zaś ze wszystkich wyszczególnionych cech najbardziej nadaje się do schematycznego ujęcia, zatem w zupełności zasługuje na zastosowanie. Wielką zaletą wzoru Arnetha jest to, iż przy jego pomocy możemy stwierdzić i określić zmiany we krwi nawet wówczas, gdy nie pojawiają się w obrazie żadne postacie, któreby były same przez się chorobowe: metoda Arnetha daje nam zatem możność wyśledzenia zboczeń w neutrofilnym obrazie krwi, który według dawniejszych metod badania musiał być uważany i oznaczany jako zupełnie prawidłowy. Tę wielką korzyść wzoru Arnetha należy z naciskiem podkreślić.

Za szczególnie ważne jednakże uważałbym zwracanie uwagi na grupy z klasy I; ilość komórek, zbliżonych cechami do myelocyta i stopień ich zbliżenia do tych postaci stanowi, jak to później jeszcze omówię, wierne odbicie całości zmian neutrofilnego wzoru, a ma tę korzyść, iż klasyfikacya tych postaci da się przeprowadzić bardzo ściśle i bez wszelkiej dwuznaczności, jaka w rozgraniczaniu dalszych grup jest niekiedy nieunikniona. Dlatego godząc się w zasadzie na wzór, podany przez Arnetha, zaznaczyłem, iż uważam w nim za potrzebne pewne zmiany. Wzór ten jest w pewnym kierunku zbyt drobiazgowy, w innym znowu — przynajmniej o ile mnie stosunki krwi niemowlęcej przekonały — zbyt ogólnikowy. Za zbytnią szczegółowość, nadającą cechy niepotrzebnej zawiłości wzorowi Arnetha, uważałbym drobiazgowe oddzielanie stosunku odcinków S i K, zwłaszcza w klasach wyższych. Nie sądzę, aby to, czy ciałko n. p. z grupy IV odpowiada poddziałowi 2K 2S lub 3SK lub 3KS i t. p., posiadało jakieś większe znaczenie lub uprawniało do jakichkolwiek wniosków; natomiast, przestrzegając tego rozgraniczenia wprowadzamy w poszczególne klasy szeregi rubryk, które utrudniają przegląd wzoru. Również stosunkowi grupy 2S do SK i t. d. nie przypisywałbym ważniejszego znaczenia, jak to czyni Arneth, jednakże podział ten w klasie II i III dla dokładności zachowałem, pomijając go dopiero począwszy od klasy IV.

Zbyt ogólnie określoną natomiast wydaje mi się we wzorze Arnetha grupa T, obejmująca postacie co do cech swych i znaczenia bardzo różne. W grupie tej zmuszeni bylibyśmy mieścić zarówno postacie o jądrze silnie wpuklonem, lecz prostym konturem i zachowaniem się jądra i ziarniny względem barwików zbliżone do grupy W, a nawet M, — jak również komórki o jądrze silnie zróżniczkowanem i ogólnych cechach, każących je stawiać dość blizko okresu zupełnej dojrzałości. O możności zróżniczkowania grupy T na 2 lub nawet 3 poddziały wspomina Arneth, jednakże podziału tego nie przeprowadza; prawdopodobnie stosunki we krwi dorosłych tego nie wymagały. Jednakże we krwi niemowlęcej, chorobowo zmienionej, grupa T odgrywa, — jak to zobaczymy, — rolę tak przeważającą, iż nieraz prawie wszystkie komórki neutrofilne się w niej mieszczą; schodzą się tu przytem postacie tak różnororodne, iż wymaga ona koniecznie szczegółowszego podziału. Rozdzieliłem zatem postacie, mieszczące się u Arnetha w grupie T, na 2 działy. Jeden oznaczyłem literą T z dopiskiem e *(Tief eingebuchtet, einfach)*; tu mieszczą się postacie, znajdujące się w okresie rozwoju wczesnym, blizkim grupy W: są one zwykle większe, o ziarninie bladej, skąpej, z powinowactwem bazofilnem; o jądrze bladem, dużem, wpuklonem zwykle nakształt podkowy o prostym konturze. Drugi dział I z dopiskiem d *(Tief eingebuchtet, differenziert)* obejmie natomiast ciałka o jądrze jednem węższem, dłuższem, silniej zabarwionem, mniej lub więcej wyraźnie zróżniczkowanem z zaznaczonymi śladami przyszłego podziału: takie, jakie we krwi prawidłowej spotykamy, lub ich bardzo blizkie. Wprowadzenie tego poddziału pozwala nam oddzielić ściślejszą granicą postacie jeszcze prawidłowe od tworów, już jako takie poniekąd chorobowych; w podziale Arnetha granica ta przebiegała wewnątrz grupy I.

Zapoznawszy się w ten sposób z własnościami postaciowemi komórki neutrofilnej, przystąpiłem do rozpatrzenia odpowiednich stosunków we krwi prawidłowej. W tym celu zbadałem obraz krwi u osób zdrowych dorosłych, dzieci w różnym wieku i wreszcie u zdrowych niemowląt. Stosunki, spotkane we krwi prawidłowej, nasuwają następujące uwagi: Wszystkie ciałka neutrofilne, spotykane tutaj, bez względu na to, do której z klas należą, posiadają pewne wspólne cechy. Ziarnina ich jest gęsta, wyraźnie neutrofilnie zabarwiona, jądro barwi się błękitem silnie granatowo, jest jakby pokurczone, poprzewężane, okazujące skłonność do podziału, niekiedy rozpadłe na pojedyncze człony. To zróżniczkowanie jąder, mniej lub więcej wybitne, jednak wszędzie widoczne, jest głównym wyrazem pewnej dojrzałości ciałek i przy niejakiej wprawie pozwala już na pierwszy rzut oka obraz krwi jako prawidłowy lub zbliżony do prawidłowego rozpoznać. Pod względem ilości członów, z jakich jądro się składa, znalazłem zgodnie z tem, co podaje Arneth, dość dokładną prawidłowość tak, iż we krwi zdrowych osób stale pewna ilość ciałek należy do klasy I, II, III i t. d. Oczywiście nawet w fizyologicznych warunkach równowaga ta waha się w dość szerokich granicach. Kresem, po za który obraz krwi prawidłowej się nie przesuwa, jest grupa Td: grupy M, W i Te właściwe są już stanom chorobowym. Wiek osobnika nie ma wpływu na typ neutrofilnego obrazu; nawet krew niemowląt przedstawia w zasadzie wzór ten sam, co krew dorosłych, jakkolwiek ma pewne właściwości odrębne, do których jeszcze powrócę.

Widzimy zatem, iż pojęcie nasze o fizyologicznym stanie ustroju człowieka wzbogaciło się o jednę nową cechę, a jest nią prawidłowy neutrofilny obraz krwi. Obraz ten jest wskaźnikiem bardzo czułym stanu zdrowia: — nie w tem znaczeniu wprawdzie, aby każda sprawa chorobowa musiała wywołać w obrazie tym zaburzenie; przeciwnie, istnieją rozmaite sprawy chorobowe, nie mające na neutrofilny wzór żadnego wpływu, lub też bardzo mały. Jeżeli jednak we krwi człowieka rzekomo zdrowego napotkamy wyraźne przesunięcie neutrofilnego obrazu, wówczas mamy prawo przypuszczać albo przebytą świeżo sprawę chorobową, a mówiąc ściślej zakaźną, lub też utajoną jeszcze i nie dającą innych, dających się stwierdzić objawów. Tak n. p. badałem krew jednego z posługaczy szpitalnych, 18-letniego chłopca, który podawał się jako zupełnie zdrowy i którego krew chciałem zużytkować do ocenienia stosunków prawidłowych. Zmiany, jakie znalazłem w neutrofilnym obrazie krwi, przekonały mnie, iż człowiek ten zupełnie zdrowym być nie może: i rzeczywiście ściślejsze wywiady i szczegółowe badania dowiodły, iż przebywał on niedawno zapalenie ucha środkowego. W innym przypadku badałem krew 5-letniego chłopca, u którego również spodziewałem się znaleźć stosunki zupełnie prawidłowe: zmiany, znalezione w neutrofilnym obrazie, nasunęły mi pierwsze przypuszczenie utajonej gruźlicy, co później zupełnie się potwierdziło. Nie przeceniając przeto praktycznego znaczenia, jakie badania takie w przyszłości w danych okolicznościach zyskać mogą, muszę stwierdzić, iż poznanie własności postaciowych neutrofilnej komórki wzbogaciło kliniczne nasze pojęcie o fizyologicznym stanie ustroju człowieka o jeden nowy i ważny szczegół.

Z kolei starałem się zapoznać z mechanizmem zaburzeń, jakim obraz neutrofilny podlega w rozmaitych stanach chorobowych. W tym celu zbadałem krew w większej liczbie różnych przypadków chorobowych, powtarzając nieraz kilkakrotnie badanie to u jednego i tego samego chorego. W kilku przypadkach miałem sposobność zbadać neutrofilny obraz krwi danego chorego jeszcze przed rozpoczęciem się choroby i porównać go ze zmianami, przez sprawę zakaźną wywołanemi. Ogółem, zgodnie z Arnethem, stwierdziłem, iż wspólną cechą zmian i zaburzeń, wywołanych w obrazie neutrofilnym krwi różnymi czynnikami, jest przesunięcie tego obrazu na lewo ku prostszym, młodszym postaciom, a główne różnice w poszczególnych obrazach polegają na stopniu tych zmian. Stosownie do tego stopnia zmiany te mogą być dwojakie: albo tylko ilościowe, albo także jakościowe. Przez ilościowe zmiany rozumiem neutrofilny obraz krwi, w którym wszystkie spotykane postacie znajdują się jako takie i we krwi zdrowych osób, jednakże stosunek poszczególnych klas jest mniej lub więcej zmieniony, najczęściej w ten sposób, iż klasy wyższe przerzedzają się lub znikają, natomiast grupy młodsze, mniej zróżniczkowane, pojawiają się liczniej. Zmiany jakościowe mamy wówczas, jeżeli nietylko stosunek poszczególnych klas jest zmieniony, ale i cechy komórek, a przynajmniej pewnej ich liczby, są przekształcone w sposób, nadający im znamiona młodszych niedojrzałych postaci. Wyższym stopniem zmian tych jest pojawienie się tworów, we krwi prawidłowej niespotykanych, mających zatem same przez się znaczenie chorobowe.

Najdogodniejszym terenem do śledzenia tych stosunków są oczywiście sprawy zakaźne, zwłaszcza ostre. W tych sprawach mamy do czynienia z gwałtownem wtargnięciem do ustroju czynników chorobotwórczych: tu też spotykamy najwybitniejszy odczyn ciałek białych, jako wyraz energicznej samoobrony ustroju. Arneth znalazł przesunięcie wzoru neutrofilnego mniej lub więcej wybitne we wszystkich chorobach zakaźnych z wyjątkiem tężca, w którym aż do chwili zejścia śmiertelnego obraz krwi nie zmienił się. Ten wynik badań krwi w tężcu rzuca bardzo ciekawe światło na mechanizm zakażenia tężcowego; dowodzi on, iż neutrofilnym ciałkom białym, tym naturalnym czynnikom obronnym ustroju, brak zupełnie powinowactwa do jadu tężcowego; a rola, która zwykle przypada ciałkom białym, zdaje się w tym razie spadać na ośrodkowy układ nerwowy, który, jak wiadomo, wiąże jad tężcowy niezmiernie silnie. Tego odosobnionego spostrzeżenia nie miałem sposobności potwierdzić dla braku materyału; natomiast badałem przypadki prawie wszystkich innych chorób zakaźnych i otrzymałem wyniki, w ogólnych zarysach zgodne ze spostrzeżeniami Arnetha. Nie we wszystkich chorobach zakaźnych odczyn jest równie silny: tak n. p. w nagminnem zapaleniu opon jest on bardzo nieznaczny, natomiast w innych sprawach chorobowych nawet przy lekkim przebiegu (n. p. w odrze) bywa bardzo wybitny. Ta różnica siły odczynu jest główną różnicą, jaka zachodzi tutaj pomiędzy rozmaitymi typami chorób, lub pomiędzy poszczególnymi przypadkami chorobowymi; upatrywanie poza tem jakichś cech swoistych w mechanizmie samego odczynu należy mojem zdaniem przyjmować z wielką ostrożnością.

Przechodząc do stosunków we krwi niemowlęcej, które mnie tu głównie zajmowały, muszę się powołać na dawniejsze, badania[5]) wykonane przed dwoma laty przy pomocy dra Cybulskiego, z których zdawałem już w „Przeglądzie lekarskim“ sprawę, a które stanowią pierwsze systematyczne opracowanie sprawy pojawiania się myelocytów we krwi niemowlęcej.

Już wówczas zaznaczyłem wyraźnie, iż krew niemowlęca ze względu na swą łatwość i siłę odczynu zajmuje w tym kierunku miejsce zupełnie odrębne. Pojawianie się tych postaci, które we krwi osób dorosłych, nawet w ilości bardzo skąpej, uważanem jest za objaw rzadki i prognostycznie bardzo poważny, w wieku niemowlęcym jest rzeczą bardzo pospolitą tak, iż na 157 badanych chorych dzieci znajdowały się ciałka szpiku kostnego 97 razy. Wskazałem, iż częstość pojawiania się tego odczynu zależy w znacznym stopniu od wieku dziecka; u dzieci poniżej 2 miesięcy poszukiwanie wypadło 28 razy dodatnio, a tylko 3 razy ujemnie; u dzieci liczących od 2—6 miesięcy 18 razy dodatnio, 11 ujemnie i t d. Zdolność zatem do tego odczynu najwybitniejszą jest w pierwszych tygodniach życia i z wiekiem stopniowo maleje.

W zestawieniu z poprzednio omówionemi spostrzeżeniami sprawa pojawiania się ciałek szpiku kostnego w obrazie krwi zyskuje na nowem, a zajmującem oświetleniu. Już przy ówczesnych badaniach miałem sposobność wskazać na częstość występowania we krwi chorych dzieci, obok odczynu ciałek szpiku kostnego lub bez nich, postaci przejściowych pomiędzy myelocytem, a t. zw. ciałkiem jądrzastem, których

[5]) O pojawianiu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) we krwi niemowlęcej. („Przegląd lekarski“, 1904, Nr 27—30).

to postaci nie spotyka się we krwi osób zdrowych. Już wówczas też stałem na tem stanowisku, iż myelocyt nie jest jakimś ściśle odgraniczonym tworem postaciowym, — lecz poprostu komórką neutrofilną w jej najwcześniejszym okresie rozwoju. Obecnie powyżej przytoczone spostrzeżenia uprawniają nas tem bardziej do przypuszczenia, iż pojawianiu się myelocytów towarzyszyć będą ciężkie zaburzenia w ogólnym neutrofilnym obrazie krwi, których to zaburzeń stanowi obecność ciałek szpiku kostnego jedynie najjaskrawszy wyraz. Dlatego też częstość i obfitość, z jaką myelocyty we krwi niemowlęcej miałem sposobność stwierdzić, pozwalały mi przypuszczać, iż dla badania ogólnych stosunków neutrofilnego obrazu krew niemowlęca stanowić będzie odrębny i zajmujący teren.

Najpierw kilka słów o stosunkach u zdrowych niemowląt. Wspomniałem powyżej, że już krew zdrowych niemowląt posiada pewne odrębne właściwości. W zasadzie nie różni się ona wprawdzie od krwi dzieci starszych lub osób dorosłych: na znaczniejszej ilości zdrowych niemowląt stwierdziłem, iż stosunek poszczególnych klas między sobą jest w głównym zarysie ten sam, również jak cechy komórek i ich jąder. Jednakże skądinąd niejednokrotnie spotkać możemy dziecko zupełnie zdrowe, lub, mówiąc ściślej, takie, u którego nie można znaleźć żadnych podstaw do przypuszczenia jakiejś choroby, a którego neutrofilny obraz krwi jest w znacznym stopniu zamącony. Tak n. p. u 3-tygodniowego dziecka, karmionego piersią, przyniesionego do szpitala przez matkę wieśniaczkę jedynie z powodu nadliczbowego palca u ręki, znalazłem na 100 komórek neutrofilnych 8 M 9 W; wogóle cały wzór zmieniony tak ilościowo, jak i jakościowo tak znacznie, jak we krwi osób dorosłych spotyka się mało kiedy, nawet w ciężkich chorobach. Podobnie, choć nie w tym stopniu, zmieniony był wzór neutrofilny u 3-miesięcznego dziecka, karmionego piersią, przyniesionego przez matkę jedynie dla podcięcia więzadełka języka. Spostrzeżenia te zgodne są ze spostrzeżeniami, podanemi poprzednio, iż we krwi nawet zdrowego dziecka w pierwszych kilkunastu tygodniach można znaleźć niekiedy myelocyty.

Na podstawie tych i podobnych przykładów mogę stwierdzić, iż cechą krwi niemowlęcej jest to, że prawidłowy porządek neutrofilnego obrazu, jakkolwiek w zasadzie nie różniący się od obrazu u dorosłych, znajduje się niejako w **równowadze bardzo chwiejnej**, to znaczy, iż bez przyczyny lub, mówiąc ściślej i bardziej prawdopodobnie, wskutek przyczyn, uchodzących skądinąd naszemu spostrzeganiu, spotkać możemy w obrazie krwi niemowlęcej zmiany, niekiedy nawet bardzo daleko idące. (Dok. nast.)

Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu.

Napisał

Dr Adolf Wątorek.

(Dokończenie).

Widzimy w tych przypadkach, że kobieta wprawdzie w początku trzeciego okresu bardzo znacznie krwawi, jednak po jakimś czasie: bole okresowe usuwają z jamy trzonu większą część skrzepów, a macica naokoło popłodu, którego z jamy trzonu nie zdołała usunąć, obciska się jak gdyby naokoło sztucznie do jamy trzonu założonego tamponu. Ściągnięcie się trzonu „**niezupełne**“ staje się na jakiś czas „**ustalone**“, a z tą chwilą zazwyczaj ustają wszelkie bole okresowe, a przynajmniej tracą wiele na sile, krwotok zaś ustaje niekiedy w zupełności, na czas mniej lub więcej długi, przy poronieniach niekiedy od kilku dni do trzech tygodni trwający. Ma się to wrażenie, że macica zachowuje się, jak gdyby w połogu.

Bez wyjątku atoli, czy wcześniej, czy później, na nowo zjawiają się silne bole okresowe, składniki macicy na nowo zostają wyrzucone z tymczasowo zajętej równowagi, na nowo wychodzi na jaw wada w ściąganiu się i na nowo zjawiają się groźne krwotoki. To powtarza się aż do skutku, t. j. aż do wydalenia treści trzonu macicy. Naturalnie, kobieta może tego końca nie doczekać, bo albo zginie z powodu silnych utrat krwi, albo też przy dłużej trwającym trzecim okresie, z powodu posocznicy, jeżeli wnętrze jamy macicy uległo zakażeniu.

Niebezpieczeństwo nie minęło w zupełności, skoro popłód opuścił już jamę trzonu. Przy poronieniach spostrzegać możemy, że przerwa w czynności porodowej ustaje bardzo często wtedy, gdy popłód zostaje wśród krwotoku wydalony do jamy dolnego odcinka i szyi. Dalszy przebieg klinicznie taki sam, jak wyżej podano, t. zn. po pewnym czasie spoczynku macicy występuje serya bolów okresowych, zjawia się mniej lub więcej obfite krwawienie, wśród którego ujście zewnętrzne macicy rozszerza się popłód wydostaje się do pochwy, skąd parciem niewiasty zostaje wydalonym na zewnątrz. Przypadki te, dłużej trwając, łatwo wywołują posocznicę, albowiem wobec blizkiego sąsiedztwa popłodu z pochwą, zawsze zawierającą bakterye, łatwo występuje rozkład gnilny popłodu. Przy porodach popłodów donoszonych, przypadku takiego, gdzieby popłód całkowicie wydalił się z trzonu w mechanizmie Dunkana i zalegał tylko dolny odcinek i szyję, osobiście nie spostrzegałem. Natomiast trafia się bardzo często, że gdy czynność porodowa na jakiś czas ustała, większa część popłodu jest już poniżej pierścienia skurczowego, w jamie dolnego odcinka, szyi i górnej części pochwy, a w trzonie macicy jest tylko górny brzeg łożyska z odpowiednią częścią błon. — Przy porodach bliźniaczych często spotykałem przypadki, gdzie jedno łożysko urodzone w mechanizmie Dunkana jest już w dolnym odcinku, szyi i pochwie, gdy drugie zalega w jamie trzonu całkowicie, ścianami macicy obciśnięte. — Przebieg, jak wyżej.

Rozpoznanie nieprawidłowego mechanizmu Dunkana polega: 1) na stwierdzeniu dotykiem w czasie przebiegu pierwszej fazy mechanizmu, iż zbitość macicy w czasie przerwy między bolami staje się tak wiotką, iż określenie jej granic napotyka na mniej lub więcej znaczne trudności; 2) na stwierdzeniu zapomocą mierzenia obecności większego krwawienia; wreszcie 3) wszelkie wątpliwości rozstrzygam badaniem wewnętrznem, uskutecznionem w sposób ściśle aseptyczny, w razie, gdy mimo upływu znaczniejszego czasu mam wszelkie dane po temu, aby przypuszczać obecność popłodu jeszcze w jamie trzonu.

Rokowanie dla matki w razie krwotoku zależy: 1) od siły krwawienia; 2) od stopnia wady w ściąganiu się; 3) od pobudliwości macicy na bodźce, wywołujące skurcze; 4) od sil osobnika; 5) od tego, czy istnieje bliznowate przyczepienie popłodu, wikłające wadę ściągania się; wreszcie 5) od mniej lub więcej odpowiedniego leczenia i wyboru zabiegów.

Leczenie w przypadkach, będących na granicy patologii, przy stosunkowo miernem krwawieniu, powinno być ile możności zachowawcze, wyczekujące, według zasad, wyłuszczonych uprzednio przy omówieniu postępowania w przypadkach fizyologicznych mechanizmu Dunkana. Z zabiegów dozwolone jest **mięsienie** macicy, wykonywane w czasie skurczów okresowych; natomiast od zgniatania jamy trzonu i wyciskania łożyska należy się możliwie długo powstrzymać, im dłużej się bowiem czeka z tymi dwoma zabiegami,

tem więcej ma się szans, iż zostaną one uwieńczone skutkiem, t. zn. sprowadzeniem łożyska z jamy macicy do pochwy przed szparę sromową. — Jak długo czekać wolno, o tem rozstrzyga ilość krwi wylanej. Skoro na podstawionym talerzu zbierze się już 400 gram. krwi — a obecnie wyciskanie, w czasie skurczu wykonane, nie doprowadzi do wyżej wspomnianego wyniku, trzeba poważnie pomyśleć o szybkiem ukończeniu pierwszej fazy trzeciego okresu zapomocą energiczniejszych zabiegów.

Do takich energicznych zabiegów, użyć się dających w przypadkach porodów płodów żywych i donoszonych, zaliczam nową metodę, t. j. moją metodę odklejania i wydalania popłodu zapomocą nastrzykiwania łożyska wyjałowioną zimną wodą. Metoda ta tamuje krwotok natychmiastowo.

Do wykonania zabiegu tego potrzebne są: 1) strzykawka stu-gramowa rozbieralna, z tłokiem wygotować się dającym; 2) 500 gram. dokładnie wyjałowionej wody zimnej (najlepiej mieć pół litra uprzednio przygotowanego fizyologicznego roztworu soli kuchennej); 3) ostre nożyczki dla przecięcia skośnie pępowiny, w miejscu, gdzie żyła jest szeroką.

Napełniwszy strzykawkę wodą wyjałowioną, tak, aby powietrza w niej nie było, wprowadzamy kaniulę do żyły pępowinowej i obciskając palcami jednej ręki pępowinę około kaniuli, drugą ręką cisnąc na tłok, wstrzykujemy zwolna do łożyska 80—100 grm. wody. Krwotok natychmiast ustaje zupełnie, albowiem: a) łożysko pęcznieje, tamponując szczelniej kanał rodny niewiasty, tem więcej, że b) macica podrażniona zimną wodą kurczy się silnie, a kurcz ten trwa dłużej, niż zwykły skurcz okresowy samoistny, bo dopóty, dopóki woda wprowadzona do łożyska nie ogrzeje się wewnątrz matki.

Wyjąwszy kaniulę strzykawki z żyły, zaciskamy palcami pępowinę, aby płyn wstrzyknięty nie wylał się z łożyska, i oczekujemy na przeminięcie bolu. Skoro ból minie, a kobieta nie krwawi już wcale, pozostawiamy dalszy przebieg trzeciego okresu przyrodzie. Jeżeli zaś po ustaniu bolu kobieta zaczyna krwawić, wypuszczamy wodę z łożyska o tyle, o ile wypłynąć zechce, i wprowadzamy w sposób wyżej opisany nowe 50 gram. zimnej wody do łożyska. Występuje nowy ból, który trwa znów jakiś czas, po ustaniu bolu kobieta albo krwawi jeszcze, albo też nie. Jeżeli krwawi, wstrzykujemy wodę po raz trzeci, czwarty, piąty i t. d.

Tak postępując, udaje się sztucznie wywołać kilka silnych skurczów okresowych, które z łatwością odklejają i wydalają popłód z jamy trzonu macicy do dolnego odcinka, a bardzo często do pochwy tuż przed szparę sromową. Naturalnie wśród całego zabiegu, trwającego kwadrans lub dłużej, kobieta nie traci krwi, co bezwątpienia jest jego wielką zaletą. W lżejszych przypadkach już po pierwszem lub drugiem wstrzyknięciu krwotok jest stale utamowany.

Niestety, metoda ta ma tę wadę, że zapomocą niej nie można wywoływać dowolnej ilości skurczów okresowych, albowiem nigdy nie wylewa się z łożyska całkowita ilość płynu, wprowadzonego uprzednio do żyły, ale część tylko. Trzeba zaś wiedzieć, że łożysko może tylko pewną ilość płynu w sobie pomieścić bez pęknięcia naczyń kosmków. I tak: wstrzykując wodę do zupełnie nienaruszonego łożyska, a takiem jest zawsze wtedy, jeżeli się samoistnie odkleja, wywołujemy to, że łożysko grubnie, twardnąc dźwiga się, i powiększa swe osi o $\pm$ 2 cm. Wprowadzanie płynu napotyka na coraz to większe trudności, aż wreszcie po kilku wstrzyknięciach napięcie płynu w łożysku wolnieje, kosmki pękają, najpierw w najbliższem sąsiedztwie rowków między zrazami, i płyn wydostaje się na powierzchnię matczyną łożyska. Biorąc średnie liczby z większej ilości łożysk, stwierdzamy, że można wstrzyknąć aż do 300 gram. płynu, zanim powierzchnia matczyna nie zacznie wody przepuszczać.

Jeżeli zatem wprowadzamy do łożyska w trzecim okresie po 50 grm. wody, to wstrzykiwanie uskutecznić możemy sześć razy bez obawy pęknięcia kosmków, choćbyśmy płynu po ustaniu bolu zupełnie nie wypuszczali z łożyska. Jeżeli płyn atoli wypuszczamy i zbieramy do szklanki, możemy i siódmy i ósmy i t. d. raz wstrzykiwać, w miarę tego, ile płynu z łożyska odpłynęło. Ponieważ atoli coraz to więcej zostaje wody w łożysku, więc koniec końcem po kilkunastu wstrzyknięciach wstrzykiwana woda wydostaje się na powierzchnię matczyną łożyska, a stąd na zewnątrz. Wtedy zaś uprzednie stwardnienie łożyska ustępuje miejsca zwiotczeniu, wobec czego tamponada kanału rodnego staje się mniej szczelną, a równocześnie, wobec natychmiastowego wylewania się wstrzykniętego zimnego płynu, coraz to trudniej wywołać skurcze macicy. Krótko mówiąc, energia działania odklejającego i wydalającego popłód — znacznie maleje.

Zdarzyć się więc może, że w tych przypadkach, w których łożysko silnie jest przymocowane zapomocą blizn doczesnej do miejsca łożyskowego, jakkolwiek kilka silnych skurczów macicy wraz z podniesieniem działalności reszty czynników, odklejających i wydalających popłód, posunęło sprawę porodu popłodu naprzód, przecież pierwsza faza trzeciego okresu nie zostanie w zupełności ukończoną. W tych razach w czasie krwotoku nie pozostanie nic innego, jak ręcznie dokończyć wydobycia łożyska. Z góry zaznaczyć atoli należy, że wypadki takie należeć będą do wyjątków.

Z drugiej strony ręczne wydobycie popłodu w tych razach jest niezmiernie ułatwione, albowiem nastrzykiwanie, w sposób wyżej podany wykonane, odklejało łożysko we wszystkich tych miejscach doczesnej, gdzie blizn nie było, tak, iż obecnie wsunięcie dłoni pod odklejone łożysko — do punktów chorobowego przyczepienia, oddzielenie tychże ognisk bliznowatych i wydobycie popłodu na zewnątrz nie sprawia żadnych trudności.

Zalety zabiegu nastrzykiwania łożyska, jako to: 1) łatwość wykonania nawet przez początkującego lekarza; 2) łatwość wykonania go w sposób ściśle aseptyczny; 3) skuteczność i to natychmiastowa dla zatamowania krwotoku; wreszcie: 4) nieszkodliwość dla toku naturalnego mechanizmu, dzięki temu, że zabieg ten tylko potęguje naturalne czynniki, odklejające i wydalające popłód; wreszcie: 5) bezwarunkowa nieszkodliwość dla niewiasty — nakazują stosować go zawsze w odpowiednich przypadkach, zanim się przystąpi do ręcznego odklejania i dobywania popłodu, którą to operacyę należy dopiero w ostateczności zastosować.

Gdzie metoda wydalania popłodu przez nastrzykiwanie użyć się nie da, jak n. p. przy porodach płodów wymiękłych (zmacerowanych), gdzie naczynia łożyska zarosły, lub przy poronieniach, tam w razie silnego krwawienia w trzecim okresie musimy ręcznie odkleić i wydalić popłód, nb.: jeżeli miesienie macicy, wykonane w czasie skurczu, połączone z wyciskaniem, nie doprowadza do celu. Operacya ręcznego odklejania popłodu, niebezpieczna ze względu na aseptykę, nie napotyka na większe trudności techniczne w tych razach, gdzie jama macicy jest dość pojemną, aby do niej można wprowadzić całą rękę, albo przynajmniej 4 palce. Trudniej wykonać już zabieg przy poronieniach dwoma palcami lub jednym palcem, zwłaszcza, jeżeli jeszcze łożysko pozostaje całkowicie w jamie trzonu, w znaczniejszej części w związku z miejscem łożyskowem. W tych razach ręczne dobycie popłodu napotyka na niezwykłe techniczne trudności. Łatwą zaś jest operacya, jeżeli już pierwsza faza trzeciego okresu ma się ku końcowi, a popłód w znaczniejszej części jest już poniżej pierścienia skurczowego. Dlatego też wskazanem jest, aby cierpliwie wyczekać aż do ukończenia się pierwszej fazy trzeciego okresu. Jeżeli krwotok uniemożliwia wyczekiwanie, należy szczelnie wytamponować gazą jodoformową i pozostawić przebieg na 12 do 24 godzin przyrodzie. Jeżeli poród popłodu postępuje, to kobieta ma bole okresowe i krwawi nieco mimo tamponów. W razie, gdy już czynność porodowa ustała, zazwyczaj kończy się pierwsza faza trzeciego okresu i wtedy można przystąpić do wyjęcia

tamponów, aby resztę wydalenia popłodu przeprowadzić ręcznie. Jeżeli zaś pomimo jakiś czas trwającoj czynności porodowej zupełnie poród poplodu nie nastąpił — należy przygotować wszystko do ewentualnego instrumentalnego wyjęcia popłodu. Jeżeli gorączki i krwotoku nie ma, a stan kobiety jest dobry, można ewentualnie zaczekać jeszcze jakiś czas, kilka lub kilkanaście godzin, aby w razie wystąpienia bolów na nowo zatamponować pochwę i wyczekiwać samoistnego porodu popłodu. Jeżeli i obecnie nie postąpił poród, mimo, iż czynność porodowa trwała, najpraktyczniej nie czekać już dłużej, ale bezwarunkowo przedsięwziąć wydobycie popłodu łyżką czy kleszczykami. Opis techniki operacyjnej w każdym podręczniku.

Wystąpienie gorączki jest przeciwwskazaniem do dłuższego wyczekiwania na poród popłodu; wtedy trzeba jak najspieszniej usunąć popłód.

Co do sprawy instrumentalnego wydobycia popłodu, przyrosłego do miejsca łożyskowego, to zauważyć należy, że jest to zdaniem mojem operacya jedna z najpoważniejszych w położnictwie, technicznie niezwykle trudna i dla kobiet bardzo niebezpieczna. Lekarz praktyczny więc najlepiej zrobi, jeżeli operacyę tę pozostawi specyaliście, a gdyby to być nie mogło, to przynajmniej nie wykona jej na własną odpowiedzialność bez odpowiedniej asysty.

Wyciągi.

CHIRURGIA. Arnsperger. **Chirurgiczne znaczenie żółtaczki.** (*Beitr. zur klin. Chir.* T. 48, Z. 3). Żółtaczka sama przez się ma dla chirurga wielkie znaczenie, a to z powodu, że wywołuje różne zmiany w ustroju, wikłające zabieg operacyjny; należy do nich skłonność do krwawienia, osłabienie serca, zmiany nerwowe i t. d. W ogólności powstaje każda żółtaczka przez wessanie żółci w wątrobie samej. Właściwemi przyczynami powstawania żółtaczki są: 1) przeszkody w odpływie żółci do przewodu pokarmowego; 2) zmiany czynnościowe komórek wątrobnych (*icterus per parapedesin*), do czego doliczyć trzeba także zmiany w krążeniu krwi w wątrobie i zatrucie truciznami mineralnemi i wytworami drobnoustrojów. Utrudnienie odpływu żółci mimo drożności dużych przewodów pochodzić może, jak to wywodzi Ebstein od zatkania nieżytowego drobnych wątrobnych przewodzików. Przyczyny powstania żółtaczki są więc różne i często przy operacyi szukać ich dopiero należy. Najczęściej spotyka się chirurg jednak z żółtaczką wskutek kamieni, raka lub przewlekłego zapalenia trzustki w okolicy ujścia przewodów do dwunastnicy, rzadziej już z powodu spraw zapalnych, zrostów, nerki wędrującej lub tętniaka tętnicy wątrobnej. Autor przytacza odpowiednie przypadki z kliniki heidelberskiej. W dwóch z nich przy raku brodawki Valera wyciął Czerny całą tę część dwunastnicy; oba zakończyły się śmiertelnie. Zwykle po usunięciu przyczyny choroby żółtaczka ustępuje, czasem jednak trwać ona może dalej, a nawet nastąpić może niedomoga wątroby (*hepatargia*). Wątroba ma za zadanie najpierw wspólnie z nerkami regulować prawidłowy skład krwi, dalej ma ona regulować ilość cukru we krwi, tworzyć cukier z glikogenu, przerabiać wytwory rozkładu białka, n. p. tworzyć mocznik z amoniaku, usuwać trujące substancye z przewodu pokarmowego, trucizny metaliczne i alkaloidy, a w końcu tworzyć żółć. W każdej z tych czynności powstać może zmiana chorobowa. Wessanie barwików żółciowych do krwi objawia się zabarwieniem skóry i błon śluzowych, odbarwieniem kału i pojawieniem się barwików żółci w moczu. Wessanie soli kwasów żółciowych sprawia uszkodzenie układu nerwowego i mięśniowego, serca i nerek. Do zmian tych należą: swędzenie skóry, zmiany oczne, bole głowy, osłabienie psychiczne, osłabienie mięśniowe, zwolnienie tętna, tworzenie się wałeczków i białkomocz. Sole kwasów żółciowych mają też własność rozpuszczania ciałek czerwonych. Czasem występują wspomniane objawy przy cierpieniach wątroby bez żółtaczki, zwłaszcza przy kamieniach, szczególnie swędzenie skóry i zwolnienie tętna. Dłuższe lub krótsze trwanie żółtaczki nie dowodzi niczego; czasem i krótkotrwała żółtaczka bardzo wyczerpuje ustrój i wikła bardzo zabieg operacyjny. Zatrucie to tłomaczą sobie także przekwaszeniem ustroju i zmniejszoną zasadowością krwi. Barwików żółciowych w surowicy krwi radzą szukać Gilbert i Tuffier z pomocą próby Genelera. Zmniejszenie się zasadowości krwi przy żółtaczce stwierdził Landau. Łączność czynności nerek z wątrobą objawia się zniżeniem punktu marznięcia krwi do 0,68, a podniesieniem tegoż punktu w moczu do 0,91. O życiu też chorego na wątrobę rozstrzyga głównie sprawność jego nerek; gdy ta jest zła, rokowanie jest niepomyślne. Najważniejszą może rzeczą w rokowaniu przy operacyach w żółtaczce jest ocenienie zdolności krzepliwości krwi, gdyż brak nieraz powoduje zejście śmiertelne ze skrwawienia się chorego po operacyi. Jeżeli przyjmiemy jako prawidłowy czas krzepnięcie krwi 3—7 minut, to przy żółtaczce spotykał autor 10—20 minut. Aby tę zmniejszoną krzepliwość krwi powiększyć, radzą przygotowywać chorych do operacyi zapomocą zapobiegawczego podawania gelatyny, mleczanu wapna lub chlorku wapniowego. Chlorkiem wapniowym przygotowuje się chorych do operacyi w klinice Czernego. Autor przytacza obszernie 96 historyi. W 4 przypadkach śmierć nastąpiła ze skrwawienia, nawet przy tak małym zabiegu, jak nacięcie pęcherzyka. Przewody należy zawsze sączkować, a nigdy nie zeszywać. Kamienie często można przeoczyć, Nawrotów po usunięciu wszystkich kamieni nigdy nie było. Przy kamieniach przewodu wspólnego śmiertelność w klinice Czernego 15·5 prc., Kehr miał 5 prc., Merk 12·5 prc., Körte 10 prc., Mayo $11\frac{1}{2}$ prc., Garré 13,1 prc. Wyniki pooperacyjne zresztą zupełnie dobre.

Końcowe wnioski autora są następujące: 1) Często spotyka się żółtaczkę bez mechanicznego utrudnienia odpływu żółci tak, że odnieść ją należy do zmian w wątrobie samej. 2) W każdym przypadku żółtaczki badać należy szczegółowo krew i mocz. 3) Ciężkość żółtaczki nie zależy od czasu jej trwania i nasilenia. 4) Przy kamieniach głębokich dróg wątrobowych należy zawsze wykonywać nacięcie przewodu wspólnego i sączkowanie, w danym razie dołączyć wycięcie pęcherzyka żółciowego. 5) Kamienie przewodu wspólnego bez żółtaczki zdarzają się bardzo często. *Klęsk.*

Credé. **Antyseptyka zapobiegawcza.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 24). Po okresie antyseptyki przyszła aseptyka, która odrazu zajęła tak silne stanowisko, że prawie nie odważano się jej coś zarzucić. A jednak wielu mimo uznawania aseptyki stosowało obok niej dalej antyseptykę, zwłaszcza, gdy przekonano się, że mimo najsurowszej aseptyki zarazki rozwijają się w ranie i nie można z pomocą niej zawsze i pewnie zakażenia wyłączyć lub go ominąć. W ostatnich czasach spostrzedz można znowu pewien zwrot ku antyseptyce, a nawet najgorętszy zwolennik aseptyki Mikulicz, krótko przed śmiercią oświadczył się w wielu razach za stosowaniem antyseptyki. Credé nigdy nie przechodził z antyseptyki do aseptyki, lecz był zawsze i pozostał zwolennikiem mieszanego postępowania, zwłaszcza, że znalazł w kollargolu (wprowadzonym przez siebie) bardzo odpowiedni, nieszkodliwy a skuteczny środek przeciwgnilny. Używa go stale w swojej klinice ku zupełnemu zadowoleniu i to jako środka przeciwgnilnego w całem tego słowa znaczeniu i zarazem jako środka zapobiegającego zakażeniu i leczącego istniejące już zakażenie. Używa go jako proszku do zasypywania (3 części kollargolu, 97 cukru mlecznego), dalej w rozczynie 1 prc. do wlewania do ran, do jamy brzusznej, pęcherza i t. d. Dalej używa Credé kołaczyków kollargolowych, które wsuwa się do ran, celem ich odkażenia. Służą one zarazem do sporządzania płynów odkażających, do okładów, zmywań, płukań, zażywania rozczynu, lawatyw i wstrzykiwań śródżylnych. Sporządza się także pręciki do przetok, cewki, macicy i t. d. Kolargol nie wywołuje dreszczy przy wstrzykiwaniu śródżylnem i nadaje się najlepiej do domowej apteczki lekarza, gdyż jest bardzo trwały, a rozpuszcza się łatwo we wodzie. *Klęsk.*

Ludloff. **Osłuchiwanie kręgosłupa, kości krzyżowej i miednicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 25). Autor poleca gorąco dokładne osłuchiwanie kręgosłupa, kości krzyżowej i miednicy. Obecnie wszystkich chorych, skarżących się „na bole w krzyżach", osłuchuje i zdumiony jest poprostu, jak często przytem słychać trzeszczenia i chrupotania kostne. Młotkiem badać należy każdy krąg, a potem osłuchiwać. W ten sposób wykryć można często początki zniekształtniającego zapalenia stawów, złamanie kręgów lub ich wyrostków, złamanie kości krzyżowej i t. p. Zwykle promienie Röntgena potwierdzają rozpoznanie. Przez osłuchiwanie bardzo często rozpoznanie „nerwoból" zmieni się na inne, o podkładzie chirurgicznym. *Klęsk.*

Bogusław Niederle. **O przewlekłem zapaleniu trzustki.** (*Przegląd kliniczny* Nr 4, 1906). Rozpoznanie chronicznego zapalenia trzustki jest zawsze trudne, a czasem niemożliwe; dopiero od czasu, kiedy zwrócono uwagę na związek zachodzący między kamicą żółciową, a zapaleniem trzustki, poznano bliżej objawy tego schorzenia. Autor operował przewlekłe zapalenie trzustki z bardzo ciężkimi objawami, przy rozpoznaniu pierwotnem kamicy żółciowej, a dopiero przy laparatomii stwierdzono właściwe schorzenie. Po gastroenteroanastomozie nastąpiło zupełne ustąpienie objawów choro-

bowych. Ponieważ większa część chronicznych zapaleń trzustki jest następstwem i powikłaniem kamicy, trzeba przyznać, że główną przyczyną zapalenia trzustki jest ścisły związek, zachodzący między trzustką, żołądkiem, dwunastnicą i przewodem żółciowym, oraz że przewlekłe zapalenie trzustki może być spowodowane chorobami tych wszystkich organów sąsiednich, wskutek zakażenia przechodzącego z nich do trzustki. Prócz tego tłomaczenia przyjmują możność powstania zapalenia trzustki drogą krwi (lues, arteriosclerosis etc.).

Przewlekłe zapalenie trzustki może być pierwotne, może atoli powstać też i z ostrego zapalenia. Oznaki zapalenia tego są bardzo podobne do objawów kamicy wątrobowej, lecz jest tu przecież różnica, nawet w wypadkach tego pochodzenia. Siedziba bolu jest prawie zawsze w dołku nadpępkowym, a nie w miejscu pęcherza żółciowego, Wymioty nie są bardzo częste (wyjąwszy nieliczne tylko przypadki). Stałą oznaką jest żółtaczka zwykle postępująca; pęcherzyk żółciowy bywa mały. Najważniejszem jest znalezienie guza w nadpępczu, lub — co rzadziej — w okolicy prawego podpępcza, który jest mało ruchomy i przy ucisku bolesny; zwyczajnie guzy takie uważamy za nowotwór złośliwy. Często pojawia się chudnięcie i gorączka, glykosurya bardzo rzadko. Niekiedy pozostaje rozpoznanie wątpliwe i przy laparotomii dopiero można rozróżnić nowotwór od zapalenia. Na metodzie badania moczu według Cammidge nie można polegać. Leczenie jest zawsze chirurgiczne, jeżeli rozchodzi się o wypadek ciężki. Jeżeli jest zapalenie trzustki na tle kamicy żółciowej, przeprowadza się sączkowanie dróg żółciowych z usunięciem kamyka. Niektórzy zalecają cholecystostomię, inni cholecystenteroanastomozę. W wypadkach, gdzie biorą górę objawy uciskowe odźwiernika, należy dać pierwszeństwo gastroenteroanastomozie. Rokowanie przewlekłego zapalenia trzustki nie jest niepomyślne, śmiertelność w wypadkach operowanych mała.

Schnurpfeil.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. J. Karliński. **O leczeniu przymiotu srebrem.** (*Now. lek.* 1906, Nr 6). Z powodu trudności, jakie nastręczało posługiwanie się w bośniackiej praktyce wiejskiej, przetworami rtęciowymi, począł autor leczyć trzeciorzędne owrzodzenie kiłowe przetworem srebra, kolargolem. Ogółem leczono kolargolem 21 chorych z rozpadającymi się guzami kiłowymi. Po wymyciu rany rozczynem itrolu i ułożeniu na niej 2—3 kołaczyków kolargolowych po 0,005, zakrywał autor ranę plastrem kolargolowym (5: 300 mastyksu); w lżejszych przypadkach już po 7, a w cięższych najdalej po 24 dniach rany zabliźniały się zupełnie. Ten wynik dodatni był nader rychły w porównaniu z wynikami stosowania jodku potasu, który autor podawał dla porównania równocześnie 5 chorym z takiemi samemi zmianami po 3—4 grm. dziennie, okładając równocześnie ranę wodą karbolową i jodoformem i zalepiając plastrem rtęciowym. Opatrunki takie już na 3 dzień trzeba było zmieniać z powodu sączenia się rany, a rana nigdy nie goiła się przed upływem 7 tygodni. *Oszacki.*

Prof. Ehrmann. **O krętkach w nerwach napletka przy pierwotnym wrzodzie napletka.** (*Deut. med. Wochs.* 1906, Nr 27). W niniejszej pracy starał się autor wykryć drogi, któremi krętek blady (Spirochaete pallida) z pierwotnej zmiany kiłowej dostaje się do ustroju. W badaniach swych zwrócił szczególniej uwagę na nerwy skórne i podskórne, przebiegające w pobliżu zmiany pierwotnej. Aby uzyskać odpowiedni materyał do badania, wyciął u dwóch chorych zmianę pierwotną, znajdującą się na brzegu napletka i powodującą stwardnienie znacznej jego części. Badania skrawków z tego materyału dały wynik bardzo pomyślny, gdyż autor wykazał obecność krętków nietylko w pochewce otaczającej pnie nerwowe, ale również w samym nerwie pomiędzy jego włóknami, jak i w przestrzeni między nerwem, a jego osłonką, która wypełnioną jest lymfą. Wewnątrz pnia nerwowego znajdują się krętki między włóknem nerwowem, a osłonką Schwanna. W tkance łącznej otaczającej pnie nerwowe, wykrył Ehrmann liczne nacieki guzkowate, wśród nich zaś, jako też między otaczającymi włóknami tkanki łącznej znaczną ilość dobrze wykształconych krętków. To samo miał sposobność autor spostrzegać w dalszym przebiegu nerwu, nawet w dość znacznej odległości od wrzodu pierwotnego.

Na podstawie tych badań sądzi autor, że możnaby przypuszczać z wielkiem prawdopodobieństwem, że krętki drogą nerwów mogą się posuwać daleko aż do środkowego układu nerwowego i dawać powód do chorób nerwowych (t. zw. parasyfilitycznych), a mianowicie do wiądu rdzenia pacierzowego, za czem przemawia i ta okoliczność, że w największej ilości przypadków rozpoczyna się wiąd rdzenia pacierzowego od części lędźwiowej. *Stopczański.*

Leszczyński. **Krętek blady, a rozpoznawanie kiły.** *Tygodnik lek.* Nr 23, 1906). L. przytacza jeden przypadek z kliniki dermatologicznej lwowskiej na dowód wartości rozpoznawczej krętka bladego. Dotyczy on chorej, która zgłosiła się z owrzodzeniem części pochwowej macicy. Owrzodzenie to o wielkości grosza, płytkie, kształtu prostokątnego, miało brzegi wyniosłe, zaczerwienione, dno pokryte wydzieliną szarawo-żółtą, do podstawy mocno przylegającą. Badanie mikroskopowe wydzieliny uchyliło całą trudność rozpoznania, wykazało bowiem kilka krętków bladych. Jakoż rzeczywiście w 8 dni potem pokazała się wysypka plamista i guzkowa na skórze tułowia i brzucha. wystąpiło zapalenie gardła, ból głowy, a na częściach sromnych łepieże. Objawy te ustąpiły po zastosowaniu rtęci. *Dr. T. Włyński.*

Karliński. **Leczenie srebrem w kile.** (*Heilkunde* 1906, Nr. 6). Autor powodowany trudnościami leczenia kiły rtęcią u mało cywilizowanych mieszkańców Bośni, próbował stosować w owrzodzeniach kilakowych Collargol Credégo. Robił on w ten sposób, że w każde owrzodzenie po oczyszczeniu rozczynem itriolu wkładał 2—3 kołaczyków Coll. po 0,05 i przykrywał je plastrem collargolowym (5: 300). Wewnętrznie chorym nic nie podawał. Po 1—3 tygodniach, w którymto czasie zmieniał do 3 razy opatrunek, otrzymywał piękną, gładką bliznę. Doświadczenie jego dotyczyło 21 pacyentów. W 5 przypadkach wrzodów kilakowych, równocześnie leczonych wewnętrznie jodem i miejscowo plastrem rtęciowym blizna tworzyła się dopiero po 7 tygodniach. *Dr T. Włyński.*

Jacoby. **Leczenie wiewióra zapomocą przekrwienia biernego.** (*Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr 26). J. próbował zastosować metodę przekrwienia biernego Biera w przypadkach wiewióra cewki moczowej o przebiegu podostrym i przewlekłym. Endoskopem stwierdził zawsze szybsze wessanie nacieków, aniżeli przy jakiemkolwiek innem leczeniu. W tym celu podał przyrząd w kształcie zgłębnika 12 ctm. długiego, o skali: 21 Charrière, stożkowato zakończonego. Wzdłuż jego osi długiej przebiegają 3 rowki, krótsze od niej o 2 ctm. z przodu i 2 ctm. z tyłu. Od każdego z tych rowków prowadzi 5 otworków do światła zgłębnika. Pod kątem 90° umieszczony jest balonik zamknięty kurkiem. Po włożeniu zgłębnika do cewki, zacieśnia się tę ostatnią w okolicy rowka pozażołędziowego, uciska balonik w celu wydalenia powietrza, które uchodzi otworem pod kurkiem i obraca kurek o 90°. Działanie dotyczy tylko błony śluzowej, leżącej w obrębie rowków. Przez obrócenie zgłębnika o 50° naokoło osi można zadziałać na inne części błony śluzowej. Dla tylnej cewki podaje autor podobny przyrząd kształtu zgłębnika Dittla i zaopatrzony przy końcu rowków walcowatym pierścieniem, który ma opierać się o wejście do pęcherza, aby zapobiedz ssącemu działaniu przyrządu na jego powierzchnię. Cały przyrząd da się łatwo odkażać po odjęciu balonika. *Dr T. Włyński.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. J. Thies. **O nakłuciu lędźwiowem przy drgawkach porodowych.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr 23). Objawy ośrodkowe, towarzyszące często drgawkom, skłoniły już wielu do wykonania w tych przypadkach nakłucia lędźwiowego, jako zabiegu leczniczego. Wyniki nie są dotąd pewne. T. opisuje 15 przypadków, w których zastosowano to leczenie po poprzedniem bezskutecznem wyczerpaniu innych znanych sposobów. Trzymano się techniki Quinckego, płyn wypuszczano powoli, w ciągu 10—20 min. i cofano igłę, gdy ciśnienie spadało do 120 mm. Płyn był przeważnie jasny, raz mętny, z licznymi leukocytami, raz krwawy (*haemoglobinaemia*). Ciśnienie wahało się zazwyczaj od 150—200 mm., raz doszło aż do 600 mm.; ilość odprowadzonego płynu wyniosła średnio 20—30 cm.³, raz doszła do 101 ctm.³. Po nakłuciu nie zauważono dobrego wpływu na tętno i oddychanie, natomiast w pewnych przypadkach ustawały na czas jakiś napady lub występowały rzadziej, a raz ustąpiły nawet zupełnie. Korzystnego wpływu na ilość moczu nie stwierdzono nigdy.

B. Wojciechowski.

A. Bennecke. **Cięcie cesarkie przy uwięźnięciu tyłozgiętej macicy ciężarnej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 23). Kobieta 37-letnia, po raz 2. w ciąży; ostatnia regularność przed 3 miesiącami. W 2. miesiącu ciąży przez 14 dni odchody brunatnawe. Inny lekarz rozpoznał wówczas tyłozgięcie macicy ciężarnej, odprowadził macicę i założył krążek, który z powodu zapadów i bolów przed 3 tygodniami wyjęto. Obecnie objawy ze strony kiszki stolcowej i pęcherza, ciepłota 37·8, tęt. 120, brzuch bolesny, odchody brunatne i cuchnące; część pochwowa poza spojeniem, ujście zewnętrzne zamknięte, szyjka długa i niepodatna. Dno macicy pod wzgórkiem kości krzyżowej po stronie lewej nie daje się dźwignąć, tylne sklepienie wypuklone. W treści szyjki stwierdzono ciałka ropne i dwoinki. W moczu 1‰ białka, ciałka białe i czerwone, wałeczki i nabłonki nerkowe. Wytamponowanie pochwy nie wywołało rozszerzenia szyjki. Wprowadzenie balonika do szyjki niemożebne. Jako najłagodniejszy w tym przypadku sposób rozwiązania obrad B. cięcie cesarskie pochwowe. Przecięcie tylnej, potem przedniej ściany szyjki bez otwarcia otrzewnej; przypadkowe przedarcie kruchej i obrzękłej ściany pęcherza, zeszycie tegoż; po opróżnieniu macicy tamponada

cewnik na stałe. W przebiegu pooperacyjnym krótkotrwałe objawy nieżytu pęcherza. Jest to drugi przypadek cięcia cesarskiego pochwowego z powyższego wskazania. Pierwszy ogłosił Wennerström (*Zentr. f. Gyn*, 1903). *B. Wojciechowski.*

K Witthauer. **Helmitol jako środek zapobiegawczy przeciw pooperacyjnemu nieżytowi pęcherza.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 23). W 26 przypadkach, w których cewnikowanie po operacyi było konieczne, podawał W. 3 razy dziennie po 1 gr. helmitolu, obok przepłukiwania pęcherza kw. borowym po każdem odprowadzeniu moczu. Raz tylko wystąpił ciężki nieżyt pęcherza (chora niespokojna), a 4 razy lekki, krótkotrwały. *B. Wojciechowski.*

DENTYSTYKA. Prof. Bönnecken. **O przeczulicy błony śluzowej jamy ust.** (*Oest. ung. Vierteljahr. f. Zahnhk.* II, 1906). Przeczulica błony śluzowej jamy ust jest stosunkowo rzadka i dotyczy zwykle starszych mężczyzn powyżej 50 r. ż., okazujących choroby układu nerwowego (neurastenia, histerya i t. d.). Dolegliwości polegają głównie na uczuciu pieczenia, palenia i bólu na końcu języka i na policzkach i na uczuciu suchości w ustach. Przyczyna tego cierpienia nie jest dokładnie znana; być może, że wywołuje je nadużywanie tytoniu i wyskoku. Oprócz leczenia, ogólnie stosowanego w nerwicach (leczenie klimatyczne, wodoleczenie, leczenie psychiczne), należy uregulować dyetę, zakazać używania wyskoku, tytoniu, potraw korzennych, słonych i kwaśnych, które błonę śluzową jamy ustnej podrażniają. Wszelkie nierówności zębów powinno się pousuwać, spiłować i t. d. Nie można zalecać ostrych pędzlowań ani płukań; należy wyłączyć wszelkie nastoje i mieszanki spirytusowe; można z pożytkiem zastosować boraks do pędzlowania, lub płukania. Rokowanie co do poprawy cierpienia jest dość pomyślne, co do zupełnego wyzdrowienia wątpliwe, gdyż cierpienie łatwo powraca. *Dr Kozaczka.*

Prof. A. Witzel. **W jaki sposób i kiedy następuje wyleczenie małych ognisk ropnych na szczytach korzeni zębów z chorą miazgą zębową?** (*Monatsschr. für Zahnheilk.* 1906, Nr 5). Autor roztrząsa krytycznie wszystkie sposoby leczenia przetok, powstałych wskutek chorób miazgi zębowej, które się otwierają na wysokości szczytów korzeni zębowych. Cierpienie to polega na tem, że drobnoustroje ropne dostają się przez odkrytą, lub niedobrze pokrytą zapomocą plomby, miazgę zębową do szczytów korzeni i tu wywołują ognisko ropne, które się może rozszerzać i na zęby sąsiednie, nawet zdrowe. Ognisko takie przebija się w końcu na zewnątrz. W przypadkach takich, zanimby się postanowiło ząb usunąć, nigdy nie należy zaniedbać leczenia zęba; Witzel radzi miazgę wyskrobać, cały kanał przesondować i stosować wodę królewską dla gruntownego odkażenia kanałów i wyjałowienia ognisk ropnych. Wykonywa to zwykle w dwu do trzech posiedzeniach. Po przestrzykaniu zakłada z jednego dnia na drugi wacik, zamaczany w wodzie królewskiej i tymczasem go pokrywa; dnia następnego wszystko się usuwa, jeszcze raz przestrzykuje i zakłada cement. Wacik można po kilku (10) dniach wyjąć górą. Odczyn początkowo jest czasami dość znaczny (obrzmienie), później zupełnie ustępuje; przetoka się zaciąga i zupełnie zarasta. Po kilku miesiącach, jeżeli się sprawa chorobowa nie powtarza, zakłada się ostateczną plombę amalgamową, złotą i t. p. Autor na dowód dobrych wyników dołącza cały szereg fotografii rentgenowskich. (W zakładzie krakowskim równie dobre wyniki uzyskujemy zapomocą 40 prc. formaliny, która nie jest tak obosieczną bronią. *Przyp. spr.*). *Dr. Kozaczka.*

Frohmann. **Własności biologiczne i chemiczne drobnoustrojów, spotykanych w próchniejących zębach.** (*Deutsche Monatschr. f. Zahnhk.* Z. 1, 1906). Autor badał bakteryologicznie około 125 przypadków próchnienia zębów u rozmaitych osób, wyosobnił on kilkanaście rodzajów drobnoustrojów, głównie ziarenkowców i oznaczył dokładnie ilości kwasów i zasad, wytworzonych przez poszczególne grupy badanych drobnoustrojów, jakoteż przy ich współżyciu (symbiozie). Ilość kwasów wytwarzanych jest bardzo znaczna; najwięcej kwasów wytwarza prątek okrężnicy. Zdaje się dziś nie ulegać wątpliwości, że kwasy, a przedewszystkiem kwas mleczny, działają niszcząco na szkliwo i tkankę zębową, a nadwerężając je, pozwalają tak obficie w jamie ustnej znajdującej się florze prowadzić dalej dzieło zniszczenia.

P. Szadkowski.

HIGIENA. Flügge. **Projekta w sprawie poprawy przepisów desinfekcyjnych.** (*Zeitschr. f. Hyg.* T. 50. Praca powyższa oparta na pracach Heymanna, Reichenbacha, Steinitza, Mesekacha i Specka rzuca nowe światło na kwestyę odkażenia, a zarazem cienie na liczne w praktyce stosowane i jako pewniki uznane tak poglądy o odkażeniu, jak i środki desinfekcyi. Wychodząc z szerokiego pojęcia desinfekcyi — uwolnienie ludzi od zarazków i przedmiotów zakażonych — uważa F., że dokonać jej można bądź przez zabicie zarazków, bądź też mechanicznie, usuwając je. Ostatni sposób desinfekcyi, przy którym przemieszcza się tylko zarazki, nie troszcząc się o dalszy ich los; stosuje się przy odkażaniu (myciu) rąk i przy wszelkich do oczyszczenia zmierzających czynnościach w mieszkaniu, myciu, szczotkowaniu, trzepaniu, zamiataniu, wietrzeniu, wyświetlaniu i t. p.; stosować zaś można tylko przy tych chorobach, których zarazki mieszczą się stale obficie w naszem otoczeniu, tak u zdrowych, jak i chorych, tężcu, zarazkach ropnych. pneumokokach, prątkach okrężnicowych i t. p. W razie wyjątkowo pojawiających się poszczególnych wypadków lub ograniczonych epidemii innych chorób zakaźnych w miejsce mechanicznego czyszczenia stosować trzeba zabijanie zarazków. Zasadnicze te różnice co do wartości sposobów odkażania nie są dostatecznie zaznaczone w rozmaitych przepisach i rozporządzeniach o desinfekcyi. Polecane jako środki zabijające bakterye, mydło szare i gorący rozczyn mydła, zmywanie wodą gorącą lub rozczynem sody, zmywanie lub szczotkowanie rozczynem kresolu, karbolu, sublimatu, ścieranie chlebem nie są dostatecznie pewne, jako środki zabijające zarazki i najwyżej zaliczyć je można do środków mechanicznych. Również wyświetlenie na słońcu nie jest zupełnie pewnem, zabijając jedynie na powierzchni położone zarazki, a nie drążąc zabójczo w głąb. — Wietrzeniem może się udać usunięcie zarazków z pokoju chorego, zachodzi jednak przytem zawsze obawa zakażenia sąsiedztwa. Mechaniczne odkażenie do pewnego stopnia zawsze sprzyja rozszerzeniu zarazków — o tem zapomniano przy układaniu przepisów desinfekcyjnych, pomija się też fakt ten przy wykonywaniu desinfekcyi. Również zdaniem F. należy rozróżnić sposoby odkażania w czasie choroby i po ukończonej chorobie. Zalecane przez przepisy codzienne, wycieranie podłogi w pokoju chorego rozczynem odkażającym pragnie F. zastąpić zlewaniem zanieczyszczonych miejsc podłogi wodą kreosotową, którą dopiero po godzinie należy wytrzeć; wietrzenia pokoju zakażonego (oczywiście ma tu Flügge na myśli przewietrzenie bardzo gruntowne) dokonywać można, jeżeli nie groziło by zakażeniem sąsiedztwa. Do odkażenia wydalin stosowniejsze są silniejsze rozczyny kresolu (5 prc.); dla plwocin chorego zgęszczone rozczyny sublimatu (5 prc.), nadto używanie tekturowych spluwaczek, które spala się wraz z treścią. Zakopywanie wydalin chorego w ziemię jest niepewne i niebezpieczne. Dla odkażenia rąk u osób pielęgnujących chorego, uważa Fl. za stosowniejszy rozczyn sublimatu, aniżeli 3 prc. rozczyn kresolu lub karbolu. Zalecając niedostatecznie jeszcze uznaną desinfekcyę formaldehydem po ukończeniu choroby podnosi Flügge, że oczyszczenia mieszkania dokonywać należy nie przed, lecz po dokonanej desinfekcyi. — Omawiając stosowanie i przyrządzanie używanych środków odkażających zabójczych dla bakteryi żąda F. zastąpienia 3 prc. wody karbolowej drogiej i działającej powoli rozczynem 2,5 prc. kresolu, wykluczenia ze spisu ogólniej dostępnych środków desinfekcyjnych mydła szarego i podchlorynu wapna, gdyż ocena działania ostatniego jedynie z zapachu nie jest dostatecznie pewną. Mleko wapienne sporządza się prościej nie z wapna palonego, lecz z 1 części wapna gaszonego na $1\frac{1}{2}$ części wody, — do odkażenia formaldehydem wystarcza 2,5 gr. na $ctm.^3$, przy 7 zaś 5 gr. przy $3\frac{1}{2}$-godzinnem działaniu. Formalinę stosować też należy do odkażania ubrań, zwłaszcza osób gruźliczych i to w osobnych szafach. Parowe przyrządy desinfekcyjne winny być obowiązkowo badane przy ustawieniu i później w czasie działalności. Do odkażania książek nadaje się sucha ciepłota przy 75—80° C. Wprowadzenie do użytku sublimatu w rozczynie 1: 200 dla odkażania plwociny gruźliczej zaschłej w grubszych warstwach uważa Fl. za konieczne. *L. Bier.*

Christian. **Badania odkażającego wpływu wody utlenionej** *in statu nascendi.* (*Hyg. Rundschau* 1906, Nr 8). Pojawiające się w handlu nowe wyżej utlenione związki chemiczne (nadtlenki), rozkładające się łatwo pod wpływem wody i dostarczające tem samem świeżej (in statu nascendi) wody utlenionej, nasuwały myśl użycia tych związków do odkażania zamiast rozczynów wody utlenionej. Badania Boujeana (*Compt. rend. debéteca. d. Scien.* 1905), co do nadtlenku wapna (CoO_2), powtórzył Ch., stwierdzając, że odkażenie, uzyskane przy użyciu tego związku, odnieść należy nie do wody utlenionej, lecz głównie do utworzonego wodzianu wapniowego. (Powyższa myśl wymaga przeto jeszcze stwierdzenia przy użyciu innego nadtlenku, który nie posiada ubocznych własności odkażających. *Przyp. sprawozd.*). *L. Bier.*

Hilgermann. **Zastosowanie wody utlenionej jako środka czyszczącego i odkażającego w golarniach.** (*Arch. f. Hygiene* T. 54). Dotychczasowy sposób czyszczenia w golarniach, szczególnie szczotek i grzebieni, pozostawia wiele do życzenia pod względem zdrowotnym, zalecone odkażanie wyskokiem, formaldehydem i t. p. wypróbowanemi środkami jest bądź kosztownem, bądź

wymaga dłuższego czasu, bądź też niszczy przybory. Tych wad nie posiada woda utleniona, która w postaci 5 prc. rozczynu i przy ½-godzinnem działaniu nietylko odkaża bardzo zakażone pasożytami włosów i bakteryami ropnemi przybory golarskie, ale je nadto znakomicie czyści, nie niszcząc ich. Rozczyn powyższy wody utlenionej może być użyty kilkakrotnie w ciągu dni kilku zawsze z równie dobrym skutkiem. *L. Bier.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XIV posiedzenie naukowe dnia 22 czerwca 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki.

Obecnych członków 39.

Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

Przewodniczący poświęca parę słów wspomnienia zmarłemu koledze Stankiewiczowi, asystentowi przy katedrze medycyny sądowej we Lwowie.

Do uczestnictwa w uroczystości pożegnania długoletniego inspektora szpitali krajowych, kol. Jana Stelli-Sawickiego wydelegowano kolegów: Stachiewicza i Witolda Ziembickiego.

I. Kol. prof. Łukasiewicz przedstawił chorego na **liszaj kończysty** (*lichen ruber acuminatus*). W przypadku tym stosuje się 20 prc. rozczyn atoksylu podskórnie. Prelegent podnosi rzadkość cierpienia, spostrzeganego we Lwowie dopiero parę razy.

II. Kol. Leszczyński przedstawił dwoje chorych z kliniki dermatologicznej z toczniem (*lupus vulgaris*), leczonych sposobem Buttea (przymoczki z 2 prc. nadmanganianu potasowego obok skaryfikacyi). Jak wynikałoby z dotychczasowego spostrzegania, sposób ten stosowany na większą skalę m. i. w klinice Gauchera w Paryżu, daje korzystne wyniki.

W dyskusyi przemawia kol. prof. Łukasiewicz.

III. Kol. doc. Kučera wygłosił odczyt p. t. **„Endocarditis gonorrhoica“**. Prelegent dał najpierw pogląd na historyczny rozwój nauki o stosunku wiewióra do zapaleń wsierdzia. M. i. wspomina o zapatrywaniach, jakie w r. 1889 wypowiedział w tej sprawie ze stanowiska klinicznego A. Gluziński. Od chwili odkrycia dwoinki wiewiórowej (1889) weszły badania tej sprawy w zupełnie nowy okres, zwłaszcza kiedy się nauczono drobnoustrój ten hodować*). W r. 1902 liczono już około 100 przypadków zapalenie wsierdzia, wywołanego przez dwoinki wiewiórowe, jakkolwiek prelegentowi liczba ta wydaje się zbyt wielką, podaną nieco bezkrytycznie tak, że zmniejszyłby ją do połowy. Następnie omawia prelegent przypadek, który dał mu pohop do wygłoszenia niniejszego odczytu, a w którym stwierdził wrzodziejące zapalenia wsierdzia, wywołane przez dwoinki wiewiórowe. W przypadku tym znalazł też podobne, jak na wsierdziu, zmiany na błonie wewnętrznej tętnicy głównej, co jest w swoim rodzaju pierwszem spostrzeżeniem. Przechodząc wreszcie do omówienia strony klinicznej i patogenezy cierpienia, sądzi, że powinnibyśmy wprowadzić przedewszystkiem podział na: 1) *Endocarditis gonorrhoica gonococcica*, i 2) *Endocarditis gonorrhoica non gonococcica*, nie mówiąc o trzeciej grupie, stworzonej przez Włochów, a mającej narazie znaczenie teoretyczne, gdzie za przyczynę zapalenia wsierdzia należałoby uważać działanie już nie samych drobnoustrojów, ale ich jadów. Wrotami zakażenia dla sprawy na wsierdziu będzie z natury rzeczy najczęściej cewka moczowa, w ogólności narząd moczopłciowy. Również może niemi jednak być n. p. i spojówka. Zmiana wsierdzia następuje najczęściej w ostrym okresie wiewióra, przyczem zauważyć należy, że nasilenie sprawy pierwotnej nie odgrywa tu żadnej roli, podobnie jak nie mają żadnego znaczenia powikłania. Natomiast na pytanie, dlaczego w danym przypadku sprawa zapalna z upodobaniem sadowi się na wsierdziu, nie znajdujemy innej odpowiedzi, jak przyjmując, że właśnie wsierdzie stanowiło w tym przypadku *»locus minoris resistentiae«*. Prelegent podnosi, że przebieg kliniczny tej sprawy nie różni się w niczem od obrazu innego rodzaju zapaleń wsierdzia, i że jak w tamtych, może być złośliwy, lub kończyć się przewlekłą wadą zastawkową. Rozpoznanie kliniczne możemy oprzeć jedynie na bakteryologicznem badaniu krwi, w tym zaś celu radzi prelegent posługiwać się większemi ilościami krwi (10 cm.³), które należy odpowiednio rozcieńczać (10 cm.³ na 250 cm.³ bulionu), gdyż w przeciwnym razie bakteryobójczość krwi przeszkadza rozwojowi dwoinki wiewiórowej. (Prelegent okazuje preparaty makro- i mikroskopowe).

*) Odpowiednią pożywką jest, jak wiadomo, agar z płynem puchliny brzusznej, lub z surowicą krwi.

Dyskusya. Kol. Pisek przytacza opis przypadku z własnej praktyki, gdzie u młodego mężczyzny w parę miesięcy po wystąpieniu wiewióra rozwinęły się objawy posocznicze wraz z objawami zapalenia wsierdzia. Przebieg dalszy był złośliwy i skończył się śmiercią. Kolargol zawiódł, jak i inne środki. Badania bakteryologicznego krwi, jak i anatomiczno-patologicznego nie można było wykonać. Mowca podnosi, że jak już wspomniał prelegent, objawy, któreby świadczyły o swoistości sprawy na wsierdziu, nie istnieją, że więc należy i tu, jak w każdem zapaleniu wsierdzia, przyjąć na podstawie doświadczenia podział na dwie grupy: jedną z przebiegiem łagodnym i następową wadą zastawkową, drugą z przebiegiem złośliwym, objawami posocznicznymi. Dane, jakie zawdzięczamy Rombergowi (vide dzieło jego p. t. »Lehrbuch der Krankheiten des Herzens etc.« 1906) jakoby na 21 przypadków złośliwego wsierdzia na tle wiewióra przypadło 9 wyleczeń, mogą, zdaniem mowcy polegać chyba na niedokładnem spostrzeganiu.

Kol. prof. Gluziński przypomina jakie zapatrywania na stosunek zapalenia wsierdzia do wiewióra panowały w latach 1883 i kilku następnych. Sądzono n. p. że gościec stawowy, rozwijający się na tle wiewióra, chroni od wystąpienia sprawy zapalnej na wsierdziu. To też niejako odosobnione było twierdzenie, z jakiem w czasie owym wystąpił mowca w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem, że powikłania ze strony serca należą w przebiegu wiewióra do częstszych. Z obcych zwrócili na to uwagę pierwsi Francuzi. Mowca podkreśla, że podobnie, jak w sprawach zapalnych, wywołanych na wsierdziu przez jakiekolwiek inne drobnoustroje (paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc), tak i w sprawach, wywołanych przez dwoinki tryprowe rozróżniamy klinicznie dwie grupy: jedną, odznaczającą się przebiegiem złośliwym, drugą łagodnym. Zmiany wsierdzia mogą niekiedy wystąpić już w pierwszych dniach wiewióra. Mowca przypomina sobie młodego człowieka, słuchacza medycyny w Krakowie, u którego w piątym dniu wiewióra wystąpiła martwica prącia, zapalenie wsierdzia i septyczne zapalenie płuc, — przypadek, zakończony wkrótce zejściem śmiertelnem. Zdaniem mowcy jednak wrzodziejące zapalenie wsierdzia w przebiegu wiewióra, jest w stosunku do jej częstości, rzadkiem. Natomiast częstsze, aniżeliby się przypuszczało, są powikłania ze strony serca przyrody łagodniejszej, powikłania, rozwijające się niejednokrotnie zupełnie niespostrzeżenie, bez podwyższenia ciepłoty, bez jakichkolwiek zwracających uwagę objawów. A mogą one występować zarówno na wsierdziu, jak i na osierdziu. Mowca przypomina sobie wiele podobnych przypadków, gdzie u młodych ludzi w czasie wiewióra stwierdzić było można mniej lub więcej wybitne zapalenie osierdzia, występujące n. p. w jednym z nich przy każdym nawrocie wiewióra. Zapalenie wsierdzia rozwija się niejednokrotnie w dalszym ciągu zapalenia osierdzia, albo też odrazu na pierwszy plan się wysuwa. Serce skłonne jest w danych przypadkach do powikłań zapewne jako *locus minoris resistentiae*, przyczem podnieść należy także usposobienie rodzinne (jak w każdej sprawie zakaźnej). Mowca przypomina doświadczenia na zwierzętach, u których nie możemy zapomocą wstrzykiwania do krwi drobnoustrojów lub toksyn, tak długo wywołać powikłania ze strony serca, dopóki n. p. wsierdzia nie uszkodzimy. W końcu wzywa do baczniejszego badania serca u chorych na wiewióra, gdyż tylko w ten sposób nabierzemy dokładnego pojęcia o częstości omawianego powikłania.

Sekretarz: *Witołd Ziembicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprzedawania „najlepszego kremu“ (feinster Ledercrême), holenderskiego środka tajnego, który rozsyłano pod fałszywą deklaracyą do osób prywatnych, a który ma leczyć przepukliny, zabroniło ministerstwo spraw wewn. rozporządzeniem

z dnia 11. maja b. r. tak samo i sprzedaży w obrębie monarchii angielskiej wody ocznej »The Marvelle Eye Drops«, gdyż zawiera adrenalinę, którą wolno aptekarzom wydawać wyłącznie na przepis lekarza. *E. S.*

Z szpitalnictwa niemieckiego. Umysły lekarzy w Frankfurcie nad Menem zajmuje żywo sprawa obsadzenia prymaryatu po Noordenie, który idzie z jesienią do Wiednia i obejmuje katedrę po Nothnaglu. Noorden był kierownikiem oddziału dla chorób wewnętrznych w miejskim szpitalu frankfurckim. Z tej okazyi opracowała obecnie rada miejska nowe warunki, na jakich mogą kandydaci starać się o opróżniony prymaryat. Chodzi o to, żeby prymaryusza więcej przywiązać do szpitala. Jest rzeczą niesłuszną, że prymaryusze więcej dbają o praktykę prywatną niż szpital, ale w dzisiejszych warunkach zmusza ich do tego śmiesznie mała płaca, jaką otrzymują za pełnienie funkcyj szpitalnych. I dlatego rada frankfurcka przedewszystkiem zabrania w przyszłości prymaryuszom prowadzenia prywatnych klinik, a jako odszkodowanie za to chce im dać pensyę. Większość rady jeszcze się i tem nie zadowalnia: uchwaliła odesłanie wniosku do komisyi, komisya ma się postarać o to, żeby nowy prymaryusz cały oddany był na usługi szpitala, a praktykę prywatną wykonywał w jak najskromniejszym zakresie. Mowcy z łona większości wywodzili, że należy przeszkodzić temu, żeby prymaryusz za często wyjeżdżał na konsylia po za Frankfurt, że nie powinien też mieć stałych godzin ordynacyjnych i że można mu jedynie zezwolić na konsylia z lekarzami frankfurckimi. Za to nie należy oszczędzać, niechby pensya wynosiła i 15.000 marek. Na takie warunki zgodzą się z pewnością i zawołani lekarze. *E. S.*

Ustawa pensyjna dla lekarzy gminnych i obwodowych w Czechach, uchwalona przez sejm czeski, normująca dochody pensyjne dla lekarzy, a pensye wdowie i sieroce dla ich rodzin, uzyskała 17. kwietnia 1906 r. sankcyę cesarską. Co się tyczy lekarzy, których ustawa rzeczona nie uwzględniła, a mianowicie lekarzy, którzy obecnie nie pełnią już więcej czynnej służby, jakoteż co się tyczy wdów i sierót po zmarłych lekarzach gminnych i obwodowych, to sprawą ich obiecały kompetentne czynniki zająć się co prędzej. *E. S.*

IX Kongres niemieckiego towarzystwa dermatologicznego odbędzie się w Bernie Szwajc. i trwać będzie od 12. do 14. września. Ponieważ zapowiedziano wiele demonstracyj, a nadto pożądaną jest jak najobszerniejsza dyskusya, zarzucono obecnie prawie już oficyalny po kongresach zwyczaj — referatów głównych. Wykłady A. Neissera »O obecnym stanie doświadczalnego badania kiły« i E. Hoffmanna »O obecnym stanie naszych wiadomości o etyologii kiły« zajmą się najaktualniejszemi obecnie w danej gałęzi nauk lekarskich sprawami. — Na pytania w sprawie organizacyi kongresu etc. z całą gotowością udziela wszelkich wyjaśnień prof. Jadassohn w Bernie. *E. S.*

IV międzynarodowy kongres dla medycyny ubezpieczeniowej. Program naukowy tego kongresu, który się ma odbyć od 11. do 15 września b. r. w Berlinie, obejmuje następujące przedmioty: 1) wczesne stwierdzenie skłonności do gruźlicy, a do gruźlicy płuc w szczególności, 2) otyłość i jej znaczenie dla ubezpieczenia, 3) wpływ kiły na długość życia, 4) znaczenie szczepienia ospy dla ubezpieczenia. Tyle z działu ubezpieczenia życiowego, zaś z dziedziny ubezpieczenia od wypadków poruszone będą sprawy następujące: 5) wpływ cierpień wewnętrznych na wypadki wogóle, 6) zaostrzenie się cierpień umysłowych w przebiegu wypadków, 7) wpływ urazu wśród utajonych i jawnych schorzeń organicznych rdzenia i mózgu, 8) kryterya pogorszania się nerwic czynnościowych przez wypadki.

Z pytaniami oraz doniesieniami należy się zwracać do jeneralnego sekretarza niemieckiego stowarzyszenia dla nauki o ubezpieczeniu (Deutscher Verein für Versicherungs-Wissenschaft) Dra fil. i pr. Alfreda Manesa, Berlin W. 50. Spicherustr. 22. *E. S.*

Na posiedzeniu najwyższej Rady zdrowia, odbytem w Wiedniu dnia 7 b. m. pod przewodnictwem Vogla omawiano: 1) Uporządkowanie wykazów szczepienia, 2) rewizyę przepisów co do cholery, 3) wprowadzenie dyplomów dla specyalistów, 4) kwestyę państwowej ustawy opieki nad dziećmi. *R.*

W Monachium powstała myśl założenia składkowego zakładu porodowego i dla chorób kobiecych na 100 — 160 łóżek kosztem miliona marek.

Celem zakładu jest przedewszystkiem umieszczenie na poród i połóg kobiet z klasy pracującej, ale będą tam także przyjmowane kobiety zamożne. Członek towarzystwa tego płaci miesięcznie 20 fenigów. Prócz lekarza zakładowego ma prawo leczyć w zakładzie każdy zawczwany lekarz. Dostęp rodziny i znajomych do chorych nie ma mieć żadnych ograniczeń. Położnice i chore będą opuszczać zakład dopiero po uzyskaniu zupełnej zdolności do pracy. Przy zakładzie ma z czasem powstać: »Biuro porady dla matek«. *R.*

X. W. Pixa: »O krzyczącej niedorzeczności i strasznej szkodliwości szczepienia ospy«. Berlin 1906. 2 kor. — Pod tym tytułem pojawiła się broszura, w której autor w sposób zupełnie odpowiadający nagłówkowi, zwalcza ochronne szczepienie ospy. Ponieważ broszura ta ma być rozpowszechnianą, przeto nie możemy pominąć jej milczeniem, jak zwykle w podobnych przypadkach postępujemy; gdyby ona bowiem przy możliwej agitacyi rozeszła się w szerokie warstwy, mogłaby wyrządzić rzeczywiste, bardzo groźne szkody naszemu społeczeństwu. Musimy wydanie takiej książki uważać jako *»partactwo«* bardzo szkodliwe, bo jeszcze osłonięte powagą »stanu« autora. Sądzimy, że Władze Sanitarne znajdą jakiś skuteczny środek, by nie dopuścić do rozpowszechniania się tej ze wszech miar szkodliwej broszury. *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Między 8/VII a 14/VII b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 10 (obcych 3), krztuśca — (2), ospy — (—), płonicy 6 (—), odry 9 (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 2 (—), czerwonki 1 (—), zapalenie opon mózgowordzeniowych 1 (1).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział krajowy zamianował w szpitalu św. Łazarza sekundaryuszem I. klasy Dra Michała Leinkrama, sekundaryuszem II. klasy Dra Stanisława Gólskiego.

— Otrzymaliśmy od kol. H. pismo następującej treści: Wyczytawszy w numerze VII sprawozdania izb lekarskich galicyjskich na stronicy 69, punkt 5. zarzut, jaki mi uczynił p. S. wniosłem dnia 24 b. m. podanie do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, z prośbą o wytoczenie mi śledztwa dyscyplinarnego.

— Pierwsze biuro porady dla matek otwarte zostało w Krakowie jak donosiliśmy staraniem krakows. instytucyi »Kropli mleka«. Punktem wyjścia tej organizacyi popularnej we Francyi pod nazwą *»Consultations de nourissons«* jest pewnik stwierdzony przez naukę, iż niedostateczna znajomość elementarnych zasad żywienia niemowląt u matek stanowi jedną z najważniejszych przyczyn chorób i śmiertelności w okresie pierwszego dzieciństwa. Staraniem organizacyi jest zatem rozpowszechnianie wiadomości w tym zakresie w najszerszych warstwach ludności, jakoteż zapewnienie racyonalnego kierunku tak naturalnemu jak sztucznemu żywieniu niemowląt. W tym celu biuro udziela każdej niezamożnej matce bezpłatnie wszelkich wskazówek i objaśnień w zakresie higieny wieku niemowlęcego, a w szczególności higieny żywienia; również każdej z tych matek przysługuje prawo regularnego uczęszczania do biura dla poddania dziecka systematycznemu ważeniu i kontroli lekarskiej.

Biuro pomieszczone w Rynku głównym, Pałac spiski, parter otwarte jest codziennie od 12—1 w południe. Obowiązki lekarza pełnić będzie Dr Tadeusz Żeleński.

— Habera, restauratora, uprawiającego zawodowo partactwo lekarskie skazał sąd na 3 miesiące więzienia.

— W sprawie Mayówney, zmarłej w szpitalu św. Łazarza z powodu krwotoku następowego po operacyi wola, skazał sąd Dra Czajkowskiego, który wezwany jako lekarz dyżurny nie pospieszył z pomocą do chorej, na 100 koron grzywny.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wsch.-gal. zajmował się na posiedzeniu w d. 12 lipca następującemi sprawami: 1) Uchwalono przystąpić w charakterze członka do świeżo powstałego austryackiego Towarzystwa dla zwalczania partactwa lekarskiego. 2) Podjęto się pośrednictwa między Wydziałem krajowym a jednym byłym lekarzem okręgowym. 3) Poczyniono na nowo kroki przeciw partaczowi Rostowi ze Stanisławowa. 4) Omawiano sprawę układu z Towarzystwem ubezpieczeń od wypadku. 5) Wydano na życzenie sądów i lekarzy opinię w 3-ech sprawach co do spornej wysokości honoraryum lekarskiego. 6) Załatwiono dwie sprawy honorowe i kilka drobniejszych spraw bieżących.

Warszawa. Sekcya chirurgiczna, istniejąca przy warszawskiem Towarzystwie lekarskiem wybrała »Gazetę lekarską« za swój organ.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza tematy do nagród konkursowych im. Koczorowskiego: 1) Badania doświadczalne z dziedziny trofiki mięśni. 2) Bakteryologia krwawej biegunki. 3) Porównawcze określenie żelaza, hemoglobiny i liczby krążków czerwonych we krwi, przy błednicy i niedokrewności. 4) Badania nad swoistością Spirochaete pallide (Schaudin-Hoffmann). 5) Zmiany w nadnerczu przy arteriosclerosis. 6) Patogeneza t. zw. mycosis laryngis. 7) Fermenty mleka i znaczenie ich dla sprawy żywienia niemowląt. Termin nadesłania prac do 31. marca 1907.

— Medycyna donosi, że Rada miejska dobroczynności publicznej rozesłała do wszystkich lekarzy naczelnych szpitali w Warszawie okólnik Naczelnika kraju do wszystkich gubernatorów Królestwa Polskiego treści następującej: »Wobec tego, że ustawa szpitali cywilnych w Królestwie Polskiem z r. 1842, dozwalająca ordynatorom szpitali prowadzić karty szpitalne w języku polskim, nie była w drodze prawodawczej zmieniona, karty szpitalne i nadal mogą być prowadzone w języku polskim«.

Z różnych stron. Prof. Hlava został wybrany rektorem w Pradze.

— Z końcem półrocza letniego ustępują na wydziale lekarskim wiedeńskim profesorowie: Benedikt, Pollitzer, Stoffela i Winternitz.

— Austryacki minister oświaty wydał wraz z ministrem handlu okólnik do wszystkich rektoratów uniwersyteckich, w którym wyraża nadzieję, że kierownicy zakładów uniwersyteckich zaopatrywać się będą w przyszłości w narzędzia chirurgiczne i przybory optyczne u firm w kraju.

Mianowani: Doc. Piffl z Pragi profesorem otyatryi. Prof. Minokow w Moskwie profesorem zwyczajnym medycyny są owej.

Powołani: Prof. His z Bazylei na katedrę medycyny wewn. do Getyngi w miejsce prof. Ebsteina.

Zmarli: W Nowym Sączu emerytowany lekarz miejski dr Józef Richter. W Warszawie dr Józef Kotarski W Płocku lekarz pow., wiceprezes Tow. lek. i sekretarz Tow. hig., dr Kamil Berer. W Bonn profesor dentystyki Witzel.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr 29. Monsiorski: Krwistek zamaciczny niezropiały, do pochwy pęknięty. Łapiński: (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr 27. Serkowski i Maybaum: Materyały do etyologii i statystyki raka. Gabszewicz: (dok.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 29. Bohosiewicz i Herman: W sprawie całkowitego wypiłowania szczęki górnej z powodu nowotworów złośliwych. Reis: (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr 13. Hornowski: Omyłki dyagnostyczne. Sędziak: (c. d.).

— *Nowiny lekarskie* Nr 7. B. Wicherkiewicz: Dalsze doświadczenia z pyoktaniną w lecznictwie okulistycznem. Bartoszewicz: Wyniki badania higienicznego wody studzien na stacyi Praga-Nadwiślańska w 1905 r. i zastosowanie sposobu Marbotina.

— *Kronika dentystyczna* Nr 1. Krakowski: O plombach porcelanowych.

— *Przegląd zdrojowy* Nr 8. Pelczar: Truskawiec. Skórczewski: Historya Krynicy.

— *Časopis lekařův českých* Nr 29. Streit: O sekundárni stenose kličky střevni po inkarcerované hernii. Babor: (dok.).

— *Liječnički Vijestnik* Nr 7. Žirovčić: Padavičar usmrtio dijete. Matkowič: Pomor na očnim odjelima. Bošnjakovič: Voda zagrebačkog vodovoda 1898—1906.

— *Russkij Wracz* Nr 26. Bierestniew: Epidemia dżumy na stepach kirgizkich w latach 1905 i 1906. Finkelstein: Przyczynek do sprawy wycinania rakowych owrzodzeń żołądka i kiszek. Gabryłowicz: Leczenie gruźlicy tuberkuliną. Piechow i Askimowa: Wypadek wielokrotnej ciąży o 5 płodach. Moskalew: Eksperymentalne badanie wypadku kazuistycznego, czy było usiłowane zabójstwo, czy też samobójstwo.

— *Semaine médicale* Nr 29. Koïké: Działanie służby zdrowia armii japońskiej podczas wojny rosyjsko-japońskiej w r. 1904—1905.

— *Presse médicale* Nr 56. Jeanselme: Organizacye lekarskie i choroby Syamu. Guiser: O wydobywaniu ciał obcych z oskrzeli przy pomocy bronchoskopii. Daremberg i Perroy: Indykan i skatol w moczu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 29. Reis: Nauka o odporności a okulistyka. Müller i Oppenheim: Doniesienie tymczasowe o wykazaniu w surowicy chorego na typowe zapalenie stawów ciał bakteryobójczych. Ottolenghi: O przechowywaniu surowic antytoksycznych. Glaessner: Cukrówka a zapalenie płuc. Engel i Plaut: O tłuszczu w mleku kobiet karmiących, żywionych specyalnymi tłuszczami. Gioseffi: Przyczynek do złośliwej zimnicy w południowej Istryi.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 29. Martin: Leczenie gorączki połogowej surowicą przeciwpaciorkowcową. Hirsch: Wpływ kąpieli w czterech komorach na ciśnienie krwi. Rosenfeld: Tłuszcz a węglowodany. Blume: Przyczynek do szybkiego rozpoznania gruźlicy przy pomocy „bakteryoskopii". Kümmel: (c. d.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 29. Müller i Jochmann: O prostym sposobie wykazania zaczynów proteolitycznych. Jeble: Znaczenie zakażenia kopalni na powstanie epidemii zapalenia opon rdzeniowych. Rolly: Zakażenie ogólne u dorosłego prątkiem ropy błękitnej. Spielmayer: Porażenie połowicze bez naruszenia dróg piramidowych. Rumpf: Rokowanie przy gruźlicy płuc. Rothfuchs: O zamachach samobójczych. Grube: Użycie przekrwienia według Biera przy niektórych schorzeniach przy cukrówce. Raab: Leczenie elektrycznością chorób układu krążenia. Viereckl: Barwienie według Romanowskiego z odmianą Maya. Schmidt: Przypadek martwej kostki na łąkotce śródstawowej w kolanie. Hofmann: Uproszczone postępowanie przy ekstenzyi. Riel: Przyczynek do leczenia zastoiną według Biera. Magnus: (dok.). Thorel: Jak ochraniać siebie i służbę przy sekcyach?

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 29. Schatz: Leczenie zboczeń w położeniu macicy. Peters: Zapalenie tkanki zewnątrzoponowej rdzenia przy zapaleniu opon. Jacobsohn: O urazowo-chirurgicznych porażeniach nerwu twarzowego. Onodi: Wycięcie przegrody nosowej przy pierwotnej gruźlicy. Weinrich: O ciałach obcych w pęcherzu i cewce. Plaut: O „missed labour". Riebold: (c. d.). Saalfeld: Leczenie chorób skórnych drożdżami. Engel: O ciałkach czerwonych jądrzastych i ich rozwoju.

Redakcya otrzymała: Dr Żeleński: Biura porady dla matek. — Tenże: Instytucye „Kropli mleka" a „Porady dla matek". — 29-te sprawozdanie Komitetu Towarzystwa szpitala dla ubogich dzieci pod nazwą św. Zofii we Lwowie za rok 1905. — Wiczkowski, Selzer i Gittelmacher-Wilenko: Próba zastosowania reakcyi biochemicznych do klinicznych badań. — Damański: Kilka słów o zastosowaniu wody iwonickiej w pewnych postaciach miażdżycy tętnic.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. Dr Stanisław Dobrowolski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr **Jekels Ludwik**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.
Dr **Damański Emanuel.**
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.
Dr **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „pod Kosynierem").
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr **Mayer Józef**, (Łazienki borowinowe).
Dr **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.
Dr **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).

Rabka.
Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.
Dr **Dukiet.**

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne).
Dr **Trzciński B.**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.
Dr **Górski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag**, („pod Attylą").
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu („Miedziuś"), ordynuje od 26 lat.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), zimą w **Meranie.**

Truskawiec.
Dr **G. Gittelmacher – Wilenko.**
Dr **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła (Zakład wodoleczniczy).
Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.
Dr **Lewkowicz Ksawery**, Doc. Uniw. Jag., ord. w chorobach dzieci od 1 lipca do 15 października (ul. Sienkiewicza 15).

Żegiestów.
Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.
Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.
Dr **Steinsberg**, (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg").
Dr **Zeitner Józef**, (Kirchenstrasse „Stadt-Paris").

Gleichenberg.
Dr **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" VI.).

Karlsbad.
Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr **Kostecki B.**, (Haus „Weisser Hase") zimą w **Abacyi.**

Kissingen.
Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).
Dr **Weissenberg**, ord. jak corocz. w jęz. pol. (zimą w **Nervi**)

Marienbad.
Dr **Eichhorn Ferdynand**, („Dom Lissa").
Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").
Dr **Liebeskind Józef**, („Haus Kronprinz").

Nauheim.
Dr **Jankowski Fr.**, („Hotel Europejski").
Dr **Łowiński.**

Oeynhausen (Westfalia).
Dr **Janta Połczyński**, specyalista w chorobach nerwowych.

Rok XLV. Kraków 4 Sierpnia 1906. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wzmianka o łoju baranim *(sebum ovile)* jako masie pigułkowej.

Podał prof. dr Walery Jaworski.

(Według demonstracyi w Tow. lek. krak. z d. 21 marca 1906).

W podręczniku „Nauka o chorobach wewnętrznych“ zwróciłem uwagę na to, że przy podawaniu niektórych leków, np. arsenu, rtęci, jodu i t. p., należy ochraniać chory żołądek od ich działania. W tym celu znane już jest podawanie pigułek keratynowanych, t.j. powleczonych istotą rogową jaka np. znajduje się w tutkach piór ptasich. Pigułki keratynowane, które zresztą trudno otrzymać, nie okazały się praktycznemi, a to z powodu że po większej części są w przewodzie pokarmowym nierozpuszczalne. Dlatego poleciłem (Nauka o chorob. wewn. III. str. 332) podawać leki w pigułkach powleczonych twardym tłuszczem, jakim jest łój barani *(sebum ovile)*, topniejącym w cieplocie 45—50° C. Nie weszły one, o ile mi wiadomo, dotąd w użycie w praktyce lekarskiej, przeto chciałbym jeszcze raz zwrócić uwagę na ich użyteczność po przeprowadzeniu doświadczeń w klinice na 52 osobach. Przekonałem się bowiem, że one swemu celowi, niedrażnienia żołądka zupełnie odpowiadają.

W wodzie i w treści żołądkowej pływają pigułki łojowe na powierzchni, przeto szybko z płynną treścią przechodzą ze żołądka do jelit. Nie topią i nie rozpuszczają się w żołądku, gdyż, jak to w 11 przypadkach mogliśmy się przekonać, wydobyliśmy je niezmienione po $^1/_2$-1 godzinie ze żołądka. Lek w nich zawarty w żołądku się nie rozpuszcza, gdyż pigułki łojowe z domieszką proszku węgla lub karminu treści żołądkowej nie zabarwiają, natomiast pigułki te rozpuszczają się w zupełności w jelitach. Na 10 przypadków, w których podawaliśmy pigułki łojowe i poszukiwali ich potem w kale, znaleziono tylko raz jeden pigułkę, do $^1/_3$ pierwotnej wielkości zmniejszoną. Do pigułek domieszane barwiki (węgiel, karmin) zabarwiają stolce jednostajnie i dają się jako pyłki wyśledzić pod mikroskopem.

Leki z pigułek łojowych przechodzą z jelit do ustroju. Podawaliśmy w pigułkach łojowych jodek sodowy (4 przypadki), siarkan atropiny (6 przypadków), kwas salicylowy (4 przypadki), jako też środki przeczyszczające: kalomel, podofilinę, jalapę, socznicę (*scamonium*) i gumożywicę kroplinową (*gummigutti*) (18 przypadków). We wszystkich przypadkach wykryto w moczu jod (po 1—2 godz.). kwas salicylowy (po 1—2 g.), rozszerzenie źrenic po 2—10 godz. Stwierdzono także we wszystkich przypadkach działanie pigułek łojowych ze środkami przeczyszczającymi z tą różnicą, że działają one powolniej, niż same leki w proszku użyte.

Środki, któreby dla ominięcia chorego żołądka należało przepisywać w pigułkach łojowych, są następujące: przetwory arsenu (*ac. arsenicosum, arsenicum sulfuratum, natrium arsenicosum, kalium arsenicosum, arsycodyl*); rtęci (*hydrargyrum bichloratum, hydrargyrum chloratum, hydrargyrum praecipitatum album, hydrargyrum jodatum, hydrargyrum bijodatum, i t.d.*); jodu (*natrium* i *kalium jodatum, jodoformium, ferrum jodatum, ac. jodatum*); fosfor żółty; przetwory wapniu (*calcium chloratum, calcium salicylicum*), glinu (*alumen ustum, aluminium sulfuricum*); przetwory cynku (*zincum oxydatum, zincum sulfuricum*). Wreszcie wiele przetworów organicznych: (*ac. benzoicum, carbolicum, salicylicum, tannicum, balsamum copaivae, pulvis cubebae, gujacolum*), olejki aromatyczne mające działać dopiero w jelitach, pankreatyna, olejek terpentynowy i t. d. Wogóle we wszystkich przypadkach, w których obawiamy się zadrażnienia żołądka zapisanym lekiem, najbezpieczniej stosować go w pigułkach łojowych.

Przy zapisywaniu pigułek łojowych należy wyraźnie napisać na recepcie punkt topliwości łoju 45°C, gdyż w aptekach biorą zwykły tłuszcz, łatwo topny w żołądku, przez co lek rozpuszcza się już w żołądku. W jednej pigułce nie ma być więcej jak 0·1 *sebum ovile*, a leku co najwięcej drugie tyle. Do pigułek, w które wchodzi mało leku np. 0·01, dobrze jest dla lepszego zarobienia dodać proszku obojętnego (*magnesia usta, pulvis liquiritiae*) kilka centygramów. Nie należy zapomnieć dodać proszku do obsypywania (*consperge*): pigułek jak widlaku (*pulvis lycopodis*) lub magnezyi palonej, aby się nie lepiły. Jako wzór przepisywania niech posłużą:

Rp.
Ac. arsenicosi 0,10
Sebi ovilis punc. liquef. 45° C 10,0
Pulv liquir. q. s.
f. pilulae Nro centum.
Consp. c. pulv. lycopodii.
S.

Rp.
Podophyllini 0,20
Sebi ovilis p. liquefat. 45° C 1,0
Magnesiae ustae q. s.
Div in partes X. f. pilulae
Consp. c. pulv. magn. uste.
S.

Rp.
Natrii jodati 10,0
Sebi ovilis puncti liquef. 45° C 10,0
M. f. pilulae Nro centum.
Consp. c. magn. usta.
S.

Rp.
Ac. salicylici 10,0
Sebi ovilis p. liquefat. 45° C 10,0
M. f. pilulae Nro centum.
Consp. c. pulv. lycopodii
S.

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jag. w Krakowie pod kierownictwem prof. W. Jaworskiego.

O leczniczem działaniu surowicy Römera w włóknikowem zapaleniu płuc.

Napisał
Dr Erwin Międzowicz
asystent kliniki.

(Dokończenie.)

Wstrzykiwania wykonywałem, zachowując wszelkie prawidła aseptyki, głęboko podskórnie w okolicę lędźwiową, w cięższych przypadkach włóknikowego zapalenia płuc. Używałem rozmaitych ilości surowicy, wstrzykując ją raz

Liczba porządkowa	Wiek chorych	Stan obecny przed wstrzykiwaniem surowicy	Dzień choroby, w którym wstrzyknięto surowicę	Ilość wstrzykniętej surowicy w cm³.	Zachowanie się chorego po wstrzykiwaniu	Zmiany w narządzie oddechowym po wstrzykiwaniu	Zachowanie się narządu krążenia po wstrzykiwaniu	Ilość krwinek białych		Ciepłota ciała		Badanie bakteryologiczne	Dalszy przebieg i zakończenie choroby	Uwagi
								przed wstrzykiwaniu	po wstrzykiwaniu	przed wstrzykiwaniu	po wstrzykiwaniu			
1. L dz. 196	T. G. l 21	Ciepłota 39·4° Niepokój, duszność, sinica. Płuco prawe w całości zajęte zbitym naciekiem. Liczba oddech. 40. L tętna 108 dobrze napięte. Plwocina krwawo zabarwiona	3-go dnia wieczorem	40	W nocy po wstrzykiwaniu spał mało, lecz czuł się swobodniejszym. Duszności nie doznawał.	W 12 godzin po wstrzykiwaniu stan płuc ten sam. L. odd. 56. Odpluwa bardzo niewiele.	Sinica ustąpiła. L. t. 100, dobrze napięte.	20,000	w 12 g. 16,000	39·4	w 2 g. 39 w 12 g. 37·2	W plwocinach dwoinki z otoczkami.	Przełomowy spadek ciepłoty w 4. dniu choroby. Powolne rozejście się zapalenia wśród prawidłowego zdrowienia.	
2. L. dz. 168	M. B. l. 28	Ciepłota 39 2°. Niepokój, duszność. Naciek w środkowym i dolnym płacie płuca prawego. L. odd. 36. L. t. 100, dobrze napięte. Plwocina szafranowa	1-go dnia wieczorem	25	Czuje znaczne polepszenie, całą noc spał. Nie doznaje duszności, ani kłucia w boku prawym. Odpluwał mało, plwocina śluzowa, żółto zabarwiona.	W 12 i 24 godzin po wstrzykiwaniu stan płuc ten sam.	L. t. 100, dobrze napięte.	20,000	w 12 g. 29,000	39 2	w 2 g. 39 w 12 g. 38 w 18 g. 38·2 w 24 g. 37	W plwocinach dwoinki z otoczkami. Mysz zaszczepiona padła w 24 g. Z jej krwi czyste hodowle dwoinek z otoczkami.	Przełomowy spadek ciepłoty w 3. dniu. Szybki powrót do zdrowia wśród bardzo przyspieszonego rozejścia się nacieku.	
3. L. dz. 103	S. F. l. 21	Ciepł. 38°. Chory niespokojny. Zbity naciek w dolnym płacie płuca lewego. L. odd. 36. L. t. 100. Plwocina krwawa, dość obfita.	3 go dnia wieczór	20	Czuł się nieco swobodniejszym. Kłucie ustąpiło.	W 12 godzin po wstrzykiwaniu stan ten sam L. odd. 40. W 24 g. świeży naciek w płacie dolnym płuca prawego. L. odd. 50. Plwocina skąpa.	L. t. 100, dobrze napięte.	46,000	w 12 g. 23,600 w 36 g. 40,600	38	w 12 g 39·6	Plwocina obfita, krwawo zabarwiona, zawiera liczne dwoinki.	Ciepłota zwolna schodzi 7. dnia do 37°. Rozejście się postępuje postępuje powoli.	
4. L. dz. 185	F. P. l. 26	Ciepł. 39·4°. Znaczne osłabienie. Zbity naciek w płacie dolnym płuca lewego. L. odd. 40. L. t. 108. dobrze napięte. Plwocina skąpa z żyłkami krwi.	4 go dnia wieczór 5-go dnia wieczór	25 15	W 2 g. po wstrzykiwaniu pierwszem osłabienie i uczucie ciężkiego schorzenia. W godzinę po drugiem wstrzykiwaniu odczuwa duszność. Przytomność ciągle zachowana.	Ani po pierwszem, ani po drugiem wstrzykiwaniu objawy fizyczne w płacie dolnym płuca lewego nie uległy zmianie. Plwocina obfita. szafranowo zabarwiona.	W 2 godziny po pierwszem wstrzykiwaniu duszność, tętno niemiarowe, słabo napięte, l. t. 108. W pierwszej godz. po drugiem wstrzykiwaniu sinica, niemiarowość tętna jeszcze znaczniejsza.	44,200	po 1-em 33 600 po 2-em (w 5 g.) 16.100	przed 1. 39 4 przed 2. 39·4	w 2 g. 39 38 8	W plwocinie dwoinki z otoczkami.	Gorączka opada zwolna do stanu prawidłowego w 9. dniu choroby. Rozejście się nacieku bardzo przyspieszone.	Od 4. dnia choroby podawano stare wino i ol. kamfor. Po pierwszem i drugiem wstrzykiwaniu wyraźne pogorszenie stanu ogólnego.

5. L. dz. 24	J. W. l. 40	Ciepł. 40·1°. Osłabienie i przygnębienie. Zbity naciek w płacie górnym i środkowym płuca prawego. L. odd. 36. L. t. 108, dobrze napięte. Plwociny skąpe, śluzowe z domieszką krwi.	4-go dnia wieczór 5-go dnia wieczór	20 20	Po obu wstrzykiwaniach czuł się swobodniejszym.	Po pierwszem wstrzykiwaniu naciek zbitszy, rzężenia nieliczne. L. odd. 38. Po drugiem stan ten sam. L odd. 38.
6 L. dz. 192	F. R. l. 30	Ciepł. 39°. Chory swobodny. Naciek zbity zajmujący całe płuco prawe. L. odd. 24. L. t. 100. dobrze napięte.	5-go dnia wieczór	15	Odczuwa ulgę.	W 12 godzin po wstrzykiwaniu liczne rzężenia. Naciek szybko się rozchodzi. L. odd. 22.
7. L. dz. 162	M. Z. l. 40	Ciepł. 40°. Osłabienie, duszność, sinica. Naciek zajmuje całe płuco lewe i dolny płat płuca prawego. L. odd. 40. L. t. 120, dobrze napięte. Plwocina bardzo skąpa, rdzawa.	8-go dnia rano	25	W 6 g. po wstrzykiwaniu czuje znaczne pogorszenie. Skarży się na duszność i uczucie trwogi.	W 6 godzin stan ten sam. L. odd. 50 W 12 godzin l. odd. 50 zresztą stan ten sam. Nie odpluwa.
8. L. dz. 218	J. W. l. 15	Ciepł. 39°. Znaczne osłabienie. Bladość powłok. Naciek obejmuje po obu stronach dolne płaty. L. odd. 36, l. t. 102. dobrze napięte, plwocina rdzawa, skąpa.	4-go dnia rano	15	Czuje się bardzo osłabionym; skarży się na ból w miejscu wstrzyknięcia.	W 12 g. po obu stronach nacieki zbitsze. Rzężeń nie ma. L. odd. 40. Plwocina bardzo skąpa.
9. L dz. 221	J. P. l. 22	Ciepł. 38·4°. Chory swobodny. Naciek w płacie dolnym płuca lewego. L. odd. 34. L. t. 98, dobrze napięte.	4-go dnia rano, 6-go dnia rano	15 15	W 2 g. po pierwszem wstrzykiwaniu osłabienie, duszność, ból w miejscu wstrzykiwania. W $^1/_2$ g. po drugiem: gwałtowna duszność, zapad. Potem majaczenie.	W 12 godzin po pierwszem wstrzykiwaniu naciek objął środkowy i dolny płat płuca prawego. Duszność, l. odd. 52. W 12 godz. po drugiem wstrzykiwaniu stan ten sam.
10. L. dz. 220	S. R. l 24	Ciepł. 39°. Mierna sinica. Naciek w całem płucu lewem i w płacie dolnym płuca prawego. L odd. 40. L. t. 96.	4-go dnia rano	20	Bardzo niespokojny. Czuje się bardzo osłabiony.	W 12 i 24 godzin stan płuc nie uległ zmianie. L. odd. 40.

W 12 godzin po pierwszem l. tęt. 106, po drugiem l. t. 114. dobrze napięte.	15,200	po 1-em 10,200 po 2-em 18,600	przed 1. 40 przed 2 39·8	po 1 em 39 38·6	Mysz zaszczepiona padła w 24 godzin. We krwi dwoinki.	Zakończenie choroby przełomem w 9-ym dniu. Szybkie rozejście się nacieku.	
L. t. 96. dobrze napięte.	23,200	w 12 g. 18 000	39	w 12 g. 39	Mysz zaszczepiona plwociną padła w 24 g. We krwi dwoinki.	Choroba kończy się przełomowym spadkiem ciepłoty w 6-ym dniu.	
W 6 godzin l. t. 120, słabo napięte, nieregularne. W 12 g. l. t. 140, nieregularne, słabo napięte. Znaczna sinica.	19 200	w 12 g. 10.000 w 24 g. 35.000	39	w 2 g. 40	W 8-mym dniu dniu choroby utoczono krwi, z której wyhodowano dwoinki.	Choroba kończy się w 11. dniu przełomowym spadkiem ciepłoty.	Od 8. dnia choroby podawano wino, koniak, ol. kamfor. i kofeinę.
W 2 g. l. t. 108, miernie napięte. W 12 godzin stan ten sam.	21,000	w 3 g. 11.000 w 12 g. 22 000	38·6	w 2 g. 38·8 w 12 g. 39·1	W plwocinie liczne dwoinki.	Choroba kończy się w 7. dniu przełomem. Dalszy przebieg prawidłowy.	
W 12 godzin po pierwszem l. tęt. 104. słabo napięte. W 2 g. po drugiem zapad, l. t. 116. Poprawa po ol. kamfor. i winie.	9 000	w 2 g 7 000 w 12 g. 12.000	38·4	w 2 g. 39·2 w 12 g. 39	W plwocinie liczne dwoinki z otoczkami.	Gorączka kończy się zwolna 9-go dnia choroby. Rozejście się nacieku bardzo powolne.	Od 4. dnia choroby podawano stare wino, naparstnicę, ol. kamfor. i kofeinę.
W 12 godzin po wstrzykiwaniu l. t. 104. dobrze napięte.	21.000	w 6 g. 13 200 w 24 g 18,000	39·4	w 2 g. 39·6 w 6 g. 39	W plwocinie dwoinki z otoczkami.	Kończy się przełomowo 7-go dnia choroby. Rozejście się nacieku bardzo szybkie.	

lub dwa razy, — a krótki wyciąg historyi chorób przedstawiam w powyższem zestawieniu (patrz tabl. str. 556 i 557).

Z przytoczonego zestawienia wynika, że surowicę Römera stosowałem w 10 przypadkach włóknikowego zapalenia płuc. W 7 przypadkach wstrzykiwałem surowicę raz, w trzech zaś przypadkach po 2 razy. Największa jednorazowa dawka wynosiła 40 cm.^{3}, najmniejsza 15 cm.^{3} Wstrzykiwania wykonywałem podskórnie w okolicy mięśni lędźwiowych.

Na danych, zebranych w tych 10 przypadkach chorobowych, a które w krótkiem porównawczem zestawieniu przytoczyłem, opierają się następujące uwagi i wnioski:

Miejscowych zaburzeń w miejscu wstrzykiwań nigdy nie spostrzegałem; — raz tylko skarżył się chory na ból w miejscu wstrzykiwania, trwający przez kilka godzin. — Przedmiotowych jednak objawów w miejscu wstrzykiwania stwierdzić w tym przypadku nie mogłem.

Nigdy prawie nie spostrzegałem bardzo wyraźnego polepszenia stanu ogólnego chorego, ani też uczucia wielkiej ulgi (euforyi), opisywanej przez niektórych autorów (Pässler, Knauth i t. d.). W jednym tylko, przypadku (2), w którym polepszenie można było odnieść do działania surowicy, czuł chory w kilka godzin po wstrzykiwaniu znaczną ulgę. W trzech przypadkach (4, 7, 9) chorzy doznali po wstrzykiwaniu uczucia wzmożonego osłabienia, trwogi, niepokoju, aczkolwiek poprzednio mimo ciężkiego stanu zachowywali się spokojnie. Twierdzili, że przypadłości te wystąpiły wkrótce po wstrzykiwaniu.

Nacieki w pojedynczych płatach płucnych nie zmieniały się zazwyczaj po wstrzykiwaniu, niekiedy stawały się po wstrzykiwaniu zbitszymi, raz zaś tylko wkrótce po wstrzykiwaniu naciek począł się rozchodzić (6). Okoliczności tej nie można uważać za następstwo działania surowicy, a to z powodu równoczesnego przełomowego zakończenia choroby. W dwóch przypadkach (3, 9) zajął świeży naciek zapalny, już po wstrzykiwaniu, dalszy płat płuca. Zazwyczaj jednak po wstrzykiwaniu naciek dalszych płatów nie zajmował. Spostrzeżenie to znajduje również potwierdzenie w zestawieniach Pässlera.

Nigdy nie stwierdziłem wybitnego dodatniego działania surowicy Römera na czynność serca; a nawet w trzech przypadkach (4, 7, 9) zauważyłem, że wkrótce po wstrzyknięciu surowicy wystąpiła sinica, duszność i niemiarowość tętna. W przypadkach tych oznaczenie ciśnienia krwi sfigmomanometrem Riva-Rocciego stwierdzało przed wstrzyknięciem surowicy 120 i 115 mm. Hg. ciśnienia. W przypadku pierwszym (4) spadło ciśnienie po wstrzyknięciu na 85 mm. Hg., a tętno stało się niemiarowem. Objawy te po zastosowaniu digalenu, olejku kamforowego i starego wina ustąpiły, powtórzyły się zaś po drugiem wstrzyknięciu surowicy. Również w przypadku drugim i trzecim po wstrzyknięciu surowicy ciśnienie opadło na 75 mm. Hg., a niemiarowość tętna i sinica wystąpiły wyraźnie. I w tych przypadkach po zastosowaniu digalenu oraz środków podniecających jakość tętna po kilku godzinach znacznie się poprawiła.

Co do ciepłoty ciała, to Passler spostrzegał w 6—12 godzin po wstrzykiwaniu surowicy w połowie swoich przypadków obniżenie ciepłoty, niekiedy nawet większe, niż o 2° C; Knauth również spostrzegał w kilku przypadkach po wstrzykiwaniu surowicy obniżenie ciepłoty ciała, niekiedy dość wyraźne. W naszych przypadkach, podobnie jak Winkelmann, nie stwierdziłem wyraźnego wpływu wstrzykiwań surowicy na zachowanie się ciepłoty ciała.

Na zachowanie się krwinek białych po wstrzykiwaniu surowicy Römera zwracali uwagę Passler i Winkelmann. Na podstawie swych spostrzeżeń doszli oni do przekonania, że wstrzykiwania surowicy Römera nie wpływają na ilość krwinek białych we krwi. W przypadkach naszych spostrzegałem siedem razy wkrótce po wstrzyknięciu surowicy zmniejszenie się liczby krwinek białych, — a w trzech przypadkach (4, 7, 9) zmniejszenie to było nietylko bardzo wyraźne, lecz także łączyło się z równoczesnem pogorszeniem się stanu chorego. Z krzywej ciepłoty ciała nie można zaś było wnosić, by to zmniejszenie się ilości krwinek białych zależało od obniżenia się gorączki. Ponieważ zaś zazwyczaj zmniejszeniu się ilości krwinek białych bez równoczesnego obniżenia ciepłoty ciała przypisujemy w rokowaniu co do przebiegu włóknikowego zapalenia płuc znaczenie niekorzystne, — więc i zachowanie się ilości tych krwinek po wstrzyknięciu surowicy należy uwzględnić przy ocenianiu jej leczniczego działania.

W trzech najcięższych przypadkach dokonałem bakteryologicznego badania krwi, utoczonej z żyły ramiennej. W jednym tylko z tych przypadków, w którym krew utoczyłem w sześć godzin po wstrzyknięciu surowicy Römera, wyhodowałem w bulionie dwoinki zapalenia płuc. Chociaż przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem, to jednak wyniku tego — wobec ciągłego i obfitego stosowania środków, skrzepiających narząd krążenia, — nie można policzyć tylko na karb działania surowicy. Przypadek ten może jednak posłużyć za dowód, że i po wstrzyknięciu surowicy Römera dwoinki zapalenia płuc dalej we krwi rozwijać się mogły.

Co do czasu trwania i zakończenia choroby nie możemy ani na podstawie spostrzeżeń naszych, ani też obcych, wysnuwać żadnych wniosków. Nie jest wyłączonem, że wstrzykiwanie surowicy we wcześniejszych okresach choroby doprowadzi do wyraźniejszych i jednostajniejszych wyników.

Również z odsetki śmiertelności tak w naszych, jakoteż w obcych przypadkach, nie można wysnuwać żadnych wniosków co do leczniczego działania surowicy, — a to nietylko ze względu na różnorodność materyału, zużytkowanego w tych spostrzeżeniach, lecz także i ze względu na właściwości przebiegu choroby.

Nasuwa się pytanie, czy stosowanie surowicy Römera nie może działać w pewnych warunkach szkodliwie?

Nad leczniczem działaniem surowic bakteryobójczych zastanawia się szczegółowo A. Wolf (12) w pracy, wykonanej w pracowni kliniki Senatora w Berlinie. Na końcu swej pracy wypowiada on zdanie, że lecznicze zastosowanie surowic bakteryobójczych będzie dopiero wtedy uwieńczone dodatnim skutkiem, jeżeli zdołamy surowicę zastosować w tym czasie, gdy ilość endotoksyn, wyzwolonych przez zniszczenie bakteryi temi surowicami, nie dosięgła jeszcze dawki śmiertelnej. To zaś da się tylko wtedy osiągnąć, jeżeli odpowiednią surowicę zastosujemy już w okresie wylęgania się choroby, w przeciwnym bowiem razie zdarzyć się może, że surowicę zastosujemy już w czasie, kiedy ilość endotoksyn, uwolnionych przez rozpuszczenie bakteryi, jest dla życia chorego groźną lub zabójczą.

To zapatrywanie Wolfa potwierdzają także niektóre

nasze spostrzeżenia (4, 7, 9). Szczególnie w przypadkach 4 i 9 można było wkrótce po każdem wstrzyknięciu surowicy zauważyć wyraźne pogorszenie się stanu chorego, objawiające się niepokojem, sinicą, dusznością, pogorszeniem się tętna, oraz zmniejszeniem się ilości krwinek białych. Niekorzystne działanie surowicy w tych przypadkach należy uważać za następstwo jej bakteryolitycznego działania. Zastosowanie bowiem surowicy w czasie największego nasilenia choroby mogłoby wywołać nagłe zatrucie ustroju endotoksynami, wyzwolonemi przez rozpuszczenie bakteryi. Z tego też powodu nie mógłbym stanowczo twierdzić, jakoby stosowanie surowicy Römera było zawsze nieszkodliwem.

Nadmienić tu muszę, że najwyraźniejsze korzystne działanie surowicy Römera spostrzegałem w przypadku (2), w którym wstrzykiwanie mogłem wykonać już z końcem pierwszego dnia choroby. Przypadek ten, mimo że się rozpoczął wśród ciężkich objawów, następnie przebiegał po wstrzykiwaniu łagodnie i szybko. Przemawiałoby to, w myśl twierdzeń Wolfa (l. c.) za przypuszczeniem, że korzystniejsze wyniki leczenia surowicą Römera uzyskamy, jeżeli ją zastosujemy zaraz w początkach choroby.

Aczkolwiek ocenienie wyników leczniczych w chorobie takiej, jak włóknikowe zapalenie płuc, które w przebiegu swym okazuje nieraz niespodziewane, gwałtowne zmiany, nie jest łatwe, — to mimo to na podstawie przytoczonych przez nas spostrzeżeń o leczniczem działaniu surowicy Römera można już dzisiaj wypowiedzieć następujące zdanie:

Działanie lecznicze surowicy Römera w włóknikowem zapaleniu płuc jest niepewne. Nie jest jednak wyłączonem, że stosowanie tej surowicy w samych początkach choroby da korzystniejsze wyniki, co wartoby w nadających się do tego przypadkach jeszcze sprawdzić.

Niekiedy występują po zastosowaniu surowicy Römera objawy, świadczące o jej niekorzystnem działaniu na przebieg choroby. Z badania klinicznego następstwa tego przewidzieć nie można, — jest jednak prawdopodobnem, że wydarza się to w razie zastosowania surowicy w czasie największego nasilenia choroby.

Piśmiennictwo. 1) Bericht üb. die 30. Vers. der ophtalmolog. Gesellsch. 1902. — 2) Tamże — 3) Verhandl. der Leipz. Med. Gesellsch. — 4) Berl. kl. Woch. 1891. Nr 34 i 35. — 5) Münch. med. Wochs. 1891. Nr 32. — 6) Riforma medica. 1898. Podług Virchova Hirscha. — 7) Deuts. Arch. f. klin. Med. 1905. Bd. 82. H. 3—4. — 8) Deutsche med. Wochs. 1905. Nr 12. — 9) Münch. med. Wochs. 1905. Nr 39. — 10) Münch. med. Wochs. 1906. Nr 1. — 11) Wien. klin. Wochs. 1906. Nr. 11. — 12) Berl. klin. Wochs. 1904. Nr 44.

Z kliniki pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O znaczeniu klinicznem „neutrofilnego obrazu krwi“, ze szczególnem uwzględnieniem stosunków w wieku niemowlęcym.

Podał
Dr Tadeusz Żeleński,
asystent kliniki

(Według odczytu wygłoszonego w krakowskiem Towarz. lekarskiem dnia 28 marca 1906 roku).

(Ciąg dalszy.)

Dalszą cechą, jaką stwierdziłem jako właściwą wiekowi niemowlęcemu, jest to, iż skala, w jakiej mieszczą się zaburzenia neutrofilnego wzoru krwi, jest odmienną, niż u dorosłych. Jest ona mianowicie niemal zawsze bardziej przesunięta na lewo t. j. ku młodszym klasom neutrofilnej komórki: grupy wyższe znikają z obrazu krwi łatwiej, a natomiast równolegle z tem występują bardzo liczne grupy młodsze, o prostszych postaciach. Ilość komórek klasy I jest u niemowląt nawet przy lżejszych sprawach chorobowych bardzo często tak wielka, iż przewyższa najwyższe ilości, spotykane w tej klasie przez Arnetha nawet w najcięższych przypadkach chorób zakaźnych u dorosłych. Niekiedy dochodzi do tego, iż cały obraz krwi mieści się prawie wyłącznie w klasie I obok skąpych komórek grupy II. Na tem jednakże nie kończy się odrębność krwi niemowlęcej. U osób dorosłych spotykamy przeważnie zmiany ilościowego stosunku poszczególnych klas, przyczem komórki neutrofilne jako takie nie są nieprawidłowe, tylko stosunek ich poszczególnych grup do siebie. Stąd wynika, że Arneth, którego zapatrywania oparte są na badaniach krwi osób dorosłych, kładzie główny nacisk na te przekształcenia ilościowego stosunku. Inaczej u niemowlęcia: tutaj prawie bez wyjątku ilościowym zmianom stosunku poszczególnych grup towarzyszą zawsze mniej lub więcej wybitne zmiany w samych cechach komórek. Zmiany te, stanowiące zbliżenie wszystkich cech ciałka do najbardziej młodzieńczych okresów rozwoju komórki neutrofilnej, omawiałem już poprzednio, — zatem do nich powracać nie będę. Zaznaczę tylko, iż we krwi niemowlęcej te zmiany jakościowe mogą być tak silne, iż niekiedy w obrazie krwi ani jedna komórka neutrofilna nie posiada cech prawidłowych: wszystkie już *jako takie* przedstawiają chorobowe znamiona.

Ażeby uzyskać porównawczy rzut oka na odrębne właściwości odczynu krwi niemowlęcej, najlepiej zestawić dwa odrębne przypadki chorobowe u dzieci w różnym wieku. Tak n. p. spostrzegałem dwa ciężkie przypadki róży [6]):

Wiek	I						
	M	W	Te	Td	II	III	IV
7 lat	—	5	15	27	44	7	2
1 miesiąc	10	30	50	—	5	5	—

U 7-letniego dziecka przesunięcie na lewo jest bardzo znaczne, jeżeli je mierzymy skalą, spotykaną u dorosłych, które jednakże pozostaje co do stopnia daleko w tyle w porównaniu do stosunków, spotykanych w takiej samej sprawie chorobowej u 1-miesięcznego dziecka. Przytem zauważyć należy, iż u tego młodszego dziecka cechy komórek jako takie były tak przeobrażone, iż *ani jedna* z nich nie przedstawiała prawidłowego typu.

Dwa te przypadki objaśniają dosadnie odrębne właściwości krwi niemowlęcej: nie są one bynajmniej spostrzeżeniem odosobnionem; przeciwnie przytaczam je tu jako typowy wyraz różnicy pomiędzy odczynem, jaki spotykamy u niemowląt, — a u dorosłych lub dzieci starszych.

Ta niezmierna łatwość, z jaką neutrofilny wzór u niemowląt ulega przesunięciu, sprawia, iż w najrozmaitszych

[6]) Dla łatwiejszego przeglądu pomijamy we wzorze poddziały klasy II i następnych.

sprawach chorobowych spotykamy w obrazie krwi zmiany, nie stojące w stosunku do ciężkości klinicznych objawów. Zanim oswoiłem się z tą krwi niemowlęcej właściwością, zdumiony nieraz byłem, że sprawie chorobowej, przy której ogólny stan zdrowia ustroju nie ulega zboczeniom, towarzyszy nieraz odczyn krwi tak potężny, jakiego we krwi osób dorosłych nawet przy najcięższych zakażeniach ustroju nie spotykamy. Do takich naprzykład należą rozległe wypryski, odparzenia i zapalenia skóry, tak częste u niemowląt. Tak n. p. u 2-miesięcznego wiejskiego dziecka, karmionego piersią, dotkniętego rozległym wypryskiem sączącym na głowie, wzór neutrofilny był tak znacznie przesunięty na lewo, że prawie wyłącznie zawierał klasę I, a w tej przeważnie grupę Te przy dość znacznej ilości W i M i skąpej Td. Podobne, choć nie tak daleko sięgające zmiany, znalazłem u innego dziecka z wyprzaniem i zapaleniem skóry.

Przy badaniach krwi niemowlęcej zwracałem oczywiście baczną uwagę na zaburzenia w przewodzie pokarmowym, które w patologii osesków tak przeważającą odgrywają rolę. Badania Mora[7]), który stwierdził, iż pierwsze podanie mleka krowiego dziecku, karmionemu przedtem wyłącznie piersią, wystarcza, aby wywołać przez podrażnienie obcem białkiem silny odczyn leukocytozy, skłoniły mnie do sprawdzenia, o ile samo sztuczne żywienie niemowlęcia może być przyczyną zaburzeń w neutrofilnym obrazie. Przekonałem się przytem, że dopóki trawienie i przyswajanie odbywają się prawidłowo, dopóty pomimo sztucznego żywienia, nawet niezbyt odpowiedniego, obraz krwi nie ulega zmianie. Tak było n. p. u dziecka 1-miesięcznego, przyniesionego przez matkę do ambulatoryum klinicznego jedynie z tego powodu, iż „nie może sypiać“. Dziecko to, dość wątłe, otrzymywało obok piersi pół litra czystego mleka, zatem ilość w stosunku do jego wieku i ciężaru ciała i wobec równoczesnego karmienia piersią stanowczo za dużą, oprócz tego biszkopciki. Pomimo to neutrofilny obraz krwi był zupełnie prawidłowy. Skoro jednak wystąpią już objawy zakażenia lub zatrucia drogą przewodu pokarmowego, wówczas spotykamy się u niemowląt z bardzo znacznemi przeobrażeniami neutrofilnego wzoru, i to tak w ostrych, jak i w przewlekłych postaciach. Odczynu neutrofilnego krwi nie należy zatem bynajmniej uważać za swoisty dla ściśle określonych chorób zakaźnych. (Dok. nast.)

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Bingel. **Mierzenie ciśnienia krwi w czasie rozkurczu u człowieka.** *(Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 26). Autor podaje przyrząd, który pozwala na oznaczenie ciśnienia krwi także w fazie rozkurczu. Zdaniem jego oznaczenie ciśnienia w obu fazach, t. j. w fazie skurczu i rozkurczu serca pozwala o wiele dokładniej zdać sobie sprawę z istoty zaburzeń w krążeniu. *Dr M. Godlewski.*

Pincussohn. **O działaniu kawy i kakao na wydzielanie soku żołądkowego.** *(Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 26). Pod wpływem działania kawy ilość i kwasota wydzielanego soku żołądkowego szybko i bardzo znacznie się podnosi, działanie to jest krótkotrwałe. Podobnie wybitnie działa też kawa słodowa. Działanie kakao zależy od zawartości tłuszczu (masła kakaowego). Gatunki w tłuszcz ubogie (do 15 prc.) podnoszą ilość soku i jego kwasotę, równie wybitnie jak kawa, gatunki zasobniejsze w tłuszcz (do 30 prc.) tylko bardzo nieznacznie. Doświadczenia przeprowadzał autor na psie, u którego metodą Pawłowa wytworzono t. zw. mały żołądek. *Dr M. Godlewski.*

Krüger. **Zastosowanie nowej tuberkuliny do leczenia suchot płucnych.** *(Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 26). Autor rozpoczyna od 2 mg. i wstrzykując co drugi dzień, zwiększa stopniowo dawkę. Po 3—4 tygodniach dochodzi, o ile nie ma odczynu ogólnego (osłabienia, podniesienia ciepłoty) do dawki 0,1—0,5 nierozcieńczonej tuberkuliny, zastrzykując wtedy raz lub dwa razy na tydzień. Wreszcie w odstępach kilkotygodniowych kilka dawek po 1 gr., wyjątkowo na końcu kuracyi dawkę 2 gr. Po pół roku, w razie potrzeby, powtarza kuracyę. Zwłaszcza u osób młodych z małemi zmianami metoda miała dać pomyślne wyniki. *Dr M. Godlewski.*

Woltke. **W kwestyi używania thiosinaminy.** *(Lekarskie wiadomości* 1906, Nr 10). Opierając się na danych z piśmiennictwa, autor zastosował leczenie thiosinaminą w dwóch przypadkach; pierwszy przypadek tyczył się chorej, cierpiącej od trzech lat na chroniczne zapalenie lewego stawu kolanowego: staw prawie nieruchomy, chora chodzi i silnie chroma. Z początku autor wstrzykiwał 10 prc. thiosinaminy w wodzie przekroplonej codziennie przez miesiąc, potem zaś ten sam prc. roztworu fibrolysiny (połączenie thiosinaminy z salicylanem sodowym) też przez miesiąc. Wstrzykiwania thiosinaminy były trochę bolesne, fibrolysiny nie. Skutek leczenia był taki, że chora nawet w dziewięć miesięcy po skończeniu leczenia chodzi swobodnie, nie utyka, chociaż zgiąć kończyny nie może. Drugi przypadek dotyczy chorej, mającej obszerną bliznę na wewnętrznej powierzchni stawu łokciowego lewego, powstałej po oparzeniu przed ośmiu miesiącami. Blizna dotąd bolesna, ręka w stawie prawie nieruchoma. Po sześciu wstrzykiwaniach bóle w bliźnie znikły, staw zgina się i prostuje o tyle swobodnie, że chora może pracować. W obydwóch przypadkach żadnego ubocznego działania nie zauważył. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Gabryłowicz. **Leczenie suchot płucnych tuberkuliną.** *(Russkij Wracz* 1906, Nr 26). Dr Gabryłowicz (naczelny lekarz sanatoryum dla chorych piersiowych w Chalilla), stosował tuberkulinę (Cyrycha Krehá) w 20 przypadkach suchot płucnych. Chorzy — mężczyzn 15, kobiet 5 — byli w wieku 16—40 lat; u 8 chorych do czasu rozpoczęcia leczenia była ciepłota prawidłowa (niżej 37°), u 9 — niżej 37,5, a u trzech niżej 38°. Wszyscy kaszlali; u 16 z nich w plwocinie wykazano laseczniki Kocha, u 4 nie stwierdzono. Miejscowego odczynu po wstrzykiwaniach nie zauważył. Najmniejszą ilość zastrzykiwań zrobił u trzech chorych 10—15, największą 45 zastrzykiwań jednemu choremu, dwom zrobiono 15—20 wstrzykiwań, pięciu 20—25, pięciu 25—30, trzem 30—35 i jednemu 40 wstrzykiwań. Za szereg wstrzykiwań w leczeniu trzeba uważać najmniej 20 wstrzykiwań, a wskazówka do zaprzestania ich jest ustąpienie laseczników w plwocinie. Po upływie trzech miesięcy leczenie znowu trzeba powtórzyć, jeżeli laseczniki znowu pojawiły się. Autor rozróżnia 3 stopnie dawkowania: dawka mała 0,01—1 mlgr., średnia 1—20 mlgr. i wysoka 20—1 grm. czystej tuberkuliny. Na podstawie swych spostrzeżeń autor przyszedł do następujących wniosków: 1) Umiejętne i ostrożne wstrzykiwania tuberkuliny nie są szkodliwe dla chorych. 2) Można je stosować nietylko u chorych z prawidłową ciepłotą, lecz i z ciepłotą do 38°. 3) Stopień kaszlu i ilość plwociny nie stanowi przeciwwskazania. 4) Przy braku laseczników w plwocinie, odczyn objawiający się podniesieniem ciepłoty zawsze wskazuje na obecność gruźlicy w ustroju. 5) Tuberkulinę można używać nietylko przy naciekach szczytowych, lecz i przy większych zmianach. Obecność jam nie jest przeciwwskazaniem. 6) Ilość wstrzykiwań zależy nietylko od stopnia odczynu, lecz i od ogólnego stanu chorego i jego wagi. 7) Początkowe dawki powinny być małe: trzeba trzymać się zasady, by wstrzykiwać niemniej jak $^1/_{100}$ mlg. i nie więcej jak $^1/_{10}$ mlg. 8) Zależnie od stanu płuc i organizmu leczenie trwa od 2 miesięcy do $^1/_2$ roku. 9) Odczyn otrzymuje się dodatni w 85 prc. wszystkich przypadków. 10) Wrażliwość względem tuberkuliny u chorych stopniowo się zmniejsza. Na małe dawki oddziaływuje około 50 prc., na średnie 25 prc., na duże tylko 10 prc. Zupełnie nie reagowało 15 prc. 11) Z reagujących chorych 47 prc. miewa podniesienie ciepłoty do 38 47 prc. do 39°, a tylko 6 prc. wyżej 39°. 12) Na kaszel tuberkulina działa dobrze: 3 prc. zupełnie przestaje kaszlać; w 70 prc. kaszel znacznie się zmniejsza. To dotyczy i ilości plwociny. 13) 60 prc. chorych tracą laseczniki, u reszty ilość ich znacznie się zmniejsza. 14) Kataralne zjawiska w płucach znikają zupełnie w 75 prc.; u reszty znacznie się zmniejszają. 15) Chorzy przybywają na wadze. 16) Leczenie w sanatoryum bez tuberkuliny nie daje takich wyników w tak krótkim czasie. 17) Leczenie tuberkuliną z korzyścią dla chorych można stosować i w prywatnej praktyce. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

---

[7]) E. Moro: Vergleichende Studien über die Verdauungsleukocytose beim Säugling (Archiv f. Kinderheilk. T. 40).

PEDYATRYA. Gerasimowicz. **Maślanka jako środek odżywczy i leczniczy.** (*Russkij Wracz*, Nra 19 i 20, 1906). Jakkolwiek maślanka, zawierając 0,5 prc. tłuszczu, 3,5 prc. białka, 3,5 prc. cukru i posiadając ogromną kwasotę, bardzo się różni od kobiecego i krowiego mleka i przez to pozornie mało nadaje się do stosowania, jednakże wielu poważnych autorów, przeważnie niemieckich i francuskich, gorąco ją poleca. Autor przeprowadził jedno z pierwszych badań w Rosyi nad używaniem maślanki u oseseków. Stosował maślankę gotowaną w sposób ogólnie przyjęty. Na litr maślanki dodawał łyżkę (15—20 gr.) pszennej lub ryżowej mąki, 50—80 gramów mączki cukrowej; mieszaninę tę gotował przez 16—20 m. wśród ciągłego mieszania. Przygotowana w taki sposób maślanka daje 714 kaloryj, gdy mleko kobiece tylko 680 kaloryj. Wspaniałe wyniki stosowania maślanki zdaniem autorów polegają na tych zmianach, jakim podlega białko w maślance. Kazeina w maślance jest ściętą w drobniutkie kawałeczki, tak, że pod tym względem przypomina mleko kobiece już zmienione w żołądku. Używał maślanki autor u dzieci chorych na rozmaitego rodzaju ostre i przewiekłe zaburzenia kiszek, przy dziecinnych zanikach rozmaitego pochodzenia, i u zdrowych dzieci, jako dodatek przy niedostatecznej ilości mleka kobiecego, w przypadkach, gdzie dziecko nie znosiło mleka kobiecego, oraz tam, gdzie dzieci mimo dobrego trawienia, bardzo mało przybierały na wadze. We wszystkich prawie swych przypadkach otrzymywał G. u osesków dobre wyniki. Zwykle przy stosowaniu maślanki, szczególniej w pierwszych dniach dzieci ogromnie przybierały na wadze (w przeciągu trzech dni 250—300 gr.). Maślanka nie wywołuje zatwardzenia, stołeczki zwykle bywają 1—2 razy dziennie. Co do ilości, to autor zastosowywał się do norm zwyczajnych, jakich używamy przy mleku kobiecem, lub krowiem; mniej więcej na kilo wagi dziecko otrzymywało 100—110 kaloryi, przyjmując, że litr maślanki daje 700 kaloryi. Chociaż wogóle do trzech miesięcy oseskom nie daje się pokarmów, skrobię zawierających, jednakże mąka dodawana w wymienionej ilości do maślanki bynajmniej nie wywoływała nawet u miesięcznych dzieci żadnych zaburzeń w trawieniu. Da się to wytłomaczyć w ten sposób, że po pierwsze, już przy 62° ciepłoty część skrobii przechodzi w dekstrynę, a po drugie mąka wywołuje drobniejszy układ kawałeczków kazeiny, a więc nawet zwiększa strawność maślanki. Z ujemnych stron maślanki trzeba zwrócić uwagę na jedną, a mianowicie — o ile jest łatwem przejście od kobiecego mleka i wszelkich sztucznych pożywień do maślanki, o tyle często dzieci tracą na wadze lub chorują na dyspepsyę przy podawaniu po maślance innych pokarmów. Tłomaczy to autor w ten sposób, że maślanka daleko mniej wymaga energii dla strawienia, niż wszelkie inne sztuczne pokarmy. Maślanka nie wywołuje ciężkich form krzywicy, jednakże w każdym razie nie może być uważaną za środek zapobiegający tej chorobie. Na mocy swego doświadczenia zaleca gorąco stosowanie maślanki u dzieci. *Z. Jastrzębski* (Petersburg).

Zangowoj. **Doświadczenia nad działaniem krowianki płoniczej.** (*Russkij Wracz*, Nr 19, 1906). Autor dokonał 120 doświadczeń nad zastrzykiwaniem krowianki płoniczej u chorych dzieci w chirurgicznym oddziale dziecinnego szpitala św. Włodzimierza w Moskwie. Krowianka była zastrzykiwaną każdemu dziecku 3 razy. Po szczepieniu w 68,3 prc. następował tylko miejscowy odczyn i podniesienie ciepłoty do 38° w przeciągu 1—3 dni, po drugiem szczepieniu odczyn był słabszy, a po trzeciem nie było go zupełnie. W 16,6 prc. krowianka nie wywoływała żadnych następstw i nareszcie w 13,3 prc. na drugi lub trzeci dzień po szczepieniu zjawiały się objawy niby płonicze w postaci wysypki, zapalenia migdałków i podwyższenia ciepłoty, lecz autor w tych przypadkach nie obserwował żadnego łuszczenia się, a także zakażenia innych dzieci płonicą. Zjawiska te widocznie wywoływane przez toksynę łańcuszkowcową, wymownie potwierdzają swoistość paciorkowca dla płonicy. Tylko jeden ze szczepionych na 9-ty dzień po pierwszem zastrzyknięciu krowianki zachorował na zwyczajną płonicę. Badanie krwi w jednym wypadku dowiodło, iż natychmiast po szczepieniu nastąpiła leucopaenia, a po upływie doby leukocytoza. Oprócz tego dokonał autor szeregu badań nad aglutynacyą łańcuszkowca płoniczego przez surowicę szczepionych krowianką dzieci; okazało się, że pod tym względem szczepienie ma ten sam wpływ, co i zwyczajna płonica, we wszystkich przypadkach aglutynacya dawała dodatnie wyniki. Odsetek przypadków płoniczego zakażenia pośród szczepionych dzieci wynosi 0,8 prc., u dzieci zaś, którym krowianki nie zastrzykiwano 1,2 prc. Ze swych badań autor odniósł takie wrażenie, że krowiankę płoniczą, ze względu na jej nieszkodliwość warto jak najszerzej stosować, by wyświetlić jej znaczenie. *Z. Jastrzębski* (Petersburg).

CHIRURGIA. Amberger. **O pooperacyjnych przepuklinach brzusznych.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 48, Z. 3). Na występowanie pooperacyjnych przepuklin brzusznych ma wpływ wiele czynników, jak wiek, płeć, budowa, wielkość i jakość cięcia w stosunku do przecięcia nerwów i mięśni, dalej rodzaj i sposób założenia szwu, gojenie się rany, ewentualne sączkowanie i t, d. Autor celem przekonania się o rezultatach operacyi brzusznych na oddziale Rehna wykonanych, zbadał pod tym względem dokładnie 160 chorych (ze 180 bliznami). Do cięć zaliczył także przeciwcięcie przy ropnych sprawach dłuższe nad 4 ctm. Z badanych przepukliny wystąpiły u 20, co stanowi około 12 prc. W drugich 20 wystąpiły wypuklenia ograniczone powłok w bliźnie bez wyraźnej bramy przepuklinowej. Co do płci: to u mężczyzn wystąpiły przepukliny w 15·4 prc., u kobiet 7·5 prc., u dzieci, 25 prc. (dzieci były operowane przeważnie z powodu spraw ropnych). Co do sposobu cięcia: to cięcie równoległe do więzu Pouparta dało 19·3 prc. przepuklin, cięcie Lennandera (z przesunięciem mięśnia prostego) 17·5, w linii środkowej w dół od pępka 9 prc., równoległe do łuku żebrowego 8·5 prc. Cięcie w linii środkowej powyżej pępka 0 prc. Przepukliny występują często po cięciach dłuższych nad 15 ctm., co jednak nie powinno odstraszać od cięć długich, bo im dostęp lepszy, tem i wynik operacyi pewniejszy. Cięcie Lennandera jest bardzo dobre, o ile nie potrzeba go przy operacyi rozszerzać, gdyż wtedy przecina się zwykle 11 nerw międzyżebrowy. Wszystkie cięcia powyżej pępka wytwarzają rzadko przepukliny, natomiast poniżej pępka o wiele częściej. Co do sposobu szycia: to najlepsze wyniki daje szew kilkupiętrowy Obecnie szyje się u Rehna otrzewnę szwem ciągłym jedwabnym, tak samo powięź poprzeczną, dalej mięśnie szwami węzełkowymi katgutem, potem szwem jedwabnym ciągłym i kilku węzełkowymi katgutowymi powięź powierzchowną, w końcu szwami węzełkowymi jedwabnymi skórę. Szew dwupiętrowy daje 10 prc. przepuklin, trzechpiętrowy 5·5 prc. Co do następowego noszenia opaski brzusznej; to długie noszenie działa wprost szkodliwie. W razie zagojenia rany przez rychłozrost najlepiej wogóle opaski nie polecać, a daleko korzystniej jest polecić gimnastykę mięśni jamy brzusznej. Sączkowanie wpływa bardzo ujemnie na pewność blizny i to zależnie od długości trwania sączkowania. Rany sączkowane do 8 dni dają 7 prc. przepuklin, sączkowane 14 dni 13·5 prc., dłużej zaś 35 prc. Bardzo niekorzystnie wpływa też zakażenie rany, zwłaszcza z obumarciem powięzi. Szew kilkupiętrowy dozwala zakładać sączki skośnie, co ma też wielki wpływ na występowanie przepuklin. Zakażenia nieznaczne koło szwów powodują wydymanie się miejscowe powłok. Rany nie zaszywane gojące się przez ziarninę dają 60 prc. przepuklin. O ile możności powinno się szyć rany następowo i pokrywać ubytki. Z innych statystyk następowych przepuklin przytacza zebranie Wintera 30 prc., Abela 29 prc. *Klęsk.*

Gerhardt. **W sprawie leczenia zwężeń przełyku.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 27, 1906). Wobec zwężeń przełyku jesteśmy często bezsilni, bo sondowanie nie zawsze pomaga i nie zawsze daje się uskutecznić, w tych razach jedynie założenie przetoki żołądkowej może coś pomóc. Jeszcze jako asystent Naunyna zauważył prof. Gerhardt, że w niektórych przypadkach zupełnego zaciśnięcia przełyku znakomicie działa podawanie morfiny na 10—15 minut przed jedzeniem. Tłomaczyć sobie to należy tem, że morfina usuwa skurcz mięśniowy wpustu, który występuje tu tak samo, jak n. p. skurcz w odbycie przy szczelinach, lub w odźwierniku przy wrzodach.

Podaje też stale chorym 15 kropli 1 prc. rozczynu morfiny przed jedzeniem, a wyniki ma wcale zadowalniające i często chorzy nie mogący zupełnie nic połykać, zaczynają połykać płyny powoli po morfinie bardzo dobrze. *Klęsk.*

Herff. **W sprawie wyjaławiania katgutu.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 27, 1906). Opierając się na licznych próbach i swem dziesięcioletniem doświadczeniu, dochodzi autor do wniosku, że najpewniejszymi sposobami wyjaławiania katgutu jest sposób wyjaławiania kumulowy, dalej sublimatem i alkoholem, a w końcu jodem Claudiusa. Niemiłe sporządzanie rozczynu jodu zastąpiono obecnie gotowym preparatem „katgutjodem“, wyrabianym w Mannheim przez firmę Billmann.

Dla domowej apteki lekarza sporządza rzeczona firma także suchy katgut jodowy. Obecnie Rosenberg w Berlinie wprowadził do handlu podobno bardzo pewny katgut alkoholem wygodny szczególnie dla lekarza w domu; daje się przechowywać bowiem dobrze w alkoholu. *Klęsk.*

Röhricht. **Spostrzeżenia kliniczne nad cukromoczem po uśpieniu eterowem.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 48, Z. 3). Autor badał 100 chorych usypianych w klinice ś. p. Mikulicza eterem na cukromocz. Z tego w 12 przypadkach znalazł cukier w moczu i u tychże badał dalej cukromocz trawienny. Maximum cukru występowało rychło po operacyi (do 1 prc.). Cukromocz

utrzymywał się zwykle około 3 dni, rzadko dłużej, raz 11 dni. Podawanie węglowodanów wpływu na wydzielanie się cukru nie miało. Chcąc się dowiedzieć, co wywołuje cukier, uśpienie, czy wstrząs nerwowy, zbadał autor mocz 9 chorych operowanych w znieczuleniu miejscowem według Schleicha i u jednego znalazł skąpy chwilowy cukromocz. W wypadkach zranień badanych na cukier w moczu nie udało się autorowi ani razu wykryć cukru. W wypadkach, w których w celach ortopedycznych wykonano w uśpieniu bardzo mało zabiegi, udało się również wykazać czasem cukier w moczu. Wynika z tego, że narkoza eterowa może wywołać cukromocz, ale jaką drogą, tego jeszcze nie wiemy. Jedni tłomaczą to działaniem eteru na wątrobę, inni na nerki, sądzono także, że może brak tlenu wywołuje cukromocz, jakby to wynikało z doświadczeń Seeliga. Obwiniano też o wytworzenie cukru po narkozie system nerwowy, korę mózgową i t. d. Przypuszczano też, że eter działać może podobnie, jak phlorydzyna wytwarzająca cukier. *Klęsk.*

HIGIENA. Dechert i Johannisian. **Pożywki dla prątka cholerycznego.** (*Hyg. Rundschau* 1906, Nr 8). Zalecana przez Hirschbrucha i Schnesa do celów rozpoznawczych w cholerze pożywka agarowa podobnego składu, jak agar Causadi-Drigalskiego nie jest lepszą ani od zwykłego agaru Kocha, ani od pożywki agarowej, poleconej przez niemiecką radę związkową, gdyż ani nie ułatwia rozwoju prątka cholerycznego więcej od pożywek, ani też nie tłumi rozwoju bakteryi, towarzyszących prątkowi cholerycznemu w kale i wodzie. *L. Bier.*

Steinitz. **Uproszczone i improwizowane odkażanie aldehydem mrówkowym.** (*Zeitschr. f. Hygiene* T. 50). Dla odkażania mieszkań formaldehydem, dokonywanego przez zakłady desinfekcyjne i wyszkoloną służbę, uważa St. za najodpowiedniejszy przyrząd Flüggego. W warunkach, gdzie brak tego rodzaju służby i zakładów desinfekcyjnych, gdzie desinfekcyę wykonuje się rzadko w ubogich gminach, umiejętność zaimprowizowania odkażenia aldehydem mrówkowym, choćby połączonego z nieco większym wydatkiem jest pożądaną. Z przyrządów, które do takiego zaimprowizowania mają służyć, nie nadaje się ani lampa „Tysin“ Speiera i Kargera, ani też przyrząd fabryki Seelże, gdyż wytwarzają bądź zbyt powoli parę wodną, a w działalności są nadto kosztowne, bądź przez częstą naprawę kosztowniejsze są od przyrządu Flüggego. — Przy użyciu brykietów karbofosmolowych Krehl-Elba osięgał St. dobre wyniki dopiero po wytworzeniu w przestrzeni odkażanej obfitej i dobrze rozmieszczonej pary wodnej, nalewając wodę na rozżarzone cegły szamotowe. W doświadczeniach z polewaniem rozżarzonych cegieł szamotowych i rozcieńczoną formaliną osięgał St. dobre odkażenie wszystkich zarazków z wyjątkiem bardzo ukrytych zarodników wąglika i na podstawie doświadczeń tych zestawił tabelkę, odznaczając potrzebną dla przestrzeni objętość od 10—100 m.³ ilość cegieł, formaliny i wody, oraz ilość istotnie wyparowanej formaliny. Zaleca się ten sposób postępowania ze względu na to, że niekoniecznem jest przy niem uszczelnienie mieszkania, nadto przez łatwą improwizacyę i wielką swą taniość. Ujemną jego stroną jest rozpryskiwanie płynu i ztąd uszkodzenie podłogi, trudność w osiągnięciu odpowiednich dostatecznie wielkich, względnie licznych naczyń, w których parowanie to może się odbywać, oraz niemożność odwaniania amoniakiem bez otwierania odkażonego mieszkania. Zastosowanie cegieł szamotowych polewanych wprost formaliną jest znacznie praktyczniejsze, podręczne i tańsze od sposobu Krella polecającego w tym celu stalowe kręgi i sposobu Spring.elda, który zaleca ogniwa żelazne w kształcie jaj, dające się dowolnie składać w łańcuchy, pierwszego przy użyciu naczyń blaszanych, drugiego z zastosowaniem naczyń dowolnych. *L. Bier.*

Meschach. **Doświadczenia z praktyki odkażania.** (*Zeitschr. f. Hygiene* T. 50). Mydło szare jako środek odkażający (zabijający bakterye) okazało się niedostatecznem, słaby roztwór (2,5 prc.) kresolu lepszym od 3,2 prc. roztworu lysolu ze względu na dostateczną w nim stałość czynnych kresoli, 2—3 krotnie niższą cenę od powyższych płynów, nadto dlatego, że przez ciemną barwę trudniej zamienić go z napojami wyskokowemi, aniżeli wodę karbolową, dla wielu zaś osób przyjemniejszą posiada woń od karbolu i lysolu. — Jakkolwiek zawartość chloru w podchlorynie wapniowym w miarę długości przechowywania go, stale się zmniejsza, co i zapachem stwierdzić można, uważa M. ze względu na to słabe kryteryum za wskazane, wykluczenie tego środka odkażającego z szeregu ogólnie zalecanych, polecając w jego miejsce wodę wapienną przyrządzoną nie z wapna palonego, lecz gaszonego (porównaj referat z pracy Flüggego). Mleko wapienne zachowuje swą siłę odkażającą przez 12 dni. — Trudne odkażanie książek nawet złożonych osięgał M. bez ich uszkodzenia, poddając je suchej ciepłocie 75—90° przez 16—24 godzin w szafeczkach miedzianych o ścianach podwójnych wypełnionych wodą. *L. Bier.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ustawa pensyjna dla urzędników prywatnych i lekarzy. Izba Panów zajmowała się ostatniemi czasy ustawą pensyjną dla urzędników prywatnych. A że ustawa ta dotyka także interesów lekarzy, a w szczególności lekarzy kasowych, zwrócił się Wydział Izby zarządzającej, Związek lekarzy Austryi dolnej, oraz Samopomoc lekarzy Galicyi i Bukowiny do prof. Toldta, aby sprawę poparł i w tym duchu też przemówił proszony profesor w następujące słowa:

Wysoka Izbo! Leżący przed nami projekt ustawy wychodzi z tego założenia, że dochód, mający być podłożem ubezpieczenia, musi pochodzić od jedynego pracodawcy. Postanowienie to jest odpowiednie dla znacznej przewagi przypadków, ale dla lekarzy praktycznych jest ten przepis fatalny. Lekarze praktyczni, szczególnie ci, którzy zarobku swego muszą szukać albo na prowincyi, albo w pobliżu wielkich miast, są w regule skazani na przyjmowanie posad w kasach chorych i zwyczajnie są lekarzami równocześnie w kilku drobnych kasach i pobierają wprawdzie płacę, która zwykle przekracza sumę 600, względnie 900 koron, ale składa się z poszczególnych wynagrodzeń pobieranych z różnych kas chorych. I dlatego łatwo może się zdarzyć, że właśnie ci lekarze, których położenie już i tak jest ciężkie, nie będą mogli korzystać z dobrodziejstwa ubezpieczenia na starość.

Wydział zarządzający Izb lek. austr. zwrócił się do mnie z pismem, w którem mi zwraca uwagę na te stosunki i w którem się w szczególności powołuje na prośbę, wniesioną do Wysokiej Izby przez Związek lek. w Pradze. Izby lek. piszą mi, że omawiana sprawa jest dla wielu lekarzy kwestyą życia, że wielu lekarzy byłoby wprost pokrzywdzonych, gdyby wspomniane postanowienie osięgnęło moc prawną, a mianowicie, że dochód asekurowany musi pochodzić od jednego pracodawcy.

Osobiście jestem również przekonany, że zmiana omawianego postanowienia wypadłaby na korzyść wielu lekarzy, że tylko zmiana umożliwi im korzystanie z dobrodziejstwa tej ustawy, co odpadnie z chwilą, kiedy obecnemu postanowieniu nadamy moc prawa.

Pozwolę sobie zwrócić uwagę jeszcze na jeden punkt. Kasy chorych niejednokrotnie dzielą okręgi, w których mieszkają ubezpieczeni robotnicy, na drobniejsze obwody i przydzielają te obwody poszczególnym lekarzom. Zależy od dobrej woli danej kasy stworzyć w swym okręgu tyle obwodów, ile sama zechce i ile uważa za stosowne, i oto łatwo zdarzyć się może z chwilą wejścia niezmienionej ustawy w życie, ze lekarz kasowy, który dawniej pobierał z kasy 600 względnie 900 koron, straci pewną część swego dochodu z kasy, jeśli kasa postanowi, — a to w celu uchylenia się od opłacania ubezpieczenia za lekarza — jeszcze bardziej podzielić swe obwody i w ten sposób dochód jednego lekarza rozdzielić na kilku.

Ażeby więc lekarzom, których położenie jest takie, jak je tu opisałem, przecież umożliwić korzystanie z dobrodziejstwa tej ustawy, postanowiłem postawić wniosek, który brzmi (czyta):

»Wysoka Izba zechce uchwalić, do § 3 przed ostatnim ustępem wstawić następujące postanowienie:

W odniesieniu do lekarzy, podpadających przepisom § 1, należy przez dochód roczny rozumieć ów dochód, który lekarz pobiera drogą umowy ewentualnie od kilku pracodawców, przyczem każdy z tych ostatnich ma wnosić wkładkę ubezpieczeniową za lekarza w stosunku do kwoty rocznego dochodu, jaką płaci lekarzowi«.

Dr Braf, sprawozdawca, sprzeciwił się temu wnioskowi, podnosił trudności techniczne wprowadzenia w czyn myśli tej i wreszcie zaznaczył, że nie widzi przyczyny, dla której ma się robić dla poszczególnych grup przedsiębiorców wyjątki. Zapewniał, że z okazyi petycyi lekarzy praskich o sprawie tej w komisyi myślano, ale nie dało się znaleść wyjścia.

Wniosek Toldta w głosowaniu upadł. *E. S.*

Deputacya lekarzy dolno-austryackich u ministra spraw wewnętrznych, składająca się z przedstawicieli dolno-austr. Izby lek. oraz obu organizacyi lekarzy Austryi dolnej, a mianowicie z prezydenta Izby dr Lista, wiceprezydenta dr Rissa, obu przewodniczących dr Janeczka i dr Mayera zjawiła się dnia 10 b. m. i to w sprawie biernego oporu kolegów swoich. Minister prosił o dokładne szczegóły i po audjencyi, trwającej trzy kwadranse oświadczył, że ocenia najdokładniej doniosłość sprawy i że poczyni starania, by sprawę tę jak najrychlej załatwiono. *E. S.*

Austryackie ministeryum spraw wewnętrznych zabroniło rozporządzeniem z dnia 19/IV 1906 wiedeńskim szpitalom, z wyłączeniem klinik, doświadczeń na chorych. W szpitalach w myśl rozporządzenia ministerstwa wolno tylko wyjątkowo robić próby celem rozpoznawania, leczenia, uodparniania lub zapobiegania chorobom u chorych, których stan tego wymaga. Lekarz może tylko te próby przeprowadzać za zezwoleniem kierownika oddziału lub dyrektora szpitala względnie jego zastępcy — winien prowadzić szczegółowy wykaz przebiegu prób, w nim ma być dowód, że kierownik oddziału bierze odpowiedzialność za prowadzone doświadczenie, a do wykazu ma być dodana historya choroby. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 15 do 21 lipca 1906 roku doniesiono o nowych przypadkach: duru plamistego 26 przypadków w 13 gminach, a mianowicie: pow. Cieszanów (Lubliniec 1), Dobromil (Borysławka 2), Horodenka (Żuków 3), Jaworów (Berdychów 2, Dacki ad Wierzbiany 2, Siedliska 2), Kałusz (Dobrowlany 2, Nowica 1), Kamionka (Busk 3), Kosów (Chomczyn 1), Lwów (Kukizów 1), Przemyślany (Gliniany 1), Stryj (Tucholka 4); nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych 3 przypadki, a mianowicie: Lwów m. 1 (przywieziony z Kukizowa pow. żółkiewskiego), Podgórze (Swoszowice 1) Strzyżów (Różanka 1). Nowych przypadków ospy w tym czasie nie było. — W czasie od 22 do 28 lipca 1906 r. doniesiono o nowych przypadkach: ospy 6 przypadków w 2 gminach, a mianowicie: pow. Chrzanów (Libiąż mały 1), Tarnów 5; duru plamistego 19 przypadków w 12 gminach, a mianowicie: pow. Bohorodczany (Jabłonka 2), Brzeżany (Glinna 2, Krasne 2), Buczacz (Lubliniec m. 1), Horodenka (Żuków 1), Kałusz (Dobrowlany 2, Nowica 2), Przemyślany (Dworzyska 1), Rawa (Biała 1), Sambor (Dorożów 1), Sniatyn (Rudniki 3), Stryj (Tucholka 1); nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych 4 przypadki w 3 gminach, a mianowicie: pow. Drohobycz (Podbuż 1), Mielec (Szafranów 2), Pilzno (Borowa 1). *S.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 15/VII a 21/VII br. urodziło się dzieci żywo 57, nieżywo 3; zmarło osób 50 (obcych 20); z tego z gruźlicy 16 (7), zapalenia płuc 1 (—), błonicy — (2), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (1), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 6 (1), innych chorób zakaźnych — (1), śmierci gwałtownej 1 (—). — Między 22/VII. a 28/VII. b. r. urodziło się dzieci żywo 53, nieżywo 6; zmarło osób 52 (obcych 24); z tego z gruźlicy 10 (6), zapalenia płuc 7 (3), błonicy — (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 2 (1), odry 1 (1), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 2 (—), innych chorób zakaźnych — (—), śmierci gwałtownej 3 (2).

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 15/VII do 21/VII b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 7 (obcych 1), krztuśca — (2), ospy — (—), płonicy 4 (1), odry 15 (2), duru wysypkowego — (—), duru brzusznego 3 (2), czerwonki — (—), zapalenie opon mózgowordzeniowych — (1).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Cesarz nadał profesorowi dr Bolesławowi Wicherkiewiczowi tytuł i charakter radcy dworu.

— Docent prywatny chorób skórnych i wenerycznych dr Franciszek Krzyształowicz, otrzymał tytuł nadzwyczajnego profesora.

— Stopień doktora wszech nauk lekarskich otrzymali: pp. Ludwik Rajchman i Stanisław Szyszka.

Lwów. Stopień doktora wszech nauk lekarskich otrzymał p. Maurycy Penzias.

— Krajowa Rada zdrowia odbyła posiedzenie w dniu 17 b. m., na niem: 1) przedstawiono propozycye na 6 posad weterynarzy powiatowych, 2) oświadczono się za rozszerzeniem oddziału zakaźnego szpitalika św. Zofii, a wobec braku funduszów w komitecie szpitalika uznano, że jedynem wyjściem będzie objęcie całego szpitala w zarząd kraju, 3) podniesiono, że miasto Lwów powinno zwiększyć liczbę łóżek w oddziale zakaźnym, 4) przedstawiono wnioski na 4 posady koncepistów sanitarnych, 5) oświadczono się przeciw połączeniu przyszłej kliniki psychiatrycznej w Krakowie z pensyonatem płatnym dla umysłowo chorych, uważając projekt ten za niekorzystny i nieodpowiedni.

Z różnych stron. Zarząd Towarzystwa rosyjskich lekarzy im. Pirogowa postanowił, iż Zjazd tego Towarzystwa odbędzie się w styczniu 1907.

— Guyon, profesor paryskiej kliniki dróg moczowych ustąpił z powodu dojścia do 70 roku życia.

— Pod przewodnictwem Martina, ucznia instytutu pasteurowskiego wyjechała do Kongo wyprawa higieniczna francuska celem zapobieżenia dalszemu rozszerzaniu się epidemii ospy i przeprowadzenia badań nad etyologią śpiączki afrykańskiej, specyalnie badania much zwanych »glossina«, w których przewodzie pokarmowym żyją trepanosomy, znajdywane w organach ludzi zmarłych z powodu śpiączki.

— Docenci prywatni uniwersytetu wiedeńskiego z wydziału lekarskiego, wnieśli do wydziału prośbę, o odstąpienie im częściowe wykładów obowiązkowych. Wydział uchwali, które części przedmiotów obowiązkowych mają być odstąpione docentom. Uchwała zapadnie z początkiem kursu zimowego.

— Sprawozdanie szpitali londyńskich wykazuje, że przy leczeniu błonicy surowicą Behringa ogólny procent śmiertelności tej choroby spadł z 37·3 do 15·8. Cyfry zbliżone do wyników leczenia na stałym lądzie. Uwzględniano tylko rozpoznanie bakteryologiczne.

— Prof. Miecznikow powołany do uniwersytetu w Cambridge na katedrę protozoologii wezwania tego nie przyjął.

— Konferencya międzynarodowa w sprawie gruźlicy odbędzie się w tym roku w Hadze między 6 a 8 września.

— Związek narodowy w Nowym Yorku dla badania epilepsyi wyznaczył nagrodę 1,200 marek za najlepszą pracę, omawiającą przyczyny epilepsyi. Do konkursu dopuszczani są lekarze wszystkich krajów.

— Międzynarodowy zjazd ginekologów, mający się odbyć w Petersburgu, odłożono na czas 17—18 września 1907.

Mianowani: Dr Völckler profesorem nadzwyczajnym chirurgii w Heidelbergu. Prof. Scholz w Gracu dyrektorem szpitala. W Pradze nadzwyczajnymi profesorami: dr Hasllower dla neuropatologii, Weigner dla anatomii, dr Srdinko dla histologii i embryologii.

Powołani: Dr Brandt na profesora medycyny wewnętrznej w Chrystyanii. Dr Ottolengi na profesora medycyny sądowej w Rzymie. Dr Lochte na profesora medycyny sądowej w Getyndze.

Zmarli: W Warszawie Feliks Rymowicz, okulista, były docent uniwersytetu w Kazaniu. W Nowo-Radomsku Konrad Józef Zalejski W Petersburgu fizyolog Owsiannikow. W Paryżu zmarł Brouardel, profesor medycyny sądowej, bardzo wybitny uczony i wszechstronny badacz.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 28. Serkowski i Maybaum: (c. d.). Grünbaum: Dwa przypadki samoistnego pęknięcia pęcherza moczowego.

— *Medycyna* Nr 30. Halpern: O lewulozuryi. Daszkiewicz: Przyczynek do sprawy stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej wieloważnej.

— *Kronika lekarska* Nr 14. Hallé i Motz: Gruźlica moczowodów i miedniczki. Biehler: Przekrwienie jako środek leczniczy. Sędziak: Przewlekły zanikowy katar nosa.

— *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych* Nr 6. Karwacki: (c. d.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 30. Bohosiewicz i Hermann: (c. d.). Reis: (dok.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr 7. Damański: Iwonicz w porównaniu ze zdrojami jodowymi pozakrajowymi. Grabowski: Kilka dat statystycznych o ruchu i rozwoju c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1905.

— *Časopis lekařův českých* Nr 30. Balkeš: Chirurgická Therapie vředů žaludečních. Streit: (dok.). Hamre: (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 27. Mańkowski: Sposób przygotowania grubych preparatów seryowych z całego mózgu człowieka na mikrotomie Marchiego. Przechowywanie skrawków na stałe przez zalewanie żelatyną i formaliną. Wnukow. Dwa przypadki rozległego zapalenia otrzewnej po perforacyi, wyleczone cięciem brzusznem. Hausman: O badaniu ręcznem wyrostka robaczkowego i znaczeniu rozpoznawczem tego badania przy chronicznem schorzeniu wyrostka. Białobrzeski: Dwa przypadki zrostów po oparzeniu.

— *Presse médicale* Nr 57. Dejerine: Niemota ruchowa i jej umiejscowienie. — Nr 58. Nicolle: O nowym instytucie pasteurowskim w Tunisie. — Nr 59. Bensaude i Rivet: Plamica krwotoczna a gruźlica.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 30. Schwarz: 1000 znieczuleń lędźwiowych tropokokainą. Glaessner: O glycozuryi z powodu zaziębienia Neumann: O wrażliwości żołądka na ciepłotę. Aldor: O trawieniu tłuszczu w żołądku. Kikuchyi: O biernej odporności, wywołanej aggresynami przeciw mikrobom dżumy. Kraus i Dörz: O surowicy czerwonki.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 30. Venema: O agglutynacyi bakteryi z grupy tyfusu przez żółć. Oppenheim: Przypadek godny uwagi guza w mózgu. Misch i Römer: O naświetlonem mleku utlenionem (Perhydrasemilch) Weinstein: O podstawach i zastosowaniu teoryi „opsonin" Wrighta. Spaether: Przyczynek do pojęcia moczówki prostej i leczenia jej strychniną. Heller: Kiła a mięsko podjęzykowe. Beitenr: O doświadczalnem badaniu raka.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 30. Herff: O wartości odkażania wodą ciepłą i alkoholem w położnictwie i przy ranach brzusznych. Vulpius: Doświadczenia lecznicze porażeń dziecięcych rdzeniowych. Voit: O leczeniu chronicznego zaparcia żywota „regulinem" Schmidta. Salus: Przyczynek do wiadomości o błonicy Pirquet: O allergii. Anton: O rodzajach i przyczynach niedokształcenia się. Kephalinos: O objawie Westphala przy zapaleniu krupowem płuc u dzieci. Tischler: O makówkach. Landow: Przypadek obustronnego porażenia nerwu odwodzącego w połączeniu z nadmiernymi i długotrwałymi bolami karku i znieczuleniem rdzeniowem. Broer: Dwa przypadki zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Fellner: O mierzeniu ciśnienia krwi. Raab: (c. d.). Hertwig: Fryderyk Schaudin. Dürck: Jak należy przesyłać materyały do badania? Weinberg: Związek między rakiem a gruźlicą.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 30. Sonnenburg: Zasady leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego. Frey: Stosunek własności fizycznych lekarstw a ich działanie. Beer: Spostrzeżenia nad żyjącym krętkiem bladym. Heinsheimer: Spostrzeżenia nad rozpadem tłuszczu, pobudzającym kiśnienie w żołądku. Rösenfeld: Przypadek tętniaka łuku tętnicy głównej, oraz wskazówki lecznicze. Schülein: O szelestliwości pochwy. Sittner: Przypadek następowej ciąży brzusznej z płodem żywym donoszonym.

Redakcya otrzymała: J. Pawiński: Powstawanie i znaczenie kliniczne rytmu cwałowego (galopu).

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. Dr Stanisław Dobrowolski.

W dniu 26 sierpnia 1906 r. odbędzie się **posiedzenie administracyjno-naukowe Sekcyi wadowickiej Tow. lek. gal.** z następującym porządkiem:

1. Sprawozdanie delegata sekcyi na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. wraz z wnioskami biura sekcyi.
2. Demonstracya aparatu Röntgena w sali posiedzeń Rady powiatowej o godz. 10 rano.
3. W szpitalu odczyt kol. Idzińskiego z Żywca „O urazach w brzuch".
4. Odczyt kol. Bukowskiego „O tętniakach urazowych" i demonstracya.
5. Wniosek kol. Bednarskiego z Alwernii w sprawie społeczno-lekarskiej.
6. Kol. Zawadzińskiego „O urządzeniu studzien w powiecie wadowickim".

Odczyty można zgłaszać do 20 sierpnia b. r.

Dr F. Müller sekr. naukowy. *Dr Zawadziński* przewodniczący. *Dr Żędzianowski* sekr. administr.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Jecoferrol, tran rybi jodożelazisty, wyrabiany przez p. dra Juliusza Franzosa, aptekarza i chemika w Tarnopolu, a zalecony przez krakowską komisyę przemysłowo-lekarską, odznaczono na tegorocznej wystawie higienicznej w Paryżu dyplomem honorowym, wielkim medalem złotym i krzyżem honorowym.

Tabletki kąpielowe dra Sedlitzkiego z Hallein dla sporządzania kąpieli gazowych i gazowo-słonych (à la Nauheim) uzyskały na wystawie higienicznej w Wiedniu złoty medal i dyplom honorowy.

Pastylki jodfersanu poleca profesor Benninghoven w późnych okresach kiły i w okresie jej drugim, tam, gdzie długie leczenie rtęcią musi być przerwane. Podawane przez dłuższy czas (6 miesięcy) działały bardzo korzystnie na stan ogólny i sprowadzały zwiększenie ilości krwinek czerwonych. Zmiany kiłowe ustępowały szybko, objawów zatrucia jodem nie było. Podaje się je 3—5 razy dziennie po 3 pastylki przed jedzeniem.

Rok XLV. Kraków 11 Sierpnia 1906. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Szkice z dziedziny epidemiologii zimnicy w Europie środkowej i północnej.

Napisał
Dr Zenon Grossek,
lekarz okręgowy.

W zestawieniach spostrzeżeń o zimnicy, zebranych w 3 tablicach artykułu p. t. „Urywki z patologii i epidemiologii zimnicy“ [1]) zarysowuje się wyraźnie doniosłość znaczenia chorób zimniczych w stosunkach zdrowotnych niedawno minionej przeszłości naszego kraju. Rozpatrując tam dane, dotyczące postaci klinicznych, chorobliwości i śmiertelności zimnicy w Galicyi, w porównaniu z odpowiednimi pojawami zimnic w najrozmaitszych krajach kuli ziemskiej, poznaliśmy u nas w kraju wydarzające się epidemie, nie wiele ustępujące epidemiom zimnic w krajach gorętszych, a nawet i podzwrotnikowych. Nadto widzieliśmy tamże w tablicy III, że w spostrzeżeniach z dłuższych odstępów czasu, obejmujących nietylko rozleglejsze, ale także średnie, a nawet słabsze epidemie zimnic, i chorobliwość zimnicza w Galicyi okazywała się stosunkowo znaczną, i utrata ludzi, spowodowana tą chorobą, była wyższa, niżby tego powszechne oczekiwało mniemanie; a zarazem przekonaliśmy się, że jedne i drugie liczby były zbliżone do statystyki zimnic krajów ościennych.

Otóż obecnie zamierzam podać niektóre ważniejsze szczegóły z epidemiologii zimnic w Europie środkowej i północnej, w klimacie do naszego zbliżonym, zwracając główną uwagę na okoliczności, dotyczące rozpoznania i rokowania w tej chorobie. Tak uzyskamy sprawdzenie zobopólne odpowiednich danych. Z jednej strony epidemiologia zimnicy krajów sąsiednich podaje nam najważniejsze wskazówki co do kierunku dalszego badania zimnicy w Galicyi; z drugiej zaś strony bliższe poznanie zimnicy galicyjskiej [2]) wobec umiejętnie przez licznych spostrzegaczów gromadzonych w ciągu XIX stulecia materyałów, opartych w części na badaniach, dokonanych z pomocą nowszych środków rozpoznawczych, wyświetli wzajemnie wiele szczegółów i całe znaczenie tej choroby samej przez się, jako też w oddziaływaniu na ogólną zdrowotność mieszkańców naszego klimatu.

Najdalej ku północy, o ile wiadomo, posunęła się zimnica „w krainie tysiąca jezior“, w Finlandyi, gdzie dotarła w r. 1861. wzdłuż wybrzeży zatoki Botnickiej aż do Brahestad pod 64°41′ szer. półn., zaś wewnątrz kraju do miejscowości Sotkamo i Kajana pod 64°12′, w roku 1862. Szczegóły te podaje profesor uniwersytetu w Helsingfors, Otto Hjelt [3]), który opisuje 7 epidemii zimniczych, jakie panowały w Finlandyi pomiędzy 1751 a 1862 rokiem, a trwały po kilka (3 do 11) lat [4]). Zimnice miewały „w zimie i na wiosnę tor dwu- lub jednodniowy, w jesieni przeciwnie tor trzy-, albo nawet 4-dniowy [5]), albo też rozpoczynały się jako trzeciaczka, a później przechodziły w tor codzienny, albo trzeciaczkowy zdwojony *(tertianae duplicatae)*.“ Ich znaczenie dla stosunków zdrowotnych ludności finlandzkiej określa autor w następujących słowach: „Śmiertelność z powodu zimnic z torem gorączkowym przerywanym i zwalniającym nie jest w Finlandyi szczególnie wielką; ale pochodzące z zimnicy choroby następowe są w naszym kraju bardzo częste, a te właśnie nietylko w znacznej ilości przypadków są śmiertelne, ale nadto przez długi czas po wygaśnięciu epidemii nadają szczególny charakter zdrowotności miejsc, najsrożej nawiedzonych zimnicą. A mianowicie przydarzają się w Finlandyi często po zimnicy: niedokrwistość, puchliny ogólne, miąższowe zapalenie nerek i znaczne obrzęki śledziony, aczkolwiek następstwa te nie bywają jednakowo rozpowszechnione podczas każdej epidemii, a także nie szerzą się jednostajnie we wszystkich miejscowościach kraju. Mniemam, że przyczyna skrobiowicy różnych narządów, tak często napotykanej przy sekcyach zwłok w Finlandyi, leży we wpływie jadu zimniczego na ustrój. A także w niektórych okolicach Finlandyi tak często zdarzającą się niedokrwistość i bladnicę, u ludu zahartowanego i pełnego siły, należy mojem zdaniem przypisać zgubnemu wpływowi zimnicy. Tak więc nagminne występowanie zimnicy nabiera przez to wielkiego i ważnego znaczenia dla ogólnych stosunków zdrowotnych naszej północnej ojczyzny“.

J. Mannaberg wyraża przypuszczenie [6]), że opisana przez Hjelta t. zw. „gorączka sierpniowa“ [7]), występująca w niektórych epidemiach podczas upałów letnich gorętszych lat w południowej i południowo-zachodniej Finlandyi (wyjąt-

[1]) Patrz Przegl. lek., nr 22 r. b.

[2]) Opis zimnicy w krajach polskich, jakoteż całość pracy o zimnicy w Galicyi będzie wkrótce podaną do druku.

[3]) „Das Vorkommen des Wechselfiebers in Finland“. Virchowa Archiv für pathol. Anat. und Physiol. 1875. Tom LXV, str. 513—519.

[4]) W latach: 1751—1758, 1774—1777, 1812—1816, 1819—1821, 1826—1832, 1846—1848, 1852—1862.

[5]) Nazwy Hjelta: tor jednodniowy, 2-dniowy, 3-dniowy i 4-dniowy odpowiadają naszej z. codziennej, trzeciaczce, czwartaczce i piątaczce.

[6]) Die Malaria-Krankheiten, str. 153.

[7]) Gorączki sierpniowe, „febbri agostane“, opisywane przez Cellego i Grassiego jako pojawiające się na równinie nad rzeką Po (około 45° szer. półn.) stanowią zbyt odległą analogię.

kowo aż do 61° szer. półn.), jest objawem zakażenia pasorzytami bagiennicy. Prawdopodobnie domysł ten powstał najpierw ze względu na porę, w której pojawia się ta postać zimnicy, a powtóre z uwagi na przywiedzione przez Hjelta szczegóły, że gorączki te zaczynając się od toru przepuszczającego, okazują później tor zwalniający, a z nastaniem pory chłodniejszej przechodzą w prawidłowy tor trzeciaczkowy lub codzienny.

Nasuwają się pewne wątpliwości czy przypuszczenie Mannaberga [8]) jest trafnem, a może je w przyszłości rozstrzygnąć jedynie badanie mikroskopowe krwi w odpowiednich przypadkach, gdyby je jeszcze kiedy napotkano w Finlandyi.

W Szwecyi podług Hussa [9]) zimnica należała do chorób rozpowszechnionych w większej części kraju, nad brzegiem morza Bałtyckiego do 60°40′, wewnątrz kraju do 60° szer. półn. [10]), i z wyjątkiem kilku powiatów występowała zazwyczaj łagodnie, szerząc się zwłaszcza w marcu, kwietniu i maju. Znaczniejsze epidemie spostrzegano przed r. 1834 i w r. 1852 (przed epidemią cholery w r. 1853); pomiędzy rokiem 1834 a 1840 zimnica występowała sporadycznie. Sprawozdania szwedzkich fizykatów podają w latach 1820—1873 53,009 przypadków zimnicy (A. Hirsch).

W Anglii [11]) zimnica szerzyła się w wiekach dawniejszych, za czasów Mortona, Willisa, Huxhama, Sydenhama. Sydenham (1666—1688) nierzadko spotykał w samym Londynie (51°30′ sz. półn.) przypadki zimnic złośliwych. Od czasu osuszenia bagna, położonego w sąsiedztwie stolicy, choroba ta w Londynie należy do rzadkości. Ogniska ciężkich zimnic były nadto: w Plymonth (50°22′), Stourport (50°18′) i Bolton (53°33′). Jeszcze w r. 1856 Moffat [12]) zauważył w Hawarden (53°10′), że w pięcioletnim okresie czasu największemu rozprzestrzenieniu zimnicy towarzyszyła największa ogólna śmiertelność. Podług badań Nutalla, Cobbetta i Strangeways-Pigga [13]) były dawniej nawiedzone zimnicą także wschodnie obszary W. Brytanii, okolica ujścia Tamizy, bagniste obwody, otaczające Wash, oraz wybrzeże Szkocyi. Rząd angielski w celu przeprowadzenia melioracyi rolnych od r. 1846 przeznaczał bardzo znaczne sumy na pożyczki dla właścicieli ziemi; z tą pomocą w przeciągu 10 lat zdrenowano w Anglii przeszło 550.000 hektarów pól, i od owego czasu zimnica przestała pojawiać się w Anglii [14]). Tak samo zdrenowanie bagnistych obszarów Irlandyi w okolicach Dublina za czasów Gravesa wypleniło zimnicę w tym kraju.

Podobnie na lądzie stałym Europy środkowej prace, dokonane około osuszenia bagien, drenowanie pól i postęp w zakresie uprawy roli przyczyniły się do wytępienia zimnicy niemal do szczętu, i tylko spostrzeżenia z czasów dawniejszych, gdy jeszcze rzeki nie były uregulowane i wogóle było wiele nieosuszonych bagien, mogą nam wyjaśnić, jak wielkie spustoszenia sprawiała ta choroba pośród mieszkańców klimatu środkowo-europejskiego.

Ciężką zimnicę w Holsztynie opisuje A. Dose [15]) podług szczegółowych zapisków Michaelsena w Meldorf nad Mielą (54°5′ szer. półn.). Lekarz ten spostrzegał w latach 1842—1863 6896 przypadków zimnicy, co stanowiło 23·2% wszystkich chorych przez niego leczonych (29,629). Wśród tego naliczył 3873 (t. j. 56·1% wszystkich przypadków) przypadków zimnicy powikłanej, t. j. połączonej z silniejszymi objawami żołądkowymi i kiszkowymi, nieżytem oskrzelowym, zapaleniem opłucnej, nerwobólami, drgawkami (u dzieci), porażeniami, napadową ślepotą *(amblyopia)* i przypadłościami udarowymi. Wśród najsroższych epidemii pojawiały się napady złośliwe (10 przypadków), z reguły u dzieci dwu- do pięcioletnich; zaczynały się drgawkami, poczem następowała śpiączka. W 3-cim lub 4-tym napadzie złośliwym dzieci nierzadko umierały, niekiedy nawet już podczas 1-go napadu. — Najliczniejsze przypadki zimnic spostrzegał Michaelsen w sierpniu i wrześniu.

W księstwie Oldenburskiem Goldschmidt [16]) w r. 1845 zwraca uwagę na różnicę zdrowotności i śmiertelności pomiędzy zimniczemi nizinami przymorskiemi (Marsch), a bagnistemi (Moore) i piaszczystemi (Geest) okolicami kraju. W okolicach piaszczystych pojawia się zimnica sporadycznie, w postaciach lżejszych; choroby zakaźne miewają przebieg łagodny, a lud jest krzepki i rosły. Brygada tamtejszego wojska wzrostem i postawą zwróciła na siebie uwagę króla pruskiego i uzyskała pochwałę [17]). Śmiertelność tych okolic utrzymywała się stale na wysokości 16·6—20·5‰.

W okolicach bagnistych zimnica bywała częstszą, a śmiertelność wynosiła 23·8 do 24·3‰. Na nizinach nadmorskich panowała „złośliwa zimnica bagienna, różniąca się zupełnie od zwykłej zimnicy"; lud nazywał ją gorączką żółciową (Gallenfieber). Wykazy parafialne tych okolic wykazują śmiertelność 26·8‰ [18]), a w latach, w których „bagiennica panowała niezwykle złośliwie", śmiertelność dochodziła w najniezdrowszych parafiach do wysokości 50 i 70‰ (1826—1828).

Nadto przy porównaniu wykazów metrykalnych dzieci urodzonych w latach 1820 do 1824 z listami poborowych w latach 1840 do 1844 okazało się, że gdy w zdrowych parafiach Geestu zmarło w tym czasie 26¾% narodzonych dzieci płci męskiej, to okolice bagniste utraciły 38%, zaś

[8]) Mannaberg sam l. c. str. 152 opisuje postać „malaria benigna subcontinua", którąby mogła odpowiadać opisowi sierpniowych gorączek finlandzkich.

[9]) Ref. w Vierteljahrschrift für die prakt. Heilkunde 1853, IV, i tamże 1857, II. Dr Meyer-Ahrens „Die Krankheiten im hohen Norden", str. 145—146.

[10]) Podług A. Hirscha w Szwecyi najdalej na północ wysunięte miejscowości z endemią zimniczą są: nad brzegiem morza Torhamm przy Hudiksvall (62° sz. p.), i Fahlu-Lann w obwodze Hedemora (60°20′) wewnątrz kraju.

[11]) Podług A. Laverana, A. Cellego, A. Hirscha i in.

[12]) Cyt. podług Hertza w Ziemssena Handb. der spec. Pathol. und Ther. Tom II. 1877, str. 777.

[13]) Cyt. podług F. Loefflera w „Die deutsche Klinik". Tom II, str. 637.

[14]) W Galicyi po koniec 1893 r. było zaledwie 16,102 morgów pól zdrenowanych, t. j. 0·66% całego bezleśnego obszaru własności tabularnej. Patrz: S. Komornickiego „Melioracye rolne w Galicyi" w Wiadomościach statystycznych o stosunkach krajowych, tom XV.

[15]) „Zur Kenntniss der Wechselfieber des Marschlandes" w „Beiträge zur Medicinalstatistik", 1878, Zeszyt III, str. 65 i nast.

[16]) „Die Krankheiten im Herzogtum Oldenburg" w „Archiv für die gesammte Medicin" Haesera, Jena, 1845. Tom VII.

[17]) Król wyraził się tak: „Was sind das für Hunnen? Man sieht's ihnen an, das sind ächte Söhne der alten Friesen".

[18]) Autor pominął w obliczeniu tej średniej lata, w których zimnica bagienna okazywała nadzwyczajną złośliwość.

w najniezdrowszych przymorskich parafiach zmarło 44³/₅% chłopców przed osiągnięciem 20 roku życia.

Karol Wenzel [19]) opisał szczegółowo epidemię zimnicy która wybuchła w czasie budowy portu w Wilhelmshaven (53°30′ szer. półn.), w bagnistym obszarze Jade w r. 1856 i trwała do r. 1869, początkowo spostrzegana przez nadlekarzy sztabowych: Stephaniego, Brunnera, Benetscha i lekarza sztabowego Höpffnera, ku końcowi przez Wenzla. Spostrzeżenia odnoszą się głównie do robotników, zajętych przy budowie portu, a należących do kasy chorych; śród nich stwierdzono od r. 1858 do 1869 19,533 przypadków zimnicy łącznie z nawrotami (nadto wzięto pod uwagę 777 przypadków zimnicy u robotników fortecznych i 126 przypadków zimnicy w wojsku)

Bardzo starannie opracowana statystyka okazuje, że w latach cieplejszych, gdy średnia ciepłota miesięcy letnich wynosiła powyżej 12 5° R., w 20 do 25 dni po najwyższem wzniesieniu ciepłoty powietrza następował szczyt chorobliwości na zimnicę o wyraźnych cechach bagiennicy [20]).

W tej porze bowiem chorobliwość zimnicza dochodziła (od 5 3% w roku 1867) do 53 5% (w r. 1861) wszystkich zatrudnionych robotników, i to w tym samym miesiącu. W gorętszych latach występowała znaczniejsza ilość napadów złośliwych: *febris perniciosa comatosa, algida et syncopalis* W roku 1868 niemal codziennie wysyłano nosze, aby wyzbierać i odnieść do domów omdlałych chorych, leżących na drodze do domu lekarza. Nadto spostrzegano charłactwo zimnicze, oraz powikłania zimnicy z nieżytem oskrzelowym, z zapaleniem płuc (najczęściej), z durem brzusznym, ospą wietrzną, różą itd. Dokładnych liczb śmiertelności Wenzel nie podaje, lecz wspomina, że przypadki śmierci liczono na setki [21]); również nadmienia, że wśród napadów złośliwych często przydarzało się zejście śmiertelne i że w kilku takich przypadkach dokonywał sekcyi.

Taką była tragedya budowy portu dla niemieckiej marynarki wojennej. Uczeni niemieccy dołączyli do niej epilog, cokolwiek komiczny. Gdy mianowicie w 30 lat później przypomniano sobie, że w epidemiach zimnicy w Wilhelmshaven krzywa miesięcznego przyrostu była podobną do krzywych we Włoszech południowych i środkowych, a odmienną od innych krzywych niemieckich, „tajny radca Robert Koch poruczył zbadanie tego osobliwego zachowania się“ krzywych zimniczych z Wilhelmshavenu Dr Erykowi Martiniemu [22]), lekarzowi sztabowemu marynarki niemieckiej, przydzielonemu do Królewskiego Zakładu dla chorób zakaźnych, a nadto przeznaczono mu do pomocy lekarza sztabowego marynarki, Dra Schmidta i starszego lekarza pomocniczego Dra Fischera. Komisya ta udała się na miejsce i badała sprawę od końca lipca 1901 r. do czerwca 1902 r. Stwierdzono nieczęste znajdowanie się widliszów w niektórych domach; przekonano się, że owady te nakłuwają ciało ludzkie i wysysają krew; pasorzytów zimniczych w widliszach nie znaleziono, natomiast wykryto je we krwi

---

[19]) „Die Marschfieber in ihren ursächlichen Beziehungen während des Hafenbaues im Jade. Gebiet von 1858—1869. Nach dem statistischen Material der Physikatsberichte dargestellt von Dr Carl Wenzel, Oberstabsarzt und Marinearzt I. Classe, zur Zeit Physicus des Jadegebiets“. Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde Prag. Tom 108, 1870.

[20]) Autor wymienia wyraźnie z 15 znamion bagiennicy (wyszczególnionych w artykule p. t „Urywki z patologii i epidemiologii zimnicy) 14, a mianowicie:

I. Zmienność toru gorączkowego, str. 33 „bei einem und demselbem Individuum läuft nicht selten eine schwere Form nach dem ersten heftigen“ (scilicet remittirenden) „Ansturm mit oder ohne Hülfe von Chinin direct in rein intermittirende Paroxysmen aus“.

II. Stosunkowo znaczna częstość toru codziennego i gorączki zwalniającej okazuje się w tablicy X (por. naszą tablicę II w „Urywkach“).

III. Typus tertianae malignae, str. 30: „der remittirende Process, welcher meist einen schwach angedeuteten Quotidian- oder Tertian typus erkennen lässt“.

IV. Początek choroby w postaci gorączki zwalniającej lub ciągłej, str 30: „es erkranken ganz plötzlich in einem einzigen Monate viele hundert individuen unter ähnlichen remittirenden Formen“, patrz wyżej punkt I.

V. Ziębienie nieznaczne lub brak, str. 31: „das oft Monate lang fast allgemeine Fehlen des Froststadiums“.

VI. W czasie napadów dolegliwości w zakresie narządu pokarmowego i nerwowego, str. 31: „Es kommen denselben hauptsächlich 3 Symptome als eigenthümlich zu: 1. Die starke gastrisch-intestinale Affection etc. 2. Das starke und plötzliche Krankheitsgefühl, die Heftigkeit der Kopf- und Gliederschmerzen, welche oft mit leichten Collapsus-Zuständen verbunden sind“ str. 32: „die rapide Umnebelung des Sensoriums, die tiefe Depression des Nervensystems“ etc.

VII Brak poczucia zdrowia w okresie bezgorączkowym, str. 31: „es besteht zuweilen trotz objectiv nachgewiesener Apyrexie (das heftige Krankheitsgefühl) in so hohem Grade, dass etc.

VIII. Znaczna niedokrwistość, str. 32: „Das heftige Fieber scheint rascher zu einem Zustande acuter Anaemie zu führen“.

IX. Spostrzeżenia o względnej wielkości powiększenia śledziony braknie.

X Napady złośliwe są wspominane i opisywane na str. 1, 32, 33, 34. 35.

XI. Znaczniejsza odporność na działanie chininy, str. 32: „Die grössere Bösartigkeit dieser Fieberform erhellt... aus der durchschnittlich grösseren Menge von Chinin, welche zu ihrer Heilung erforderlich ist“

XII Skłonność do nawrotów i stanu przewlekłego (str. 32): „aus der grösseren Häufigkeit der Recidive“ (por. tabl. V i VI Wenzla) o zimnicy przewlekłej patrz str. 37—42.

XIII. Charłactwo zimnicze, str. 37: „häufiger ist es, dass sie zu hochgradigem Siechthum führt“.

XIV. Liczne i ciężkie powikłania opisane na str. 40 i 41.

XV. Szerzenie się w miesiącach od lipca do października przedstawione w tablicy IV i w tablicach graficznych.

Na podstawie dostrzeżenia tych cech odróżnia Wenzel lżejsze od cięższych zakażeń zimniczych, mianowicie str 30: „es kommen den heissen Sommern. . ganz besonders die remittirenden Formen zu, welche neben den perniciösen als die schwereren Malaria-Affectionen bezeichnet werden müssen“.

Na str. 32 i 33 usprawiedliwia to wyodrębnienie cięższych i złośliwszych postaci ich symptomatologią, a na str. 34 utrzymuje, „dass ein gering potenzirtes, vorwaltend einfaches Wechselfieber producirendes Miasma den kühleren Jahreszeiten zukommt (ebenso wie es der geographischen Verbreitung nach den mehr gemässigten und kalten Zonen eigenthümlich ist), und dass dagegen ein höher entwickeltes, remittirende und perniciöse Formen veranlassendes Gift den heissen Sommern der Marsch ebenso wie den tropischen Gegenden angehört“. Tak bystre odróżnienie łagodnych postaci zimnicy od bagiennicy, na 19 lat przed odróżnieniem właściwych gatunków pasorzytów (Golgi 1889) dowodzi, że Wenzel był bardzo bystrym spostrzegaczem.

[21]) l. c. str. 51: „Wenn man sich der fast beispiellosen Ungesundheit der ersten Jahre des Hafenbaues erinnert, welche Hunderten von Arbeitern Leben, Gesundheit und Arbeitskraft kostete, und dem Jadegebiet einen bis in die weitesten Bezirke dringenden verrufeintrag“ etc.

[22]) („Aus dem Institute für Infectionskrankheiten zu Berlin, Director: Geh. Med. Rath Prof. Dr Koch.) Ueber die Entstehung der Neuerkrankungen an Malaria während des Frühjahres und Sommers unserer Breiten“. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrakheiten. Tom 41, 1902.

kilkunastu chorych (pasorzyty trzeciaczki łagodnej). Realne zdobycze tej wyprawy naukowej nie były zbyt obfite. Dla wyjaśnienia zaś przyrody dawnych epidemii zimniczych ułożono takie wytłómaczenie, że robotnicy portowi z lat 1860 do 1869 „mieszkali w większej części w barakach słomą pokrytych, a nie posiadających poddaszy, w izbach około 3 m. wysokości. Widlisze opuszczające w ciepłych dniach wiosennych swoje kryjówki nie znajdowały w tych mieszkaniach potrzebnej ciepłoty dla dojrzenia znajdujących się w danym razie w ich żołądku pasorzytów. Dlatego krzywa zimnicza doszła szczytu dopiero z końcem lata, w 20 do 25 dni potem, gdy ciepłota zewnętrzna dosięgła trwałego szczytu, podobnie jak w okolicach zimniczych południowo-europejskich".

Gdyby członkowie wyprawy byli przejrzeli dokładniej krzywe, podane przez Wenzla, byliby mogli zauważyć ich przebieg w r. 1864 i 1869, w których to latach najwyższa chorobliwość zimnicza u robotników portowych istniała od marca, wzgl. kwietnia do czerwca. Czyżby wówczas robotnicy opuszczali baraki, a przenosili się do domów z poddaszami? [23]) Jakże nadto wyjaśnić okoliczność, że w latach gorętszych u przeważnej części chorych były wszelkie cechy kliniczne zimnic „letnio-jesiennych" czyli „podzwrotnikowych?". Wszakże brak poddaszy w ich domach mieszkalnych nie mógł być przyczyną tak osobliwego przebiegu zakażeń pasorzytami zimnic łagodnych. Niechby komisya była zwiedziła jeszcze Meldorf, Marienwerder, Krommenie, — to jest miejscowości, gdzie w okolicach blizkich położeniem geograficznem, spostrzegano również znaczną chorobliwość zimniczą w porze letnio-jesiennej, a byłaby się przekonała, że podobne zjawisko wystąpić może w takim samym klimacie, u mieszkańców zwyczajnych domów z poddaszami.

(C. d. n.)

[23]) W istocie okoliczność ta tłómaczy się tak, że w latach chłodniejszych przypadki bagiennicy bywały mniej częste: w tych latach był też rzadszym tor codzienny w stosunku do trzeciaczkowego (20·7 : 54·4 i 31·1 : 58·4).

Z kliniki pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O znaczeniu klinicznem „neutrofilnego obrazu krwi", ze szczególnem uwzględnieniem stosunków w wieku niemowlęcym.

Podał
Dr Tadeusz Żeleński,
asystent kliniki.

(Według odczytu wygłoszonego w krakowskiem Towarz. lekarskiem dnia 28 marca 1906 roku).

(Dokończenie.)

Odrębne te stosunki, właściwe krwi niemowlęcej, pozostają w zupełnej zgodzie z mojemi dawniejszemi spostrzeżeniami nad myelocytozą u niemowląt i potwierdzają w zupełności wyrażone przed chwilą przypuszczenie, iż myelocytoza jest jedynie najjaskrawszym wyrazem zaburzeń w całym neutrofilnym obrazie krwi. Z jednej strony fakt obecności we krwi myelocytów zyskuje przez to na znaczeniu, gdyż może być użyty jako wybitny wskaźnik tych zaburzeń; przeto wszystkie dawniejsze spostrzeżenia, w których stwierdzono obecność myelocytów, możemy dziś przyjmować jako znaczne przesunięcie neutrofilnego obrazu; — z drugiej strony jednak myelocytoza, lub, jak ją Francuzi nazywają, *myelhémie*, traci zupełnie resztę cech wszelkiej swoistości, jakie jej niektórzy autorowie chcieli przypisywać. Obecnie jest nam już zupełnie jasnem, iż pomiędzy obrazem krwi, zawierającym ciałka szpiku kostnego, a tych ciałek niezawierającym, ani zasadniczej różnicy, ani też ścisłej granicy nie ma żadnej; różnica może polegać jedynie na stopniu zaburzeń w stosunkach neutrofilnego obrazu.

Wszystkie te właściwości krwi niemowlęcej występują tem wybitniej, im młodsze jest dziecko. Szczególnie łatwo powstają zaburzenia neutrofilnego obrazu u niemowląt w pierwszych tygodniach życia, dotkniętych wątłością wrodzoną. u tych już bardzo błaha przyczyna wystarcza do wywołania odczynu niezmiernie silnego. Wogóle odczyn ten bywa najsilniejszy w pierwszych kilkunastu tygodniach życia, później łatwość ta się nieco zmniejsza i zbliża się stopniowo i zwolna do stosunków, spotykanych w wieku późniejszym. Oczywiście żadnej ostrej granicy niepodobna tu nakreślić; jednakże conajmniej do ukończenia drugiego roku życia musimy liczyć się z powyżej opisanemi odrębnemi własnościami krwi niemowlęcej.

Zbierając fakta, stwierdzone u niemowląt, spotykamy zatem dwie główne cechy: 1) odczyn neutrofilnych ciałek, wywołany przez czynniki chorobotwórcze, jest z reguły znacznie silniejszy, niż u dorosłych i może dojść do tak znacznego stopnia, z jakim poza wiekiem niemowlęcym nawet w przybliżeniu się nie spotykamy; 2) odczyn ten — nawet bardzo wybitny — możemy spotkać u niemowląt przy sprawach chorobowych pozornie błahych i nieznacznych, a nawet niekiedy u niemowląt bez żadnych objawów chorobowych.

Jak wytłómaczyć to odrębne zachowanie się wieku niemowlęcego?

Wspominałem poprzednio, w jaki sposób Arneth wyjaśnia zmiany, spotykane w neutrofilnym obrazie krwi w chorobach zakaźnych, polegające na przesunięciu całego wzoru ku lewej stronie. Zmiany te są zdaniem Arnetha wyrazem wzmożonego rozpadu ciałek białych: ofiarą tego rozpadu padają zawsze najpierw ciałka najdojrzalsze, — dopiero, gdy tych zabraknie, giną z kolei i dalsze, młodsze postacie. Im szybciej i silniej odbywa się to dzieło zniszczenia, tem bardziej przesunięty ku lewej stronie będzie neutrofilny obraz, gdyż tem mniej czasu pozostaje komórkom do przebycia kolejnych okresów rozwoju. Pozostając zatem na gruncie tego wyjaśnienia, musielibyśmy stwierdzić, iż w ustroju niemowlęcym spotykamy bardzo żywy i silny rozpad ciałek neutrofilnych już przy nieznacznem pozornie zaatakowaniu tegoż ustroju; zaś w przebiegu cięższego zakażenia jakiejkolwiek przyrody rozpad ten dochodzi do najwyższego stopnia, gdyż widzimy, że komórki neutrofilne zaledwo ze szpiku kostnego do krwi się przedostaną, giną prawie natychmiast, przeszedłszy zaledwie pierwsze okresy rozwoju. Jeżeli dalej zgodnie z Arnethem przyjmiemy, iż ta sprawa zniszczenia ciałek białych jest wyrazem samoobrony ustroju, że następstwem i celem jej jest wytworzenie substancyi ochronnych, niweczników, — to musimy dojść do wniosku, iż w ustroju niemowlęcym wytwarzanie to odbywa się nierównie żywiej, niż w ustroju dorosłego i że wogóle już nieznaczne wpływy wystarczają, aby ustrój niemowlęcia do tego silnego wytwarzania pobudzić. Jakiekolwiek byśmy zresztą przypisywali

znaczenie rozpadowi komórek neutrofilnych, w każdym razie zjawisko to zmusza do przypuszczenia, iż wszelkie bodźce, czy to zakaźnej, czy też toksycznej przyrody, widocznie znacznie silniej muszą działać na ustrój niemowlęcia, niż na ustrój dojrzały, skoro stają się powodem takiego masowego spustoszenia wśród armii ciałek białych.

Spróbujmy teraz te wnioski, wysnute z właściwości krwi niemowlęcej zestawić z naszemi klinicznemi wiadomościami o ustroju noworodka i dziecka w pierwszych miesiącach życia. Wiemy, iż wiek niemowlęcy, a zwłaszcza pierwsze jego tygodnie i miesiące, zajmują w patologii zupełnie odrębne stanowisko. Cechuje go bardzo mała odporność ustroju w stosunku do otaczających go niebezpieczeństw. A niebezpieczeństwa te zagrażają niemowlęciu ze wszystkich stron. Choroby, które w późniejszym wieku mierną tylko na siebie ściągają uwagę, tutaj w krótkim przeciągu czasu mogą stać się przyczyną nawet zejścia śmiertelnego. Panującą sprawą chorobową w okresie pierwszego niemowlęctwa są zakażenia najrozmaitszej przyrody. Możnaby powiedzieć, że ustrój niemowlęcia jest znakomitą pożywką, na której wszelkie gatunki drobnoustrojów niezmiernie łatwo i bujnie się rozwijają. Stąd skłonność spraw miejscowych do szerzenia się i przejścia w zakażenie ogólne; stąd drobnoustroje, skądinąd swoiste, które zresztą zwykły wywoływać tylko miejscowe określone sprawy chorobowe, w wieku niemowlęcym mogą stać się przyczyną ogólnych spraw posoczniczych. Ta skłonność do zakażeń posoczniczych o najróżnorodniejszej etyologii jest cechą patologii pierwszego niemowlęctwa; zakażenie takie zwykle obejmuje cały ustrój z pominięciem przejściowych etapów, jakoto zajęcia naczyń i gruczołów chłonnych. Podstawą tej podatności ustroju niemowlęcego jest po części łatwiejsza przepuszczalność naskórka, nabłonków błon śluzowych i układu chłonnego, w części zaś b r a k t y c h i s t o t o c h r o n n y c h, jakie zawierają soki ustroju dorosłych osobników. Wiadomo, że surowica krwi nawet zdrowych osób posiada własności aglutynowania większości drobnoustrojów chorobotwórczych, niekiedy nawet w dość znacznym stopniu. W swoim czasie miałem sposobność zwrócić tu uwagę na własność surowicy zdrowych osób aglutynowania paciorkowców [8]), przyczem jeden ze szczepów paciorkowca, wyhodowany z przewodu pokarmowego, aglutynował się pod wpływem surowicy zdrowych nawet w rozcieńczeniu 1:250. Ta zdolność aglutynowania rozmaitych drobnoustrojów jest ubocznym wyrazem pewnego stopnia odporności, jaką ustrój względem tychże gatunków posiada. Zdolność tę, — jak z badań K r a u s a i L ö w a [9]) wynika, — nabywa ustrój dopiero stopniowo; surowica krwi noworodka własności tych nie posiada. Własność ta jest następstwem bądźto jakichś przebytych spraw chorobowych, bądź też samego współżycia (*symbiosis*) drobnoustrojów z zamieszkiwanym przez nie ustrojem. Gdy zatem ustrój niemowlęcia pozbawionym jest lub przynajmniej upośledzonym w znacznym stopniu co do środków b i e r n e j o b r o n y ustroju, łatwo jest zrozumiałem, iż wszystkie czynniki chorobowe w stopniu o wiele wyższym muszą mu zagrażać, niż to się dzieje w ustroju dojrzałym. Tem żywszą musi być przeto c z y n n a obrona ustroju, w której posługuje się on armią ciałek białych. Olbrzymie ilości tych ciałek muszą uledz zniszczeniu, aby dostarczyć ustrojowi niemowlęcia substancyi ochronnych w ilości dostatecznej do uchronienia go przed grożącem mu zakażeniem ogólnem. W ten sposób zrozumiałemi nam się stają tak niezwykłe neutrofilne obrazy krwi, spotykane w pierwszem niemowlęctwie.

Ta czynna obrona ustroju niemowlęcego, upośledzonego pod względem środków obrony biernej, jest niezwykle potężna, dzięki ogromnej żywotności narządów krwiotwórczych młodego ustroju. Dzięki tej żywotności, dzięki niezmiernie żywemu wytwarzaniu coraz nowych pokoleń neutrofilnych ciałek białych, nawet tak znaczny rozpad i ubytek może być przez dłuższy czas wyrównany. Badając kilkakrotnie krew w jednych i tych samych przypadkach, zdołałem przekonać się bezpośrednio, jak bardzo daleko sięga ta zdolność wyrównawcza; dlatego stwierdzenie nawet najdalej posuniętych zmian w neutrofilnym obrazie krwi u niemowlęcia nie uprawnia samo przez się do bezwzględnie złego rokowania. Muszę zatem ponownie podkreślić to, na co już zwracałem w swoim czasie uwagę, mówiąc o znaczeniu ciałek szpiku kostnego, iż wiek danego osobnika ma tutaj pierwszorzędne znaczenie. Postacie, które u dorosłego są już objawem grożącej niedomogi szpiku kostnego, u niemowlęcia mogą się pojawiać w pełni sprawności narządów krwiotwórczych.

W ten sposób stają się nam jasne odrębności neutrofilnego obrazu krwi w wieku niemowlęcym; idą one zupełnie równolegle z jego odrębnościami klinicznemi i wraz z niemi stopniowo w wieku późniejszym znikają. Jeżeli uprzytomnimy sobie powyżej wspomniane właściwości patologii wieku niemowlęcego, nie będziemy się dziwić, iż w przebiegu jakiejś nieznacznej sprawy chorobowej spotkamy się nieraz z niezmiernie silnym odczynem neutrofilnym. Mamy wszelkie prawo przypuszczać, iż właśnie dzięki temu energicznemu odczynowi, dzięki tej — możnaby powiedzieć — c z u j n o ś c i ciałek białych, dana sprawa chorobowa pozostaje nieznaczącą i miejscową, a nie rozszerza się, lub nie daje powodu do ogólnego zakażenia ustroju. Również nie będziemy upatrywali sprzeczności w sporadycznem występowaniu zmian w obrazie neutrofilnym u dzieci, u których nie ma zresztą żadnych objawów chorobowych. Niewątpliwie i w tych przypadkach chodzi o obronę ustroju przed jakimś czynnikiem chorobotwórczym; wobec ogromnej podatności ustroju niemowlęcia na wszelkie zakażenia i mnóstwa dróg dla niepostrzeżonego wtargnięcia zakażenia do ustroju o pobudkę do tej czynnej obrany bardzo łatwo. Wobec niedostatecznych urządzeń ochrony biernej u niemowlęcia ciałka białe są prawie pierwszym zastępem, na którym ciąży zadanie dania odporu czynnikom chorobotwórczym; zjawiska te możemy sobie zatem tłómaczyć, jako jakieś drobne zakażenia, dające powód jedynie do miejscowego odczynu ciałek białych, zresztą bez innych objawów. Fakt ten, iż we krwi zresztą zdrowego niemowlęcia możemy niekiedy spotkać zmiany w obrazie neutrofilnym, nie jest zresztą bez analogii w spostrzeganiu klinicznem: i tak niekiedy u zdrowego niemowlęcia można spotkać przemijające podniesienie ciepłoty bez żadnych zgoła innych objawów. Takie podniesienia ciepłoty, zresztą nieznaczne, w zwykłych warunkach przechodzą zapewne niespostrzeżone przez rodziców, znane

---

[8]) Żeleński: O aglutynacyi paciorkowców i o próbach serodyagnostyki w płonicy. („Przegląd lekarski", 1904).

[9]) Über Agglutination. („Wien. klin. Wochens.", 1899, Nr 5).

są jednakże dobrze w tych zakładach, w których u zdrowych nawet niemowląt (np. dzieci mamek) ściśle i regularnie mierzy się ciepłotę.

Widzimy zatem, iż własności postaciowe neutrofilnego obrazu we krwi niemowlęcej przedstawiają niemałe bogactwo zajmujących szczegółów. Z jednej strony rzucają one światło na pewne odrębności kliniczne, przywiązane do tego wieku; z drugiej strony krew niemowlęca dla swej niezwykłej wrażliwości stanowi jakby szkło powiększające, które w znacznym stopniu ułatwia spostrzeganie i ocenienie związku pomiędzy zakażeniem ustroju, a przeobrażeniami w neutrofilnym obrazie. Że związek ten, i to bardzo ścisły, istnieje, temu zaprzeczyć niepodobna: gdyby nawet spostrzeganie zaburzeń w stosunku poszczególnych klas krwinek białych we krwi osób dorosłych nie stanowiło po temu dostatecznego dowodu, to zmiany tak silne, przeobrażenia tak znamienne i tak głębokie, jakie spotykamy we krwi niemowlęcia, nie mogą pozostawić pod tym względem żadnej wątpliwości.

Memu czcigodnemu szefowi, Prof. Jakubowskiemu, pozwalam sobie złożyć na tem miejscu podziękowanie za pozwolenie korzystania z materyału kliniki i szpitala św. Ludwika.

Oceny i sprawozdania.

Dr Ernest Fürth: **Racyonalne odżywianie w szpitalach i uzdrowiskach.** Lipsk 1906.

Broszura niniejsza jest cennym nabytkiem dla szpitalnictwa, albowiem treściwie przedstawia najwygodniejszy, najzdrowszy, a zarazem najekonomiczniejszy sposób odżywiania chorych w zakładach leczniczych.

Znaną jest rzeczą, w jakim stanie opuszczają zwykle chorzy szpitale, bladzi, wynędzniali, a trudno przyjąć, by u wszystkich przyczyną tego była przebyta choroba. Łatwiej przyjąć, że częściej wpływa na to pobyt w szpitalu i niestosowne w tymże odżywienie. A pamiętać przecież należy, że w szpitalu leżą głównie chorzy z klas roboczych i ci, wracając do domu nie mogą odpoczywać w wygodach, lecz zaraz muszą ciężko pracować i zwykle ciężej, jak przed chorobą, przez którą zapadli w nędzę i stracili zarobek. Celem też naszym powinno być, by chorzy ze szpitala wychodzili rzeczywiście zdrowi i silni. Odżywianie szpitalne chorych można podzielić na 3 grupy: 1) odżywianie normalne u ludzi cierpiących na choroby nie będące w łączności z przemianą materyi, 2) odżywianie indywidualne ze względu na daną chorobę, 3) odżywianie przejściowe w miarę przechodzenia ciężkich chorób gorączkowo-zakaźnych. Celem niniejszej pracy jest głównie odżywianie normalne. W pokarmach naszych zawierać się powinno: białko, tłuszcz, węglowodany i sole w dostatecznej ilości.

Dla chorych szpitalnych (osób w wieku średnio od 20—60 lat ze średnią wagą 70 kg.) powinno się rachować na dzień:

110 gm. białka,
77 gm. tłuszczu,
292 gm. węglowodanów,

albo prócz białka:

50 gm. tłuszczu,
360 gm. węglowodanów,

bo mniej więcej 100 części tłuszczu zastąpić można 240 częściami węglowodanów. Ilość węglowodanów bywa zwykle w dyetach wyższą, bo dochodzi do 400 gm. By dyeta była silnie odżywczą, trzeba ją nieco zmienić, a mianowicie podnieść ilość białka lub ze względów ekonomicznych ilość tłuszczu tak, że pożywna dyeta przedstawiać się będzie:

120 gm. białka,
80 gm. tłuszczu,
440 gm. węglowodanów.

Odpowiednie potrawy i ich wartość podane są szczegółowo w tablicach na końcu broszury.

Potrawy powinne być smacznie przyrządzone i podane, co zwykle w szpitalach niema miejsca. Po pierwsze powinny być przy salach chorych ubikacye do jedzenia i chorzy chodzący powinni tam spożywać swe jadło, by unikać widoku ciężko chorych nieraz z cuchnącemi wydzielinami. W wielu szpitalach takie jadalnie już istnieją.

Często potrawy sporządza się zupełnie bez smaku i bez przypraw tak, że nie mogą one wzbudzać apetytu. Potrawy rozdziela się zwykle w menażkach cynowych, nieraz po kilka w jednej. Menażki te choć najczyściej trzymane, zawsze nadają potrawom pewien specyalny zapach, dlatego należy używać naczyń porcelanowych, fajansowych, szteingutowych lub talerzy emaliowanych metalowych. Zwykle rozdziela się jedzenie w szpitalach 3 razy dziennie. Jestto za mało i do tego godziny zwykle są niestosowne. Kolacya wypada zwykle za wcześnie. Powinno się podawać śniadanie o godzinie 7 rano, obiad o 11½, podwieczorek o 4, a kolacyę o 7 wieczór. Obiad stanowić powinien 40 prc. ogólnej wartości pobieranych pokarmów dziennie. W lecie powinien obiad zawierać ich nieco mniej, za to kolacya więcej. Z potraw mięsnych podaje się zwykle mięsa wołowe, jako stosunkowo tańsze. Od czasu do czasu powinno się jednak rodzaj mięsa zmieniać, (nie mówiąc już o przyrządzaniu tegoż), a czasem podawać i ryby. Zupy zawierają mało części pożywnych, a pobudzają za to więcej apetyt. Dzienna porcya mięsa powinna wynosić 250 gm. z czego 50 odlicza się na kości, tłuszcz i części ściegniste. Rosół powinno się gotować najpierw na kościach, a dopiero do gorącej wody dodawać mięso na sztukę, przez co mięso nie traci na smaku.

Mleko winno być podawane dwa razy dnia po 2 dl. i to nie zawsze samo, lecz pod różnemi postaciami, a nawet w lekkiej kawie. Taka kawa z cukrem kosztuje mało co więcej, jak większa ilość mleka na raz. Z produktów mlecznych bardzo nadaje się do podawania ser krowi, ewentualnie w pewnych okolicach owczy. Jest on tani i pożywny. Jaja poleca autor dopiero w drugim rzędzie, jako jaja na miękko lub jajecznicę. Z produktów roślinnych podaje się w szpitalach przeważnie ziemniaki, kapustę i jarzyny strączkowe. Te ostatnie, ze źle zrozumianych powodów w postaci niesmacznej, miękkiej masy. Autor radzi podawać je w naturalnej formie, lecz dobrze przygotowane. Do użytku szpitalnego nadają się też rózne gatunki kaszy, ryż, sago i t. d., lecz podane w możliwej postaci n. p. legumin i t. d. Chleb powinno się dawać kilka razy dziennie, a nie wydzielać odrazu naraz porcyę całą na dzień (500 gm.). W razie gorączki nie powinno się podawać tłuszczów, gdyż te wtedy rozpadając się, powodują także rozkład tłuszczu organizmu i zwiększają ciepłotę ciała. Lepiej podawać wtedy inne potrawy i napoje jak kefir, ser i t. d., zawierające dużo białka. Chorym podupadłym na odżywieniu (gruźlica, rak) podawać się powinno o ile możności normalną dyetę, z nieco zwiększoną ilością białka i tłuszczu, a zmniejszoną ilością węglowodanów. Do tego celu służą też podawane w ostatnich czasach środki odżywcze, sporządzane fabrycznie, jak somatoza, sanatogen, roborat, aleuronat i t. d. Środki te są drogie i chorzy niechcą ich często dłuższy czas przyjmować. Tak n. p. 10 gramów somatozy kosztuje 66 halerzy i zawiera 8 gm. białka. Aby ilość ta odpowiadała ilości białka w porcyi mięsa, powinno by się podać 41 gramow somatozy, co odpowiadałoby wydatkowi 270 halerzy.

Co do alkoholu, to autor nie radzi go podawać, chyba tylko piwo. Wino szpitalne daje się chyba tylko dla smaku. Wydatek to wielki, bo porcya kosztuje około 16 halerzy, za co można dać choremu 0·7 l. mleka, 50 gm. masła lub 3 jaja. Koszta żywienia racyonalnego wypadają w najgorszym razie 90 halerzy. W szpitalu autora wynoszą one 63 halerzy.

Obszerne tablice planu żywienia chorych ilustrują przytoczone myśli. *Klęsk.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Rolly. **Ogólne zakażenie prątkiem ropy błękitnej u osobnika dorosłego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 29, 1906). Prątek ropy błękitnej (bac. pyocyaneus) uważano za zupełnie niewinny i znajdywano go na skórze pod pachą, w fałdach pośladków i pachwin prawie w 50%. Wprawdzie wykazywano go także we wrzodziankach i w plwocinie chorych na zapalenie płuc, ale zawsze obok innych drobnoustrojów, które obwiniano o zakażenie. Dopiero Charrin doświadczalnie na zwierzętach, udowodnił, że czystą hodowlą prątka rasy błękitnej mo-

żna wywołać ograniczone ropienia. Potem znajdowano już częściej ten prątek w czystej hodowli w różnych chorobach ropnych, jak ucha, wyrostka robaczkowego, gruczołu piersiowego, nerek i wątroby. W roku 1894 Kossel na mocy przypadków zebranych z literatury doszedł do przekonania, że prątek omawiany może być chorobotwórczym u człowieka, ale tylko w wieku dziecięcym. Zdanie to przyjęło się jakoś dziwnie, choć obecnie wobec jasnych dowodów klinicznych wierzyć w nie nie możemy, bo prątek ropy błękitnej i u dorosłych chorobotwórczym stać się może. Przypadki podobne ogłosili Soltmann, De la Camps, Kühn i Kraunhals. We wszystkich wypadkach wystąpiło zakażenie ogólne (sepsis) na tle prątka ropy błękitnej. Do tych przypadków dołącza autor swój, dotyczący kobiety 28-letniej, która zapadła nagle wśród objawów zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Przyjęta do kliniki 4 dnia choroby przedstawiała już obraz ogólnego zakażenia, sztywność karku, krwawnicowe zatory skórne, żółtaczkowe zabarwienie skóry i błon śluzowych, wysoką ciepłotę, powiększenie śledziony i zapalenie błon śluzowych. 5 dnia choroby wykonano nakłócie lędźwiowe i zbadano krew i w obu płynach znaleziono czystą hodowlę prątka ropy błękitnej w dużej ilości. Płyn mózgowo-rdzeniowy był mętnawy. Pod koniec życia u chorej wystąpiła bezprzytomność, bredzenie, wzdęcie brzucha a 11 dnia choroby śmierć. Sekcya wykazała zapalenie ropne wsierdzia, ropnie nerek, śledziony, jelit, błony zewnętrznej aorty, mięśnia sercowego, opon miękkich, mózgu i rdzenia i lewostronne zapalenie płuc. Mikroskopowo w ogniskach liczne prątki ropy błękitnej w czopach naczyń krwionośnych i koło nich. Obraz opisany różni się nieco od przytoczonych w literaturze, ale ma też wiele punktów wspólnych. I tak cechuje ogólne zakażenie prątkiem ropy błękitnej: skaza krwawnicowa w postaci plam i wynaczynień na skórze i jelitach, dalej silne powiększenie śledziony, durowy przebieg gorączki. Z objawów odmiennych zaznaczyć należy zajęcie opon i wsierdzia, które nie były w innych przypadkach spostrzegane. Oprócz tego znalazł autor zmniejszoną ilość ciałek białych i zmniejszoną silnie krzepliwość krwi. Punkt wyjścia choroby przyjmuje autor w macicy (poronienie). Przypadek ten prócz innych dowodzi niezbicie, że prątek ropy błękitnej może wywołać zakażenie nawet ogólne u osoby dorosłej i to nie osłabionej i wyniszczonej, lecz zupełnie zdrowej. Jakie są przyczyny, że czasem to się dzieje — nie wiemy. *Klęsk.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. L. Kuttner. **Przyczynek do rozpoznawania raka żołądka.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr 21 i 25, 1906). Autor zwraca uwagę na ważność rozpoznawania raka żołądka, kiedy naciek nowotworowy jeszcze ograniczony i przerzuty gruczołowe tylko miejscowe. Przy rozpoznaniu ważnym i charakterystycznym jest początek raka. Według Leubego ma się prawo myśleć o raku, gdy objawy chorobowe dotyczą osobnika dotychczas zdrowego w wieku 50—60 lat i pod wpływem leczenia absolutnie nie ustępują. Bardzo często chorzy łączą w związek przyczynowy swoje cierpienie z jakimś błędem dyetetycznym. W innych przypadkach początek zupełnie nieuchwytny, pełzający. Zwykle rozpoznaje się i leczy takie cierpienie jako niewinny katar żołądka: jeżeli objawy zaczynają się potęgować, wtedy przypuszcza się, że pierwotnem cierpieniem był rzeczywiście katar i na jego tle dopiero rak powstał. Rzecz to rzadka wogóle, autor na podstawie swych spostrzeżeń wspomina tylko o czterech przypadkach takich, gdzie rzeczywiście choroba rozpoczęła się cierpieniem niezłośliwem, a na jej tle poczęła rozwijać się sprawa nowotworowa. Bardzo ważnym objawem jest powolny, postępujący brak apetytu, zwłaszcza do potraw mięsnych. Objawy te przybierają na znaczeniu, jeżeli jeszcze dyspozycya u chorego stwierdzić się daje. Dyspozycyę taką stanowi: dziedziczność, przebycie wrzodu okrągłego żołądka, uraz. Dalszym momentem rozpoznawczym jest stan odżywienia chorego. Naturalnie nie bierzemy w rachubę charłactwa, mówimy o powolnej i ciągłej utracie wagi ciała. Jeszcze objawem dość charakterystycznym, to uporczywe swędzenie skóry, które ma wcześnie bardzo występować, zanim guz jest jeszcze macalny. Zupełnie bez znaczenia są wynaczynionki na skórze, które zdaniem Lesera miały być charakterystyczne dla raka żołądka. Z wielką ostrożnością należy brać w rachubę powiększenie i twardość gruczołów nadobojczykowych po stronie lewej, gdyż może ono być zupełne innej przyrody, n. p. gruźliczej; powiększenie następowe gruczołów innych w przebiegu raka żołądka w rachubę wchodzić nie może, bo pozwala myśleć o sprawie nowotworowej wtedy, gdy rozpoznanie na podstawie innych danych jest pewne. Częstym, niestałym objawem są odbijania cuchnące, występujące dopiero wtedy, gdy naciek nowotworowy uległ rozpadowi. Wymioty występują zazwyczaj przy usadowieniu się nowotworu przy wpuście lub odźwierniku; zdarzają się jednak wypadki, gdzie pomimo zwężenia światła do wymiotów nie przychodzi. Bardzo ważnym czynnikiem rozpoznawczym jest pojawianie się krwi czy to jawnej (manifest), czy utajonej (ocult) tak w treści żołądkowej, jak i w kale. Stale spotykamy upośledzenie funkcyi wydzielniczej i mechanicznej żołądka. Brak kwasu solnego stanowi objaw najczęstszy, ale zupełnie dla tej sprawy nie charakterystyczny. Z brakiem tym bowiem spotykamy się przy innych schorzeniach organizmu, jak: niežycie przewlekłym, przy zaniku błony śluzowej, przy nerwicach, przy cierpieniach płuc i t. d. To samo da się powiedzieć i o kwasie mlekowym, jakkolwiek stałe pojawianie się kwasu mlekowego w treści przemawia bardzo za nowotworem. Zachowanie się zaczynów ma znaczenie dyagnostyczne małe. Zazwyczaj ze zmniejszeniem się ilości kwasu solnego idzie w parze brak zaczynów. Z zachowania się zaczynów można tylko wyciągać pewne wnioski co do położenia nowotworu. Już w r. 1902 oparł Glässner swoją metodę umiejscowiania sprawy nowotworowej na podstawie zachowania się pepsyny i podpuszczki. Jeżeli mianowicie zaczyn podpuszczkowy i pepsyna równocześnie są zmniejszone, to przemawia za nowotworem w dnie; jeżeli zaś ferment podpuszczkowy dobrze zachowany w stosunku do pepsyny, to prawdopodobieństwo większe, że nowotwór jest w części odźwiernikowej usadowiony. Objaw ten na podstawie anatomicznej oparty, bo gruczoły dna wydzielają pepsynę i zaczyn podpuszczkowy, a gruczoły odźwiernikowe tylko pepsynę. Jeszcze mniejsze znaczenie rozpoznawcze ma tak zwana reakcya tryptophanowa (Tryptophan reaction), podana w r. 1903 przez Erdmana i Winternitza. Przy rozpadzie białka wytwarza się proteinochron, który z chlorem lub bromem daje zabarwienie czerwono-fioletowe, a w wypadkach raka po śniadaniu i obiedzie próbnym w większości wypadków ma występować. Badania późniejsze autorów samych, dalej badania Sigla, Glässnera przeczą temu twierdzeniu. Również ważnem jest badanie sprawności mechanicznej, która przy raku żołądka wogóle, a w szczególności przy raku we wpuście usadowionym jest upośledzoną stale. Badanie powinno odbywać się na czczo i to po zjedzeniu obfitszej kolacyi. Badanie mikroskopowe treści czczej jest bardzo ważnem ze względu na sprawność mechaniczną, dalej ze względu na składniki, jakie w treści spotkać można, t. j. cząstki nowotworu, krew, ropa, bakterye. W grę wchodzi jeszcze badanie zachowania się żołądka sposobem Gluzińskiego i wreszcie ostatnio radiografia, która wobec ewentualnego zabiegu operacyjnego jeszcze najdokładniej sprawę nowotworową zlokalizować może.

Stanisław Łapiński.

PEDYATRYA. V. Pexa. **Przyczynek do etyologii marskości wątroby, pojawiającej się u dzieci.** (*Czasopismo lekarzy czeskich* l. 8, 1906). Marskość wątroby u dzieci jest jako objaw kliniczny bardzo rzadkiem zjawiskiem; przy obdukcyi można ją znaleźć częściej, według podania Rapina w stosunku 1: 233 trupów, wedle Hoche 1: 82 trupów. Przeciwnie zaś klinicyści podają liczbę 1: 17.566 do 1: 26.660 chorych dzieci, niektórzy atoli i liczbę niższą 1: 1000. U dzieci nadużywanie alkoholu należy do zjawisk rzadkich, a wątroba dzieci nie ulega tak łatwo schorzeniu, a schorzała powraca łatwo do pierwotnego stanu; dlatego rzadko kiedy ujawnia się choroba klinicznie. Lecz u dzieci jest wiele innych przyczyn, które mogą wywołać zapalenie wątroby. Jest zadziwiającem, że ostre choroby infekcyjne tak rzadko pod tym względem zgubnie działają. W przeciwieństwie do tego mają atoli niektóre chroniczne choroby infekcyjne wpływ ujemny. Przedewszystkiem odgrywa tu pierwszorzędną rolę kiła, chociaż niektórzy zmian tych nie uważają za marskość. Następnie niektórzy autorowie uważają gruźlicę za bardzo częstą przyczynę marskości wątroby w wieku dziecięcym. Wypadki marskości na tle zimniczem są u dzieci rzadkie, powstanie takie jest jednak powszechnie uznanem. Wreszcie istnieje jeszcze jeden rodzaj, t. j. marskość zakaźna, która pojawia się w gorących strefach niekiedy nagminnie, atoli zarazka choroby dotąd nie znamy.

Podobnie, jak alkohol mogą wywołać marskość wątroby na tle zatrucia spożywane w nadmiarze różne korzenie i materye aromatyczne.

Z przyczyn mechanicznych podnieść należy następstwa zmian w krążeniu przy chorobach serca i osierdzia, dalej wrodzone zarośnięcie dróg żółciowych, które powoduje śmierć w kilku miesiącach.

Przyczyny zakaźne, toksyczne i mechaniczne mogą się ze sobą kombinować. W ten sposób powstaje *cirrosis toxinfectiosa* i *cirrhosis cardio-tuberculosis.* Z innego powodu może jeszcze powstać: *cirrhosis splenomegalica* (Banti-Maixner), *cirrhosis capsularis* z zapalenia w sąsiedztwie wątroby.

Autor opisuje dalej 2 wypadki marskości wątroby z praskiej kliniki dla dzieci, gdzie w ciągu 4 lat między 4604 choremi dziećmi zauważono marskość wogóle tylko w pięciu wypadkach (1: 921). W jednym wypadku rozchodziło się prawdopodobnie o zapalenie na tle gruźliczem, w drugim zaś *o cirrhosis hepatica biliaris.*

Schnurpfeil.

CHIRURGIA. Treutlein. **Z chirurgii polowej z Japonii.** *(Münch.med. Wochs.* 1906, Nr 25). O ile Rosyanie ogłosili już liczne spostrzeżenia z wojny rosyjsko-japońskiej, o tyle nie ma ich prawie ze strony japońskiej, tem też są ciekawsze, że dotyczą działania pocisków rosyjskich 7·6 mm. (japoński pocisk ma tylko 6,5 mm.). Autor zbierał swe spostrzeżenia z r. 1905 w lipcu i sierpniu w dużych szpitalach wojskowych w Tokio. Pociski japońskie karabinowe mają grubszy płaszcz niklowy i mniej się rozpryskują, niż rosyjskie. Kule przechodzą często gładko przez czaszkę bez wielkich zniszczeń. Autor opisuje ciekawy przypadek: po postrzale w głowę powstała niemota (postrzał w okolicy 3 zwoju czołowego), która nagle znikła po przypadkowem upadnięciu chorego na ziemię w czasie przechadzki. Autor tłómaczy to tem, że przy upadku odłamek kostny, który ugniatał ośrodek mowy, korzystnie się przesunął. Postrzały płuc przebiegały zwykle bardzo pomyślnie; 1—2 dni trwało krwioplucie, a potem chorzy wracali do zdrowia. Postrzały brzucha traktowali Japończycy zawsze prawie zachowawczo. Raz dla próby po bitwie pod Mukdenem ze 100 postrzelonych w brzuch zoperowano 50 i z tych 40 umarło; z 50 nieoperowanych zmarło tylko 10. Widać więc, że zachowawcze leczenie najlepsze oddaje tu usługi. Postrzały karabinowe kończyn rzadko wywoływały większe zniszczenie; krwotoki nawet przy przestrzelaniu dużych naczyń były nieznaczne. Tak n. p. na 600 Rosyan, postrzelonych i wziętych w niewolę japońską zaledwo raz konieczną była amputacya. Natomiast Rosyanie postępowali inaczej, bo na 600 postrzałów kończyn było 500 amputacyi. Postrzały armatnie wywoływały ogromne zniszczenia i szczęście całe, że obydwie strony strzelały bardzo niecelnie. Autor widywał oderwanie kończyn, otwarcie całych jam ciała i t. d. Do zranień tych dołączała się zgorzel i zgorzel gazowa, a to wskutek zanieczyszczenia pocisków ziemią i wskutek zmian i działania chemicznego samego pocisku. Rany zadane bagnetem należały do wyjątków i zwykle były śmiertelne. Z rzadszych spostrzeżeń wspomina autor o tętniakach urazowych, które japońscy lekarze często operowali, stosując przed podwiązaniem naczynia przez 2 tygodnie 2 razy dziennie po kwadransie ucisk naczynia palcem, by wytworzyć krążenie uboczne. Przy amputacyach starano się wytworzyć kikuty przydatne do chodzenia, a to z pomocą sposobu Hirscha (wyczyszczenie jamy szpikowej w okolicy miejsca przepiłowania, zachowanie okostnej i przykrycie kości tylko płatem skórnym tak, że blizna wypada na tylnej powierzchni kończyny). W końcu bardzo zaciekawił autora nowy szew nerwów sposobem Foramittiego. Po wycięciu n. p. kawałka nerwu z bliznowatego miejsca łączy się odcinki mostkiem nerwowym i następnie obszywa całe to miejsce w cząstkę tętnicy, wyciętej z cielęcia. Błona wewnętrzna tętnicy obrasta nerw i zapobiega wytworzenia się twardej blizny, a dalej zrośnięcie się nerwu przez to o wiele szybciej postępuje. Japończycy wycinali kawałki nerwu do 10 ctm. długie.

Aseptyka i wyniki u Japończyków z początku były nieświetne, a zakażenie i następowa róża należały do zjawisk codziennych. Natomiast w szpitalu niemieckim czerwonego krzyża, prowadzonym przez Prof. Henlego, ucznia Mikulicza, wyniki były doskonałe. Przy złamaniach kończyn stosowano jako opatrunki ustalające często połówki łodyg bambusowych. Na polu bitwy prawie żadnych zabiegów nie wykonywano, lecz tylko pierwszy opatrunek. Ten sposób okazał się bardzo korzystnym i rany goiły się dobrze; tężec należał do rzadkości. Do opatrywania ran używano obficie balsamu peruwiańskiego z bardzo dobrym skutkiem. Po stronie rosyjskiej do opatrywania ran używał znowu Oettinger żywicznego płynu, zmieszanego z kollargolem, z bardzo dobrym także wynikiem. *Klęsk.*

Löwenstein. **Związek przyczynowy między jednorazowym urazem, a mięsakiem.** (*Beitr. zur klin. Chirurgie* T. 48, Z. 3). Jako przyczyny powstawania nowotworów podaje Arnold następujące: 1) Uraz, który pobudza rozwój nowotworu, będącego w zawiązku. 2) Działanie chemiczne. 3) Przebyte zapalenia. 4) Zmiany we krwi. 5) Różnicę napięcia w tkankach. 6) Zawiązek wrodzony. 7) Guzy pochodzenia samorodnego (*parthenogen*). To mniej więcej tłumaczy powstawanie nowotworów wskutek długotrwałych podrażnień. Rzecz to zdawna znana, bo już Volkmann i Percival Pott zwrócili uwagę n. p. na raki u robotników w fabrykach parafiny i teru, dalej znane są raki u Bengalczyków wskutek codziennych chłostań, raki w miejscu rozpadłych kaszaków, brodawek drażnionych, raki wargi wskutek drażnienia sokiem tytoniowym, raki języka, od ostrych zębów powstałe, raki żołądka po wrzodzie, raki prącia przy stulejce, raki pęcherza przy kamieniach i t. d. Podobnie u zwierząt opisano raki warg u koni, od munsztuka powstałe, i raki wargi górnej u kotów wskutek kąsania przez małe zwierzęta i t. d. Autora zajmuje jednak zagadnienie, czy i jednorazowy uraz może wywołać nowotwór, a zwłaszcza mięsaka. Do zdania tego przechyla się najwięcej Ribbert, uważający za przyczynę nowotworu brak równowagi tkankowej, który właśnie nastąpić może przez oddzielenie pewnych komórek z otoczenia wskutek urazu. Herzfeld w teoryi swej, niedawno wygłoszonej, przyjmuje, że do powstania nowotworu potrzeba dwóch zasadniczych rzeczy, t. j. samych komórek zarodkowych nowotworu i podłoża, usposabiającego do powstawania nowotworu. Nowotwór według niego powstać może zaraz po jednorazowym urazie tylko wtedy, gdy uraz stworzy równocześnie i podłoże dla komórek nowotworowych, częściej zaś to podłoże tworzy się dopiero powoli. Przez uraz rozumie Herzfeld każde zranienie lub drażnienie zdrowej tkanki i wygłasza zdanie: „bez urazu niema nowotworu“. Aby związek urazu z powstaniem nowotworu był co najmniej prawdopodobnym, potrzeba: 1) By nowotwór powstał w miejscu zranionem; 3) by nastąpił tamże wylew krwi; 4) by istniała tam blizna lub wystąpiło długo trwające ropienie. Co do czasu pomiędzy powstaniem nowotworu, a zadziałaniem urazu, to Herzfeld rozciąga go do lat 5.

Do 111 zebranych przypadków urazowego (jednorazowo) powstania mięsaków dodaje autor 19 z kliniki heidelbergskiej i jeden z własnej praktyki. Przypadki te odpowiadają warunkom wyżej przytoczonym. Urazowe mięsaki stanowią 4 prc. wszystkich mięsaków i przeważnie występują u kobiet w czasie pierwszej ciąży lub wieku przekwitania. Mięsaki te mają wielką skłonność do nawrotów, występują też nieraz u dzieci w nasadach kości, gdzie krążenie krwi jest bardzo silne. Dziedziczności w większości przypadków stwierdzić nie można; przeciwnie, mięsaki te nagabują właśnie osobniki, ze wszech miar zdrowe. Za urazowem pochodzeniem przemawia jeszcze zupełnie typowe ich sadowienie się, bo tylko tam, gdzie uraz zadziałał. *Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Ph. Jung. **Przypadek gruźlicy ciężarnej macicy i łożyska.** (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* T. XXIII, Z. 2, 1906). Przypadek ogłoszony przez Junga jest 20-tym w literaturze, wykazującym na całym szeregu obrazów histologicznych, iż gruźlica już podczas ciąży może z matki przenosić się na dziecko, innemi słowy, iż możemy mówić o dziedziczeniu gruźlicy w najlepszem tego słowa znaczeniu. Przypadek ten dotyczy kobiety ciężarnej z gruźlicą ogólną płuc, jelit, kości etc. Przy sekcyi znaleziono zarówno gruźlicę trzonu macicy pod postacią rozsianego zajęcia błony śluzowej, jak również gruźlicze zajęcie trąbek. Badanie histologicznie łożyska wykazywało w odcinkach przybrzeżnych liczne gruzełki, a w nich prątki typowe gruźlicze. *Dr Cetnarowski.*

E. Meyer. **Stosunek nerwic czynnościowych, specyalnie hysteryi do schorzeń części płciowych kobiety.** (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XXIII, Z. I). Wbrew utartemu dawniejszemu twierdzeniu, iż jest niezaprzeczenie łączność między cierpieniem części rodnych kobiety, a objawami nerwowymi, zwłaszcza objawami hysteryi, dowodzi autor na podstawie własnych doświadczeń, jak na podstawie rozległej nowszej literatury, że zdanie to jest błędne. I tak zdarza się bardzo często, iż znajdujemy najtypowsze objawy nerwicy, względnie hysteryi, nie znajdując równocześnie najmniejszych zmian chorobowych w częściach rodnych odpowiednich osobników i odwrotnie, przy bardzo ciężkich schorzeniach macicy i przydatków najmniejszych objawów nerwowych nie spostrzegamy. Gdyby pierwotne zapatrywanie było prawdziwe, natenczas leczenie skuteczne cierpienia ginekologicznego winno usuwać i cierpienie nerwowe, czego niestety spostrzeżenia dokładne lat ostatnich stwierdzić nie mogą, wreszcie ostatni argument przeciw, jest ten, że wogóle teorya powstawania nerwic przez odruch lub przez rodzaj irradyacyi niema najmniejszego uzasadnienia, a właśnie tylko w ten, a nie w inny sposób mogłyby powstawać wszystkie te nerwice, przy cierpieniach narządu rodnego kobiety. *Dr Cetnarowski.*

Amann. **O wzroście i zmianach mięśniaków podśluzowych.** (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XXIII, Z 1). Są to spostrzeżenia autora własne, oparte na rozległym materyale klinicznym. — Według niego mięśniaki podśluzowe mogą osięgać kolosalne rozmiary, tak, że usunięcie ich przez pochwę zostaje zupełnie wykluczonem, a zostaje tylko droga cięcia brzusznego. W następstwie zmian rozpadowych, toczących się na powierzchni tychże mięśniaków przychodzi w większości przypadków drogą naczyń chłonnych do zajęcia przydatków i otoku ropnego trąbki, który nierzadko kończy się śmiercią. Jeżeli usunięcie guza niedość wcześnie zostało dokonanem, w następstwie owrzodzeń na powierzchni mięśniaków przychodzi również do bardzo rozległych zrostów ze ścianami pochwy: nierzadko wprost do przeszczepienia się tychże w obręb ścian pochwy, co każdorazowy zabieg operacyjny w wysokim stopniu utrudnia. Częstem dosyć zjawiskiem przy dużych mięśniakach podśluzowych jest wynicowanie macicy i przesunięcie narządów sąsiednich. W dwóch przypadkach Amanna mięśniak podśluzowy urodzony do pochwy, zasłaniał sobą zupełnie rozpadającego się raka

części pochwowej tak, że stwierdzenie tego ciężkiego stanu chorobowego możliwem było dopiero podczas operacyi. Czy istnieje jaka łączność między włókniakami podśluzowymi rodzącymi się przez szyję, a powstawaniem równocześnie raka szyi, ta kwestya do dziś dnia nie jest rozstrzygniętą. *Dr Cetnarowski.*

Opitz. **Stan zwalczania raka macicy.** (*Monatschr. für Geb. u. Gyn.* T. XXIII, Z. I). W rozprawie tej zebrał autor spostrzeżenia, zapatrywania i daty statystyczne najsławniejszych ginekologów niemieckich, z któremi oni wystąpili na kongresie ginekologów 1900—1901 przy omawianiu sprawy zwalczenia raka macicy. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że najważniejszym czynnikiem w tej sprawie jest pouczenie społeczeństwa całego przez odpowiednie odezwy i popularne publikacye, by osoby cierpiące, możliwie najwcześniej zgłaszały się po poradę do specyalistów. Co się tyczy sposobu operowania, to operowanie przez brzuch mimo, że wybiera się zabieg bezsprzecznie cięższy, z każdym dniem coraz nowych zyskuje zwolenników. Do tego w wysokim stopniu przyczyniają się zachęcające statystyki Wertheima, Mackenrotha, Latzki i wielu innych, które wykazują, że operując przez brzuch, nie otrzymuje się o wiele większej śmiertelności, a natomiast zyskuje się dwa bardzo ważne czynniki: 1) granice przypadków nadających się do operacyi, zwiększają się nawet do 90 prc. i 2) podnosi się znacznie radykalność zabiegu. Skutkiem możności usunięcia tkanki przymacicznej gruczołów limfatycznych ilość nawrotów choroby się zmniejsza. Zarzuty robione przez zwolenników operowania przez pochwę, iż operacye od strony brzucha znacznie więcej pochłaniają ofiar, niezupełnie są uzasadnione. Trzeba tylko uzmysłowić sobie, jak daleko posunięte przypadki operuje się sposobem Wertheima lub Mackenrotha, trzeba sobie uzmysłowić czas trwania zabiegu (przy najdoskonalszej technice $1\frac{1}{2}$ godziny), a tem samem działania narkotyku, użytego do znieczulenia, by na zarzut ten znaleść zupełnie słuszne usprawiedliwienie. Podobnie niesłuszny jest zarzut, by przy operacyach przez brzuch zranienia narządów sąsiednich były częstszem zjawiskiem, gdyż temu kłam zadają wszystkie nowsze statystyki. Nie można twierdzić, żeby w przypadkach raka trzonu lub w świeżych przypadkach raka części pochwowej sposób operowania przez pochwę, zwłaszcza z dodatkiem cięcia pochwowego Schuchardta nie miał racyi bytu. Zachodzi wielkie pytanie, czy wobec tego, że we wszystkich nawet sumiennych badaniach histologicznych znajdowano zaledwie w $\frac{1}{3}$ zajęte rakowato gruczoły, a wobec zwiększenia się przez to ciężkości zabiegu wyjmować gruczoły, czy też nie. Zdania w tym kierunku są podzielone i na to stanowczej odpowiedzi dać nie można. Co się tyczy przygotowania do operacyi, to ono ma kolosalne znaczenie, chodzi bowiem o nic mniejszego, jak o zupełne usunięcie możliwości zetknięcia się jamy brzusznej z rozpadającym się naciekiem nowotworowym. W tym celu najodpowiedniejszem jest postępowanie Mackenrotha: wyskrobać, przypalić dokładnie, a wieczorem przed operacyą włożyć do pochwy tampon umaczany w formalinie 10 prc. Po otwarciu zaś brzucha nie chcąc, by jelita stykały się z powierzchnią operacyjną i aby uniknąć następowego zapalenia otrzewnej, przyszywa się poprzecznie otrzewnę z przedniej ściany brzusznej do tylnej blaszki. Co się tyczy wogóle sączkowania po operacyi, to tu również zdania są podzielone. Najwięcej jeszcze zwolenników ma sączkowanie drogą krocza. Przez wprowadzenie sposobu operowania raka macicy przez brzuch stało się dostępnem i operowanie nawrotów, jakkolwiek zaprzeczyć się nie da, że zabieg ten technicznie jest nader trudnym i tem samem pociąga za sobą olbrzymią śmiertelność. *Dr Cetnarowski.*

R. Schindler. **Statystyczne i anatomiczne wyniki przy doszczętnej operacyi raka macicy sposobem Freund-Wertheim.** (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XXIII, Z. 1, 2, 3). Autor bardzo sumiennie i dokładnie zestawia wszystkie przypadki raka obserwowane i operowane sposobem Wertheima w klinice ginekologicznej w Gracu od 1899 do 1904 r., a myślą przewodnią tej pracy była chęć stworzenia nowego przyczynka, któryby był w możności ostatecznie rozstrzygnąć kwestyę, jakim sposobem należy operować, czy przez pochwę, czy przez brzuch. Po uwzględnieniu wyczerpujących statystyk Wertheima, Mackenrotha, Bumma, Doederleina, objaśniwszy dokładnie czytelnika, w jaki sposób obliczenia jego procentowe zostały dokonane, przystępuje autor do szczegółowych dat statystycznych, które w streszczeniu w kilku zaledwie słowach przedstawić się dadzą. I tak na 588 przypadków raka macicy, które zgłosiły się do kliniki przyjęto 400 przypadków, a z tych operowano 193, w tem 117 sposobem Wertheima, co wyrażone w procentach, uwzględniając tylko przypadki przyjęte do kliniki, da następujące zestawienie: przypadków wogóle, nadających się do operacyi, było 48·25 prc., specyalnie do operacyi sposobem Wertheima 36·1 prc. Pierwotna śmiertelność (w następstwie samego zabiegu operacyjnego) przy zabiegu sposobem Wertheima wynosiła 16 (16·67 prc.). Co się tyczy uszkodzeń narządów sąsiednich, które tak często trafiają się przy tym sposobie operowania, to jego statystyka wykazuje: Zranienie pęcherza 15 razy, zgorzel moczowodów 8 razy, zranienie kiszki stolcowej 2 razy, ropienia ran brzusznych w 14 przypadkach, ropnie w tkance omacicznej w 8 przypadkach. Co się tyczy najważniejszej kwestyi, t. j. recydywy, stosując się do ogólnych żądań, stawianych na najróżnorodniejszych kongresach ginekologicznych, by za decydującą uważać statystykę, uwzględniającą obserwacyę w przeciągu lat 5-ciu zebrał Schindler 59 przypadków i wykazał, że w 35 przypadkach przyszło w tym okresie czasu do recydywy w 59·32 prc. W 21 przypadkach wystąpiła recydywa już w 1 roku i to najczęściej w bliźnie pooperacyjnej, w 2 tylko przypadkach wyszła z gruczołów. Jak więc z tego zestawienia widać, wyniki nie są zbyt pocieszające, jakkolwiek zaprzeczyć się nie da, że w miarę ściślejszego oznaczenia wskazania operacyjnego i w miarę wydoskonalenia się techniki, pierwotna śmiertelność pooperacyjna znacznie się zmniejsza. Wobec tego, że według statystyk w przypadkach nadających się do operacyi tylko w 33 prc. gruczoły są nowotworowo zajęte, a z drugiej strony usunięcie gruczołów zajętych nie chroniło przed recydywą, gdyż wyjęcie wszystkich gruczołów jest technicznie niemożliwe, a jako zabieg znacznie cięższy zwiększało pierwotną śmiertelność; zdania rozmaitych operatorów, co do zasady wyjmowania gruczołów są bardzo podzielone, jakkolwiek zaprzeczyć się nie da, że zdanie, by gruczoły zostawiać, z każdym dniem coraz więcej zyskuje zwolenników. Co się tyczy strony histologicznej wszystkich tych przypadków operowanych sposobem Wertheima, to badania wykazały, iż w obraz drobnowidowy nie zawsze nakrywa się z badaniem klinicznem. W połowie bowiem przypadków parametria kliniczne niepodejrzane wykazywały w całości utkanie nowotworowe i odwrotnie nie wykazywano ani śladu zajęcia nowotworowego tam, gdzie klinicznie tych nacieków się domyślano.

Dr Cetnarowski.

HIGIENA. Speck. **Hygieniczne odkażanie rąk.** (*Zeit. f. Hygiene* T. 50). Autor zaznacza na wstępie różnicę między chirurgicznem a hygienicznem odkażaniem rąk: — przy pierwszem zależy przedewszystkiem na możliwie dokładnem usunięciu, przy drugiem na zabiciu zarazków. Mechaniczne oczyszczenie rąk dla odkażenia hygienicznego jest niedostatecznem, mycie rąk mydłem, jako wstępnej czynności do odkażenia pominąć też należy, stosować zaś środki odkażające najenergiczniejsze ze względu na konieczność odkażania rąk w czasie jak najkrótszym. — Rozczyn kresolu silniejszy (5 prc.) co do rąk nie spełnia swego zadania, szczególnie w załamkach za paznokciami, o wiele lepszym jest rozczyn sublimatu $^{1}/_{0000}$), którego resztki pozostające w załamkach znakomicie chronią ręce od następowej infekcyi. Krótkie, lecz częste zanurzanie rąk w sublimacie spełnia znakomicie ochronę rąk przed zakażeniem przy łóżku chorego. Osoby pielęgnujące chorych i lekarze winni przeto przy obsłudze chorych zakaźnych ile możności przed zetknięciem się z chorym zanurzać ręce w sublimacie, czyścić w nim palce i załamki koło paznokci gąbkami lub szczoteczkami, a następnie tylko powierzchownie obsuszyć, w 5 minut po tej czynności można ręce myć mydłem i wodą. Czynność tę powtarzać należy przy każdem zetknięciu się z chorym, jego wydalinami i przedmiotami przezeń zakażonymi. Z innych środków zalecanych do odkażenia rąk nadaje się jedynie jako pewny 1 prc. trójchlorek jodu równy sublimatowi, droższy jednak od niego i nieprzyjemny w zapachu. *L. Bier.*

Doc. Heymann. **Kontrola przyrządów do odkażania parą.** (*Zeitschr. f. Hygiene* T. 50). Najczęstsze błędy w budowie i działaniu parowych przyrządów desinfekcyjnych, sposób wypróbowania, oraz uregulowania ich działalności szczegółowemi przepisami stanowi treść powyższej pracy. Przedmiotem zaś badania były przyrządy bez lub z małem ciśnieniem. Najczęstszym błędem przyrządów tych jest niedostateczne wytwarzanie pary, przez co znaczniejsza ilość czasu upływa, aż do chwili wypełnienia przyrządu nasyconą parą, czas ogrzewania przyrządu się przedłuża, wskutek czego powietrze z przyrządu niedostatecznie uchodzi, który to fakt wpływa ujemnie na wynik odkażenia. Dalszym błędem jest utrudnienie odpływu pary przez utworzenie rury, odpływowej dla pary zbyt małych wymiarów; wpływa to wprawdzie na wzniesienie się ciepłoty pary, utrudnia jednak zarazem i odpływ powietrza. Przegrzanie pary zmniejszające jej nasycenie, nadaje jej własności suchego powietrza i upośledza tem samem wybitnie odkażające jej własności — to błąd dalszy w konstrukcyi przyrządu. Każdy poszczególny przyrząd posiada swoiste własności, winien też być po ustawieniu ponownie wypróbowany i według tego działalność jego uregulowaną. Za wyjątkiem wielkich firm spełniających zadanie to przez ludzi zawodowych, pomija się na ogół to żądanie. — Błędy w działalności przyrządu polegają na: 1) utrzymywaniu sła-

bego płomienia po nagrzaniu kotła, powodującem obniżanie się ciepłoty poniżej 100° C. przy wypływie pary; 2) dowolnem utrudnieniu odpływu pary, wynikającem bądź z wygody, bądź z fałszywej oszczędności obsługującego przyrząd; 3) dalszem ogrzewaniu rur służących do wstępnego nagrzania przestrzeni desinfekcyjnej w czasie wpuszczania do niej pary, przez co wywołuje się przegrzanie i wysuszenie pary, a tem samem i niedostateczne odkażenie; 4) wypełnieniem przyrządu przedmiotami zbyt wielkimi i zbytnio skrępowanymi (materacami, ubraniami). — Dla należytej obsługi przyrządu konieczną jest nietylko wiadomość, jak długo trzeba przyrząd nagrzewać, ale i długość przenikania przedmiotów parą, zależna znów od ilości i napięcia pary, wielkości i sposobu upakowania przedmiotów zakażonych. Dodane do tego czasu, 10 minut starczą najzupełniej do zabicia zwykłych zarazków. *L. Bier.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie w dniu 25 maja 1906.

1) Bolewski zdaje sprawę z operowanego przez siebie **polipowatego śluzako-włókniaka** nosowo-gardłowego u 19-letniej dziewczyny. Polip ten, ważący około 46 gr., wyrósł na mocnej włóknistej szypule z pod tylnej części średniej małżowiny nosowej prawej i wypełnił prawą połowę nosa aż do nozdrzy oraz jamę nosowogardłową aż poniżej języczka. Kawałek części przedniej polipa usunął B. pętlą drucianą, potem przeciął nożyczkami wewnątrznosową część polipa od przodu ku tyłowi i palcem przez usta wydobył część zanosową i dolną część nosową; wreszcie w drugiem posiedzeniu usunął resztę polipa z nosa pętlą, a miejsce, z którego wyrosła szypuła, wypalił galwanicznie.

2) Mieczkowski przedstawił 49-letniego mężczyznę, dotkniętego **chorobą Addisona.** Ponieważ przed 3 laty chory ten leczył się z powodu gruźliczego próchnienia mostka, i istnieją zmiany gruźlicze w płucach, przeto M. przypuszcza gruźlicę nadnerczy, jako tło obecnej choroby. Stan chorego, bardzo już groźny, poprawił się znacznie w przeciągu 3 tygodni pod wpływem arszerniku i adrenaliny. W dyskusyi przemawiał Święcicki.

3) Uchwalono odbywać co miesiąc dwa posiedzenia, a mianowicie w piątki po 1 i 15 każdego miesiąca.

Posiedzenie w dniu 8 czerwca 1906.

1) Krysiewicz przedstawia imieniem Pomorskiego 4-letnią dziewczynkę, dotkniętą **nowotworem** złośliwym (badanie drobnowidowe przemawia za rakiem), wychodzącym prawdopodobnie z **łechtaczki** (z początku przypuszczano mięsaka, wychodzącego z kości łonowych). W dyskusyi przytaczają Krysiewicz, Święcicki i Łazarewicz spostrzegane przez siebie przypadki mięsaków, wychodzących z kości miednicy.

2) Łazarewicz wygłosił I część swego wykładu **„O pubiotomii“,** w którym omawia obszernie historyę symfizyotomii i pubiotomii, anatomię, sposób wykonania i sprawność pubiotomii, podnosząc jej wyższość nad symfizyotomią. W dyskusyi Święcicki, opisawszy własne przypadki symfizyotomii, wypowiada przekonanie, że operacyi tej pubiotomia nie wyprze, lecz że raczej obie operacye znajdą swe wskazania a jedna drugą będzie uzupełniała.

(Według *Nowin lekarskich*, 1906, Nr 7).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Co robić z instrumentami i książkami pozostałymi po lekarzu? W ostatnim numerze »Aerztliche Mittheilungen« z 27 lipca b. r. znajdujemy w artykule p. t. »Die Verwertung des aerztlichen Nachlasses« na ten temat ciekawe uwagi.

Redaktor dziennika lekarskiego — pisze autor owego artykułu — znajduje się naturalnie często w owem położeniu, że musi udzielać rad i wskazówek wdowie po zmarłym koledze. W pierwszej linii wysuwa się wśród narad zawsze pytanie, co zrobić z instrumentami i książkami pozostałymi po koledze, przyczem pozostała wdowa prawie zawsze zapewnia, że wszystko jest jeszcze w jak najlepszym stanie i że pewno da się sprzedać jeszcze za wcale sporą sumę. Jakby to można zrobić? Jedyną radą, jaką może redaktor w takim razie służyć, jest ta, żeby rozesłać do pism lekarskich odpowiednie ogłoszenie. I czasem się uda znaleść tą drogą nabywcę, czasem jednak droga ta zupełnie zawodzi. Ale i w pierwszym wypadku musi się sprzedać, pozostałe po zmarłym rzeczy za bezcen, jeśli się chce ich raz pozbyć. Wobec tego zatem należałoby się nad tem zastanowić i obmyśleć sposób, w jakiby rzeczy pozostałe po kolegach można spieniężać jak najlepiej.

Często można spotkać na uniwersytetach i w wielkich szpitalach krążące spisy książek i narzędzi pozostałych po zmarłych kolegach, a na sprzedaż ofiarowanych. Przy książkach najczęściej bywa notowana jako cena, sprzedaży, owa cena jaką notują wielcy antykwarze w swoich cennikach, przyczem sprzedający obiecuje jeszcze 20% rabatu. Kupujący i sprzedający wychodzą jeszcze na tem zawsze lepiej, niż wtedy, kiedyby książki sprzedawał antykwarz. Na tej podstawie możnaby stworzyć stacyę centralną dla spieniężania pozostałości po lekarzach. Niechby ta centrala na razie zajęła się sprzedażą książek. Adres swój powinna stale ogłaszać w pismach lekarskich. Pozostali po koledze powinni do centrali nadsyłać spis książek wraz z oceną jakiegoś kolegi o stanie poszczególnych egzemplarzy. Spisy te powinna centrala opatrywać odpowiedniemi cenami na podstawie katalogów antykwarskich i w najtańszy sposób dać sporządzić pewną ilość odbitek tych spisów, by na żądanie stronom interesowanym można egzemplarze posłać.

Taksamo dałoby się może wnieść na targ i narzędzia. Autor artykułu proponuje, żeby »Leipziger Verband« przy księgarni swej stworzył dział antykwarski i by jemu rzecz tę oddał. *E. S.*

Kwiatki uszczknięte na niwie partactwa leczniczego. Do niedawna mieszkał w Lipsku lekarz naturalny, »der Naturheilkundige« Platen. Jak to w ostatnich czasach stwierdzono w procesie, wynosiły dochody jego w latach od r. 1899—1904 tylko skromną sumę 287·400 marek. Pieniądze jednak, które głównie zawdzięcza swej książce o przyrodzonym sposobie leczenia, również łatwo trwonił, aż wreszcie musiał opuścić miejsce swego pobytu i uciec, gdyż groził mu areszt i wydanie przez władze szwajcarskie sądom rzeszy niemieckiej, które go oskarżały o porwanie dziecka.

O »antipozytynie«, idealnym środku na schudnięcie, wyrabianym pod firmą doktorów medycyny Wagnera i Marliera już na tem miejscu raz wspominałem. Wprawdzie dr med. P. F. Wagnera skazał sąd honorowy Izby brandenburskiej na karę 500 marek za reklamę niegodną stanu lekarskiego, ale stowarzyszenie z ograniczoną poręką, wyrabiające antipozytynę rozpowszechnia dalej ten tajemniczy środek.

Stowarzyszeniu antipozytynowemu niektórzy przemysłowcy pozazdrościli, gdyż ogłaszają w ostatnich czasach urbi et orbi, że wynaleźli nowy środek uszczęśliwiający ludzkość. Dr. med. Karol Hartmann, Berlin N. 35 — oto imię, nazwisko, godność oraz adres nowego zbawcy cierpiącej ludzkości — odkrył nową »pożywkę dla nerwów, antineurastynę«. Na reklamie można zobaczyć biednego człowieka, jak mu zewsząd grożą wampiry — choroby. Dość spojrzeć na reklamę, aby się przekonać jak strasznie cierpi człowiek, »który powoli zamiera, którego powoli opuszczają siły zmysłowe i cielesne«. »Senden Sie kein Geld, sondern nur Ihre Adresse an Dr med. Karl Hartmann, G. m. b. H. Berlin 35. W. 140«. — głosi reklama. Kto się zwróci pod wskazany adres, dostaje trzy tabletki w szkatułce o postaci serca

i broszurkę p. t.: Układ nerwowy i jego choroby. W broszurce tej rozwodzi się autor, co to za nieszczęście jest »die Nervenschwäche«, oraz maluje w najczarniejszych kolorach kiłę i jej skutki. Kto raz przechodził kiłę, powinien antineurastynę, ów nowy życiodajny lek, spożywać codziennie jak powszedni chleb. Jedynym dotąd znanym środkiem zapobiegającym niedołęstwu starczemu jest jedynie i wyłącznie »Dra Hatmanna pożywka nerwowa«. »Antineurastyna jest wielkiem dobrodziejstwem i to nie chwilowem, ale takiem, o które się można postarać co dzień i co godzinę« itd. itd. — Do przesyłki załącza Dr Hartmann list, w którym donosi co następuje: »Już po użyciu małej pigułki przekona się Pan, że środek ten działa wyśmienicie i poczuje się Pan mimo małej dawki leku wyraźnie pokrzepionym. Jasną jest rzeczą, że tak mała dawka nie może wywołać trwałego wyniku, boć osłabienia nerwów nie usunie się w dwóch dniach, osłabienia, które zawsze powstaje w ciągu miesięcy i lat. Oto ponieważ jesteśmy najzupełniej pewni, że po użyciu załączonej małej dawki Pan się przekona, że leku tego dla zdrowia swego koniecznie i nadal potrzebuje, pozwoliliśmy sobie dwie wielkie dawki w cenie łącznej 6 marek przesłać pod pańskim adresem za zaliczką«. *E. S.*

Lekarze miejscy w Petersburgu wnieśli prośbę do Komisyi sanitarnej miejskiej z żądaniem podwyższenia honoraryum w nocy z 2 na 3 ruble, dla niezamożnych z 75 kopiejek na rubla. Podwyższeniu honoraryum dla ubogich sprzeciwiła się Komisya; wniosek o podniesienie honoraryum dla zamożniejszych przyjęła przychylnie, oddając ostateczną decyzyę radzie miejskiej. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 29/VII a 4/VIII br. urodziło się dzieci żywo 54, nieżywo —; zmarło osób 61 (obcych 29); z tego z gruźlicy 19 (10), zapalenia płuc 5 (1), błonicy 1 (1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry 2 (1), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 3 (—), innych chorób zakaźnych — (—), śmierci gwałtownej 3 (1).

Zachorowań zakaźnych w miesiącu czerwcu b. r. było w Krakowie ogółem 132, z tego ospy (—), odry 64, płonicy 35, błonicy 8, krztuśca 4, gorączki połogowej 3, duru osutkowego (—), duru brzusznego 12, czerwonki (—), róży 2, influency (—), zapaleń epidemicznych opon mózgowo-rdzeniowych 2, innych chorób zakaźnych, 2.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 22/VII do 28/VII b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 3 (1), krztuśca 2 (—), ospy — (—), płonicy 7 (3), odry 5 (—), duru wysypkowego — (—), duru brzusznego 3 (1), czerwonki — (—), cholery azyatyckiej — (—).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Lista gości w zdrojowiskach galicyjskich: Iwonicz do 26 lipca 3263 osób, Krynica do 29 lipca 4240, Rabka do 18 lipca 1999, Rymanów do 23 lipca 1797, Szczawnica do 16 lipca 1669, Truskawiec do 16 lipca 1721, Zakopane do 28 lipca 5673.

Lwów. Obowiązki redaktora odpowiedzialnego »Tygodnika lekarskiego« objął na pewien czas zastępczo Dr Herman.

— Namiestnik zamianował koncepistów sanitarnych Dra Leona Tyszkowskiego i Dra Romana Małaczyńskiego lekarzami powiatowymi.

— Biuro informacyjne galicyjskich Izb lekarskich zorganizowane w Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej rozpoczęło swą działalność. Adres biura: ul. Dominikańska l. 11.

— Krajowa Rada zdrowia odbyła dwa posiedzenia w dniu 21-go i 24-go lipca. Na pierwszem omawiano zaprowadzenie nauki jednorazowej w lwowskiem seminaryum nauczycielskiem żeńskiem. Na drugiem omawiano sprawy nadzoru sanitarnego w seminaryach nauczycielskich i połączonych z niemi szkółkach ćwiczeń i freblówkach, oświadczono się za utworzeniem samoistnej gminy w Jaworznie, za utworzeniem okręgu sanitarnego w Gródku Jagiellońskim, a przeciw przyłączeniu Wiśnicza nowego do okręgu sanitarnego w Łapanowie. W końcu przedyskutowano sprawę drugiej apteki w Jaśle.

— Wydział Izby lekarskiej wsch.-gal. zajmował się na posiedzeniu w dniu 25 lipca następującemi sprawami: Postanowiono zająć się w najbliższym czasie wydaniem taryfy lekarskiej. Przeprowadzono dyskusyę i przyjęto ogólne zasady referatu w sprawie usuwania opatrunków przez lekarzy sądowych oraz w sprawie zmiany ustawy karnej ze względu na interesy zawodowe lekarzy. W sprawie zatargu lekarzy z zarządem kasy chorych w Brodach, postanowiono zwrócić się pośrednicząco do zarządu Kasy, nadto do ogółu lekarzy, by w walce tej udzielili kolegom poparcia.

— Sumę sto dziewięćdziesiąt; 190 koron pozostałą, po opędzeniu kosztów, z dobrowolnych składek na adres dla Dra Jana Stelli Sawickiego, przeznaczył Szanowny Jubilat na fundusz wdów i sierót po lekarzach i sumę tę złożono w ręce Radcy Dra E. Festenburga do kasy Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Z różnych stron. Uniwersytet w Gryfii obchodził w dniach 3 i 4 sierpnia 450-letnią rocznicę swego istnienia. W celu uczczenia jubileuszu wydał wydział lekarski tego uniwersytetu pamiętnik drukowany jako numer 31 berlińskiego tygodnika lekarskiego, zawierający prace prawie wszystkich członków wydziału.

— Riabuszyński, bogacz moskiewski, ofiarował 200,000 rbs. na wysłanie naukowej ekspedycyi do Kamczatki. Jednym z członków ekspedycyi ma być lekarz.

— Behring miał otrzymać z laseczników gruźlicy nowy środek, który nazwał »tulase«. Ma on działać uodporniająco i leczniczo u zwierząt dotkniętych gruźlicą.

— W Budapeszcie nagrodę Koranyego (1000 koron) otrzymał Prof. Perticz za pracę swą o gruźlicy.

— Na posiedzeniu najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu odbytem w dniu 21 lipca, omawiano sprawę obsadzenia prymaryatu w szpitalu wiedeńskim i sprawę utworzenia zakładu dla badania środków spożywczych w Tryeście.

— Prof. Pozziemu w Paryżu wręczono z okazyi 20-letniego jubileuszu złoty medal.

— Profesor okulistyki Ulrich w Strassburgu opuścił z końcem półrocza katedrę.

Mianowani: Dr Spisharny profesorem chirurgii w Moskwie. Dr Narbut profesorem med. wewnętrznej w Petersburgu. Dr Seiffer profesorem nadzwyczajnym chorób nerwowych w Berlinie.

Powołani: Dr Albrecht z Frankfurtu n. M. na prof. anatomii patologicznej do Marburga.

Zmarli: Dr Castiaux, profesor medycyny sądowej w Lille. Dr Vincent, profesor higieny w Genewie. Dr Peride, profesor anatomii w Jassach. Dr Chkliarewski, profesor fizyki dla medyków w Kijowie. Dr Bullard, profesor chirurgii w Nowym Yorku.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 29. Sterling: Przypadek zmian syfilitycznych stawu żuchwowego. Serkowski i Maybaum: (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr 6. Mogilnicki: Z kazuistyki tyfusu brzusznego u dzieci. Putermann: Kilka uwag o krętku bladym. Nowak: Zasady walki ze śmiertelnością niemowląt.

— *Zdrowie* Nr 7. Rutkowski: Pomoc lekarska dla ludności wiejskiej. Osmała: O niehigienicznem odżywianiu się robotników. Żenczykowski: W sprawie nowego typu ochrony.

— *Tygodnik lekarski* Nr 31. Czyżewicz: Zasada fizyki jako podstawa przeobrażeń narządu płciowego kobiety w czasie ciąży i porodu. Bohosiewicz i Hermann: (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr 15. Mikołajski: (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr 8 i 9. Lewiński: Higiena budowli. Duchowicz i Łaniewski: Powietrze w naszych szkołach średnich. Panek: (c. d.). Papée: (c. d.).

— *Przegląd zdrojowy* Nr 9. Skórczewski: (c. d.). Skórczewski: Historya Krynicy.

— *Russkij Wracz* Nr 28. Klimenko: Przyczynek do kwestyi surowicy przeciwsyfilitycznej Lisle'a. Feldt: O przeciwgruźliczej surowicy Marmorka. Baradulin. Niektóre zmiany krwi u chorych na raka żołądka (leukocytoza trawienna). Złatowierow: Skrzywienia przegrody nosowej i znaczenie ich dla organizmu. Operatywne ich leczenie. Dobrowolski: Przyczynek do kwestyi zmiany ilości rozpuszczonego w wodzie tlenu przy ozonizacyi.

— *Časopis lekařův českých* Nr 31. Zahradnicky: O vhodném čase operativnihr založeni při akutnim zánětu výběžku červikovitéhv. Hamsa: (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr 60. Arcat: Postępowanie przy chronicznych zapaleniach ucha. Dumont: W sprawie niemoty ruchowej.

— *La Presse médicale* Nr 61 Arnbard: Stałe za silne napięcie tętna pochodzenia nerkowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 31. Herz: O zaburzeniach w narządzie krążenia przy gruźlicy prosówkowej. Lüdke: O wykazaniu prątków gruźliczych we krwi chorych na gruźlicę płuc. Wachsberg: O wykazaniu acetonu przy ciąży zamacicznej. Franke: O drogach wyrównania przy wadach zastawki trójdzielnej. Fein: Ozena, a leczenie przekrwieniem biernem według Biera.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 31. Friedberger i Moreschi: O antiamboceptorach przeciw grupie dopełniającej amboceptoru. Kast: O teoretycznem i praktycznem znaczeniu zon Heada przy schorzeniach narządu trawienia. Frank: O archowinie. Eckstein: Wstrzykiwania parafiny przy plastykach nosa i twarzy. Machis i Römer: (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 31. Poppert W sprawie utrzymania zwieracza przy wyłuszczaniu raka prostnicy. Müller i Jochmann: O proteolytycznem działaniu krwinek białych. Wichern: Dwa przypadki połowiczego porażenia mózgowego w wieku dziecięcym. Schmieden: Nowy przyrząd do zastosowania przekrwienia biernego na głowie. Hoffmann i Halle: O lepszem sporządzaniu preparatów z krętka bladego. Hohmann: Jak lekarz praktyczny może przeprowadzać leczenie gimnastyczne przykurczeń stawowych? Gröher: O przemieszczeniach tchawicy przy schorzeniach w śródpiersiu. Merkel: O użyciu rozczynów formaliny przy badaniu krwi według Uhlenhutha. Künzel: Przypadek bakteriemii przebiegający bez objawów. Oertmann: O znaczeniu praktycznem stałego mierzenia ciepłoty. Mackh: Krótki przyczynek do działania „Viferralu". Pręgowski: Przypadek sztucznie wytworzonej odmy skórnej. Kreuzeder Ropowica jako powikłanie ospówki. Weinberg: O ortocystoskopii. Stein: Plastyczne obrazy rentgenowskie.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 31. Friedrich: Odezwa w sprawie 450 letniego jubileuszu uniwersytetu w Gryfii. Grawitz: Notatki historyczne wydziału lekarskiego w Gryfii. Peter: Przyczynek do nauki o dziedziczności. Bleibtreu: Sposób badania wessalności tłuszczu w jelicie. Grawitz: O potworniakach tkanki łącznej miedniczej. Grawitz: O starczym zaniku mięśni ocznych. Schulz: O badaniu lekarstw u żyjących ludzi. Loeffler: O zmianach chorobotwórczości i jadowitości mikrobów chorobotwórczych przez przeprowadzanie ich przez specyficzne gatunki zwierząt i o wyzyskaniu tych gatunków w celu uodporniania. Loeffler: Przyczynek do badania sposobem Gramma. Uhlenhuth: O uchylaniu komplementów i wyróżnieniu białka krwi. Minkowski: O zapisywaniu ruchów serca lewego przedsionka. Weber: O pobudzaniu resorbcyi środkami moczopędnymi po usunięciu nerki. Akard: O związku między albumosurią Bence-Jonescha, a przemianą białkową. Strübing: O dychawicy. Friedrich: O częstości i wynikach operacyjnych promienicy w jamie brzusznej. Ritter: Użycie przyrządów ssących do rozpoznania złośliwych nowotworów. Sauerbruch i Haecker: W sprawie zamknięcia wpustu połyku. Martin: O pląsawicy u ciężarnych. Jung: O cięciu pochwowo-macicznem. Schirmer: Rokowanie i leczenie obrażeń zakaźnych gałki ocznej. Wittmaeck: Łańcuszkowiec śluzowy jako powód zapalenia ucha środkowego. Schultze i Rühs: Badanie inteligencyi u świeżych i starszych żołnierzy. Schröder: Przyczynek do rozpoznania chorób miazgi zębowej.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. Dr Stanisław Dobrowolski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol, którego działanie korzystne stwierdzono już w wielu klinikach, oddaje także lekarzom w praktyce prywatnej dobre usługi. Dr Naegeli-Akerblom pisze w »Therap. Monats.« Nr 6, 1906: Nowe środki lecznicze pojawiają się coraz liczniej, mimo to nie tanieją. Skuteczność ich zachwala pewien zakład, lub pewien badacz, podczas gdy inni potwierdzić jej nie mogą. Niedawno miałem sposobność leczyć starca 70-letniego, chorego na dusznicę oskrzelową, a od 6 miesięcy na nieżyt oskrzeli i męczący kaszel. Zmiana powietrza, kąpiele, jodek potasu, kodeina, morfina i t. d. okazały się bezskutecznymi. Kaszel występował przeważnie pod noc. Jedynie proszek Dovera łagodził cokolwiek napad. Poleciłem z powątpiewaniem pyrenol. Już nazajutrz opowiadał mi chory o doskonale przepędzonej nocy, napady kaszlu ustąpiły zupełnie. Czwartego dnia nie zaszkodziło nawet użycie piwa w dymnym lokalu i chory mógł powrócić do swego zwykłego sposobu życia i swych przyzwyczajeń, przyczem od czasu do czasu zażywa łyżkę 4 pro. pyrenolu. Dla poprawy smaku nadają się: Syr. rubi idaei, ap. menth. piq., tra aurant. Na polecenie zasługują także flakoniki oryg. zawierające 30 pastylek pyrenolowych po 0·5 gr. *Hr.*

Strophantin, fabrykat firmy C. F. Bähringer u. Söhne, w rozczynie 1:1000 poleca dr A. Fraenkel (»Verhandl. d. 23. Kongr. f. inn. Medizin. 1906) do wstrzykiwań śródżylnych, wskazanych w stanach nagłej niedomogi sercowej, — gdzie przyczynić się może do uratowania życia. W stanach przewlekłej niedomogi serca zasługuje na zastosowanie tam, gdzie inne środki nie działają lub przy zaburzeniach żołądkowych. Miligram strophantyny w wyjałowionej fiolce kosztuje tylko 25 fenigów. Leczenie śródżylne nie daje się zastąpić wstrzykiwaniem podskórnem, jak doświadczenia pouczają. *Ll.*

Euchininę i aristochinę poleca w dłuższej pracy C. Binz w Bonn (»Berl. klin. Wochens.« 1906, Nr 15) przeciw krztuścowi, przyczem radzi podawać dawki duże w postaci wstrzykiwań podskórnych lub kołaczyków po 0·5 i 0·25. *Ll.*

Lysoform poleca dr O. Roepke (»Zeitschr. f. Tuberkulose«, Band VIII, Heft 3) jako znakomity środek do odkażania bielizny w zakładach dla gruźliczych i chorych w domach prywatnych. R. podaje następujące wskazówki: I. Bieliznę gruźliczych należy do prania przechowywać w osobnych woreczkach. II. Woreczków takich powinny dostarczać większe zakłady wraz z pouczeniem, co do sposobu użycia. III. Bieliznę w woreczku poddać należy przed praniem gruntownemu odkażeniu. IV. Do odkażenia nadaje się lepiej od innych środków (para, gotowanie, sublimat, karbol, mydło kreosotowe, lysol) lysoform surowy. Szczególne zalety tego środka polegają na tem, że 1—2 prc. rozczyn nie drażni rąk praczek, że lysoform odwania, jest mało trujący i tani (1 kg. Mk 1,30, a przy 50 kg. 1 Mk.). Bieliznę wkłada się na dobę do 1 prc. lub na 12 godzin do 2 prc. rozczynu. *Ll.*

Rok XLV. Kraków 18 Sierpnia 1906. Nr 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni bakteryologicznej przy oddziale dra Krajewskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O stosunkach ilościowych w aglutynacyi gruźliczej.

Podali

Dr Leon Karwacki i stud. med. Witold Benni.

Doświadczenia Eisenberga i Volka były pierwszą próbą zastosowania do zjawisk aglutynacyjnych ścisłych metod ilościowych. Doświadczenia te dały obfity plon w postaci wyświetlenia stosunków ilościowych, zachodzących pomiędzy składnikami aglutynacyjnymi, oraz rzuciły pewne światło na budowę aglutynin i aglutynogenów, wykrywając w nich obecność dwóch grup, różnych pod względem czynnościowym. Pracę tę wraz z wynikami poszukiwań ilościowych nad hemolizą i łączeniem się toksyn z antytoksynami wyzyskali następni badacze dla wytłómaczenia istoty tych zjawisk, w szczególności dla teoryi katalitycznej.

Ponieważ zakres tych badań obejmuje, — jak dotąd, — aglutyniny durowe, choleryczne i czerwonkowe, uważaliśmy za pożyteczne zbadać w tym względzie i zachowanie się aglutynin gruźliczych. Do doświadczeń używaliśmy szczepu gruźliczego Hawthornea, przysłanego nam uprzejmie przez właściciela. Dla wzmocnienia wrażliwości aglutynacyjnej szczep ten blizko przez rok był hodowany na ziemniaku. Szczepem tym zasiewaliśmy skośny agar glicerynowy w dużych probówkach. Powierzchnia agaru wynosiła około 40 cm. kw. Po 10 dniach spłukiwaliśmy hodowlę 100 cm. sz. roztworu Kocha (0,85% soli kuchennej i 0,5% karbolu). Otrzymywaliśmy dość równomierną zawiesinę laseczników — „zawiesina normalna“.

W pierwszym rzędzie zwróciliśmy się do badania istniejących surowic przeciwgruźliczych, mianowicie surowicy Maragliano i surowicy Parke Davis. Surowicy aglutynowały „normalną zawiesinę“ w rozcieńczeniu 1:50. Oczywiście, taka siła aglutynacyjna dla naszych badań nie posiadała żadnej wartości. Większe stopnie siły aglutynacyjnej spotykaliśmy w pewnych surowicach prawidłowych, jak cielęca i końska, oraz w płynach zapalnych pochodzenia gruźliczego, uzyskanych z chorych.

Zwróciliśmy się przeto do uodporniania zwierząt normalną zawiesiną prątków Hawthornea. Trzem królikom wagi od 2 do 3 kilogramów wstrzykiwaliśmy zawiesinę pod skórę, poczynając od $^1/_2$ cm. sz. do 3 cm. Waga zwierząt służyła nam za wskazówkę, kiedy można wstrzykiwanie powtórzyć. Po pierwszych wstrzykiwaniach waga zwykle spadała. Powrót wagi do poziomu prawidłowego i stałe utrzymywanie się jej na tym poziomie lub przyrost rozstrzygały o ponownem wstrzyknięciu. Odstępy pomiędzy wstrzykiwaniami wynosiły od 10 do 15 dni. Po paru wstrzyknięciach zwierzęta przestawały oddziaływać na ponowną zwiększoną dawkę. Mniej więcej po 2 miesiącach miano surowicy, równe na początku zeru, dochodziło do 1000—1500 jednostek aglutynacyjnych. Większego wzrostu aglutynin uzyskać nie mogliśmy, pomimo powtarzania wstrzykiwań, a nawet wstrzykiwania szczepionki wprost do żył. Surowica dwóch królików, z których wzięliśmy krew w 2 i 4 tygodnie po ostatniem wstrzyknięciu posiadała takie miano. U trzeciego królika, zabitego w 2 miesiące po ostatniem wstrzyknięciu, miano surowicy spadło na 600 jednostek.

Nazwę „jednostka aglutynacyjna“ w naszych doświadczeniach należy pojmować w następujący sposób: jeżeli kres aglutynowania surowicy otrzymuje się przy rozcieńczeniu 1:1000, to, według naszego mianownictwa, surowica ta zawiera 1000 jednostek. Aglutynacyę badaliśmy wyłącznie makroskopowo, łącząc surowicę czystą lub rozcieńczoną w równych ilościach z odczynnikiem gruźliczym (zawiesiną normalną). Probówkę zatykaliśmy watą i pozostawialiśmy w ciepłocie pokojowej przez dobę. Za odczyn dodatni przyjmowaliśmy tworzenie się osadu z zupełnem wyklarowaniem się płynu. Sprawdzian nasz różni się w tym względzie od sprawdzianu Eisenberga i Volka. Ostatnie rozcieńczenie, przy którem płyn klarował się zupełnie, a na dnie powstawał osad, wyrażało kres działania surowicy. W następnej, a czasem i w paru następnych probówkach tworzyły się wyraźne grudki i osad, lecz płyn pozostawał mętnawy. Otóż, aby uniknąć błędów przez dowolne tłómaczenie tej aglutynacyi częściowej, wynik taki uważaliśmy za ujemny. Sprawdzian nasz posiada również znaczne wady, na które jeszcze przy sposobności zwrócimy uwagę.

Korzystając stale z gotowej zawiesiny prątków, przez to samo wyłączyliśmy surowicę czystą. Rozcieńczenia nasze tak pojmować należy:

Rozcieńczenie 1:2 = 1 cm. sz. surowicy + 1 cm. sz. zawiesiny

„ 1:4 = 1 „ „ „ w rozcieńczeniu 1:2 + 1 cm. sz. zawiesiny

Rozcieńczenie 1:8 = 1 cm. sz. surowicy w rozcieńczeniu 1:4 + 1 cm. sz. surowicy

Rozcieńczenie 1:500 = 1 cm. sz. surowicy w rozcieńczeniu 1:250 + 1 cm. sz. zawiesiny.

Surowicę rozcieńczaliśmy również płynem Kocha.

W pierwszej seryi doświadczeń staraliśmy się wyjaśnić, jakie ilości aglutynin związują prątki w różnych stężeniach surowicy. W tym celu wykonaliśmy aglutynacyę z surowicą w rozcieńczeniach od 1:2 do 1:1000. Każda z probówek zawierała 2 cm. sz. płynu, czyli 1 cm surowicy rozcieńczonej i 1 cm. zawiesiny. Po 24 godzinach klarowny płyn z probówek zebrano pipetą i zbadano powtórnie co do obecności aglutynin. W tym celu z płynem z każdej probówki postępowano tak, jak z surowicą, której miano aglutynacyjne ma być określone. Z każdej probówki powstała nowa serya rozcieńczeń w ten sposób, że ostatnie rozcieńczenia były 1:1000 i 1:2000.

Przytem okazało się, że z pierwotnych rozcieńczeń 1:2, :14 i 1:8 prątki gruźlicze pozornie nie zabrały nic, gdyż te serye aglutynowały się do 1:1000, pierwotne rozcieńczenie 1:16 okazało się uboższem w aglutyniny, gdyż powtórna aglutynacya wypadła przy rozcieńczeniu 1:500, to samo dla pierwotnego rozcieńczenia 1:32. Pierwotne rozcieńczenie 1:64 dało wtórną aglutynacyę przy 1:128. W innych seryach wtórna aglutynacya wypadła ujemnie, to znaczy, że już w pierwszej próbie wszystkie aglutyniny zostały związane przez prątki.

Powiedzieliśmy, że z pierwszych trzech rozcieńczeń prątki pozornie nie wyczerpały aglutynin. W rzeczywistości tak nie jest. Za miano naszej surowicy przyjęliśmy 1000 jednostek, jednak miano to było znacznie wyższe, gdyż przy rozcieńczeniu 1:2000 powstawał z odczynnikiem wyraźny grudkowaty osad, chociaż płyn klarował się niezupełnie. Otóż miano tej surowicy było pomiędzy 1000 a 2000, nie określiliśmy go jednak, gdyż zepsułoby to nam szyk rozcieńczeń, z których następne było stale dwa razy wyższe od poprzedniego.

Jeżeli przyjmiemy miano surowicy za 1500, to rozcieńczenie 1:2 zawierać będzie 750 jednostek aglutynacyjnych. Gdyby prątki związały w tem rozcieńczeniu nawet 250 jednostek, to przy zastosowanej przez nas technice badania zubożenie to nie mogłoby być wykryte. Stąd wynika ten paradoksalny fakt, że znaczne stężenia surowicy po dokonanej aglutynacyi nie wykazują zubożenia w aglutyniny.

Oznaczając miano surowicy przez 1500, otrzymujemy następujące dane co do związywania aglutynin przez prątki w różnych rozcieńczeniach surowicy: (patrz tabl. obok).

Z tablicy tej możemy wysnuć następujące wnioski. Istoty gruźlicze aglutynujące się, podobnie jak durowe i choleryczne, posiadają wybitną chciwość w kierunku aglutynin i zdołają związywać ilości wielokroć większe od ilości niezbędnych do wystąpienia aglutynacyi. Naprzykład z rozcieńczenia 1:16 zabrały 47-krotną ilość aglutynin. Co się tyczy stosunku aglutynin związanych do ogólnej ilości zawartych w danem rozcieńczeniu — „współczynnik absorpcyjny" Eisenberga i Volka, — to im większe rozcieńczenie surowicy, tem współczynnik ten jest większy. Dla rozcieńczeń 1:1000—1:128 współczynnik ten równa się 1. W miarę zmniejszenia się rozcieńczeń, czyli w miarę zwiększania się zgęszczania surowicy, współczynnik stopniowo się zmniejsza. Można powiedzieć, że współczynnik absorpcyjny stoi w odwrotnym stosunku do bezwzględnej ilości związanych aglutynin: im ta ilość jest większa, tem współczynnik jest mniejszy.

Zestawienie naszych wyników z badaniami Eisenberga i Volka dowodzi, że i tu i tam zasadnicze stosunki są tesame. Różnice dotyczą tylko stopnia chciwości różnych aglutynogenów. Chciwość aglutynogenów gruźliczych jest znacznie mniejsza, niż durowych lub cholerycznych.

Rozcieńczenie	Ilość zawartych w nim aglutynin	Ilość aglutynin związanych przez prątki	Stosunek aglutynin związanych do ogólnej ilości
1 : 1000	1	1	$^1/_1$
1 : 500	3	3	$^1/_1$
1 : 250	6	6	$^1/_1$
1 : 128	12	12	$^1/_1$
1 : 64	24	14	$^{14}/_{24} = > ^1/_2$
1 : 32	48	24	$^1/_2$
1 : 16	94	47	$^1/_2$
1 : 8	188	<94	$< ^1/_2$
1 : 4	375	<188	$< ^1/_2$
1 : 2	750	<375	$< ^1/_2$

Dla porównania przytaczamy jedną z tablic Eisenberga i Volka, gdzie streszczone są wyniki, uzyskane z surowicą przeciwdurową o sile 20,000 jednostek:

Rozcieńczenie surowicy	Ilość jednostek aglutyninowych w niem zawartych	Ilość jednostek pochłoniętych przez bakterye	Współczynnik absorpcyjny
1 : 10000	2	2	$^{20}/_{20}$
1 : 1000	20	20	$^{20}/_{20}$
1 : 500	40	40	$^{20}/_{20}$
1 : 300	67	67	$^{20}/_{20}$
1 : 100	200	180	$^{17}/_{20}$
1 : 50	400	340	$^{17}/_{20}$
1 : 10	2000	1500	$^{15}/_{20}$
1 : 2	10000	65000	$^{13}/_{20}$
1 : 1	20000	11000	$^{11}/_{20}$

Widzimy, że i tu współczynnik absorpcyjny stale się zmniejsza w miarę zgęszczenia surowicy; współczynnik ten jednak nawet dla czystej surowicy jest większy, niż $^1/_2$,

podczas gdy w naszych doświadczeniach nawet przy rozcieńczeniu surowicy 1:8 jest mniejszy, niż $^1/_2$. Dalej laseczniki durowe zabierają całą ilość aglutynin, gdy ta wynosi w danem rozcieńczeniu 67 jednostek, prątki zaś gruźlicze nie zabierają wszystkich aglutynin, nawet gdy dane rozcieńczenie zawiera zaledwie 24 jednostek.

Różnice te jednak są ilościowe, a nie jakościowe.

Całkowite wyczerpywanie aglutynin z surowicy otrzymaliśmy w ten sposób, że po wystąpieniu odczynu w rozcieńczeniu 1:2 (surowica + normalna zawiesina w równych ilościach) zbieraliśmy przeźroczysty płyn pipetą i dodawaliśmy nową porcyę zawiesiny w objętości, ściśle równej objętości zebranego płynu. Postępując w ten sposób już przy piątem rozcieńczeniu otrzymaliśmy w płynie ilość aglutynin mniejszą nad 2 jednostki, gdyż przy ponownem dodaniu zawiesiny odczyn nie nastąpił.

Ilościowo nieco odmiennie przedstawia się wiązanie aglutynin w prawidłowej surowicy końskiej.

Miano surowicy 128 jednostek:

Rozcieńczenie surowicy	Ilość jednostek aglutyninowych w niem zawartych	Ilość jednostek związanych przez prątki	Współczynnik absorpcyjny
1:128	1	1	$^1/_1$
1:64	2	2	$^1/_1$
1:32	4	4	$^1/_1$
1:16	8	8	$^1/_1$
1:8	16	16	$^1/_1$
1:4	32	30	$^{60}/_{64}$
1:2	64	48	$^{48}/_{64}$

Prawo pozostaje to samo: współczynnik absorpcyjny stale się zmniejsza w miarę wzrostu zgęszczenia surowicy, jednak nawet przy rozcieńczeniu 1:2 współczynnik wynosi znacznie więcej, niż $^1/_2$, gdy w tablicy I współczynnik przy podobnem rozcieńczeniu był mniejszy, niż $^1/_2$.

Drugi szereg doświadczeń obejmuje próby aglutynacyi z zawiesiną o różnem zgęszczeniu. Normalna zawiesina (prątki hodowli agarowej w 100 cm. sz. płynu Kocha) oznaczona jest w tablicy w rzędzie pionowym, jako 100, zawiesina dwukrotnie gęstsza, jako 50 i t. d.; zawiesina normalna, dwukrotnie rozcieńczona oznaczona jest przez 200 i t. d.

Odczyn dodatni aglutynacyi po 24 godzinach oznaczony jest przez +, ujemny przez —, częściowy przez ±.

Wyniki zebrane są w następującej tablicy:

Miano surowicy = 1000 jednostek: (patrz tabl. obok).

Z doświadczeń tych wynika, że stopień zgęszczenia zawiesiny gruźliczej wpływa wyraźnie na wyniki aglutynacyi: im zgęszczenie jest silniejsze, tem niższe miano aglutynacyjne wykazuje surowica i odwrotnie. Miano naszej surowicy wynosi 100 jednostek dla zawiesiny 10-krotnie stężonej i 3000 jednostek dla zawiesiny, rozcieńczonej 32 razy. Zwiększanie się jednak i zmniejszanie miana nie postępuje równolegle ze zgęszczeniem zawiesiny: jest ono n. p. prawie jednakowe dla odczynnika, 2-krotnie i 4-krotnie stężonego, dalej jednakowe jest dla zawiesiny normalnej i zawiesiny, dwukrotnie rozcieńczonej.

Koncentracya zawiesiny	Rozcieńczenie surowicy							
	1:50	1:100	1:250	1:500	1:1000	1:2000	1:3000	1:4000
10	+	+ ╲	±	—				
25	+	+	+ ╲	+				
50	+	+	+	+ ╲	±			
100 (normalna)	+	+	+	+	+ ╲	—	—	—
200	+	+	+	+	+	— ╲	—	—
400	+	+	+	+	+	±	A —	—
800	+	+	+	+	+	+	—	—
1600	+	+	+	+	+	+	+	—
3200	+	+	+	+	+	+	+	—

B

Jeżeli na podstawie tych doświadczeń oświetlić wyniki otrzymane na drodze aglutynacyi u chorych gruźliczych, to nasuwa się prosty wniosek, że wyniki otrzymane przez różnych badaczów są niewspółmierne i nie mogą stanowić jednolitego materyału statystycznego. Zgęszczenie aglutynogenów gruźliczych inne jest w odczynniku Behringa, inne w odczynniku Kocha, inne w hodowli Arloinga i Courmonta. Z tych trzech odczynników, używanych w celach rozpoznawczych, według poszukiwań jednego z nas, najczulszym okazał się odczynnik Kocha. Rumpf i Guinard stwierdzili również, że surowica królików, nieczynna względem hodowli Arloinga i Courmonta, dawała aglutynacyę z odczynnikiem Kocha. Jest to zupełnie zrozumiałe, jeżeli zwrócić uwagę, że odczynnik Kocha ze wszystkich trzech posiada najmniejsze zgęszczenie.

Rozwijając tę myśl dalej, musimy powiedzieć, że nawet przy stosowaniu stałem jednej metody badania łatwo otrzymać wyniki ilościowe różne. Hodowle płynne, naprzykład, zależnie od sposobu przygotowania pożywki, ilości posianego materyału, wieku hodowli, mogą posiadać zgęszczenie różne: otóż im więcej prątków taka hodowla będzie zawierać, tem niższe miano aglutynacyjne wykaże badana surowica. Jedna i ta sama snrowica może wykazać miano czterokrotnie większe lub mniejsze. Dla wniosków zaś z aglutynacyi nie jest rzeczą obojętną, czy miano badanej surowicy równa się 5 lub 20.

Stąd wynika, że do badań serodyagnostycznych gruźlicy przedewszystkiem powinien być wytworzony typ odczynnika o jednakowem zgęszczeniu. Odczynnik powinien być bardzo czuły, co za tem idzie, zgęszczenie jego powinno być słabe. Odczynnik Kocha i nasze zawiesiny, oznaczone jako 1600 i 3200, jakkolwiek bardzo czułe, nie odpowiadają

celom praktycznym, gdyż do stwierdzenia aglutynacyi wymagają posiłkowania się lupą.

Najodpowiedniejszą wydaje nam się nasza „normalna zawiesina“. Ta służy stale jako odczynnik w pracowni i bywa wysyłana lekarzom do prób rozpoznawczych.

Linia zębata *B* w naszej ostatniej tablicy służy jako granica pola aglutynacyjnego. Linia przekątna *A* łączy seryę probówek, zawierających aglutyniny i aglutynogeny gruźlicze w jednakowym stosunku ilościowym. Jeżeli normalną zawiesinę oznaczymy przez jednostkę, to stosunek ten wyjaśni się zupełnie. W kwadraciku górnym, pierwszym, skąd zaczyna się linia *A*, mieści się rozcieńczenie surowicy 1:100, czyli 10 jednostek aglutyninowych, odczynnik zaś w porównaniu do normalnej zawiesiny zawiera 10 jednostek. Stosunek wzajemny wyraża się jak $^{10}/_{10}$ Posuwając się w dół po przekątnej, w drugim kwadraciku znajdujemy stosunek wzajemny $^{4}/_{4}$, w trzecim $^{2}/_{2}$, w piątym $^{1}/_{2}:^{1}/_{2}$. Otóż w każdej z tych probówek na jedną cząsteczkę aglutynogenu wypada jedna cząsteczka aglutyniny. Zdawaćby się mogło, że w każdej z tych probówek zjawisko aglutynacyi dokonywa się tak samo. W rzeczywistości dzieje się inaczej: w probówce, odpowiadającej pierwszemu górnemu kwadraticikowi, aglutynacya powstaje po kilku minutach, w następnej po godzinie, w trzech ostatnich po 24 godzinach.

Zestawienie to uwydatnia wpływ zgęszczenia obu składników, które to zgęszczenie niezależnie od ich wzajemnego stałego stosunku, bądź przyśpiesza, bądź opóźnia powstanie odczynu.

Z biegiem czasu w surowicy naszej powstały aglutynoidy. Ilość ich jednak była nieznaczna, gdyż strefa hamująca rozciągała się po parę pierwszych rozcieńczeń. Obecność aglutynoidów może być uwydatniona tylko w określonych warunkach czasu: przy rozcieńczeniu 1:2 po 24 godzinach odczyn nie powstaje, zjawia się jednak po 48 godzinach.

Dla wyjaśnienia, czy aglutynogeny gruźlicze, na podobieństwo durowych i cholerycznych, posiadają dwie grupy, wiążącą i czynnościową, poddawaliśmy zawiesinę prątków działaniu wysokiej ciepłoty. Okazało się, że ogrzewanie do 100° w ciągu godziny i do 115° w ciągu półgodziny nie zmienia w niczem ich zdolności do aglutynowania się.

Dalej dolewaliśmy do zawiesiny normalnego kwasu solnego w stosunku $^{1}/_{10}$ i po 8 godzinach zobojętnialiśmy płyn normalnym rozczynem ługu. Surowica aglutynowała zawiesinę na podobieństwo normalnej. Taki sam wynik otrzymaliśmy z $^{1}/_{10}$ normalnym ługiem sodowym przy zobojętnieniu po 10 minutach. Normalny ług sodowy, dodany w ilości $^{1}/_{10}$ do zawiesiny i zobojętniony po 48 godzinach niszczy zupełnie zdolność laseczników do aglutynacyi.

Dodatek chloroformu w stosunku $^{1}/_{10}$ objętości zawiesiny po 20 minutach dał następujące wyniki:

Rozcieńczenie	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128	1:250	1:500
Odczyn po 24 godz.	—	—	±	+	+	+	±	—

W doświadczeniu, w którem chloroform był dodany w ilości $^{1}/_{5}$, wyniki były następujące:

Rozcieńczenie	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128	1:250	1:500
Odczyn po 24 godz.	—	—	—	—	+	—	—	—

Działanie hamujące chloroformu z tego względu jest ciekawe, że rozciąga się na oba końce rzędu probówek, pozostawiając odczyn tylko w części środkowej.

Surowica, poddana działaniu chloroformu w ilości $^{1}/_{10}$, zmian we własności aglutynowania nie wykazała.

Dla wyjaśnienia, czy podniesiona ciepłota niszczy oddziaływanie aglutynin, ogrzewaliśmy surowicę do 100°. Ponieważ czysta surowica w tych warunkach ścina się, rozcieńczaliśmy surowicę wodą przekroploną w stosunku 3 części wody na 1 część surowicy i dodawaliśmy 3% gliceryny. Ten rozczyn surowicy znosi ogrzewanie bez krzepnięcia. Połączenie tej surowicy z zawiesiną normalną odpowiada rozcieńczeniu 1:8. Otóż ani w tem rozcieńczeniu, ani w wyższych rozcieńczeniach odczyn aglutynacyjny nie powstał.

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jag. pod kierownictwem prof. W. Jaworskiego

O kryształach siarkanu wapniowego w moczu.

Napisał

Dr Stanisław Łapiński

elew kliniki.

W piśmiennictwie odszukałem 4 spostrzeżenia pojawiania się siarkanu wapniowego w moczu. Z podręczników klinicznych w dziełach Neubauera, Salkowskiego i Jakscha znajduje się o nim krótka wzmianka; inne o siarkanie, jako postaci krystalicznej, w moczu się pojawiającej, zupełnie nie wspominają. Pierwsze spostrzeżenie Valentinera pochodzi jeszcze z r. 1863, drugie Fürbringera z r. 1877, trzecie Payera, wreszcie czwarte i ostatnie Weintrauda.

Siarkan wapniowy, postacią swą najwięcej zbliżony do tyrozyny, kwasu hippurowego, przedstawia się w formie graniastosłupów, laseczek bezbarwnych, 3—4 mikromil. długich, krzyżujących się bądźto oddzielnie, bądź też ułożonych w miotełki i rozety. Feser i Friedberger opisują kryształy gipsu, nieco odmienniej wyglądające, a napotkane w jednym tylko przypadku w moczu konia, mianowicie w postaci kryształków tabliczkowatych układu jednoskośnego, żółtawo zabarwionych.

Kryształy gipsu pojawiają się w moczu bardzo rzadko i zazwyczaj niestale, już to bezpośrednio tak, że chory wprost oddaje mocz mętnawy z białawym obłoczkiem i już oglądając mocz gołem okiem przypuszczać w nim można jakiś osad krystaliczny, już też dopiero po oziębieniu i odstaniu, a więc z chwilą rozkładu.

W przypadku Valentinera: chory, 14 letni chłopak niedokrwisty, ale zresztą bez żadnych dających się wykazać zboczeń, oddawał często, ale niestale mocz, zawierający kryształy gipsu. Ilość gipsu wynosiła 0,18—0,24 grm dziennie. W przypadku Fürbringera chory z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia rdzenia i charłaczy, oddawał stale mocz mętnawy. Osad, badany pod mikroskopem zawierał znamienne graniastosłupy siarkanu wapniowego. Weintraud przytacza trzech chorych (z rozpoznaniem: zapalenie pęcherza, ostry żółty zanik wątroby, ostre zapalenie nerek), u których gips kilkakrotnie pojawiał się w moczu.

Nasz przypadek dotyczył 11-letniego chorego W. W. (Nr dz. 90 Rozpoznanie klin.: *Tumor cerebri*. Rozp. anatom.: *Cystis lobi frontalis dextri cum haemorrhagia subsqu. compressione cerebri),* pozostającego w leczeniu klinicznem od 23. grudnia do 20 stycznia 1906 r., który oddawał początkowo mocz zupełnie prawidłowy. Dnia 7/I zauważyłem, że mocz świeżo oddany jest mętny. Osad pod drobnowidem zawierał liczne miotełki i rozety, z cienkich igiełek złożone. Od tego czasu gips pojawiał się w moczu, ale nie tak stale i nie w tej samej ilości do dnia 14/I. Mocz zawsze silnie kwaśno oddziaływujący, o ciężarze właściwym 1,018—1,020 Spostrzeżeń z ostatnich 5 dni życia nie ma, bo chory począł oddawać mocz pod siebie.

Postać krystaliczna (zob. rycinę), jaką w tym moczu napotkałem, podobna jest bardzo do postaci gipsu krystalicznego, jaką sztucznie otrzymałem i do postaci, przez wspomnianych autorów opisywanej.



Ryc. *A*. Kryształy gipsu w moczu. — Ryc. *B*. Kryształy gipsu sztucznie otrzymane. Kryształy naturalne zbliżone zupełnie do kryształów sztucznie otrzymanych, postać krystaliczna ściślejsza. pojedyncze wykwity zebrane w miotełki i rozety, które to postacie w sztucznie otrzymanym słabo zaznaczone. Kryształy gipsu w moczu przypominają kryształy tyrosyny i kw. hippurowego. — Na ryc. *C*. Kryształy tyrozyny: postać bujniejsza, miotełki i rozety jeszcze wyraźniejsze i doskonalsze; pojedyncze wykwity ciensze i delikatniejsze, niż gipsu. — Zaś ryc. *D*. Kryształy kwasu hippurowego: pojedyncze laseczki bardzo do gipsu zbliżone; złogi większe, więcej równolegle ustawione, postaci krzyżujących niema. miotełek i rozet brak zupełnie.

Osad krystaliczny w wyskoku, amoniaku i kwasie siarkowym nierozpuszczalny, rozpuszczał się za dodaniem kwasu solnego gorącego w rozcieńczeniu mniej więcej 1:100. W przesączu, otrzymanym przez rozpuszczenie kwasem solnym i przemycie wodą gorącą powstawał po zalkalizowaniu za dodaniem szczawianu amonowego bezpośrednio osad biały, krystaliczny, przedstawiający się pod drobnowidem w postaci kopert, znamiennych dla szczawianu wapniowego. Za dodaniem chlorku barowego pozostawało w przesączu zmętnienie, pochodzące od siarkanu barowego.

To pojawianie się siarkanu wapniowego w moczu w krystalicznej postaci zależy prawdopodobnie od zmniejszenia się zasad w moczu, a to wskutek tego, że ilość ich nie wystarcza do związania całej ilości kwasu siarkowego obok chloru i kwasu fosforowego. Wskutek tego nadmiar kwasu siarkowego niezwiązany, łączy się ze zwiększoną również ilością wapnia i jako krystaliczny siarkan wapniowy się pojawia. Co właściwie sprawia to zmniejszenie się zasad, tego nie wiemy. We wszystkich opisanych dotąd wypadkach stwierdzono charłactwo, w jednym z przypadków Weintrauda, przebiegającym pomyślnie, z chwilą poprawy stanu ogólnego ilość zasad się zwiększyła i gips z moczu zniknął. Za tem przemawia i to, że silne początkowo oddziaływanie kwaśne zmniejszało się i wracało do stanu prawidłowego.

Równolegle ze zmniejszeniem zasad alkalicznych powinno iść w parze zastępcze zwiększenie amoniaku; jak w tych 4 przypadkach, tak i w naszym zachowanie się amoniaku z przyczyn zewnętrznych nie zostało zbadane. Możnaby jeszcze przypuszczać, że nadmierne wydzielanie kwasu siarkowego (4,165 grm na dzień) jest przyczyną tego pojawiania się gipsu krystalicznego; przeciw temu przemawiało w przypadkach Fürbringera to, że mocz w niektórych rozbiorach gipsu nie zawierał, pomimo stale zwiększonej ilości kwasu siarkowego. To samo da się powiedzieć o wapniu, który również był stale zwiększony pomimo braku siarkanu wapniowego.

To wydzielanie się gipsu w moczu nie ma jeszcze wyjaśnienia klinicznego: świadczy ono tylko o mniejszem lub większem wynędznieniu ustroju. Panu Prof. Jaworskiemu dziękuję za zachętę do ogłoszenia niniejszego spostrzeżenia.

Piśmiennictwo. 1) Neubauer i Vogel: Analyse des Harns. S. 630—631. — 2) Valentiner: Gyps-Kristalisationen als Harnsediment. (Centralblatt f. med. Wiss. 1863. T. I. S. 913). — 3) Fürbringer: Zur Kenntniss der Gypsausfuhr durch den mensch. Harn. (Deutsch. Arch. f. kl. Med. T. XX. S. 521). — 4) W. Weintraud: Über Gypsausscheidung im Harn. (Charité-Annalen. R. XX. S. 203—215). — 5) Feser i Friedberger: Über Gyps im Pferdeharn. (Maly's Jahresber. über die Fortsch. der Threrchemie. S. 228—229).

Szkice z dziedziny epidemiologii zimnicy w Europie środkowej i północnej.

Napisał
Dr Zenon Grossek,
lekarz okręgowy.

(Ciąg dalszy.)

Oczywiście teoryjka Martiniego dopatruje związku przyczynowego pomiędzy niezależnemi od siebie zjawiskami; kształt krzywych zaś epidemii omawianych stąd pochodził, że pojawiało się wówczas w znacznej liczbie zakażenie pasorzytami bagiennicy, wyjątkowo dobrze do znoszenia warunków stosunkowo chłodnego klimatu przystosowanymi, a ponieważ szerzenie się bagiennicy w klimacie europejskim dokonywa się tylko w miesiącach letnio-jesiennych, przeto i krzywa zachorowań w Wilhelmshaven miała znamienny przebieg na podobieństwo krzywych włoskich.

Z rozprawki Martiniego zasługuje na uwagę głównie ta okoliczność, że w Wilhelmshaven, w czasie wykonywania nowych budowli portowych w r. 1902 (do dnia 17 czerwca) spostrzegano już tylko 17 przypadków zimnic łagodnych świeżego zakażenia.

W Fryzlandyi Wschodniej zimnica, nazywana w narzeczu miejscowem „Kaltes Fieber“, „Koll“, nawiedzała dawniej liczniej mieszkańców; w ostatnich czasach pojawia się tylko sporadycznie. A. Köppen[24]) w Norden, jako lekarz kasy chorych przy budowie kamiennej tamy, zaliczył w r. 1898 7 przypadków, a w r. 1899 i 1900 po 3 przypadki zimnicy.

W Hannowerze (52°24′) w czasie niezwykle gorących lat 1726 i 1727 Werlhof spostrzegał epidemię zimnicy o nadzwyczajnie wysokiej chorobliwości[25]), i tak jej przebieg opisuje: „Haec hiberno quidem tempore quotannis sopita quasi visa est, nisi quod quartanae et quotidianae passim perdurantur, vel sub acutorum chronicorumque morborum involucro latitarunt reliquiae materiae febriculosae. Primo vere magno numero emerserunt tertianae, innoxiae tunc ut plurimum, neque rebelles: *mensibus aestivis et autumnalibus* varii generis *febres diversa ratione graviores* apparuerunt vel anomalias omnigenas, vel continuarum speciem induentes, vel in ipsas febras acutas, aut chronicorum morborum aliquem, degenerantes, vel truculentis symptomatibus comitatae, quae inter maxime omnium formidabile fuit, quod tum in continuarum, tum in verarum intermittentium paroxysmis interdum subito corripuit, veternus profundissimus, haud raro, sicubi accidit perniciosus, et verae apoplexiae immedicabilis nomine dignus“.

Na podstawie spostrzeganych przypadków *perniciosae comatosae et apoplecticae* („vulgus nostratium eiusmodi febres die Todtenfieber appellat“) napisał na ogłoszony w Norymberdze temat „de febribus intermittentibus soporosis et apoplecticis“ traktat p. t. „Observationes de febribus praecipae intermittentibus et ex eorum genere continuis deque earum periculis ac reversionibus praenoscendis et praecavendis“ etc. etc. (Hannoverae 1732); w dziele tem podaje na podstawie własnych spostrzeżeń, w Hanowerskiem poczynionych, wcale dokładną charakterystykę bagiennicy (sectio I. § VIII): „tertianae epidemiae non vernales huius constitutionis cum insigni bili ferocia, toti corpori et capiti maxime infensa“ etc. Przedewszystkiem zaś zwraca uwagę nadzwyczajnie trafny obraz rokowania w zimnicach środkowo-europejskich, w czem wszystkich późniejszych niemieckich badaczy, aż do ostatnich czasów, prześcignął: (sectio I, § 4. „Securitas febrium fallax)“ „Laudes securitatis, quas antiqua experientia febribus intermittentibus universim decrevisse putatur, ita omnino moderandas nemo prudens diffitebitur, ut non nisi tum conveniant, quando aeger, una cum adstantibus et medentibus, officium facit, et aetas, et corporis habitus, et aëris, aquarum, locorumque natura, et alii affectus comitantes, pro morbi vehementia nihil metuendum esse commonstrant, neque morbus, ex quacunque causa, a consueta sibi indole deflectit“.

Prusy Wschodnie. W Królewcu w latach 1811—1825 zimnica prawie zupełnie nie była napotykaną; w następnych latach rozwinęła się epidemia zimnicza i trwała aż do r. 1833; w latach 1833—1841 wydarzała się tylko sporadycznie; od 1841 do 1852 pojawiała się co roku na wiosnę, szerząc się miernie; natomiast odtąd do r. 1855 rozszerzyła się z taką gwałtownością, jak rzadko bywała napotykaną pod tak wysokim stopniem północnej szerokości geograficznej (A. Hirsch)

W latach 1884—1888 w I. korpusie armii niemieckiej, rozłożonym w Prusach Wschodnich, liczono 4,359 przypadków zimnicy[26]).

Zimnicę w Marienwerder (53° 44′) w Prusach Zachodnich opisuje szczegółowo Henryk Heidenhain[27]). Lekarz ten spostrzegał oprócz sporadycznych corocznie napotykanych przypadków, dwie wielkie epidemie zimnicze: pierwszą, o bardzo znacznej chorobliwości, od sierpnia 1831 r. aż do wybuchu cholery azyatyckiej w październiku tegoż roku; druga zaczęła się w jesieni r. 1849, najbardziej grasowała (w sierpniu i wrześniu) w roku cholery 1852; ale jeszcze do późnej jesieni r. 1856 zimnica była chorobą, ze wszystkich najczęściej spostrzeganą, dopiero w r. 1857 zaczęła rzednieć. Szerzyła się wśród wszystkich stanów, zarówno między biednymi, jak i bogatymi, bez różnicy płci i wieku; już u dzieci 6-tygodniowych spotykał autor zimnicę codzienną, trzeciaczkę i czwartaczkę. Zarówno podczas trwania wielkich epidemii, jakoteż i w przerwach wyróżnia autor i szczegółowo opisuje jako odrębną grupę przypadków osobną postać zimnicy, a w opisie tym spotykamy wyszczególnione prawie wszystkie znane już nam znamienne cechy bagiennicy[28]). Przytacza też przypadki napadów złośliwych: *inter-*

---

[24]) „Ueber Malaria in nordwertlichem Deutschland“ w Münch. med. Wochenschrift.

[25]) Wspomina też, że w tychże latach „innumerabilis febrium copia multifarii typi universam fere Europam et loca maxime paludosa infestavit“.

[26]) Prof. E. Grawitz: „Epidemiologischer Beitrag zur Frage der Malaria-Infection“. Berl. klin. Wochens. 1900. Str. 522.

[27]) „Ueber Wechselfieber. Beobachtungsergebnisse aus mehreren Epidemien“. Virchowa „Archiv für pathol. Anatomie und Physiologie“. 1858. Tom 14, str. 509—550.

[28]) I. str. 512. „Wie viele anfangs scheinbar continuirliche fieberhafte Prozesse in reine Intermittente übergingen, so entwickelten sich auch aus anfänglichen intermittirenden sogenannte continuae remittentes mit gastrischen Störungen“.

II. str. 523. „Die Tertiana, sonst die gewöhnlichste Form, stand den anderen Beiden (der Quotidiana u. Quartana) um etwas an Häufigkeit nach“.

III. str. 524. „wir haben auch in den anderen Jahren oft eine zwei bis dreitägige Dauer der ersten Anfälle gesehen“; por. str. 523 u góry.

IV. str. 10, str. 522—523, str. 524. „es ging ein mehrtägiger, continuirlich fieberhafter, zuweilen remittirender Krankheitsprozess dem deutlich geschiedenen rhytmischen Auftreten der Fieberanfälle voraus“.

V. str. 523. „ein Gemeinsames: eine im Verhältniss zum Hitze- und Schweissstadium sehr geringe Intensität des Frostes“.

VI. str. 510. 523, 524. 525—526.

VII. str. 526. Besonders auffallend war aber ein während der Intermission grösseres Mattigkeitsgefühl... so dass die Kranken während derselben häufig das Bett hüteten oder doch mindestens öfter aufsuchten“.

VIII. str. 550.

IX. str. 525. „bei häufig wiederholten (!) Anfällen blieb sie (die Milz) auch in der Intermission vergrössert“.

X. str. 510—512, 525, 527—528.

XI. str. 526. „Charakteristisch war die grosse Hartnäckigkeit, die gerade diese Intermittensform dem Fiebermittel entgegensetzte“.

XII. str. 530. „ihre häufigen Rückfälle“.

XIII. str. 530. „eine mehr oder weniger ausgebildete allgemeine Wassersucht etc. etc. ein cachectisches leucophlegmatisches Aussehen“.

XIV. str. 512. „die alte bekannte Erfahrung, dass während der Herrschaft einer Wechselfieberepidemie die verschiedensten anderweitigen Krankheitsprozesse eine Zeit lang wenigstens einen mehr oder weniger reinen intermittirenden Charakter annehmen, wurde auch damals vielfach bestätigt“.

XV. str. 510. 522.

mittens comatosa (5 przyp.)[29]), i *intermittens cholerica tertiana.* Drgawki wśród napadów zimniczych u dzieci 2 do 9 letnich w latach 1832—1858 corocznie po kilka razy spostrzegał. Zimnicę utajoną spotykał najczęściej pod postacią nerwobolów[30]), parestezyi i drgawek. W następstwie zimnicy widywał spore przewlekłe obrzęki śledziony, charłactwo zimnicze z obrzękami bez białkomoczu (8 takich przypadków u dzieci 8—14-letnich i kilka przypadków u dorosłych uleczył); charłactwo z białkomoczem miewało zazwyczaj zejście niepomyślne, które wogóle w następstwach zimnicy nierzadko się zdarzało. Z przypadków sekcyonowanych podaje: 2 przypadki śmierci w czasie napadów zimniczych, u starszego wynędzniałego mężczyzny i u 11-letniego chłopca; w obu razach znalazł tylko czerniczy obrzęk śledziony, bez innych zmian. W 7 przypadkach chery zimniczej bez białkomoczu również innych zmian przy sekcyi nie stwierdził, oprócz czernicy śledziony i niedokrwistości innych narządów; w przypadkach białkomoczu oprócz tego znajdował odpowiednie zmiany w nerkach.

Tak tedy pojawianie się bagiennicy w Marienwerder stwierdzamy nietylko na podstawie opisu cech klinicznych, zawierającego znamienne cechy tej choroby, ale także na podstawie przytoczonych dwóch sekcyi, dowodzących, że w epidemiach tych zimnica ostra bywała niekiedy sama przez się chorobą śmiertelną, czego przy ostrych niepowikłanych sprawach chorobowych, wywołanych zakażeniem pasorzytami *Plasmodium vivax* i *Pl. malariae Grassi et Feletti* nigdy dotychczas nie zauważono.

Podług Hirscha, jeszcze w XVIII wieku panowały złośliwe zimnice na wielu punktach Niemiec, w okolicach Harcu, w Augsburgu, w Saksonii, na Śląsku i w Wirtembergii.

W Berlinie (52° 30′) i okolicy Wolff[31]) w latach 1846—1849 spostrzegał nagminne szerzenie się zimnicy.

W Lipsku (51° 20′) C. A. Wunderlich[32]) naliczył w latach 1851—1856 436 przypadków zimnicy. W tem było 266 przypadków zimnicy regularnej, a 170 nieregularnej. 72% przypadków, spostrzeganych w miesiącu wrześniu, a wszystkie przypadki, spostrzegane od października do stycznia, były przypadkami nieregularnej zimnicy. Zasługują na uwagę spostrzeżenia tego znakomitego klinicysty o zimnicy u dzieci: „U bardzo małych dzieci — pisze — pod wpływem zimnicy pojawiają się najczęściej objawy żołądkowo-kiszkowe (choleryczne i dysenteryczne), a nadto drgawki, ogólne charłactwo i upośledzenie rozwoju; wśród tych objawów nawet bez przyłączenia się choroby o określonej siedzibie wymiera niezwykle wielka ilość osesków i małych dzieci w okolicach zimniczych“.

[29]) Określenia Heidenhaina tem bardziej zasługują na uwagę, że autor ten rozpatruje dokładnie rozpoznanie różniczkowe napadów złośliwych zimnicy od ropnego i gruźliczego zapalenia opon i gruźlicy mózgu i sprawdza je badaniem anatomicznem.

[30]) Wylicza kilka przyp. nerwobólów n. trójdzielnego, n. szyjnopotylicznego (2 przyp.), n. międzyżebrowych (5 przyp.), n. goleniowego (1 przyp.), *ischias tertiana* (kilka przyp.), *enteralgia intermittens* (3 przyp.) *entero-cardialgia* (1 przyp).

[31]) Ref. w Vierteljahrschrift für die prakt. Heilk. 1850. IV, An str. 15.

[32]) „Handbuch der Pathologie und Therapie“, II. wyd Tom 4, 1856, str. 468—515.

W Erlandze (49° 36′) prof. Canstatt[33]) spostrzegał dość często przypadki zimnicy. Najwyższa chorobliwość pojawiała się w miesiącach kwietniu i czerwcu w roku 1844, w marcu i maju r. 1845, w sierpniu r. 1847 i w czerwcu r. 1848. W r. szkolnym 1847/8 spostrzegał w klinice stałej i poliklinice 36 przypadków zimnicy; w następnym roku panowała epidemia o większej chorobliwości, naliczył bowiem 151 przypadków i opis ich podał osobno[34]). Wśród tej epidemii wydarzyły się też zakażenia bagiennicze (zauważył w pewnej grupie przypadków: zmienność toru gorączkowego, ciężkie objawy żołądkowe, około 12 godzin trwające napady, częste i szybko rozwijające się charłactwo), wraz z napadami złośliwymi (5 napadów *perniciosae cerebralis*, 1 *perniciosa typhosa* — wszystkie uleczone)

W Mannheim (49° 29′) spostrzegał Medicus[35]) w połowie XVIII w. złośliwe przypadki zimnicy.

W końcu XIX w. chorobliwość zimnicza w Niemczech szybko się umniejsza, Dowodzi tego statystyka szpitalna: w latach 1877—1885 na 1000 chorych, leczonych w szpitalach państwa niemieckiego, było chorych na zimnicę kolejno: 12·3, 10·7, 9·6, 9·2, 9 2, 7·2, 5·8, 4 7, 4·1. W ostatnich latach pojawiała się zimnica jeszcze najczęściej w dorzeczu Wisły, Warty i Odry, w Oldenburgu i Prusach Wschodnich. Szpitale w Poznańskiem, Prusach Zachodnich i Fryzlandyi wschodniej wykazują ponad 20% chorych na zimnicę[36]). To samo obniżanie stopniowe chorobliwości zimniczej widzimy w datach, odnoszących się do armii północno-niemieckiej, ogłoszonych przez R Kocha[37]):

W roku:	było przypadków zimnicy:	tj. ‰ ilości głów żołnierzy:
1869	13,563	54·5
1878	8,909	27·2
1889	1,496	3·6
1890	916	2·2
1891	1,120	2·6
1892	858	2·0
1893	782	1·8
1894	389	0·83
1895	328	0·65
1896	284	0·55
1897	230	0·45.

Podobne zjawisko okazuje załoga Szpandawy (52° 16′), która miała

W roku:	przy ilości głów:	przyp. zimnicy:	‰
1874	3,853	2,557	663·6
1885	4,804	111	23·1
1895	5,883	1	0·1
1897	5,780	3	0·5.

W Holandyi epidemie zimnicze panowały w następujących latach: 1509, 1515, 1555—1558, 1572—1573, 1580, 1599—1603, 1610, 1612—1613, 1616—1617, 1623—1624,

[33]) „Uebersicht des Etatsjahres vom 1 Oktober 1847 bis 30 September 1848 in der med. Klinik und Poliklinik zu Erlangen“ w Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde, 1849. II. str. 141 i III. str. 91.

[34]) „Bericht über die vom 1 Oktober 1848 bis 30 September 1849 in der med. Klinik und Poliklinik zu Erlangen beobachteten Intermittentes“ Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde 1850 IV str. 89—103.

[35]) Griesinger. Infectionskrankheiten Erlangen 1857, str. 6.

[36]) Meyers Konversationslexikon. Wyd. V. Artykuł: Krankheit.

[37]) Deutsche medicinische Wochenschrift 1900, str. 802.

1652, 1667, 1669, 1684, 1719, 1727—1728, 1742—1748, 1760—1762, 1768—1769, 1770—1771, 1776, 1779—1781, 1784, 1788, 1800, 1807—1809, 1826—1829, 1858, 1859, 1868 (Schoo).

Kraj ten był jednem z najstraszliwszych ognisk zimnicy w Europie. Wobec sprzyjających szerzeniu się jej warunków choroba ta przybierała nieraz charakter złośliwej zarazy, porywającej tysiące ofiar. Kilku lekarzy, mianowicie: Sylvius de Le Boë, Gwidon François i Koker[38]), opisali taką morderczą epidemię zimnicy z roku 1669. „Za czasów Pringlea (w połowie XVIII w.) zimnica w Holandyi występowała w postaciach ciężkich, grasowała nietylko przy wybrzeżu, lecz i we wnętrzu kraju. Autor ten opisuje, jak podczas wyprawy angielskiej do Holandyi w r. 1747 śród wojsk, które zajęły wyspę Walcheren i Zuit-Beveland (około 51° 30′) szerzyła się zimnica tak gwałtownie, iż w niektórych batalionach $^{6}/_{7}$ żołnierzy chorowało, a z całego batalionu zaledwie po 100 ludzi bywało zdolnych do pełnienia czynnej służby. W roku następnym gorączki stały się jeszcze częstsze; w wojsku, które przezimowało w Holandyi, najpierw wybuchła zimnica w postaciach nieregularnych; były to widocznie nawroty choroby, nabytej w roku poprzednim. Gorączki te często kończyły się puchliną ogólną i śmiercią. W celu obrony od nieprzyjaciół Holendrzy zalali wodą niziny swego kraju, z chwilą zaś rozpoczęcia układów pokojowych część wód spuścili z powrotem do morza. Wówczas przestrzenie, niezupełnie wyschłe, stały się źródłem, podsycającem szerzenie się w całem otoczeniu ciężkich postaci zimnicy i napadów złośliwych (*perniciosa delirans et comatosa*). W Breda (51° 35′) choroba przybrała takie rozmiary, iż stany generalne wydały rozporządzenie, aby przestrzenie wysychające ponownie zalać wodami[39]). W pobliżu Hertogenbusch (51° 42′) pułk Graya miewał równocześnie do 260 chorych, tj. więcej niż połowę wszystkich żołnierzy; z końcem wojny liczył zaledwie 30 żołnierzy takich, którzy przez cały czas uniknęli choroby. W innych pułkach również chorych liczono na setki; batalion królewski miał tylko 4 żołnierzy, którzy uniknęli zakażenia. W sierpniu roku 1809 znowu wylądowali Anglicy na wyspie Walcheren; w ich wojsku wybuchła jedna z najcięższych epidemii zimniczych, jakie wogóle spostrzegano w historycznych czasach. Opisali ją współcześni lekarze: P. Dawson, P. Davies, J Wright, Robert Blane i G. Hargrove. Z 39,219 żołnierzy zmarło od 28 sierpnia do 23 grudnia 1809 r. 4,175 ludzi w następstwie zimnicy. Od 21 sierpnia do 18 listopada liczba chorych żołnierzy, przyjętych do szpitala, wraz z powtórnie przyjętymi, wyniosła: 26,846. Z końcem r. 1809 po powrocie wojsk do Anglii liczono jeszcze 11,503 żołnierzy, chorych na zimnicę. Armia angielska była pokonaną, zanim przystąpiła do walki; w boju bowiem utraciła tylko 217 ludzi“[40]).

[38]) Patrz H. Hertz „Malaria Infectionen“ w Ziemssena Hdbch. der spec. Path. und Ther. Tom II., 2 wyd. 1877, str. 781 i 2.

[39]) Skuteczność zarządzenia Stanów Generalnych dla stłumienia zimnicy można tłómaczyć podług badań Kerschbaumera tą okolicznością, że gąsienice widliszów nie mogą się rozwijać w wodzie powyżej 1 m. głębokości mającej, przeto zalanie wodą bagien mogło powstrzymać dalsze wylęganie się widliszów jako pośredników zimniczego zakażenia.

[40]) Opis zimnic holenderskich do r. 1809 jest przytoczony niemal dosłownie podług A. Laverana.

Co do tych epidemii wojsk angielskich zauważyć należy, że rozpoznanie zimnicy w tym przypadku nie podlega wątpliwości, gdyż żadna inna choroba zakaźna nie miewa tak wysokiej chorobliwości. Ze względu zaś na to, że choroba ta nagminna, zacząwszy się w sierpniu, w przeciągu 4 miesięcy sprawiła tak znaczną śmiertelność, możemy przypuszczać, że była to w przeważnej części przypadków bagiennica, a zapewne we współczesnych, a dla mnie niedostępnych źródłach możnaby jeszcze znaleźć wiele dowodów na poparcie tego domysłu.

Jeszcze w r. 1856 Wunderlich[41]) zalicza opisy lekarzy holenderskich do głównych źródeł do poznania symptomatologii zimnicy złośliwej.

Adr. A. Fokker[42]) podaje statystykę przypadków zimnicy, spostrzeganych w Middelburgu przez dra Keijzera w latach 1860—1875: 66·7% zimnic codziennych, 25·6% trzeciaczek i 7·5% czwartaczek, razem 3,594 przypadków czystych zimnic z torem przerywanym (26% wszystkich chorych 13,601). Najniższa chorobliwość była w roku 1860 (114 chorych na z. = 15% chorych wszystkich), najwyższa w r. 1865 (443 chorych zimniczych = 45%). Fokker sam spostrzegał u kopaczy kanału, przeprowadzonego przez wyspę Walcheren w latach 1868—1870, 676 przypadków zimnic, co odpowiada 31·2‰ średniej miesięcznej chorobliwości, w stosunku do wszystkich zatrudnionych robotników. Epidemia ta odznaczała się znacznym odsetkiem przypadków z torem czwartaczkowym; zimnic codziennych było bowiem 10·2%, trzeciaczek 60·2%, czwartaczek 25%, zaś łącznie z 31 przypadkami czwartaczki podwójnej (*quartana duplex*) 29·5%.

Po roku 1870 zimnica w Zeelandyi niemal doszczętnie wygasła; dopiero w roku 1899 spostrzegano w Middelburgu około 200 przypadków; z tej liczby J. J. Berdenis van Berlekom[43]) leczył 100 przyp. w 45 rodzinach, a w tem było 79% chorych w wieku poniżej 20 lat życia; 83% miało tor trzeciaczkowy, reszta tor codzienny (*tertiana duplex*). Chorób następowych nie spostrzegał. W r. 1900, do końca czerwca, lekarz ten naliczył znowu 70 przypadków zimnic w 40 rodzinach, a w tem było 50 nawrotów z roku poprzedniego (wzgl. zakażeń powtórnych).

Tenże autor przytacza liczby, wyjęte z czasopisma „Middelburgsche maandboekje“ (wychodzącego od r. 1792), a zestawione przez dra I. C. de Mana, podające wysokość „śmiertelności na zimnice włącznie z chorobami żółciowymi“. „Jakkolwiek nie bardzo ścisłe — dodaje autor — mogą przecież te liczby dać pewne wyobrażenie o śmiertelności z wymienionych chorób“.

W latach:	zmarło na zimnice i choroby żółciowe na 1000 mieszkańców (‰):
1792—1801	30
1802—1811	53
1812—1821	40

[41]) L. c. str. 498 i 500.

[42]) „De kanaal-gravers in Walcheren en de malaria in de jaren 1868—1870“. Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. 1877. Nr 3.

[43]) „Malaria in Zeeland“. Weekblad 1900. I. Nr. 8. — „De malaria in Zeeland, voordracht gehonden... 2 Juli 1900“. Weekblad 1900. II. Nr 2. — A. van der Scheer i J. J. Berdenis van Berlekom. „Malaria en muskieten in Zeeland“. Weekblad 1900. II. Nr 14.

w latach:	zmarło na zimnicę i choroby żółciowe na 1000 mieszkańców (‰):
1822—1831	30
1832—1841	23
1842—1851	21
1852—1861	16
1862—1771	9

Podług sprawozdań Inspekcyi lekarskiej (het Geneeskundig Staatstoezicht) roczna śmiertelność na zimnicę wynosiła:

W latach:	w Middelburgu:	w Zeelandyi:	w Królestwie Holenderskiem:
1875—1880	3	89	1059
1880—1885	2	62	640
1885—1890	0·2	49	360
1890—1897	0	12	120

„12 przypadków śmierci na rok dla ludności, liczącej przeszło 200,000 dusz, zaiste nie daje nikomu prawa nazywać Zeelandyi krajem zimniczym.... lecz ostrożność zaleca się nadal (waakraamheid blijft geraden)".

Schoo podaje dalsze liczby co do śmiertelności z zimnicy w Holandyi w latach 1885—1899. Mianowicie:

W roku:	zmarło na zimnicę:	w tej liczbie zmarło wśród napadów złośl.:
1885	306	136
1886	284	131
1887	250	122
1888	212	106
1889	179	78
1890	174	59
1891	88	24
1892	93	21
1893	78	16
1894	76	12
1895	93	6
1896	90	5
1897	65	5
1898	49	1
1899	38	2

Wiele tych śmiertelnych przypadków należy podług autora (Schoo) przypisać zimnicom, nabytym w Indyach; jednakże jeszcze w r. 1877 prof. Hertz w Amsterdamie[44]) opisał przypadek *mal. comatosae*, powstały na miejscu, a wyleczony; inne podobne przypadki mogły miewać zejście niepomyślne.

H. I. M. Schoo[45]) spostrzegał zimnicę w Krommenie (52° 30′) (w Holandyi północnej); w r. 1897 od sierpnia do końca roku 10 przypadków, w następnych 2 latach większą ilość, w r. 1900 blisko 300, w r. 1901 około 500 pierwotnych zakażeń zimniczych. Z samego miasteczka Krommenie, liczącego przeszło 2,500 mieszkańców, leczył w r. 1901 218 chorych; w tej liczbie było 60 nawrotów z r. 1900 i 158 świeżych pierwotnych zakażeń; łącznie zaś z nawrotami zimnic świeżych było 325 wszystkich zachorowań (130‰ chorobliwości). Najwyższa chorobliwość ogólna, jakoteż w stosunku do zakażeń pierwotnych, pojawiła się w sierpniu. Epidemia składała się wyłącznie z przypadków trzeciaczki łagodnej. Uwagi godną jest okoliczność, że autor chwytał komary w umyślnie na to przeznaczonej izdebce obok swego mieszkania; pośród schwytanych w r. 1901 znajdowała się połowa widliszów (w r. 1900 było ich mniej niż $^1/_5$); wśród całej ilości widliszów było 1·5% zakażonych.

W tymże r. 1901 autor rozesłał zapytania, dotyczące zimnicy do wszystkich lekarzy prowincyi Holandyi Północnej; wywiady te dowiodły, że zimnica (trzeciaczka i czwartaczka) pojawia się w wielu miejscowościach tego kraju.

Także i w Wormerveer (około 52° 30′) zimnica często się pojawiała pomiędzy r. 1880 a 1890, z torem 3- i 4-dniowym, od r 1897 znowu zaczęła się szerzyć, głównie jako trzeciaczka; w r. 1902 na 5,800 mieszkańców chorowało 17% (P. C. Körteweg)[46]). (Dokończenie nastąpi.)

[44]) L. c. str. 821.

[45]) „Malaria in Noord-Holland". Weekblad 1902. I. Nr 4. — „Malaria in Krommenie". Weekblad 1902. I. Nr 10.

[46]) „Prophylaxis einer Malariaepidemie mittels Chinin-Therapie". Ref w Centrbl. f. Bakt. 1904. Str. 807.

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Benninghoven. **Jodfersan w leczeniu kiły.** *(Monatschr. f. Harnkrankh. u. sexuel. Hyg.* 1905 H. 4). Dobre wyniki po stosowaniu fersanu przy wszelkiego rodzaju niedokrewnościach, zachęciły do wypróbowania leku tego w przypadkach kiły, przebiegającej z utratą wagi ciała i zmniejszeniem się ciałek czerwonych krwi. Rezultaty były korzystne. Po pojawieniu się nowego preparatu, połączenia żelaza z jodkiem potasu, w postaci jodfersanowych pastylek, zastosował B. ten przetwór w przypadkach kiły w swej praktyce. Oprócz pastylek dla dorosłych (0·05 jodku potasu na 0·2 fersanu) istnieją także czekoladowe pastylki dla dzieci (0·02 jod. pot. na 0·25 fers.). Cena 100 pastylek dla dorosłych 3 M. (dla kas 2·50 M.), 50 pastylek dla dzieci 2·50 M. (dla kas 2·20 M.). Dawkowanie: 3—5 razy dz. przed jedz. po 3 past. zażywać. B. stosował ten sposób leczenia w przeszło 25 przyp., zawsze z wynikiem tak dobrym, że poleca przetwór ten jak najgoręcej Sposób działania polega na wzmocnieniu organizmu obok wpływu jodu, który w tem połączeniu zdaje się mimo małych stosunkowo dawek działać w sposób swoisty (przy podawaniu 4 razy dz. po 3 past. wypada 0·6 pro die). Zwolennicy dużych dawek jodu mogą podawać na próbę większe ilości pastylek, poczem osiągną może jeszcze lepsze wyniki. *B. W.*

Assmann. **Nowy sposób barwienia krwi i tkanek błękitem metylowym i kwaśną eozyną.** *(Münch. med. Wochs.* Nr. 28, 1906). (Doniesienie tymczasowe). Zaletę tego sposobu stanowi nie tylko większa wyrazistość i jednostajność preparatów, ale i ta okoliczność, że metoda nadaje się do barwienia krwi, ropy, plwociny, osadu, moczu, a nawet tkanek (byle grubość skrawków nie przekraczała 5 mm.). Autor podaje technikę barwienia. Barwik (alkoholowy rozczyn eozyny i błękitu metyl.) nabyć można u firmy Grüblera w Lipsku. (Dr Grübler's mikroskop-chem. Laborat. Inhaber Dr Hollborn in Leipzig). *Dr M. Godlewski.*

Raab. **Elektroterapia w chorobach narządu krążenia.** *(Münch. med. Wochs.* Nr. 29 i 30, 1906). Ten tak mało dotąd w leczeniu chorób serca uwzględniany sposób leczenia, uważa autor za bardzo cenny, twierdząc, że niejednokrotnie udaje się przez niego osiągnąć wyrównanie. Autor używa silnych prądów stałych i przerywanych, stosując je w postaci tak zwanej kąpieli elektrycznej. Woda odgrywa tu oczywiście rolę olbrzymiej, całe ciało otaczającej, elektrody. Ścisłymi pomiarami ciśnienia, ilości tętna, jego charakteru, wielkości stłumienia serca oznaczanego przed i po kąpieli, jużto zapomocą opukiwania, już też zapomocą orthodiagraficznych zdjęć Röntgenowskich, stara się autor dowieść skuteczności metody. Ciekawy jest wpływ kąpieli na człowieka znajdującego się w głębokiem uśpieniu chloroformowem. W teoretycznem uzasadnieniu wyników leczniczych opiera się autor na prawie Dastre-Morata że rozszerzeniu naczyń trzewiowych towarzyszy stale zwężenie na-

czyń skórnych. Wszystkie tak fizyczne zabiegi jak masaż i kąpiele (hydropat., z bezwodnikiem węgl, i elektr.) jak i w ścisłem znaczeniu słowa środki nasercowe (nie wyłączając naparstnicy) działają korzystnie przez pobudzenie krążenia obwodowego, skutkiem czego ustępuje nadmierne przekrwienie narządów wewnętrznych.

Dr M. Godiewski.

CHIRURGIA. Doering. **Leczenie krzywogłowia** *(Caput obstipum). (Deutsch. med. Wochft.* Nr. 27 1906). Nieoperacyjne leczenie krzywogłowia jest obecnie prawie zupełnie zaniechane. Diffenbach odradzał go już, twierdząc, że wszelkie naciągania wywołują zapalenie mięśnia mostko-sutko-obojczykowego i w następstwie jeszcze większe skrócenia. Przerwanie podskórne mięśnia podług Lorenza jest bardzo ryzykowne, a Riedel widział nawet po niem tworzenie się złogów kostnych w mięśniu. Obecnie leczy się krzywogłowie tylko operacyjnie, a mianowicie przecięciem mięśnia z rany zewnętrznej poleconem przez Volkmanna. Do przecięcia dołączają niektórzy plastyczne przedłużenie lub skrócenie mięśnia strony przeciwnej. Mikulicz uważając całą chorobę za sprawę zapalną mięśnia mostko-sutko-obojczykowego polecał wycięcie mięśnia (podał to dawniej już Astley Cooper) całego lub znacznej tegoż części z obawy przed zranieniem nerwu dodatkowego. Gleich pragnąc wyrównać asymetryę twarzy przy krzywogłowiu, polecił ucisk tętnicy dogłowowej zewnętrznej, by przez to wywołać częściowy zanik po stronie zdrowej. Autor na mocy obserwacyi 35 przypadków z kliniki Brauna w Gotyndze, twierdzi, że wystarcza zupełnie otwarte pojedyncze przecięcie skróconego mięśnia. Cięcie prowadzi się nad mostkiem małe i przecina tam stopniowo mięsień. Prócz mięśnia mostko-sutko-obojczykowego dobrze jest także przeciąć mięsień podskórny szyi (platysma) a nawet częściowo mięsień kapturowy. Opatrunek z głową pochyloną w stronę zdrową, krochmalny, aż do zgojenia rany, potem celluloidynowa krawata na pół roku, ewentualnie masaż i ćwiczenia ortopedyczne (wyciąg szyi). Wyniki bardzo dobre, najstarszy przypadek obserwowany 10½ lat. Z 35 jeden pacyent trzyma głowę trochę krzywo, ale siłą mięśni może ją sprostować. U 5 innych są ruchy w stronę zdrową trochę ograniczone (chorzy ci nie chcieli nosić krawaty). Asymetrya głowy ustąpiła prawie w zupełności.

Klęsk.

Liniger. **Ciekawe przypadki z praktyki urazowej.** *(Monatsschr. f. Unfallheil.* 1906 Nr 1). Autor przytacza bardzo ciekawy przypadek dotyczący hutnika szkła, który przy wydymaniu flaszki uczuł silny ból w policzku i zauważył, że powietrze wpadło mu przez policzek aż pod ucho. Badanie wykazało rozszerzenie lewego przewodu gruczołu przyusznego. Mógł go chory nadymać powietrzem i wtedy występował przewód pod skórą w postaci sznura, grubości ołówka. Ze względu, że i po drugiej stronie przewód był rozszerzony, sądzi autor, że rozchodzi się tu o wadę wrodzoną i osłabienie mięśni policzka, a dmuchanie jeszcze pogarszało rozszerzanie się przewodu.

Klęsk

Schmidt. **Leczenie gimnastyczne celem unikania zastoiny w płucach.** *(Monatsschr. f. Unfallheil.* 1906 Nr 2). Celem unikania zastoiny i zapalenia opadowego u ludzi starych, radzi autor u obłożnie chorych, czynne ćwiczenie rękami systematycznie wykonywane, a ponadto bierne ruchy sztucznego oddechu. Ćwiczenia te należy wykonywać przed jedzeniem 3—4 razy dziennie przez 10 do 15 minut za każdym razem.

Klęsk.

Thiem. **Wodna puchlina jądra po urazie.** *(Monatsschr. f. Unfallheil.* 1906 Nr. 3). Mimo zaprzeczania z wielu stron, autor przytacza przypadek urazowej wodnej puchliny jąder po zgnieceniu jądra i przyjądrza, i jest zdania, że puchlina taka po urazie występować może, a obecność krwi w przesięku zupełnie nie jest konieczną.

Klęsk.

Slaimer. **Doświadczenie zebrane z 1200 znieczuleń rdzeniowych tropakokainą.** *(Wien. med. Presse* Nr 22/23 1906). W miarę udoskonalenia techniki, wyniki autora są coraz lepsze. Zawiodło go znieczulenie 54 razy. Radzi on używać nie za grubych igieł (1 mm. grubości, 7—9 cm. długości) Podniesienie ciepłoty obserwował często, gdy skórę w miejscu wkłucia odkażał przedtem sublimatem lub zanieczyszczonym alkoholem. Bóle głowy pochodzą od za szybkiego lub za obfitego odpuszczania płynu. Gdy są bardzo silne i uporczywe, należy wykonać poraz drugi następowo wkłócie i płyn (zwykle wtedy mętnawy) odpuścić znowu. Znieczulenie nie chroni od nieżytów i zapaleń płuc pooperacyjnych więcej od chloroformu.

Klęsk.

Mühsam. **Typowe uszkodzenie u obsługujących automobile.** *(Deutsch. med. Wochft.* Nr 28, 1906). Obecnie już i automobil ma swoją specyalną chorobę, a jest nią złamanie dolnego końca kości przedramieniowej. Wywołanem ono zostaje przy kręceniu korbą celem wprawienia motoru w ruch. W razie, gdy motor szybko zaczyna działać, a kręcący nie usunie ręki szybko, korba cofa się nagle w tył i wywołuje typowe zawsze złamanie przez naciągnięcie, oderwanie lub zgniecenie, zależnie od tego, gdzie ręka względem korby wtedy się znajdowała. Rokowanie i leczenie jak w zwykłych złamaniach. Celem zapobiegania powinny firmy pouczać automobilistów o tej możliwości.

Klęsk.

Freund. **Dalsze doświadczenia nad znieczuleniem lędźwiowem.** *(Deutsch. med. Wochft.* Nr 28, 1906). Autor omawia lędźwiowy sposób znieczulenia w dalszym ciągu na podstawie 209 przypadków operacyi ginekologicznych wykonanych w klinice Veita w Halli. Obecnie w miarę udoskonalenia techniki znieczulenie coraz mniej zawodzi tak, że autor dochodzi do przekonania, że zawody nie pochodzą od oporności organizmu względem znieczulenia, lecz od omyłek w technice. Wkłucie powinno się robić zupełnie systematycznie w linii środkowej i to najlepiej między 2—3 kręgiem lędźwiowym lub wyżej, a nigdy niżej, albowiem wtedy warunki rozchodzenia się środka znieczulającego są gorsze. Położenie z głową w dół po wstrzyknięciu zwiększa znacznie znieczulenie i posuwa je w górę. Autor zwykle postępuje w ten sposób, że znieczula chorą, kładzie ją z głową w dół i przez ten czas desynfekuje dopiero pole operacyjne, co trwa około 20 minut. Płynu wiele odpuszczać nie należy, im więcej płynu się odpuści, tem znieczulenie sięga wyżej, lecz i następowe przypadłości występują częściej. Do znieczulenia używa próbek Ballona ze stowainą i nadnerczyną. Dawka średnia 0,07. Często dochodzi jednak przy dłuższych operacyach do 0, 1. Stosowania znieczulenia lędźwiowego wspólnie z zamroczeniem skopolaminowo-morfinowem nie poleca, obserwował bowiem przytem zejście śmiertelne w 10 godzin po operacyi, przyczem chora nie odzyskała przytomności po zabiegu. W położniczych zabiegach nie próbował autor jeszcze znieczulenia lędźwiowego. Na 209 przytoczonych przypadków obserwował autor prócz wymienionego przypadku jeszcze jeden ze zejściem śmiertelnem u 73-letniej astmatycznej kobiety, gdzie śmierć nastąpiła na stole przed operacyą wśród wymiotów i wstrzymania oddechu. Radzi też wyciągać zaraz przy wkłóciu mandryn, by nie wejść za daleko i nie znieczulić przez to korzeni ruchowych rdzenia. Z objawów ubocznych wspomnieć należy o nudnościach i wymiotach, lekkiem podniesieniu ciepłoty i bólach głowy. Oddaniu stolca przy operacyi zapobiedz można czopkiem opiowym podanym przedtem. Znieczulenie lędźwiowe uważa autor za jedno z największych odkryć na polu medycyny.

Klęsk.

Zuckerkandl. **O leczeniu gruźlicy nerek.** *(Deutsch. med. Wochft.* Nr 28, 1906). Obecnie wiemy już, że gruźlica występuje najczęściej tylko po jednej stronie i jest z początku cierpieniem miejscowem, należy więc to cierpienie nerek bezwarunkowo do chirurga. Zakażenie następuje zwykle drogą krwi i dotyczy osobników młodych, często nie obciążonych dziedzicznie. Moczem odchodzi masa prątków; uważać też należy na tych chorych tak samo jak na suchotników ze względu na możność zakażenia otoczenia. Cierpienie przebiega zwykle z początku dość długo ukrycie i dopiero ropomocz, kolka i zajęcie pęcherza zwracają na nie uwagę. Leczenie wewnętrzne nie daje wielkich rezultatów, a nadto sprawa przenosi się prędko na moczowód pęcherza i drugą nerkę; po postawieniu też rozpoznania z zabiegiem długo czekać nie należy. Stan drugiej nerki jest naturalnie rzeczą decydującą. Często w drugiej nerce spotykamy wtedy podrażnienie w postaci białomoczu, nie jest to jednak przeciwwskazaniem do zabiegu. Nawet w razie obecności prątków w nerce zdrowszej radzi autor chorą operować o ile próby wydatności nerki zdrowszej wypadną dodatnio. Czasem zmuszeni jesteśmy operować mimo zmian obustronnych w nerkach np. w razie bolesnego roponercza po jednej stronie, a gruźlicy nerki drugiej. Operacya w gruźlicy nerki polega na usunięciu takowej, przyczem bardzo często należy też usunąć cały moczowód chorobowo zmieniony, aby nie stał się on rozsadnikiem gruźlicy i nie wywoływał uporczywych przetok. Operacya taka często leczy zupełnie, a Israel i Krönlein rozporządzają już przypadkami obserwowanymi 11—14 lat po operacyi. Po usunięciu nerki występują często w następstwie przypadłości pęcherzowe, te jednak zwolna po przepłukiwaniach ustępują. Przypadłości te w postaci parcia na mocz, bolesnego tegoż oddawania czasem nawet z krwią, najlepiej leczy się płukaniami pęcherza z dodatkiem na końcu 5 gramów rozczynu guajacoljodoformu.

Klęsk.

Weischer. **Opatrywanie ran na przeszczepieniach skóry.** *(Centblt f. Chir.* Nr 25, 1906). Celem możliwie ostrożnego opatrywania ran pokrytych podług metody Thierscha radzi autor po usunięciu powierzchownych warstw ziarniny nożem przeszczepiającym, tamować krwotok kompresami zamoczonymi w gorącym rozczynie soli kuchennej i przyciśniętymi opaską do rany. Potem kładzie się płatki naskórka i przykrywa wszystko znowu mulowymi

kompresami zamoczonymi w ciepłym (0·8%) rozczynie soli kuchennej. Kompresy pokrywa się watą i opaską. Co 2—3 godzin w miarę wysychania opatrunku polewa się go znowu rozczynem soli. Pierwszy opatrunek robi się po 2 dniach (w razie dużej wydzieliny na drugi dzień zaraz) pod strumieniem rozczynu soli. Po dalszych 2-ch dniach opatrunek z maści borowej. W ten sposób osiągnął on w 3/4 przypadków zupełne przygojenie się naskórka a w 1/4 w bardzo dużej przestrzeni. Stosuje tylko przeszczepienie własne (autoplastykę), bo z drugiego osobnika naskórek źle się przyjmuje. *Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Mirabeau. **Przyczynek do gruźlicy nerek i pęcherza u kobiet.** (*Mtsch. für Geb. u. Gyn.* T. XXIII. Z. 2). Na podstawie własnych licznych doświadczeń dochodzi autor do następujących wniosków: 1) gruźlica pęcherza u kobiet jest zawsze objawem następowym — gruźlica z nerek schodzi do pęcherza moczowego — nie stoi natomiast nigdy w związku z gruźlicą narządu rodnego. 2) Gruźlica nerek najmniej w 50% jest jednostronną. 3) Rozpoznanie z wielką ścisłością daje się zestawić za pomocą cystoskopii i cewnikowania moczowodów. 4) Bardzo ważne znaczenie ma wybadanie moczowodu, stwierdzoną bowiem jest rzeczą, iż przy gruźlicy nerek skutkiem przenoszenia się choroby w dół, bardzo wcześnie moczowód odpowiednej strony ulega zgrubieniu i nacieczeniu nierzadko znacznie wcześniej, zanim przyjdzie do zajęcia pęcherza moczowego. 5) Jako jedyny zabieg przy jednostronnej gruźlicy nerek jest możliwie wczesne wyjęcie nerki — czemu na przeszkodzie nie stoi zupełnie ciąża. A doświadczenie uczy, iż po usunięciu nerki najcięższe zajęcie gruźlicy pęcherza w krotkim stosunkowo czasie zupełnemu ulega uleczeniu. *Dr Cetnarowski.*

Martin. **Przyczynek do etyologii śmiertelnego niedowładu.** (*Mtsch. für Geb. u. Gyn.* T. XXIII. Z. 2). W przypadku opisanym przez Martina rozchodziło się o krwotok po wyjęciu ręcznem łożyska, który zakończył się śmiercią rodzącej. Krwotok ten spowodowany był niedomogą mięśnia macicznego w następstwie chronicznego zapalenia tegoż. Skutkiem przewlekłego stanu zapalnego, ściana mięsna była ścieńczona bardzo znacznie, a najprawdopodobniej przy równoczesnem zajęciu błony śluzowej. rozwój łożyska i jego przyczepienie znacznym uległo zmianom. Cały szereg obrazów histologicznych aż nadto jasno wyjaśnia cały ten przypadek. *Dr Cetnarowski.*

Vertes: **Przypadek gorączki połogowej wyleczonej przez wyjęcie macicy.** (*Mtsch. für Geb. u. Gyn.* T. XXIII Z. 2). W pracy tej opisany jest przypadek niezbyt ciężkiej septikaemii, gdzie 8-go dnia po rozwiązaniu z chwilą wystąpienia pierwszych dreszczy, wyjęto chorej macicę. Droga, którą przyszło do zakażenia, nie została dokładnie wyjaśnioną; czy powodem tegoż były zabiegi dokonywane, nie licząc samego badania, czy też równocześnie znajdujące się włókniaki, które nawet stanowiły znaczną dosyć zaporę przy porodzie, czy też wreszcie miało miejsce samozakażenie. Po dokonanej operacyi dreszcze się nie powtórzyły, a chora po 3-ch tygodniach opuściła szpital. Na podstawie tego przypadku zastanawia się autor wogóle nad zakażeniem połogowem i nad sposobami jego zwalczania. Nie biorąc pod uwagę całego leczenia zapobiegawczego z chwilą kiedy już przyszło do zakażenia, trzeba odróżnić z czem mamy do czynienia z sapraemią, septikaemią czy pyaemią. Przy pierwszej z nich wystarczy leczenie konserwatywne, przy 2-ch ostatnich nie należy być zasadniczym przeciwnikiem operacyi jak Knorres, Leopold i wielu innych, ale uwzględniając czas trwania zakażenia, zasób sił, zrobić badania bakteryologiczne i przekonać się, czy produkcya leukocytów ze strony organizmu jest znacznie wzmożona, wtedy można śmiało pokusić się drogą usunięcia macicy, ratować położnicę, usuwając bowiem macicę, usuwa się pierwotne ognisko zakażenia, a tem samem ułatwia się walkę jaką od pierwszej chwili zakażenia, prowadzą krwinki białe z mikrobami. Zabiegu dokonać należy zawsze drogą cięcia brzusznego. *Dr Cetnarowski.*

Cramer. **Odciąganie soli kuchennej przy obrzękach u ciężarnych.** (*Mtsch. für Geb. u. Gyn.* T. XXIII. Z. 4. Zachęcony pracami i doświadczeniami innych autorów, którzy obrzęki występujące w przebiegu przewlekłych spraw chorobowych nerek usuwali przez podawanie dyety wykluczającej sól kuchenną, próbował tego samego leczenia Cramer w 5-ciu przypadkach ciężkiego obrzęku u ciężarnych zawsze z jak najlepszym wynikiem. Obserwując dokładnie wymienione przypadki doszedł Cramer do przekonania, iż obrzęk u ciężarnych ma przyczynę w zaburzeniach toksycznych w przemianie materyi, następnie że nie stoi on w bezpośrednim związku z nerką ciężarnych Leydena, gdyż bardzo często się zdarzało, iż dopiero z chwilą ustępywania obrzęku występowało białko w moczu. W każdym z wymienionych przypadków przy dyecie soli nie zawierającej, mimo wprowadzania małych ilości płynów, ilość wydzielonego moczu była znaczna, co przemawia za spostrzeżeniami Strauba i Acharda, iż przy zboczeniach czynnościowych nerek najpierw bywa zatrzymana sól kuchenna, a dopiero później woda. Równocześnie opisuje przypadek jeden, gdzie mimo braku drgawek, był zmuszony postawić rozpoznanie rzucawki porodowej na podstawie obrzęków, białko-moczu, bólów głowy, zaniewidzenia, śpiączki etc. Potwierdzałoby to w zupełności spostrzeżenia anatomopatologiczne Schmorla, który na sekcyi znajdował typowe zmiany jak przy rzucawce, mimo, że ta nie była stwierdzona za życia. *Dr Cetnarowski.*

Schubert. **Wzrost olbrzymi u noworodków.** (*Mtsch. für Geb. u. Gyn.* T. XXIII. Z. 4). Schubert opisuje przypadek, w którym urodził się płód przenoszony, zmacerowany, ważący 6550 gr. W przypadku tym obok dość wysokiej wagi ciekawą jest jeszcze trudność, z jaką musiano walczyć przy wydobywaniu barków. Z przyczyn o jakie najczęściej obwiniamy olbrzymi wzrost płodu — w tym wypadku dały się stwierdzić wysoki wzrost i nader silna budowa rodziców, — dość późny wiek rodzącej (wieloródki) i przenoszenie. Równocześnie z tym przypadkiem zebrane są pokrótce najwyższe wagi noworodków, jakie obserwowano w Niemczech, a w statystyce tej na pierwszem miejscu jest przypadek Martina, gdzie płód po wymóżdżeniu bez krwi ważył 7470 gramów. *Dr Cetnarowski.*

Schidkowski. **Gruczolak złośliwy** (*adenoma malignum*) **części pochwowej.** (*Mtsch. für Geb. u. Gyn.* T. XXIII. Z. 4). W artykule niniejszym opisany jest dokładnie przebieg kliniczny, zabieg operacyjny i przebieg pooperacyjny jednego przypadku gruczolaka złośliwego wychodzącego z części pochwowej. Co się tyczy wywiadów i obrazu klinicznego, to obraz jest tutaj zupełnie podobny jak przy raku: nieregularne wyniszczające krwawienie, wychudnięcie potęgujące się aż do kachexyi. W przypadku niniejszym, tyczącym się 49-letniej wielorodki, nowotwór zajmował przednią wargę części pochwowej i przechodził na przednią ścianę pochwy. Zabieg wykonany był przez cięcie brzuszne. co okazało się zbawiennem, gdyż mimo, iż nie można było stwierdzić klinicznie zajęcia tkanki omawianej, podczas operacyi pokazało się, iż nowotwór przechodzi na lewe parametrium. Na podstawie całego szeregu obrazów histologicznych, porównując własne z obrazami w innych nielicznych przypadkach, stara się Schidkowski wyjaśnić sporną kwestyę powstania charakteru i samoistnego stanowiska tegoż nowotworu. Według niego nowotwór ten wbrew twierdzeniu Rugego, Kaufmanna nie jest rakiem, gdyż nigdzie nie udałomu się stwierdzić pod drobnowidem utkania siatkowego. Co się tyczy etiologii, to najprawdopodobniej te same stosunki somatyczne odgrywają rolę co i przy powstawaniu raka szyi lub części pochwowej. *Dr Cetnarowski.*

Prof. Edebohls G. M. **Nowy, przez zdjęcie torebki nerkowej wyleczony przypadek drgawek porodowych w połogu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 25). Jest to trzeci przypadek leczony przez autora tym sposobem. U 20-letniej, przedtem zdrowej pierwiastki wystąpiły, w 23 godzin po czasowym, prawidłowym porodzie, ślepota, bóle głowy i drgawki porodowe. Mocz odprowadzony cewnikiem (z 26 godzin) zawierał 1½:500 białka, a pod drobnowidem obfitość najróżnorodniejszych wałeczków, ciałka krwi i komórki nerkowe. W dalszym ciągu wystąpiły bezwiedne oddania stolca i ciężki zapad. Tęt. 110., ciepłota lekko podwyższona. W 30 godzin po porodzie (po 7 napadach) wykonał E. zdjęcie torebek nerkowych. Nerki miernie powiększone, torebki zgrubiałe, miąższ nerkowy przyćmiony, obrzękły, przekrwiony. Zabieg trwał 26 minut. W ciągu 8 godzin po operacyi 2 napady, przez dobę jeszcze stan ciężki, po 24 godzinach wróciła przytomność. Poprawa następowała szybko, a 23 dnia po operacyi opuściła chora zakład. W 9 dni po operacyi znikło białko w moczu, jakoteż wałeczki. (Po daniu tej pracy do druku ogłosili Chambrelent i Pousson 4 przypadek, wyleczony tą metodą). *B. Wojciechowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Do ograniczenia korzystania z bezpłatnych ambulatoryów zmierza regulamin szpitalny ułożony przez namiestnictwo dolnoaustryackie, a do potwierdzenia ministerstwu spraw wewnętrznych przedłożony. Nowy regulamin, który dawniejsze »zasadnicze postanowienia« uzupełnia, zawiera przedewszystkiem prze-

pisy normujące w przyszłości korzystanie z ambulatoryów. Bezwzględnie potrzebna pomoc lekarska nie może być odmówiona. Chory powinien przedłożyć albo legalne świadectwo ubóstwa, albo potwierdzenie przez radcę ubogich. Świadectwo to względnie potwierdzenie należy choremu odebrać a dać mu za nie »kartę ambulatoryjną« (Ambulatoriumskarte). Wyjątkowo należy poniechać żądania dowodów niezamożności, a mianowicie jeżeli w pewnym przypadku musi się stosować nowe sposoby leczenia i to takie sposoby, jakimi dotąd nie rozporządzają prywatne ordynacye (radium etc.), dalej jeżeli chodzi o ambulatoryjne doleczanie chorych, którzy się leczyli w tych samych zakładach na trzeciej klasie, wreszcie jeśli chodzi o nadzwyczajne długotrwałe leczenie ambulatoryjne, które wymaga specyalnych wiadomości. Wtedy jednak należy w każdym poszczególnym przypadku uzyskać na to zezwolenie dyrekcyi szpitalnej. Chorzy, podlegający obowiązkowi ubezpieczenia, są na ogół wykluczeni od leczenia ambulatoryjnego, chyba że przyniosą od lekarza kasowego pismo z odpowiedniem uzasadnieniem. Poszczególne punkty regulaminu tyczą się obowiązku chorych przestrzegania czystości, niepalenia tytoniu, nie plucia po podłogach i innych spraw porządku domowego. Osoby, które ruch ambulatoryjny uszkadzają przez nadużycia, mogą być wydalane z ambulatoryum. Chorzy mają być w przyszłości załatwiani ściśle wedle porządku, jak się zjawiali, z wyjątkiem nagłych przypadków. Leków, opatrunków ani narzędzi chirurg. nie wolno chorym dawać do domu, wolno ich używać tylko na ambulatoryum. Wykluczeni od leczenia ambulatoryjnego są chorzy zakaźni albo dotknięci chorobami o których należy władzy donieść. Świadectw lekarskich wystawiać nie wolno. Dalsze paragrafy zawierają przepisy dla lekarzy ambulatoryjnych w sprawie odkażania i prowadzenia protokołu. Nowym jest przepis obowiązujący lekarzy do donoszenia o przypadkach podejrzanych zbrodni i karygodnych skaleczeń. Dalej wydano przepisy obowiązujące na przypadek wydarzenia się zejścia śmiertelnego w ambulatoryum. Przy każdem zjawieniu się w ambulatoryum ma chory mieć z sobą kartę ambulatoryjną. *E. S.*

Opór bierny lekarzy dolno-austr. Namiestnictwo zwróciło się do przewodniczącego ogólnej organizacyi lekarzy praktykujących w Austryi dolnej Dra Janeczka z pismem, w którem mu donosi, że wydział krajowy cały materyał złożony w aktach, a ubezpieczenia na starość lekarzy gminnych oraz ubezpieczenia wdów i sierot się tyczy nadesłał namiestnictwu. Materyał ten namiestnictwo oddało ministerstwu spraw wewnętrznych dla zbadania przez departament ubezpieczeniowo-techniczny. Co się tyczy zwołania komisyi dla opracowania nowej ustawy sanitarnej gminnej, której sobie w swoim czasie lekarze życzyli, jest wydział krajowy tego zdania, że wpierw należy czekać na wynik obliczeń ubezpieczeniowo-technicznych. Jeśli wynik tych obliczeń będzie dla lekarzy korzystny, dopiero wtedy rozważy wydział krajowy, czy można będzie pomyśleć o zwołaniu wspomnianej komisyi, czy też raczej będzie należało poczekać na uchwałę sejmu. Wobec tego, że sprawa jest w pierwszym rzędzie natury finansowej, nie może wydział krajowy mimo najlepszej woli załatwić jej w własnym zakresie działania, jak długo sejm nie przyzwoli na potrzebne środki. Aby jednak mimo to umożliwić narady komisyjne w sprawie ustawy sanitarnej, zwróciło się namiestnictwo jeszcze raz do wydziału krajowego z wnioskiem, by z narad wykluczyć tymczasem sprawy natury finansowej aż do czasu, kiedy departament ubespieczeniowotechniczny w ministerstwie wew. ukończy obliczenia swoje, a tymczasem zająć się przynajmniej innemi sprawami odnoszącemi się do krajowej ustawy sanitarnej i to w tym celu, żeby wynik tych narad mógł służyć sejmowi jako podmiot do ewentualnych narad. *E. S.*

Ministerstwo obrony krajowej zamierza przyjąć większą ilość kandydatów na lekarzy wojskowych w czynnej służbie, przyczem nie reflektuje jedynie na specyalistów, tylko przyjmie także lekarzy bez dłuższej praktyki szpitalnej.

Jako beneficya będą udzielone:

1) Zwrot kosztów na studya w kwocie 6.000 koron,

2) Udzielenie korzystniejszej rangi,

3) Przydzielenie w pierwszych dwóch latach służby do Wiednia.

Uprasza się kandydatów w celach bliższych informacyj zwrócić się do referenta sanitarnego Komendy obrony krajowej, ulica Pawia, I. 3, parter na prawo, albo do tegoż zastępcy, szefowego lekarza 46. dywizyi ulica Pawia, l. 3, II piętro, drzwi nr. 50 każdego dnia od 9 do 1. *R.*

Związek państwowy lekarzy austryackich wystąpił na ostatniem posiedzeniu z żądaniem zniesienia przymusowych zgłoszeń chorób i wszelkich przymusowych czynności dla państwa ze strony lekarzy, wychodząc z założenia, że lekarze nie są zobowiązani do żadnych bezpłatnych świadczeń wobec państwa, które obecnie nałożyło na lekarzy wszelkie ciężary tak podatkowe jak i wojskowe, od czego przed laty byli wolni. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 5/VIII a 11/VIII br. urodziło się dzieci żywo 36, nieżywo 6; zmarło osób 47 (obcych 19); z tego z gruźlicy 13 (3), zapalenia płuc 3 (3), błonicy — (—), krztuśca 1 (—), ospy — (—), płonicy 3 (2), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (1), czerwonki — (—), cholery niemowląt 2 (—), innych chorób zakaźnych — (—), śmierci gwałtownej 1 (1).

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 29/VII do 4/VIII b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 2 (2), krztuśca 3 (—), ospy — (—), płonicy 4 (—), odry 9 (—), duru wysypkowego — (—), duru brzusznego 1 (2), czerwonki — (—), epidemicznego zapalenia opon mózgowych — (—).

Wiadomości bieżące.

Z różnych stron. Zakład zdrojowy w Krynicy otrzymał na powszechnej wystawie higienicznej w Wiedniu dyplom na złoty medal dla postępu.

Liczba studentów medycyny we Francyi spadła w ostatniem dziesięcioleciu (1886—1906) o 1044 z powodu utrudnienia dostępu obcokrajowcom, których ilość zmniejszyła się o 46.8%.

Największa biblioteka dzieł lekarskich znajduje się w Waszyngtonie, liczy ona obecnie 193.000 tomów i 276.000 broszur. Założycielem jej był Dr. Billings. Katalog obecnie wydany składa się z 27 tomów i stanowi dokładną bibliografię literatury lekarskiej, reprezentowanej w 21 językach.

Między 4 a 10 września odbędzie się w Genewie drugi zjazd higieny mieszkań.

W Darmstadzie otwarto w 28 lipca b. r. muzeum poświęcone gruźlicy.

Mianowani: Dr Denucé profesorem chorób dzieci w Bordeaux. Dr Albarran profesorem kliniki dróg moczowych po Guyonie w Paryżu. Tamże Dr Thoinot profesorem medycyny sądowej. Dr Cestan profesorem chirurgii w Tuluzie.

Powołani: Prof. Dr Benhöffen z Wrocławia na katedrę psychiatrii do Tübingi.

Zmarli: W Warszawie Leon Feinstein ordynator oddziału ocznego w szpitalu żydowskim i współwłaściciel „Medycyny“.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr 31. Korybut Daszkiewicz (dok.). Halpern (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr 30. Kijewski (c. d.). Serkowski i Maybaum (c. d.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 32. Krzyszkowski: Leczenie róży jothionem i chininą. Czyżewicz: (c. d.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 8. Wąsowicz: Najistotniejsze potrzeby i braki zdrojowisk i uzdrojowisk krajowych ze stanowiska lekarskiego. Doleżan: Wisła.

— *Postęp okulistyczny* (czerwiec, lipiec 1906). Łuniewski: Zranienie rogówki żądłem pszczoły. Wicherkiewicz: Obrażenie rogówki piorunem i kilka uwag nad leczeniem powierzchownych obrażeń rogówkowych.

— *Časopis lekařův českých* Nr 32. Elgart: Amputatio humeri osteoplatica et antibrachii tenoplastica. Zahradnicky: (c. d.). Hamza: (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 29. Jakowski: Próbka klassyfikacyi lekarskich zabiegów przy leczeniu wewnętrznych chorób. Orłow: Przyczynek do kazuistyki zapalenia i ropienia torbielaków w okresie popo-

rodowym z ich następstwami. Opokiu: O bakteryologii ropni pozagardłowych. Alotokratof: Guz zajmujący lewe przednie ciałko czworacze, tylną część torebki wewnętrznej i jądra soczewkowatego. Michajłow: Leczenie chirurgiczne w chorobach moczopłciowych. Lewi: Sposoby umocowania świeczki Le Forte'a.

— *La Presse médicale* Nr 61. Létienne: O starości.

— *La Presse médicale* Nr 62. Iscoresco: Obecność istot koloidowych w wodach studzien paryskich i w wodach mineralnych. Dominici: Rad, jego działanie fizyologiczne i lecznicze. Leroux: Krzywa szyja pochodzenia usznego.

— *La Presse médicale* Nr 63. Daireaux: Leczenie zapalenia płuc odoskrzelowego przez wywoływanie sztuczne ropni. Leren i Barret: Radioskopia żołądka. Żołądek osesków, jego kształt, dolna granica, napełnianie się i opróżnianie.

— *La Semaine medicale* Nr 32. Sprawozdanie ze zjazdu francuskich psychiatrów i neurologów.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 32. Nobl: O odporności na wprowadzenie podskórne szczepionki. Füntratt: Bakteryologia tyfusu i jej znaczenie przy zwalczaniu tyfusu. Biach: O przeroście naskórka pod wpływem arsenu. Oppenheim: Obecny stan leczenia kiły.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 32. Hildebrand: O obustronnem wyjęciu szczęk górnych. Landau: Przypadek ciąży zamacicznej późnej z płodem żyjącym. Hirschfeld: Dalszy przyczynek do zmian szpikowych. Zondeck: Przypadek zatoki żylnej w okolicy lewej ślinianki przyusznej. Kast: (c. d.). Eckstein: (dok.). Posner: Moczenie mimowolne moczowodowe.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 32. Opitz: O postępach w nauce położnictwa. Blumenthal: O zatruciu lyzolem. Pfister: Kilka rzadszych powikłań duru brzusznego. Karrenstein: Czy zapalenie kiszki ślepej jest częstsze u mężczyzn, czy też u kobiet. Moll: Dalsze doniesienia o użyciu zalkalizowanej maślanki jako odżywki dla osesków i o preparatach otrzymywanych z maślanki. Ritter: Nowy sposób wytwarzania przedniej ściany zatoki czołowej przy doszczętnych operacyach ropni w tych zatokach. Goldberg: Wskazanie do doszczytnych operacyi przy chorobach stercza.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 32. Bennecke: O naczyniastych ziarniakach. Neumann: Badania nad wpływem protyliny na wydzielanie fosforu u człowieka. Neck: O ostrem rozszerzeniu żołądka i tak zwanej naczyniowo-kreskowej niedrożności jelita. Riebold: Leczenie ostrego zapalenia stawów zapomocą śródżylnych wstrzykiwań kollargoliny. Lehrer: Leczenie przykurczeń histerycznych w kończynach dolnych zapomocą znieczulenia lędźwiowego. Fischer: Nerwice serca, a choroba Basedowa. Aronheim: Przypadek choroby Basedowa bez wytrzeszczu leczony antitryroidyną Moebiusa. Leuren: Przyczynek do leczenia choroby Basedowa antityroidyną Moebiusa. Durlacher: Przyczynek do guzów podskórnych na palcach. Klein: Cztery przypadki torbieli nabłonkowych. Lemierre: O zachowaniu się prątków tyfusowych we krwi chorych na tyfus wobec działania bakteryobójczego krwi. Muck: Prosty i praktyczny przyrząd do zastosowania według Biera. Stubenrauch: O zaopatrywaniu szypuł przy operacyach ginekologicznych. Wille: (dok.).

Redakcya otrzymała: Kucharzewski: Badanie doświadczalne nad wpływem surowic leczniczych i normalnej końskiej na krew.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. Dr Stanisław Dobrowolski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Probilinowe pigułki (zawierające po 0·1 kw. salicyl i oliwianu sodowego z phenolphtaleiną i mentolem) poleca Dr. E. Brings („Mediz. Blätter" Nr 25, 26) przy chorobach narządu żółciowego. Pigułki działają żółciopędnie, znieczulająco i odkażająco, względnie rozpuszczają kamienie żółciowe, nadto mentol i phenolphtaleina pobudzają czynność jelit. W ostrym napadzie choroby podaje się do 20 pigułek dziennie, w przewlekłych przypadkach wystarcza podać 3—5 pigułek 2 razy dziennie, w ciężkiej kolce wątrobowej z powiększeniem pęcherzyka żółciowego podawał B. 3 razy dziennie po 4 pigułki, a po ustąpieniu objawów gwałtownych 3 razy po dwie pigułki przez 4 tygodnie, a po miesięcznej przerwie powtarzał kuracyę. Po tem leczeniu napady albo ustępowały, albo stawały się znacznie łagodniejsze. W żółtaczce nieżytowej stwierdził B. również dobre działanie probiliny, podając 3 rązy dziennie po pigułce. Wreszcie poleca B. probilinę w dolegliwościach żołądkowych, kurczach i niestrawności na tle kamicy żółciowej wogóle. Preparat wyrabia Goedecke i Sp. w Lipsku. *Ztr.*

Visvit, nowy środek odżywczy opisuje Dr J. Maas (z I. kliniki lekarskiej uniw. berlińskiego, dyrektor prof. Leyden; „Medizinische klinik" 1906, Nr 28). Jestto wysokoprocentowy przetwór białka zwierzęco-roślinnego, łatwo ulegające asymilacyi połączenie hemoglobiny, lecytyny, soli wapienno-magnezyowej i kwasu nukleoacidfosforowego, wyrabiany przez firmę Dr Horowitz, Chem. Institut, Berlin. Smak nietylko nie jest wstrętny, lecz nawet pobudza apetyt. Skład chemiczny:

Substancyi azotowych 80,14% (z tego 1,85% białka hemoglobinowego), tłuszczu wyciągniętego eterem 3,26% (z tego lecytyny 0,24%), węglowodanów 15,26%, soli 1, 34%.

Skład ten wskazuje, iż visvit nadaje się nietylko tam, gdzie chodzi o nagromadzenie tłuszczu, lecz gdzie zależy na ogólnem podniesieniu sił organizmu. Z szeregu chorych leczonych visvitem w klinice zasługują na szczególną wzmiankę 3 chorych gruźliczych, którzy nietylko chętnie lek ten zażywali, lecz podnosili, iż mają w czasie leczenia znacznie lepszy apetyt, że się czują silniejsi i rzeźwiejsi, a po odstawieniu leku żądają go ponownie. Przedmiotowo stwierdzono u nich: 1) wzrost ilości hmg. w 1 tygodniu o 5%; 2) znaczny wzrost liczby krwinek czerwonych, n. p. z 3,600000 na 5,200000; 3) przybytek wagi od 1 do 3 funtów na tydzień; 4) badanie przemiany materyi wykazuje wyraźne zatrzymywanie N. i P., jako wynik dobrej asymilacyi białka.

Doświadczenia kliniki Leydena, każą uważać visvit za środek odpowiedni przy stanach osłabienia, u ozdrowieńców i przy podupadłym apetycie.

Przeciętnie podaje się 3—5 razy dziennie po 1—2 łyżeczek. *Hr.*

Rok XLV. Kraków 25 Sierpnia 1906. Nr 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O przetokach kałowych po przepuklinach uwięźniętych.

Podał

Dr Józef Bogdanik
prymaryusz.

W przypadkach przepukliny uwięźniętej ze zgorzelą uwięźniętej pętli jelita jestem zwolennikiem doraźnej resekcyi. Postępuję przytem w ten sposób, jak to podałem na ósmym zjeździe chirurgów polskich w Krakowie dnia 13-go lipca 1896 r. [1]). Nie otwierając bramy przepuklinowej, odcinam worek przepuklinowy i otaczającą go tkankę zgorzelinową. Następnie oczyszczam jeszcze pole operacyjne płynem przeciwgnilnym, a potem owijam zgorzelinową pętlę jelita gazą wyjałowioną. Jeżeli się w worku przepuklinowym oprócz jelita także sieć znajduje, to ją resekuję pęczkami po poprzedniem podwiązaniu katgutem. Bramę przepuklinową nacinam teraz nożem pod nadzorem oka o tyle tylko, aby z jamy otrzewnej na zewnątrz wydobyć można spory kawałeczek jelita doprowadzającego i odprowadzającego. Przepłukawszy, a następnie osuszywszy dokładnie pole operacyjne, zakładam uciskadła na jelito, resekuję kawałeczek pętli jelita odpowiedniej długości i zeszywam jelito i ranę w krezce.

Mając teraz już całkiem czyste pole operacyjne, usuwam uciskadła z jelita, a nareszcie szeroko nacinam bramę przepuklinową. Tym sposobem unikam zakażenia otrzewnej z zewnątrz, bo jeszcze przed otwarciem jamy otrzewnej zamienia się przepuklinę zgorzelinową na ranę czystą; potem dopiero odprowadzam jelito do jamy otrzewnej. Tak postępując miałem wyniki dobre, zarówno, jeżeli sam operowałem, jak i wtedy, gdy powierzyłem wykonanie operacyi kolegom sekundaryuszom albo praktykantom oddziału.

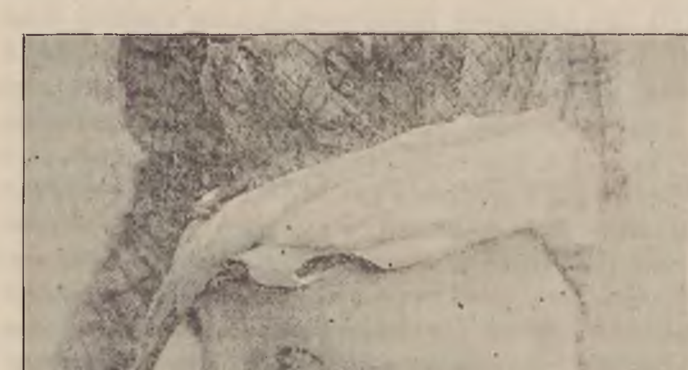
Wyjątkowo tylko zgadzam się na założenie przetoki kałowej (rzyci sztucznej), jeżeli liche siły chorego wymagają rychłego ukończenia operacyi, lub jeżeli mniej wprawny operator chce wybrać łatwiejszy sposób operacyi. Przetoki kałowe tworzą się także jeszcze bez pośrednictwa chirurga siłami natury. Miałem wreszcie przypadki, w których laik uważając przepuklinę za ropień, naciął ją nożem i przez to powstała przetoka kałowa.

Niektóre podręczniki rozróżniają przetokę kałową i rzyć sztuczną *(fistula stercoralis et anus praeternaturalis)*. O przetokach kałowych mówi się w przypadkach, gdzie ściana jelita przyrosła do powłok brzusznych i kał wydziela się przez boczny otwór w jelicie. Rzycią sztuczną zaś zowie się przypadki, gdzie cała pętla jelita uległa zgorzeli i wtedy powstają dwa otwory, jeden prowadzący do części jelita doprowadzającej, z której wydziela się kał; drugi zaś prowadzący do części jelita odprowadzającej. To odprowadzające ramię jelita, nie zawierające treści, zapada się. Odróżnienie tych dwóch odmian jest bardzo subtelne, bo jedna postać przechodzi w drugą, dlatego też wielu chirurgów uważa przetokę kałową i rzyć sztuczną za jedno.

Większe znaczenie ma dla chorego miejsce, w którem się przetoka usadowiła. Jeżeli przetoka jest w kiszce lub w jelicie w pobliżu kątnicy, wtedy odżywienie chorego jeszcze będzie dostateczne. Inaczej rzecz się ma, jeżeli przetoka znajduje się w pobliżu dwunastnicy. Wtedy odżywienie bardzo cierpi.

Naokoło przetoki bardzo często wypukla się błona śluzowa, która ustawicznie bywa przekrwiona. W jednym przypadku spostrzegłem całe ramię jelita wgłobione i wysunięte na zewnątrz. Przypadek ten dotyczy kobiety 36 lat liczącej, u której nastąpiła przetoka po przepuklinie pachwinowej. (p. rycinę I).

Ryc. I.



Na fotogramie widać kiełbasowate ciało, wynurzające się z pachwiny prawej. Wystająca część jelita była 20 cm. długa, pokryta pofałdowaną błoną śluzową, a na końcu jej znajdował się otwór, w który wygodnie palec można było wsunąć. Z otworu tego wydzielała się ciecz śluzowata, żółta, mało cuchnąca, u podstawy tej rury zaś gromadził

[1]) Przegląd chirurgiczny. T. III. L. 3. — Siedmioletnie sprawozdanie szpitala w Białej. Kraków 1904 r.

się kał. Rozpoznałem wypadnięcie jelita wgłobionego przez przetokę kałową, myśląc z początku o jelicie doprowadzającem, okazało się jednak, że wypadnięcie dotyczyło jelita odprowadzającego, jak to operacya stwierdziła. Wypadnięcie jelita doprowadzającego łatwiej wytłómaczyć. Podobnie jak przy wypadnięciu odbytnicy przez otwór stolcowy wysuwa się kiszka, parta ruchem robaczkowym, podobnie powstać to może przy rzyci sztucznej. Tem łatwiej to powstać powinno, że w przetokach już jest dążność wypychania jelit przez bramę przepuklinową na zewnątrz. W niniejszym przypadku atoli otwór w jelicie doprowadzającem pozostał w poziomie rzyci sztucznej wydzielając kał, przez otwór zaś w jelicie odprowadzającem wypychał jelito ruch przeciwrobaczkowy.

Aby wyleczyć chorego z kalectwa, na jakie go naraża przetoka kałowa, podano rozmaite sposoby. Obawa otwarcia jamy otrzewnej dotąd jeszcze wielu chirurgów powstrzymuje od najdoszczętniejszego sposobu operacyi przetoki. Jest nim wycięcie kawałka jelita doprowadzającego i odprowadzającego i szew jelitowy. Nie przeczę, że niektóre, zwłaszcza małe przetoki kałowe goją się same pod opatrunkiem. W takich przypadkach nie należy chorego narażać na tak ciężki zabieg; gdzie jednak wyczekujące leczenie celu nie osiąga, zalecam resekcyę.

Sposoby dawniej praktykowane, aby usunąć ostrogę, pozostającą pomiędzy jelitem doprowadzającem, a odprowadzającem, jako to nożyce Dupuytrena, podwiązanie ostrogi i t. d. były uzasadnione w owym czasie, gdy się jeszcze obawiano otwarcia jamy otrzewnej. Dziś jednak, kiedy antyseptyka, a raczej aseptyka zmniejszyła obawę zakażenia otrzewnej do ostatecznych granic, kiedy przy operacyach na pęcherzu moczowym za przykładem Rydygiera otwieramy pęcherz od strony pokrytej otrzewną, co sam kilkakrotnie wykonałem ze skutkiem bardzo pomyślnym, opór przeciw resekcyi nie ma już żadnej podstawy.

Chodzi jeszcze o rozstrzygnięcie, kiedy przystąpić do resekcyi? Na wstępie już oświadczyłem, że przy przepuklinach zgorzelinowych jestem zwolennikiem resekcyi doraźnej. Jeżeli zaś założono rzyć sztuczną z jakiegokolwiek powodu, wtedy należy poczekać kilka tygodni, póki nie ustąpią wszystkie objawy zapalne tak ogólne jakoteż miejscowe. Stoję tu na tem stanowisku, na jakiem stoją chirurdzy wobec zapaleń wyrostka robaczkowego. Najlepsze wyniki pooperacyjne mamy w przypadkach, w których 6—8 tygodni przeczekamy po ustąpieniu napadu ostrego, dobre także są wyniki operacyjne, jeżeli wykonano operacyę w pierwszych 36 godzinach. Wyczekiwanie przy przetokach kałowych tem bardziej jest wskazane, że ropienie w okolicy rzyci sztucznej zagraża w wysokim stopniu zakażeniem otrzewnej, jeżeli w tym okresie operacyę wykonamy. Wyjątek stanowią przypadki, w których szybko następuje wycieńczenie chorego z powodu usadowienia się przetoki w małem oddaleniu od dwunastnicy. W tych przypadkach rychłe wykonanie operacyi jest wskazane, podobnie jak w przypadkach ogólnego zapalenia otrzewnej przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. Wyniki pooperacyjne będą naturalnie w tych przypadkach gorsze, bez operacyi jednak skazujemy chorego na niechybną śmierć z wycieńczenia.

Co się tyczy samej resekcyi, to wykonywam ją w sposób następujący. Odkaziwszy dokładnie pole operacyjne, otwieram jamę otrzewną blizko przetoki. Następnie wyciągam na zewnątrz kawałek jelita doprowadzającego i odprowadzającego i zakładam na jelicie dośrodkowo uciskadła jelitowe. W pewnem oddaleniu od uciskadeł przecinam jelito doprowadzające i odprowadzające i część krezki pomiędzy temi płaszczyznami cięcia. Części jelita, prowadzące do przetoki, zawijam starannie gazą wyjałowioną, aby ich treść nie zanieczyszczała pola operacyjnego, a potem spajam przecięte jelita. Już wielokrotnie nadmieniałem, że zeszywam jelita, nie posiłkując się żadnymi przyrządami. Niektóre przybory do spajania jelit są bardzo pomysłowe, zwłaszcza guzik Murphyego jest bardzo praktyczny i skraca czas operacyi. Potrzeba atoli przytem wprawnego asystenta, a nadto guzik sam już nieraz wywoływał zejście śmiertelne. Skrócenie czasu operacyi przy użyciu guzika wynosi zaledwie kilka minut, nie bardzo więc wchodzi w rachubę. Kto zatem dobrze szyć umie, obejdzie się bez przyrządów.

Szew zakładam dwuwarstwowy według Czernego Lemberta. Do pierwszego rzędu szwów używam jedwabiu. Szew ten przechodzi przez wszystkie warstwy ściany jelit tak, żeby powierzchnie, otrzewną pokryte, do siebie przylegały. Pierwotnie używałem szwu węzełkowego, zawiązując węzeł na wewnątrz światła jelita. Aby zaś umożebnić tem szczelniejsze przyleganie do siebie powierzchni surowiczych, zakładam szew własnego pomysłu, zaczynając szycie od okolicy krezki. Igłę, nawleczoną jedwabiem, wbijam w ścianę jelita w pobliżu krezki od strony śluzowej, a wykłuwam igłę po stronie surowiczej, następnie wbijam igłę w ścianę drugiego jelita od strony surowiczej, a wydobywam po stronie śluzowej. Dalej przekłuwam ścianę tego samego jelita od strony śluzowej ku surowiczej w oddaleniu kilku milimetrów, a potem przekłuwam ścianę pierwszego jelita od strony surowiczej ku śluzowej. Mając teraz oba końce jedwabnej nitki w świetle pierwszego jelita, naciągam je i związuję.

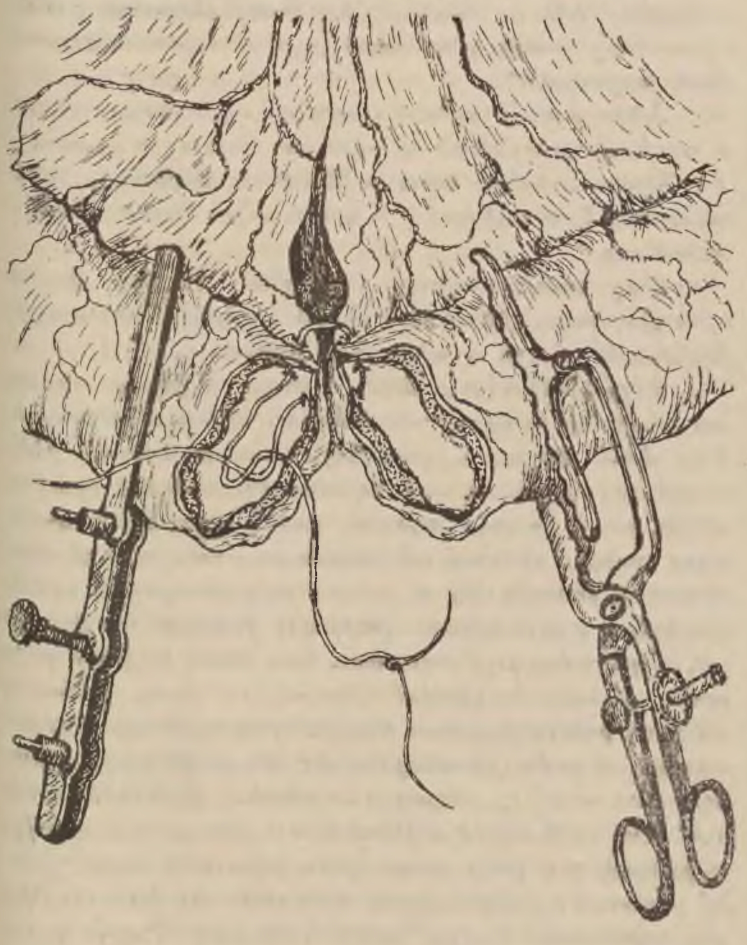
W jaki sposób szew ten zakładać należy, najlepiej uzmysłowi załączona rycina. Obok tego szwu zakładam w małem oddaleniu od siebie tyle szwów, ile ich potrzeba aby oba końce jelit ze sobą złączyć. (p. ryc. II).

Założywszy już pierwszy rząd szwów, usuwam uciskadła, a następnie zakładam drugi rząd szwów z katgutu sublimatowego sposobem Lemberta, t. j. szyjąc tylko warstwę otrzewną obu kawałków jelit. Nakoniec spaja się katgutem ranę krezki tak, żeby żadna szczelinka nie pozostała. Tak postępuję w przypadkach, gdzie nie ma wielkiej różnicy między światłem jelita doprowadzającego a światłem jelita odprowadzającego. Osiowe połączenie jelit uważam bowiem za najodpowiedniejsze, bo przywraca stosunki, najpodobniejsze do prawidłowych. Jeżeli zaś jest znaczniejsza różnica w świetle jelit, a zwłaszcza, jeżeli połączyć należy jelito cienkie z kiszką grubą, wtedy tylko tworzę połączenie boczne.

Przy tej sposobności nasuwa mi się kilka uwag o uciskadłach jelitowych. Chętnie ich używam, jakkolwiek wprawny asystent palcami dokładnie zacisnąć potrafi światło jelita, ale szkoda rąk jego, zwłaszcza, że mając dobre uciskadła, bezpiecznie pracować można z mało wprawnym asystentem. Na rycinie II. widać uciskadła, które zadanie swe dobrze spełniają. Po prawej stronie jest uciskadło Baumgärtnera, po lewej zaś moje własne, które w tej postaci

wykonał p. Knapiński w Krakowie. Nadmienić muszę, że rycina przedstawia uciskadła tak, jak ich fabryka dostarcza; w użyciu naciągam zawsze sączki gumowe (dreny) na ramiona uciskadeł. Czynię to w tym celu, aby zapobiedz zbyt silnemu uciśnięciu jelita, coby wywołać mogło zgorzel, a przytem uciskadło, sączkiem pokryte, lepiej się trzyma. Zasadą obu narysowanych uciskadeł jest, że równomiernie zacieśniają światło jelita i nie wymagają przedarcia krezki.

Ryc. II.



Moje uciskadło składa się z dwóch drążków stalowych na osiach, równolegle przybliżać się dających zapomocą śruby. Narzędzie to i sposób użycia są bardzo proste. Ramiona równoległe rozsuwa się przez odkręcenie śruby i naciąga na nie sączki. Pomiędzy ramiona wsuwa się jelito, a następnie śrubę się przykręca, poczem uciskadło zacieśni światło jelita, jak to wyobrażono na rycinie II. Podczas wykonywania resekcyi używa się jeszcze uciskadeł jako rękojeści celem przytrzymania jelit. (Dok. nast.)

Szkice z dziedziny epidemiologii zimnicy w Europie środkowej i północnej.

Napisał

Dr Zenon Grossek,

lekarz okręgowy.

(Dokończenie.)

Na wyspie Walcheren śmiertelność dzieci w 1. roku życia wynosiła 29 na 100 urodzonych; na wysepkach dookoła ujścia rzeki Mozy 39—43 na 100; gdy tymczasem w wolnej od zimnicy prowincyi Limburskiej śmiertelność ta wyrażała się tylko liczbą 12:100 (A. Laveran i L. Catrin). Podług Laverana, na zmniejszenie obszaru panowania i gwałtowności zimnicy w Holandyi wpłynęły prace, dokonane dla ochrony wybrzeży od zalewów morza, drenowanie pól i doskonała uprawa roli; z końcem XIX w. jednak zimnicę jeszcze napotykano (oprócz w Zeelandyi i Holandyi Północnej) także w Holandyi Południowej i prowincyi Overyssel.

Francya[47]) dostarcza również licznych i dokładnych spostrzeżeń, dotyczących epidemiologii zimnicy.

Przedewszystkiem zasługuje na uwagę wybuch epidemii zimniczej, który wydarzył się w r. 1805, więc na 15 lat przed wynalezieniem sposobu uzyskiwania czystego alkaloidu chininy, — w Bordeaux (44° 50'), a opisany przez Catançeau. W następstwie osuszenia bagna, leżącego w pobliżu bram miasta, a dokonanego w porze letniej, zachorowało na zimnicę 12,000 ludzi, zmarło 3,000.

W Paryżu (48° 51') pojawiła się zimnica w r. 1811, w czasie kopania kanału St. Martin, i szerzyła się w dzielnicach: Temple, Villette i Pantin; powtórnie nawiedziła stolicę w r. 1840, w czasie budowy obwarowań.

W sąsiedztwie Strassburga (48° 35') ciągnęły się dawniej bagna wzdłuż rzek Renu i Illu; zwłaszcza w pobliskiem Krutenau znajdowało się wielkie bagnisko, podtrzymywane wylewami rzeki Ill. Jeszcze w r. 1832 panowała tam zimnica nietylko w postaciach gorączek przerywanych, lecz również jako napady złośliwe bagiennicy. W czasach późniejszych bagna te osuszono, uregulowano koryta rzek i zimnica w tych okolicach jest obecnie chorobą, rzadko napotykaną.

W gminie Bain[48]) (około 48° szer. półn.) w departamencie l'Ille et Vilaine na 4,266 mieszkańców chorowało w r. 1873 podług zapisków Blanchea 1,866 osób na zimnicę, w tem 303 mężczyzn, 596 kobiet i 967 dzieci; z nich zmarło 25 dzieci i 25 dorosłych.

W departamencie Morbihan[49]) (około 48° sz. p.) w r. 1878 spostrzegano 452 przypadków zimnicy; z tego zmarło 195 osób. W r. 1880 notowano 5,705 chorych, a 253 zmarłych; w roku 1881 — 2,795 chorych a 191 zmarłych na zimnicę.

E. Calmette znalazł półksiężyce bagiennicy we krwi chorych, którzy się nabawili zimnicy w okolicy miasta Quimper, depart. Finistère (48° sz. p.).

W Saint-Philbert nad jeziorem Grand-Lieu (47° 5') w departamencie Loary Dolnej jeszcze około roku 1880 panowała zimnica; oprócz postaci łagodnych z torem przerywanym zdarzały się liczne napady złośliwe, ciężkie charłactwa i wielkie śledziony. Od owego czasu umniejszyła się częstość zimnic. Gdy w latach 1872—1885 aptekarz M. Verger w St. Philbert sprzedawał rocznie 4 do 5 klg. chininy, z początkiem XX wieku sprzedawał już tylko po 3 lub nawet po 2 klg. na rok. W roku 1903 Cailleteau spostrzegał tam przypadek napadu złośliwego cholerowatego i kilka przypadków charłactwa zimniczego;

---

[47]) Gdzie innego źródła nie przytaczam, opis zimnicy we Francyi powtarzam za A. Laveranem, bardzo często dosłownie.

[48]) J. Mannaberg: Die Malariakrankheiten.

[49]) J. Mannaberg: l. c.

lecz wszystkich chorych zimniczych naliczył (wraz z drem Guillon) już tylko 50 na około 10.000 ludności. W pobliżu St. Philbert bracia Sergent spotykali ludzi, którzy przebyli po kilka napadów złośliwych [50]).

W poblizkiem Machecoul, gdzie bagna składają połowę wszystkich obszarów, zimnica szerzy się najgwałtowniej od lipca do listopada; napady złośliwe nie są rzadkie, a charłactwo przydarza się często. W tej okolicy jest wiele dzieci ze znacznym obrzękiem śledziony.

W Saumur (47° 15′) Yvert widział często przypadki zimnicy z gorączką zwalniającą, jakoteż zimnicę utajoną

Przedewszystkiem jednak zasługują na uwagę we Francyi te miejscowości, w których wybuchała i szerzyła się zimnica wobec warunków, szczególnie sprzyjających jej rozprzestrzenianiu się, a będących wynikiem szczególnych okresów pewnych gałęzi pracy ludzkiej. Poczynione tam spostrzeżenia mają wartość jakby z rozmysłu dokonanego doświadczenia, uzmysławiającego całą doniosłość spustoszenia, jakie mogą sprawić choroby zimnicze już w klimacie środkowo-europejskim.

Otóż mianowicie na zachodniem francuskiem wybrzeżu oceanu Atlantyckiego, od ujścia rzeki Seudre (45° 41′) aż do ujścia Loary (47° 15′), dawniej kwitnąca produkcya soli z wody morskiej, w ciągu XVIII wieku popadła w zaniedbanie. Skutkiem tego sadzawki solankowe zamieniły się w bagna, w których woda słona zmieszała się z wodą słodką. Te „bagna mieszane“ ułatwiły zagnieżdżenie się zimnicy w tych okolicach.

Podług Godeliera [51]) w pobliżu Marennes istniało „kwitnące w XVI wieku miasto, położone pośród rozległych solanek. Posiadało najpiekniejszy port, jaki morze utworzyło na francuskich wybrzeżach. Karol IX zawezwał inżynierów francuskich, aby założyli tam fortyfikacye... Wielki Kardynał wznowił te obwarowania... utworzył tam nadto siedzibę rządu, szpital, arsenał i ogromne składy. Miasto to, posiadające 400 domów, szerokie ulice, wytyczone pod kątem prostym, obejmujące w sobie pałac królewski, siedzibę admiralicyi, biuro dzierżawców, konwent zakonników i liczny garnizon wojska, nazywało się Brouage“ (45° 50′).

Jeszcze w XVII w. miasto było zamożne, a okolica zdrową. Dopiero gdy zaniedbano sadzawek solnych i gdy potworzyły się „bagna mieszane“, rozwielmożniła się w niem zimnica i miasto popadło w nędzę i ruinę. Śmiertelność podniosła się znacznie i wynosiła w latach 1817 do 1832 rocznie średnio 47·6‰, gdy w całej Francyi śmiertelność w tym okresie wynosiła tylko 25‰. Śmiertelność dzieci w 1. roku życia w całej Francyi wyrażała się wówczas stosunkiem 23 do 24 : 100, zaś w Brouage 32 : 100, a w sąsiednich gminach wiejskich doszła do wysokości 42 : 100. Gdy tedy przy tych stosunkach na 3 urodzenia przypadały 4 przypadki śmierci, wytworzył się ubytek ludności; w roku 1815 miasto miało już tylko 103 mieszkańców. Skoro zaś podług ustaw ówczesnych tak nizka cyfra ludności nie dawała prawa do utworzenia samoistnej gminy, przeto musiało miasteczko połączyć się z gminą sąsiednią, również wyludnioną, w jedną całość administracyjną.

Mêlier w swem sprawozdaniu o bagnach solankowych, przedłożonych Akademii Lekarskiej (Académie de médecine) w r. 1847, tak opisuje gminę Hiers, położoną w sąsiedztwie Brouage: „Zwiedzając wieś Hiers napotykaliśmy tam dzieci 12-letnie, które wyglądały zaledwie na lat 6 lub 8, tak były nędzne i źle rozwinięte. Cera ich była blada, a przytem matowa, z odcieniem brudno-szarym. Twarze były nabrzękłe, a członki chude i cienkie. Tylko brzuch nadmiernie duży i rozwinięty nosiły przed sobą, a w nim — nieuleczalnie chore wnętrzności“.

Jakże wiernie opis ten zgadza się z obrazem dzieci w wioskach galicyjskich za niedawno minionych czasów!

Obecnie okolice Brouage, Marennes, Rochefortu, jakoteż kanton Loary Dolnej i Wandea są już bardzo znacznie ozdrowione.

Trzy inne prowincye francuskie: Dombes, Brenne i Sologne okazują nam zgubne pod względem zdrowotnym skutki hodowli ryb w sztucznych stawach.

Pays-des-Dombes, część dawnego hrabstwa Bresse, jest to okolica położona w zachodniej części departamentu Ain, około 46° sz. p., pomiędzy Rodanem a Saoną. Gdy mieszkańcy tej prowincyi zaprowadzili hodowlę ryb, na swych polach tworząc sztuczne stawy, przez 2 lata napełniane wodą, a na trzeci rok spuszczane i zasiewane zbożem, okolica ta zmieniła się w jedno z najgroźniejszych ognisk zimniczych i cała kraina opustoszała wskutek tej choroby tak, iż powiadano: „La tristesse, la solitude, la fièvre et la misère — voilà la Dombe“ (Catrin). — Brun, proboszcz z Villars, podaje, że średnia długość życia ludzkiego w Bresse wynosiła w przeciągu całego wieku 20 do 22 lat (odpowiednio 45·4 — 50‰ rocznej śmiertelności). Średnia śmiertelność z lat 1802—1842 w Dombes wynosiła rocznie 41·6‰, w gminach zaś, gdzie stawy rybne zajmowały ponad $^1/_3$ całej powierzchni, śmiertelność dochodziła do 50 i 55·5‰, gdy współczesna średnia śmiertelność całej Francyi wynosiła 28·5‰.

Od połowy XIX w. zaczęto osuszać tę okolicę i z końcem ubiegłego stulecia, zmieniono już przeszło 100,000 hektarów stawów na stałe w zwykłą rolę orną. A mimo to jeszcze w r. 1866 było tam zaledwie 24 mieszkańców na 1 klm. kwadr., gdy średnia gęstość zaludnienia Francyi wynosiła 70 mieszkańców na 1 klm. kwadr.

Brenne jestto wyżyna w zachodniej części departamentu Indre (około 46° 45′), mająca około 100.000 hektarów powierzchni, a posiadająca podglebie z gliny i marglu, nieprzepuszczalne. W dawnych czasach była zalesiona; gdy lasy wycięto, a na ich miejscu utworzono liczne stawy, zagnieździła się tam zimnica. W r. 1860 powierzchnia nawodniona zajmowała przestrzeń 6,274 hektarów. W r. 1866 gęstość zaludnienia w Brenne wynosiła tylko 34 mieszkańców na 1 klm. kwadr. (w okręgu Blanc), a w najniezdrowszych okręgach nawet tylko 29 m. na 1 klm. kwadr.

Sologne, jestto rozciągająca się pomiędzy rzekami Loarą i Cher równina o powierzchni 4,600 klm. kwadr., lekko falista, o podglebiu gliniastem, nieprzepuszczalnem, położona około 47° 30′ sz. p. w departamentach Loire et Cher, Loiret i Cher. Wody płynące mają tam mały spad, wylewy

[50]) Szczegóły z St. Philbert de Grand-Lieu podaje A. Laveran; a nadto na podstawie spostrzeżeń: Cailleteau z St. Philbert, Voyera z Machecoul i Guiberteau z Saint-Jean-de-Corcoué bracia Edmund i Stefan Sergent w Annales de l'Institut Pasteur, T. XIX, 1904 Str. 49—63, w rozprawie p. t. „Essai de campagne antipaludique selon la methode de Koch“.

[51]) Cyt. podług. L. Catrina „Le paludisme chronique“ str. 260.

rzek są częste, co daje sposobność do tworzenia się bagien. Pomimo tego do roku 1450 Solonia była krajem zdrowym i bogatym, dopiero gdy zaniedbano uprawy roli, a rozpoczęto tworzyć sztuczne stawy w celu hodowli ryb, kraj zubożał i wyludnił się. Mamy wiadomość, że w roku 1586, w następstwie osuszania stawów pod miastem Romorantin wybuchła zimnica i pochłonęła wiele ofiar. Z początkiem XIX w było w Solonii 12,000 stawów, zajmujących 17,000 hektarów powierzchni. Podług relacyi Monfalcona i Burdel de Vierzona Solonioci w pierwszej połowie XIX w. trapieni byli zimnicą i żyli w nędzy. W r. 1845 w Châtillon na 18 narodzonych przypadało 20 zmarłych (Catrin). Prace melioracyjne około odwodnienia pól, rozpoczęte około 1852 roku, zmniejszyły i tam znacznie rozprzestrzenienie zimnicy.

O całej Francyi Monfalcon (1826), powołując się na Pricea i M. Sausseta, utrzymuje, że w okolicach zimniczych śmiertelność wynosiła średnio 38·4‰. Podług L. Catrina w r. 1889 było w wojsku Francyi europejskiej 863 chorych na zimnicę; zmarło 5 (1 w napadzie złośliwym, 2 wśród gorączki zwalniającej, 2 wskutek charłactwa), a 7 chorych uwolniono od służby wojskowej. Le Dantec[52]) w r. 1898 podaje, że chorobliwość na zimnicę pośród wojska Francyi europejskiej wynosiła 5% w stosunku do wszystkich zachorowań.

Czechy. W Pradze, gdzie zimnica przez wiele lat wcale się nie pojawiała, wybuchła epidemia zimnicy w r. 1823 i trwała aż do r. 1830, t. j. do pojawienia się cholery azyatyckiej (Hirsch); potem tak zrzedła, że zgłaszające się do szpitala przypadki jako osobliwość były przenoszone do klinik (Finger). Ignacy Naherny[53]), protomedyk czeski, w sprawozdaniu o stosunkach zdrowotnych Czech z r. 1843 powiada, że zimnica szerzyła się od marca do listopada, nawiedzała dorosłych i dzieci i przytacza przypadek zimnicy codziennej, połączonej z charłactwem i puchliną brzuszną, a uleczony chininą. Nadto podaje, że zimnica występowała często w miasteczku Horażdyowicach (49° 18′).

Podług Franciszka Strosa[54]) w obwodzie pilznieńskim (czeskim) zimnice należały do chorób endemicznych, okazywały największe nasilenie na wiosnę, a trwały przez cały rok.

Po powodzi w Pradze w końcu marcu 1845, spostrzegano liczne zimnice od kwietnia do czerwca tegoż roku[55]). W szpitalu powszechnym praskim[56]) w latach 1845—1848 leczono 211 przypadków zimnicy; najczęstszym był tor gorączkowy trzeciaczkowy, rzadszy codzienny, najrzadszy czwartaczkowy; nadto zauważono 2 przypadki napadów złośliwych *(perniciosa delirans et comatosa*, oba uleczone); niektóre przypadki w początku przebiegały w postaci gorączki ciągłej; z następstw zauważono: niedokrwistość, obrzęki i białkomocz.

Objawy te nasuwają przypuszczenie, że przecież pośród tych przypadków wydarzała się bagiennica; a utwierdza nas w tem mniemaniu fakt, że prof. Dlauhy około r. 1847 jako jeden z pierwszych wyróżnił zmiany czernicze przy sekcyi, dokonanej w obecności Virchowa, w narządach wewnętrznych osoby zmarłej po krótkotrwałej chorobie o objawach tyfoidalnych[57]).

W roku szkolnym 1848 w klinice prof. Oppolzera w Pradze[58]) leczono 5 przypadków zimnicy; 2 chorych miało obrzęki ogólne; u jednego z nich był białkomocz, u drugiego zaś przyłączyła się żółtaczka i zapalenie płuc, wśród którego zmarł.

W r. 1852 Duchek[59]) w szpitalu praskim leczył 70 przypadków zimnicy; jeden z nich skończył się śmiercią (14·2‰).

W roku 1862 po powodzi stwierdzono w Pradze już tylko 7 przypadków zimnicy; kilka zimnic z torem codziennym na Smichowie (Kraft).

W latach 1873—1876 w wojsku Praskiej generalnej komendy liczono 4,640 przypadków zimnicy.

Przedstawione spostrzeżenia dowodzą:

I. że w okolicach bagnistych Europy północnej zimnica występuje w postaci epidemii, rok, kilka lub kilkanaście lat trwających;

II. że w Europie środkowej zimnica pojawiała się również niekiedy nagminnie, i to nawet w miastach stołecznych takich, jak Paryż, Berlin i Praga; powstawanie epidemii ułatwiają wylewy rzek, roboty ziemne, budowa portów, fortyfikacyi, kopanie kanałów, nagłe osuszanie wielkich bagien; zaprowadzanie stawów rybnych, zaniedbanie sadzawek solankowych;

III. że nadto w wielu bagnistych miejscowościach środkowo-europejskich zimnica panuje endemicznie, ponawiając się przez całe szeregi lat co roku z większą lub mniejszą częstością; chorobliwość zimnicza dochodzi do wysokości 663·6 (Szpandawa) i 685‰ (Walcheren) zachorowań śród dorosłych; do większych nasileń chorobliwości przychodzi zazwyczaj w tych latach, gdy w okolicach sąsiednich zimnica szerzy się nagminnie;

IV. że zimnice występują jako łagodne trzeciaczki i czwartaczki aż do 64° 41′ szer. p., zaś bagiennica pojawia się w pewnych miejscowościach i pewnych epidemiach aż do 54° 5′ szer. półn., co stwierdzamy na podstawie krytycznego rozbioru dawniejszych opisów klinicznych; od roku 1889, t. j. od czasu wyróżnienia 3 odmian pasorzytów zimniczych, stwierdzono przy pomocy mikroskopowego badania krwi najdalej na północ posunięte pojawianie się bagiennicy w Krakowie (50° 4′ sz. p.);

V. że zimnice, zarówno łagodne, jak i bagiennica, ilekroć dojdzie do liczniejszego ich szerzenia się (nagminnego lub endemicznego), wywierają znaczny wpływ na stosunki zdrowotne i śmiertelność ludności północno- i środkowo-euro-

[52]) „Paludisme en général“ w Archives cliniques de Bordeaux. 1898, str. 370.

[53]) „Sanitäts-Hauptbericht vom Königreiche Böhmen für das Jahr 1843“. Medizinische Jahrbücher des k. k. oesterr. Staates, 1845.

[54]) „Medicinisch-statistische Beschreibung des Pilsner Kreises im Königreiche Böhmen“. Medicinische Jahrbücher 1845. Tom IV. Str. 234.

[55]) Kraft: „Bericht über die infolge der Ueberschwemmung vom 1 und 2 Februar 1862 in Prag beobachteten Krankheitszustände“. Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde. 1862. Tom III. Str. 148.

[56]) Finger: „Die während den Jahren 1846—1848 im Prager allg. Krankenhause beobachteten Epidemien“. Vierteljahrschrift f. d. prakt. Hkde. 1849. T, III. Str. 1—4.

[57]) J. Mannaberg: Die Malariaparasiten 1893. Str. 2—3.

[58]) Wisshaupt: „Bericht ueber die med. Klinik in Prag für das Schuljahr 1848“. Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde 1849. II. Str. 97.

[59]) Vierteljahrschrift f. d. prakt. Hkde. 1858. IV. Str. 81.

pejskiej, a mianowicie przez napady złośliwe, zwłaszcza zaś przez następową niedokrwistość, charłactwo zimnicze i inne następstwa, jakoteż powikłania [60]);

VI. że w miejscowościach środkowo-europejskich, gdzie trwale panuje endemia zimnicza przez czas dłuższy, skutkiem śmiertelności wybitnie, zwłaszcza pośród dzieci, zwiększonej, następuje częstokroć nawet wyraźny ubytek ludności i wyludnienie; niekiedy zaś już jednorazowy wybuch gwałtownej epidemii zimniczej sprawiał wysoką śmiertelność (Romorantin 1586, Bordeaux 1805, Walcheren 1809).

Wyciągi.

CHIRURGIA. Albert E. Stein. **Plastyczne obrazy röntgenowskie.** *(Münch. med. Wochft.* Nr. 31, 1906). Na drugim kongresie röntgenowskim Alexander pokazywał plastyczne zdjęcia röntgenowskie, ale sposób ich wywołania pozostawił w tajemnicy. Schellenbergowi udało się odkryć ten sposób, a mianowicie wykonuje on z kliszy *diapozytyw* i ten trochę przesunięty kładzie na mokro stroną warstwową na kliszę, wysusza i dopiero tę podwójną obecnie kliszę kopiuje. Nieco już więcej powikłane i droższe sposoby podali wkrótce potem Albers-Schönberg i Lewisohn. Sposób autora jest bardzo prosty: z kliszy robi kopię na negatywnym bromowo-srebrnym papierze. Papierowy diapozytyw smaruje po wyschnięciu z tyłu mieszaniną oleju rycynowego i alkoholu (1:2), przez co tenże staje się przeźroczystym. Potem układa go stroną warstwową na kliszy z przesunięciem i kopiuje, otrzymując na kopii plastyczne obrazy. *Klęsk.*

Weinberg. **Ortocystoskopia.** *(Münch. med. Wochft.* Nr 31, 1906). Obecnie trudność w oglądaniu pęcherza polega na tem, że widzimy go w obrazie zwierciadłowym, przezco zachodzić mogą pomyłki co do położenia „od góry“ lub „od dołu“, podczas gdy strona prawa i lewa znajduje się w swojem miejscu. Chcąc więc jakiś punkt w pęcherzu nastawić na pole widzenia, musimy instrumentem kierować przeciwnie, jak oko nam wskazuje. Temu zapobiega przyrząd podany przez autora, „ortocystoskop“ pokazujący przedmioty tak jakby się je oglądało wolnem okiem. Polega on na dodaniu drugiego zwierciadła pryzmatycznego, odwracającego obraz odbity. Patrzy się do tego cystoskopu z góry, co też znacznie jest wygodniejsze. Cewnikowanie moczowodów w ortocystoskopie jest nadzwyczaj łatwem. Przyrząd wyrabia firma Reiniger-Gebbert-Schall. *Klęsk.*

Hohenann. **Jak może lekarz praktyczny przeprowadzać leczenie gimnastyczne przykurczeń stawowych.** *(Münch. med. Wochft.* Nr 31, 1906). Do ortopedysty odsyła się zwykle chorych w stadyum późnem, tak, że musi on wykonywać już bardzo duże zabiegi, podczas gdy w początkach choroby dałoby się je zastąpić o wiele mniejszymi i łagodniejszymi sposobami leczenia. Przykurczenia stawowe tak na tle reumatyzmu, jak gruźlicy, urazu lub zmian nerwowych w początkach swych dają się dobrze leczyć ćwiczeniami mechanicznemi, a w razie pogorszenia choroby (bez leczenia) sprawa staje się coraz cięższą. Do leczenia mechanicznego nie są zupełnie potrzebne kosztowne przyrządy ortopedyczne; można je zupełnie dobrze zastąpić bardzo prostem urządzeniem, używając do tego bloku, sznura i obciążenia, n. p. worka z piaskiem. Na dołączonych rycinach przedstawia autor wszystkie możebne urządzenia, które z łatwością lekarz może choremu i w domu zaordynować. *Klęsk.*

Poppert. **W sprawie zachowania zwieracza przy wycinaniu raka kiszki odchodowej.** *(Münch. med. Wochft.* Nr 31, 1906). Ważną rzeczą jest odpowiedzieć na pytanie, czy w razie raka kiszki stolcowej należy ją zupełnie wraz z odchodem usunąć, czy też częściowo wyciąć i kikuty zeszyć. Wielu operatorów odrzuca zupełnie okrężne wycięcie, lecz usuwa całą kiszkę ze zwieraczem, uważając ten tylko sposób za racyonalny i radykalny. Tak radzi Schuchard, Quénu, a Witzel dodaje do tego tworzenie odbytu pośladkowego (*anus glutaealis*). Powszechnie nie robi się częściowego wycięcia także dlatego, że zwieracz ma potem źle funkcyonować, rany goją się przytem źle i często tworzą się przetoki. Tak źle jednak nie jest. Kraske twierdzi, że zwieracz o ile możności powinno się zostawić, tego samego zdania jest i Eiselsberg. Autor na mocy swego obfitego doświadczenia przemawia też za zachowaniem zwieracza. Wyniki nie są tak złe, a ewentualne przetokowania łatwo następowo zamknąć. Zwieracz działa potem wcale dobrze. Autor używa przeważnie przeciągania kiszki odciętej przez odbyt i umocowania jej przy skórze po usunięciu błony śluzowej z odbytu (sposób Hochenegga). Guzika nie radzi nigdy do łączenia używać. Sztuczne odbyty nie dają nigdy szczelności, nawet skręcenia (Gersunyego i Witzla), przeciąganie przez mięsień pośladkowy. Autor obserwuje jednego chorego po operacyi już 15 lat, drugiego 9, a trzech od 7 lat. *Klęsk.*

Schmieden. **Nowy aparat do leczenia chorób głowy przekrwieniem.** *(Münch. med. Wochft.* Nr 31, 1906). Autor obmyślił aparat, który dozwala leczyć także choroby na głowie ssaniem. Składa się on z klosza opatrzonego od dołu manszetą, przez którą wchodzi głowa. Po obu bokach klosza znajdują się rurki. Jedną wyciąga się powietrze, a drugą chory oddycha. Posiedzenia z przerwami (5 minut ssanie, potem kilka minut przerwy) trwają ³/₄ godziny dziennie. Chorzy znoszą to leczenie bardzo dobrze i są zadowoleni. Głównie stosuje je obecnie autor do leczenia tocznia. *Klęsk.*

Friedrich (Greifswald). **Częstość i operacyjne rokowanie promienicy brzusznej u człowieka.** *(Deutsch. medizinische Wochft.* Nr 31, 1906). Występowanie pewnych chorób łączy się ściśle z pewnemi okolicami. W jednych są one bardzo częste, w innych należą do wyjątków. W okolicach Greifswaldu n. p. promienica jest stosunkowo bardzo często przydarzającem się cierpieniem. W północnych Niemczech jest ona o wiele częstszą, jak w południowych, na co zwrócił już uwagę Poncet. Zarazki promienicy znajdują się na kłosach zboża, na trawach na łące i na różnych innych tym podobnych przedmiotach. Najczęściej zapadają też na nią ludzie, którzy mają zwyczaj przy chodzeniu przez pola zrywać rośliny i żuć je. Grill zebrał 107 przypadków promienicy brzucha, Barącz na 60 przypadków promienicy obserwował 2 brzucha. Autora zajmuje głównie promienica brzucha i to szczególnie okolicy kiszki ślepej, naśladująca zapalenie wyrostka robaczkowego. Na 200 otwarć brzucha w okolicy wyrostka spotkał 8 razy promienicę a więc bardzo często, bo 4% ogólnego schorzenia. Według wielu autorów rokowanie w promienicy brzucha powinno być niepomyślne. Samoistne wygojenia należą do wielkich wyjątków. Löwe zebrał 67 przypadków zajęcia promieniczego wyrostka, a z tego 40 przebiegało śmiertelnie, 10 wyleczono, w 17 wynik niepewny. Bardzo trudno jest poznać promienicę kiszki ślepej. Zwykle cierpienie to przebiega powoli i dopóki sprawa ogranicza się do błony śluzowej lub podśluzowej, prócz biegunki nie daje żadnych objawów. Czasem jednakże sprawa zacząć się może bardzo gwałtownie i nagle. Autor obserwował to w 4 przypadkach. Zwykle w wywiadach znajdujemy wzmiankę o przebyciu miernie nasilonego ataku w okolicy ślepej kiszki. Potem sprawa przycicha i w kilka tygodni lub i miesięcy zwykle bez wielkich objawów, zaczyna się tworzyć charakterystyczny naciek, rozchodzący się ku linii środkowej i ku nerce itd. Naciek ten i stwardnienie występuje bez gorączki i przechodzi często na powłoki brzucha, powiększa się stale, wywołując często upośledzenie ruchów prawej dolnej kończyny (*ileopsoas*). Chory traci apetyt, podupada bardzo na siłach, występują zaburzenia kiszkowe i kolka. Z 8 przypadków promienicy kiszki ślepej, jeden tylko chory umarł, reszta aż do chwili obecnej ma się dobrze, upłynęło już od czasu operacyi kilka lat, a jak wiemy, nawroty w promienicy są bardzo częste. Charakterystycznych grzybków często drobnowidowo wykazać nie można, choć cierpienie bezwątpienia jest tej natury. Na 8 w 2 nie wykazano ich też rzeczywiście. Ze środków wewnętrznych przeciwko promienicy działać ma dobrze jod. Nacieki miękną i przebijają się na zewnątrz. Radzą też niektórzy wprost celem rozpoznania podawać jodek potasu w promienicy brzucha. Autor niema pod tym względem własnego doświadczenia, ale zachwalają ten sposób leczenia Poncet, Rydygier, Jurinka, Putz i inni. Garré i Hildebrandt mimo obfitego podawania jodku potasu nie widzieli żadnego polepszenia. Co do operacyjnego leczenia, to nie wystarcza otwarcie przetok i wyskrobanie, lecz należy o ile możności całe ognisko wyciąć aż do części zdrowych, nie oszczędzając przytem niczego, jak to już polecił Esmarch. Autor usuwał dużą część kiszki grubej nawet razem z powłokami brzusznemi. Jedynie tak radykalne postępowanie dać może dobre wyniki. *Klęsk.*

Ritter (Chir. klinika Greifswald). **Zastosowanie ssawki do rozpoznawania guzów złośliwych.** *(Deutsch. med. Wochft.* Nr 31, 1906). Przypuszczano, że stosowanie przekrwienia przy guzach złośliwych powoduje ich szybszy rozrost. Autor jednak jest

[60]) Szczegółowe objaśnienie wpływu zimnicy na stosunki zdrowotne pod względem jakościowym i ilościowym da nam dopiero badanie zimnicy w Galicyi.

innego zdania, a nawet obserwował zmniejszanie się tychże podobnie jak i brodawek, pod wpływem stosowania przekrwienia. Ssawką można z owrzodziałych guzów, przetok np. w promienicy itd. wydobywać wygodnie i bezkrwawo kawałki do badania mikroskopowego. Krwotoku obawiać się nie należy, a sposób ten dla chorego jest o wiele milszy niż próbne wycięcie. *Klęsk.*

Sauerbruch, Haecker. (Chirur. klinika, Greifswald). **W sprawie zamknięcia wpustu.** *(Deutsche medizinische Wochft.* Nr 31, 1906). Obecnie przyjmuje się, że wpust żołądka zamyka mięsień biorący swój początek z przepony, a oprócz tego wentyl tworzący się ze ściany żołądka. Wracaniu pokarmów przeszkadza też skośne ustawienie przełyku do żołądka. U psa z przetoki nadymał Kelling żołądek i przekonał się, że gdy ciśnienie wzrosło do 25 mm. Hg, powietrze dostawało się z żołądka do przełyku, natomiast u psa tegoż w uśpieniu, żołądek wzdymał się aż do pęknięcia, a wpust powietrza nie przepuścił. Mikulicz na mocy swego obszernego doświadczenia przy ezofogoskopii przyjmuje też podwójne zamknięcie wpustu (mięsień i klapę). Doświadczenia autorów w skrzynce powietrznej (do operacyi na przełyku) wykazały że: 1) żołądek oddzielony jest w warunkach normalnych szczelnie od świata zewnętrznego; 2) wpust otwiera się odruchowo, gdy cewnik przejdzie okolicę wnęki płuc, i wtedy można powietrze wpędzić już do żołądka, lecz z żołądka nie wchodzi ono jeszcze do przełyku, a dzieje się to dopiero w chwili, gdy sonda przejdzie wpust, co dowodzi, że prócz mięśnia, znajduje się we wpuście i klapa, zamykająca się od żołądka; 3) przecięcie nerwów błędnych nie ma żadnego wpływu na zamknięcie wpustu; 4) wpust zaciska także przepona. *Klęsk.*

Freund. **Przyczynek w sprawie chirurgii moczowodów.** (Posiedz. Tow. lek. w Halli). Autor podaje ciekawy sposób plastyki moczowodów, jakie przeprowadził doświadczalnie na zwierzętach (które demonstruje). Udało mu się mianowicie wszczepić oba moczowody u suki do rogów macicy, a tę znowu połączyć z pęcherzem. Obecnie suka oddaje mocz drogą naturalną. Operacyę tę wykonał na jednem posiedzeniu. Podobną operacyę w francuskiej literaturze opisali d'Urso i de Fabii. Autor jest zdania, że znajdzie ona zastosowanie i u ludzi (łączenie trąbki z moczowodem i wszycie tejże do pęcherza końcem macicznym), w przypadkach usuwania śródwięzadłowych i zaotrzewnych guzów, przyczem często trzeba i moczowód przeciąć. *Klęsk.*

Bardenheuer. **Istota i operacyjne leczenie nerwobólu z pomocą wydłutowania kanału kostnego i przesunięcia nerwu w części miękkie.** (Posiedzenie Tow. lek. w Kolonii). Przyczyny nerwobólu dopatruje się autor w przekrwieniu żylnem nerwu przebiegającego w kanale kostnym. Przekrwienie to prowadzi do obrzęku, zapalenia onerwia i zrostów z kanałem kostnym. Z tego też powodu, celem usunięcia nerwobólu radzi autor zdjęcie jednej ściany kanału kostnego, wysunięcie nerwu i podłożenie pod niego kawałka płata mięśniowo-okostnowego. W ten sposób operował sam 4 przypadki nerwobólu. We wszystkich nastąpiło wyleczenie. Czas leczenia trwa naturalnie długo. Sposób ten powinno się próbować przed ewentualnem wycięciem nerwu lub zwoju. *Klęsk.*

Vulpius. **Doświadczenia w leczeniu porażeń dziecięcych.** *(Münch. med. Wochft* Nr 30, 1906). Autor od lat 10 zajmuje się szczegółowo leczeniem operacyjnem porażeń dziecięcych. Aparaty stosowane w tych cierpieniach niewiele pomagają, są za ciężkie dla wiotkich mięśni, wywołują zanik danej kończyny i są przytem drogie. Poleca też autor zamiast nich zabiegi operacyjne. W pierwszym rzędzie ustalenie stawu (*arthrodesis*). Wykonuje je łyżeczką ostrą po otwarciu stawu, kości potem nie zbija, lecz przez 3 miesiące umacnia w gipsowym opatrunku, z wyjątkiem stawu barkowego, gdzie szyje drutem srebrnym. Wyniki bardzo dobre. W stawie skokowym następuje połączenie włókniste dozwalające na pewne ruchy, pomocne w chodzeniu. W stawie kolanowym powinno się nie żałować powierzchni stawowych i kości, by połączenie nastąpiło silne. Prócz ustalenia stawów, stosuje też często w wypadkach niezupełnych porażeń przeszczepienie ścięgien i mięśni. O ile możności używa do tego mięśni pokrewnych w działaniu, choć i z przeciwników (antagonistów) nieraz robi także użytek. Przyszywa się je do ścięgna, unika umocowania około-okostnego i sztucznych ścięgien z jedwabiu. Wyleczeń zupełnych nie można się tu naturalnie spodziewać, lecz już poprawa jest dla operatora wielką pociechą i chlubą. *Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Prof. Graser E. **W sprawie techniki doszczętnej operacyi dużych przepuklin pępkowych i brzusznych. (Cięcie powięziowe poprzeczne sposobem Pfannenstiel-Menge).** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 25). 4 przypadki operowane tym sposobem (zeszycie mięśni prostych) z wynikiem pomyślnym. Szczegóły techniki w oryginale. (Rysunki). *B. Wojciechowski.*

Mathes P. **Zakrzep głównej żyły łożyskowej — śródmaciczne obumarcie płodu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 25). 39-letnia pierwiastka przebyła jako dziecko krzywicę, później zapalenie płuc i opłucnej, wreszcie miewała upławy żółte. W chwili przyjęcia IX m. ks. ciąży, płód żywy, sprzężna przekątna 11 cm. W 3 godziny po rozpoczęciu się porodu czasowego, stwierdzono brak tętna płodu; po pęknięciu pęcherza odpływały wody brudne. Po $7^1/_2$ godzinach poród płodu donoszonego, nieżywego, niewymokłego. Badanie łożyska wykazuje zgrubienie, ograniczone rozszerzenie i stwardnienie jednej z żył łożyskowych. Na przekroju wypełniona ta żyła skrzepem, który w 2 miejscach ściśle do ściany przylega, a w tych właśnie miejscach wykazuje badanie drobnowidowe brak śródbłonka i naciek zapalny w warstwie mięsnej żyły. Przyczyna powstania zakrzepu tkwi przedewszystkiem we krwi, prawdopodobnie w jej zwiększonej krzepliwości, obok zwolnienia prądu krwi w miejscu rozszerzonem. Skrzep nie był zorganizowany, powstał zatem najprawdopodobniej dopiero podczas porodu i w tymże też czasie obumarł płód wśród objawów uduszenia, jakie na zwłokach jego stwierdzono. *B. Wojciechowski.*

Thomson H. **Rzadsze nowotwory cewki kobiecej i przegrody cewkowo-pochwowej.** *(Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 25). W cewce kobiecej zdarzają się z łagodnych nowotworów najczęściej polipy naczyniowe, podczas gdy włókniaki i mięśniaki są wcale rzadkie. Salm zdołał zebrać zaledwie 21 włókniaków, 4 włókniakomięśniaki i 1 mięśniak, a Lönnberg zestawił z piśmiennictwa 27 przyp. czystych włókniaków, do których dodał własny przyp. włókniakomięśniaka cewki, który od kilku tygodni (po stosunku) miał wypaść na zewnątrz, a który chora uważała za wypadnięcie macicy. Guz wielkości czereśni, uszypułowany, wychodzi z przedniej ściany cewki i daje się w uśpieniu z ujścia cewki wydobyć na zewnątrz. Szypułę podwiązano i przecięto. Pod drobnowidem utkanie miękiego włókniaka.

Nowotwory złośliwe pierwotne są w cewce również rzadkością. Dotąd opisano około 50 przypadków raka pierwotnego cewki. Rzadsze jeszcze są mięsaki cewki. Do kilku mięsaków opisanych dodaje T. przypadek własny, dotyczący 25-letniej chorej, zamężnej od $^1/_2$ roku, a skarżącej się na bóle w częściach rodnych zewnętrznych od roku. W ujściu cewki czerwony guz wielkości czereśni, wychodzący z przedniej części górnej ściany cewki. Badanie wyciętego guza wykazało budowę mięśniaka drobno-komórkowego. Po 4-ch miesiącach była chora w ciąży, bez nawrotu. Wreszcie opisuje T. przyp. mięsaka w przegrodzie cewkowo-pochwowej u 27-letniej wieloródki. Od kilku już lat czuła chora guz jakiś w częściach rodnych zewnętrznych, który wzrasta nagle od paru miesięcy. Do wejścia do pochwy wpukla się z przegrody guz wielkości kurzego jaja. Badanie wykazało włókniako-mięsak. Po operacyi usunęła się chora ze spostrzegania. *B. Wojciechowski.*

Hannes W. **Wzmożenie odporności otrzewnej przeciw zakażeniu zapomocą kwasu nukleinowego, postępowanie zapobiegawcze, dążące do zmniejszenia chorobowości i śmiertelności po doszczętnych operacyach brzusznych raka macicy.** (*Centr. f. Gyn.* 1906, Nr 24). Wiedząc jak często spotyka się w pierwotnych rozpadających się ogniskach rakowatych jadowite paciorkowce, zalecił Mikulicz przed paru laty śródotrzewne a później podskórne stosowanie kw. nukleinowego, celem wzmożenia leukocytozy. Wstrzykiwano na 12 godz. przed zabiegiem. H. zestawia (z kliniki Küstnera) 51 przypadków wycięcia raka macicy przez laparotomię, w których zapobiegawczo stosowano nukleinę (wyrób firmy Boehringer u. Söhne, Mannheim-Waldhof), na 10—16 g. przed operacyą. Zazwyczaj podnosiła się w ciągu 10 godz. ciepłota o 1—2°, u 3-ch chorych towarzyszyły temu dreszcze, u niektórych występował lekki ból głowy. W 15·6% nie stwierdzono podwyższenia ciepłoty, a pomiędzy temi znajduje się chora, która gorączkowała przed wstrzyknięciem do 38·2°, a u której po nukleinie ciepłota jednostajnie spadała. Chora ta zmarła w 14 godzin po zabiegu; sekcya wykazała zapalenie otrzewnej na tle paciorkowców. Brak podwyższenia ciepłoty zdaje się wskazywać na brak odczynu organizmu, brak hyperleukocytozy i wpływu zbawiennego na zakażenie. W innym przypadku, w którym ciepłota się po wstrzyknięciu nie podniosła, stwierdzono już przedtem hyperleukocytozę do 14.000, a cyfra ta nie wzmogła się pod wpływem nukleiny. W miejscu wstrzyknięcia zdarza się często obrzęk i bolesność, nigdy zaś nie stwierdzono ropienia lub zgorzeli, jak o tem Panker wspomina. Operacyę przedsiębrano zawsze w czasie zwiększania się hyperleukocytozy, w ramieniu wstępującem krzywej, jak tego Mikulicz wymaga. Wzmożenie się leukocytozy wynosiło 9—14·4% ilości pierwotnej. Z 51 operowanych zmarło 11 t. j. 21·5%. Podczas gdy zwykle traci

się chore z powodu zakażenia otrzewnej w 3 lub 4 dniu, to w 2 przypadkach umarły chore w 8 i 23 dniu, zdaniem H. dzięki wzmożonej odporności po nukleinie, — która atoli w tych przypadkach nie była wystarczającą. H. nie jest skłonny do przypisywania zmniejszenia się śmiertelności po doszczętnej operacyi brzusznej raka macicy wyłącznie zbawczemu działaniu nukleiny, lecz sądzi, że obok zaprowadzonego później stałego sączkowania jamy Douglasa do pochwy i zastąpienia uśpienia chloroformowego uśpieniem morfinowo-eterowem, stanowi nukleina czynnik bardzo korzystny. (Śmiertelność pierwotna 41·60% spadła na 21·5%) Silnemu bardzo zakażeniu organizm wyczerpany uledz musi. Obecnie rozpoczyna H. szczepienie chorych przed operacyą paciorkowcami zabitymi spos. Polano, obok czego nie zarzuca zapobiegawczego wstrzykiwania kw. nukleinowego. *B. Wojciechowski.*

Liepmann W. **W sprawie etyologii i leczenia drgawek porodowych w połogu.** *(Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 24). Wystąpienie drgawek porodowych w ciąży tłómaczy sobie L. w ten sposób, że wątroba zatrzymała wprawdzie w tych przypadkach całą ilość toksyn, nie zdołała jednak ich zobojętnić, tak iż w połogu przechodzi znowu ta niezobojętniona część toksyn do organizmu matki, a znajdując go mniej odpornym (wpływ krwotoku, wrażeń psychicznych lub fizycznych) starczy do wywołania typowego napadu (przez zadziałanie na mózg lub nerki, lub też na oba te narządy). Leczenie drgawek w połogu jest czysto objawowe. Przy zajęciu nerek (mała ilość moczu, białko, wałeczki) wstrzykiwania podskórne fizyologicznego rozczynu soli 2000—4000 cm.^{3}; — przy krwistości (plethora) puszczenie krwi, nadto diuretini 1·0, fol. digit. pulv. et camph. trit. āā 0,1, trzy razy dziennie proszek. Gdy głównie zajęte serce (tęt. szybkie, miękkie) coff. natr. salic. 5, aq. dest. steril. 5, równocześnie ol. camph. — oba płyny podskórnie, do 15 strzykawek pro die. Zajęcie mózgu (coma, oddech powierzchowny, obrzęk płuc, drgawki) wymaga zastosowania sztucznego oddychania przez całe dnie, z przerwami ½ godzinnemi, podczas których stosuje się nacierania zimną wodą i zimne zawijania. Środków odurzających jak najmniej, najchętniej jeszcze 3 gr. chloralhydrat per clysma. Morfiny 0·03 przy wielkim niepokoju. W końcu przytacza G. 2 przypadki, ilustrujące, że przez energiczną pomoc udaje się niekiedy uratować chore, które możnaby z góry uważać za stracone. *B. Wojciechowski.*

A. Schütze **Przyczynek do zapobiegania i radykalnego leczenia przepuklin brzusznych pooperacyjnych.** (*Mtsch. f. Geb. u. Gyn.* XXIII. Z. 4). W celu uniknięcia przepuklin brzusznych pooperacyjnych poleca autor, opierając się na dużym własnym materyale 113 operacyi brzusznych, następującą drogę operacyjną: otwiera się brzuch zawsze w linii białej, gdyż cięcie w tem miejscu najmniej uszkadza powłoki brzuszne, potrzebuje stosunkowo najmniej czasu, wreszcie daje najlepsze widoki co do przyszłej trwałości samej blizny. Co się tyczy sposobu szycia, to najodpowiedniejszym wydaje się Schützemu szew wiedeński ciągły na otrzewnę i na powięź, na skórę węzełkowy. S. zwraca uwagę na dokładne zeszycie powięzi, gdyż trwała blizna na powięzi stanowi najsilniejszą zaporę późniejszemu wytworzeniu przepukliny. Jako najodpowiedniejszy materyał do szycia, wydaje mu się jedwab z wielu względów: raz, że można go zawsze dobrze odkazić, ulega bardzo wolno resorbcyi (wbrew pierwotnemu twierdzeniu, iż resorbcyi zupełnie nie ulega) a tem samem wykluczona jest możliwość następowego rozejścia się rany brzusznej, jak to nierzadko przydarzało się przy szyciu wyłącznie katgutem. Srebro lub bronz, które liczą wielu zwolenników, bywały nierzadko powodem ciężkich krwawień następowych — w przypadkach gdzie przyszło skutkiem silnego napięcia powłok brzusznych do przecięcia brzegów ran. Jakość powłok brzusznych (tłuste czy chude) nie ma żadnego znaczenia dla przyszłej odporności blizny powięzi a nawet ciąża i poród, jeżeli rana była dokładnie zeszytą, nie sprowadzają rozstępu w bliźnie brzusznej.

Z chwilą kiedy przyszło do wytworzenia się przepukliny brzusznej i zmuszeni jesteśmy z powodu dolegliwości lub zaburzeń jakie ona sprawia pokusić się o usunięcie jej na drodze operacyjnej — mamy 2 sposoby operacyjne, które dają znakomite wyniki.

Pierwszy sposób Gottschalka-Wintera z otwarciem jamy brzusznej i wycięciem worka przepuklinowego — drugi sposób Karewskiego bez otwierania otrzewnej. Pierwszego sposobu używa się w przypadkach uwięźnięcia jelita lub sieci — drugiego sposobu w innych przypadkach. Sposób Karewskiego jest następujący: Okrojenie skóry naokoło worka przepuklinowego ze wszech stron w skórze prawidłowej, oddzielenie skóry od powięzi, uważając na to, by przytem nie otworzyć otrzewnej, (w razie otwarcia jej zeszycie natychmiastowe szwami jedwabnymi węzełkowymi). Po odpreparowaniu skóry przecięcie przedniej blaszki powięzi mięśnia prostego cięciem owalnem. Skutkiem tego cięcia przez zmniejszenie napięcia, brama przepuklinowa zwęża się, a część worka przepuklinowego sama zapada się do jamy brzusznej. Następnie tylną część powięzi mięśnia prostego łączymy całym szeregiem szwów jedwabnych węzełkowych, wywijając brzegi powięzi na zewnątrz. Szew jedwabny węzełkowy na zewnętrzną blaszkę powięzi, wreszcie szew węzełkowy na skórę. W przypadkach, w których musiało się na dużej przestrzeni skórę ku bokom oddzielić, by dojść do mięśnia prostego, radzi Karewski sączkować gazą jodoformową. Metodą Karewskiego operował Schütze 3 przypadki z bardzo dobrym wynikiem, o ile można dotychczas wnosić z 11-miesięcznej obserwacyi. Metoda Karewskiego ma 3 najważniejsze zalety: 1) przy niej nie przychodzi do otwarcia otrzewnej, a tem samem niebezpieczeństwo zakażenia i wstrząsu operacyjnego jest wykluczone; 2) wszelkie protezy są niepotrzebne, gdyż zapuszczony do brzucha worek przepuklinowy sam stanowi jakgdyby pelotę; 3) blizna jest nader silna przez utworzenie i następowe zeszycie jedwabiem przedniej i tylnej blaszki powięzi. *Dr Cetnarowski.*

Alf. Rosthorn. **Gruźlica i ciąża.** *(Mtsch. f. Geb u. Gyn.* T. XXIII Z. 5). Są to nader ścisłe i umiejętnie zebrane długoletnie własne spostrzeżenia autora, porównane ze statystykami innych klinik niemieckich. Jak wogóle przy każdej sprawie chorobowej, tak tembardziej przy gruźlicy żadnych ścisłych wskazań stawić nie można. Na pytanie: w jaki sposób działa ciąża na gruźlicę lub na jej przebieg, możemy otrzymać cały szereg odpowiedzi, gdyż to zależy od formy chorobowej, zasobu sił chorej i warunków, wśród których żyje. I tak stosunkowo mało niebezpieczna wydaje się być ciąża u kobiety z gruźlicą, nie rozwijającą się dalej, jeżeli chora przynajmniej przez rok nie gorączkuje i niema krwotoku a zasób sił jest znaczny. Zaprzeczyć się jednakowoż nie da, że z drugiej strony w przypadkach takich podleczonych ciąża może stać się bodźcem do dalszego rozwoju sprawy chorobowej. W każdym razie bardzo niebezpieczna i wprost zabójcza jest ciąża przy gruźlicy rozpadowej z wysoką gorączką, krwotokami, zajęciem płatów środkowych i dolnych, przy równoczesnych powikłaniach ze strony serca, przewodu pokarmowego, rodnego, przy równoczesnej gruźlicy krtani, jak również przy ciężkiem dziedzicznem obciążeniu. W tych wszystkich przypadkach należy stanowczo ciążę przerwać, ale nie wzniecając porodu przedwczesnego, tylko wywołując poronienie jako zabieg dla matki znacznie łagodniejszy. *Dr Cetnarowski.*

J. Pfannenstiel. **Przyczynek do przyżegania macicy gorącem powietrzem.** *(Mtsch. f. Geb. u. Gyn.* T. XXIII Z. 5). W 6-ciu przypadkach miał Pfannenstiel sposobność badać działanie i skutki atmokausis na preparatach. Przypadki te tyczyły chorych, u których mimo licznych skrobanek i mimo atmokausis, z powodu bardzo silnych krwawień w okresie przejściowym był zmuszonym wyjąć macicę. A spostrzeżenia, które porobił, były tak niekorzystne, że zupełnie zarzuca ten sposób leczenia. Przedewszystkiem warunkiem, którego żądamy od tego zabiegu, a bez którego o skuteczności mowy być nie może, jest zupełne zniszczenie błony śluzowej. Preparaty przekonały Pf., że dno macicy i okolice trąbek zupełnie usuwają się z pod działania pary gorącej. W przypadkach, w których ciepłota pary była niezbyt wysoka, a czas działania krótki, przyszło wprawdzie do powierzchownego zniszczenia błony śluzowej, wkrótce jednakże błona ta odnowiła się i to chorobowo zmieniona. Bardzo często (we wszystkich tych 6 przypadkach autora) przychodziło do bardzo niekorzystnego działania ubocznego, mianowicie mimo osłonięcia szyi, do zbliznowaceń w okolicy ujścia wewnętrznego, z następowem zwężeniem i wytworzeniem się torbieli zastojowych wskutek zlepienia się otworów przewodów gruczołowych. Zwężenie ujścia wewnętrznego powodowało bardzo często uporczywe bolesne miesiączkowanie. Jeszcze poważniejszem następstwem atmokausis jest zakażenie, które może czasami objawiać się bardzo późno, jak n. p. w przypadku autora w 3 tygodnie. Zakażenie spowodowane wtargnięciem mikrobów z pochwy do wnętrza macicy, gdzie znajdują znakomitą pożywkę w strupie wytworzonym przez atmokausis, może być śmiertelne. Wobec tych spostrzeżeń dochodzi P. do przekonania, iż atmokausis co do skuteczności nie przewyższa skrobanki. W przypadkach, gdzie leczenie czy to ogólne, czy lokalne nie pomaga, krwotoki ustawicznie się ponawiają, lepiej nawet nie próbować atmokausis, a przystąpić odrazu do wyjęcia macicy przez pochwę. *Dr Cetnarowski.*

Boldt. **Cięcie cesarskie wykonane u dziewczyny 12-letniej ze ścieśnioną miednicą w przypadku ciężkiej rzucawki porodowej.** *(Mtsch. für Geb. und Gyn.* T. XXIII. Z. 5). Nowy przypadek cięcia cesarskiego wykonany w przebiegu rzucawki porodowej; przypadek zakończony śmiercią matki; dziecko

żyje. O tyle ciekawy, że dotyczył dziewczynki 12 lat i 8 miesięcy liczącej, z bardzo znacznem ścieśnieniem miednicy. Boldtowi zdaje się, iż wykonanie cięcia cesarskiego jest zupełnie usprawiedliwione w przebiegu rzucawki, jeżeli z powodu zamknięcia szyi dość szybkie rozwiązanie drogami naturalnemi jest niemożliwe, a przy ewentualnem większem ścieśnieniu miednicy, życie dziecka już z góry musiałoby być poświęcone. Dotychczasowa statystyka wykazuje mimo wciągnięcia cięcia cesarskiego w szereg zabiegów przy rzucawce, że śmiertelność matek się nie zmniejszyła, wynosi 42·4% do 55·8%.

Dr Cetnarowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W kwestyi badań sądowo-lekarskich w sprawach karnych wydało austr. ministerstwo sprawiedliwości następujące rozporządzenie na dniu 16 lipca b. r. i rozesłało je do prezydyów sądów krajowych wyższych: »Dostało się do wiadomości ministerstwa sprawiedliwości drogą interpelacyi, kilka zażaleń na stosowanie rozporządzeniem z dnia 20 marca 1901 wprowadzonej w życie taryfy należytości dla znawców sądowo-lekarskich w sprawach karnych i na podejmowanie badań sądowo-lekarskich. Ministerstwo sprawiedliwości czuje się zniewolonem do wydania następujących zarządzeń i pouczeń: 1) wedle § 2-go rozporządzenia należy się znawcom obok należytości, wymienionych w § 1, zwrot wydatków w gotówce, wydatków potrzebnych dla spełnienia pewnej czynności, jak n. p. na środki odkażające itp. Zwrot za środki odkażające należy się lekarzowi nietylko przy sekcyi, ale i przy każdem badaniu i to należy odszkodować nietylko owego lekarza, który sekcyi dokonał, ale i drugiego lekarza, o ile ten także środków odkażających użył za własne pieniądze. 2) Dla zbadania sądowo-lekarskiego wolno zdjąć choremu opatrunek tylko wtedy, jeśli się to stać może wedle orzeczenia lekarskiego bez narażenia okaleczonego. Zdejmowania opatrunków skomplikowanych albo takich, które pokrywają większe części ciała, należy w regule zaniechać. Badającemu lekarzowi sądowemu należy się zwrot za zużyte przy zmianie opatrunki wedle § 2 rozporządzenia, a jeśliby zmiana opatrunku wymagała nadzwyczajnego trudu i straty czasu, należy się lekarzowi nadto odpowiednie wynagrodzenie, które wedle § 8 l. 2 rozporządzenia należy likwidować jako wynagrodzenie za nadzwyczajne świadczenie. Poleca się sądom, które częściej potrzebują materyałów opatrunkowych, utworzyć odpowiedni zapas opatrunków na własny koszt i oddawać go w razie potrzeby lekarzom sądowym do dyspozycyi. 3) Żalono się dalej, że w przypadkach, w których z braku w § 123 ustęp 2, A. P. O., względnie w § 6 rozporządzenia oznaczonych warunków sąd aktów znawcom do studyów nie oddał, że sędzia często dopiero w obecności znawców zapoznaje się z treścią aktów albo znawcom akty odczytuje, przez co czas trwania ich czynności nadmiernie się przedłuża. Zwraca się uwagę sądom, że jest obowiązkiem sędziowskich funkcyonaryuszy przygotować się odpowiednio do każdej czynności urzędowej, przyczem nie powinno stanowić żadnej trudności podać rzeczoznawcom pokrótce okoliczności, ważnych dla oceny przypadku. 4) Rozporządzeniem minister. z 12 maja 1899 przypomniano przepis, że liczenie za 2 wozy dla komisyi składających się z czterech członków (sędzia, jego sekretarz i dwaj rzeczoznawcy) jest niedopuszczalne. Przepis ten zachowuje moc swą jako reguła i nadal, jednak policzenie należytości za drugi wóz dla znawców jest wtedy zezwolonem, jeśli nie można się postarać o wóz z 4 siedzeniami. Równocześnie ponawiając i częściowo uzupełniając w tym względzie już istniejące dawniejsze przepisy, zarządza się, że poza właśnie wspomnianym przypadkiem wspólnych komisyi wolno liczyć osobną należytość za drugi wóz dla znawców, jeśli znawcy nie mogli użyć wozu, na którym jechał komisarz sądowy, z powodu, że mieszkają daleko i w innym kierunku, albo z innych ważnych przyczyn, które należy uwydatnić, n. p. że lekarze wezwani na komisyę nie mogli na czas stanąć, bo przeszkodziła im praktyka prywatna, albo jeśli po przeprowadzeniu dowodu ze znawców sędzia jeszcze musi pozostać na miejscu komisyi dla spełnienia swych czynności dłuższy czas, przez co znawcy, chcąc czekać na powóz wracającego sędziego, ponieśliby poważniejszy uszczerbek w zarobkach. Rozporządzenie ministeryalne z 14 listopada 1891, tyczące się wynagrodzenia za zmianę opatrunków, traci swą moc.

E. S.

Lekarzy szkolnych dla szkół elementarnych ustanawia statut, opracowany w austr. ministerstwie oświaty. Wedle tego statutu mają lekarze czuwać nad zdrowiem dzieci, obowiązanych do nauki szkolnej i chronić je przed niebezpieczeństwami, grożącemi ich zdrowiu. Dalej mają śledzić i uważać na cielesne rozwijanie się i baczyć na stan zdrowotny dzieci w czasie ich uczęszczania do szkoły i w tym celu powinni w krótkich odstępach czasu dzieci badać i co potrzeba zarządzić. Z początkiem roku szkolnego należy wszystkie dzieci zbadać i chore uwalniać od gimnastyki, śpiewu i robót ręcznych. Wśród roku szkolnego należy jak najczęściej poszczególne klasy zwiedzać, a w nagłych przypadkach obowiązany jest lekarz do natychmiastowej pierwszej pomocy. Za każdą klasę dostanie lekarz szkolny honoraryum roczne w kwocie 40 koron. Statut ten będzie przedłożony do oceny i zatwierdzenia ministerstwu spraw wewnętrz. i Radzie zdrowia.

E. S.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 5 do 11 sierpnia 1906 roku doniesiono o nowych przypadkach: duru plamistego 20 przypadków w 11 gminach, a mianowicie: w pow. Brzeżany (Glinna 1, Krasna 1), Cieszanów (Lubliniec 1), Dobromil (Boryslawka 1), Jaworów (Wierzbiany 1), Kałusz (Cwikowa 3), Stary Sambor (Grodowice 1), Stryj (Kruszelnica 2, Tucholka 1), Turka (Komarniki 5), Złoczów (m. Złoczów 3). — W czasie od 12 do 18 sierpnia 1906 r. doniesiono o nowych przypadkach: ospy w 3 gminach, a mianowicie: w pow. Tarnów (m. Tarnów 2, Wola rzędzińska 1), duru plamistego 21 w 12 gminach a mianowicie: w pow. Cieszanów (Lubliniec 4), Horodenka (Żuków 2), Kałusz (Dobrowlany 1, Świtową 1), Kamionka (Busk 2), Przemyślany (Gliniany 1), Sniatyn (m. Śniatyn 1), Stary Sambor (Grodowice 2), Stryj (Tucholka 1, Kruszelnica 1), Tłumacz (Ladzkie szlach. 3).

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 5/VIII do 11/VIII b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 5 (obcy 1), krztuśca 1 (—), ospy — (—), płonicy 1 (2), odry 4 (—), duru wysypkowego — (—), duru brzusznego 1 (1), czerwonki — (—), nagminnego zapalenia opon mózgowych — (—). Od 12 do 18/VIII zgłoszono przypadków błonicy 6 (—), krztuśca 1 (2), płonicy 3, odry 2, duru brzusznego 4 (4); w tym tygodniu nie było przypadku śmierci z chorób zakaźnych.

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 12/VIII a 18/VIII br. urodziło się dzieci żywo 65, nieżywo 3; zmarło osób 45 (obcych 21); z tego z gruźlicy 9 (4), zapalenia płuc 4 (2), błonicy 1 (1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (1), czerwonki 1 (1), cholery niemowląt 1 (—), innych chorób zakaźnych 2 (2), śmierci gwałtownej 2 (1).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« prof. Stanisław Ciechanowski powrócił i objął swoje czynności.

Warszawa. W szpitalu ewangelickim zamianowano lekarzem ambulatoryum chorych na gardło, nos i krtań dr Ronthalera. »Gazeta lekarska« przypuszcza, że niebawem powstanie w tym szpitalu stały oddział dla takich chorych; obsada ordynatora odbędzie się prawdopodobnie drogą konkursu w języku polskim.

— Dzieło dr Sokołowskiego wyszło w tłómaczeniu niemieckiem p. t. »Klinik der Brustkrankheiten«.

Z różnych stron. Rosyjskie ministerstwo zwróciło uwagę rektorom uniwersyteckim, by w przyszłem półroczu nie przyjmowano kobiet, gdyż nawet przy autonomii uniwersytetów kobiet przyjmować nie wolno, jak długo tej sprawy nie rozstrzygnie się ustawowo.

— Państwowe egzamina na uniwersytetach rosyjskich rozpoczną się dnia 1 września. Zgłoszenia będą przyjmowane tylko do 29 sierpnia. Do egzaminów, nadających stopień lekarza, mogą być dopuszczeni tylko ci, którzy w roku 1904 słuchali dziewiąte półrocze.

— Prof. Erb z Heidelbergu ustępuje ze stanowiska z końcem najbliższego półrocza zimowego.

— Dnia 25 września b. r. odbędzie się w Heidelbergu otwarcie zakładu dla badania raka.

— Rząd w Bukareszcie przedkłada wniosek do ustawy, by zabronić małżeństwa tym osobom, które ulegają nieuleczalnej kile, gruźlicy i rzucawce.

Mianowani: Prof Schultze w Gryfii profesorem zwyczajnym, Dr Miranda w Catanii profesorem nadzwyczajnym położnictwa. Dr Mantegazza profesorem nadzwyczajnym chorób skórnych w Parmie, Dr Gordon profesorem psychiatryi w Filadelfii.

Powołani: Prof. Sarwey z Tybingi na profesora położnictwa i ginekologii w Rostoku.

Zmarli: W Warszawie dr Józef Radziszewski; w Kocku (gub. siedlecka) dr Adolf Kisielewski; Dr Eugeniusz Sokołowski, lekarz marynarki rosyjskiej, zamordowany przez marynarzy na statku „Pamjat Azowa"; prof. patologii w Odessie Bogdanoff.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr 32. Bregman: O widzeniu barw i ślepocie dla barw w histeryi. Halpern (c. d.). — Nr 33. Bregman. Halpern (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr 31. Kijewski (c. d.). Serkowski i Maybaum (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr 15. Hallé i Motz (c. d.). Sędziak (c. d.).

— *Nowiny lekarskie* Nr 8. Zembrzuski: W sprawie operowania w przypadkach ran postrzałowych czaszki z uwięźnięciem kuli w mózgu. Hornowski: O znaczeniu inoskopii przy rozpoznawaniu cierpień jamy brzusznej.

— *Kronika dentystyczna* Nr 2. Krakowski (c. d.). Kohn: Przypadek śmierci z przyczyny silnego krwotoku w ustach.

— *Tygodnik lekarski* Nr 33. Ziembicki: O niektórych sposobach wykrywania i oznaczania cukru w moczu. Czyżewicz (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr 16. Mikołajski (c. d.). Stella-Sawicki (dok.).

— *Przegląd zdrojowy* Nr 10. Skórczewski: Historya Krynicy.

— *Časopis lekařův českých* Nr 33. Jerie: Mimoděložni těhotenstvi s živým plodem. Zahradnicky (dok.). Zamazal: Nachlazeni. Zikmund: Ještě několik slov k otázce o zachlazeni.

— *Liječnički Vijestnik* Nr 8. Gottlieb: O aethiologiji ektopične trudnoće. Jurčič: Slučaj hyperphalangije obiju palaca. Fischer: Ruptura capitis longi musc. bicipitis brachii dextri.

— *Russkij Wracz* Nr 30. Grużdżew: O ciałach obcych w jamie brzusznej i o zachowaniu się otrzewnej wobec nich. Wredien: O doszczętnej operacyi przepukliny pępkowej. Kobylinskij: O operacyjnem leczeniu wielokrotnych brodawczaków krtani w wieku dziecięcym. Broszniowskij: Przegląd dokonanych w przeciągu roku trepanacyi wyrostka sutkowego.

— *La Semaine medicale* Nr 33. Aubertin: Równorzędność zmian we krwi i w szpiku kostnym przy niedokrwistości złośliwej. Mantoux: Hypotermia u gruźliczych podczas ataków połowiczego bolu głowy.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 33. Schrötter: O znaczeniu rozpoznawczem endoskopii w chorobach płuc. Bucura: Przypadek szczątkowej macicy wraz z szczątkową pochwą i dodatkowym odbytem przedsionkowym. Fritsch: Kephaldol, nowy środek przeciwgorączkowy i przeciw nerwobolom oraz jego działanie jako środka przeciw potom. Oppenheim (c. d.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 33. Curschmann: O przewlekłym zniekształtniającym gośćcu stawowym. Wadsack: Pojedynczy bąblowiec lewego płuca, uleczony przez dobrowolne wykrztuszenie. D'Amato: Dalsze badania zmian w naczyniach i w innych narządach pod wpływem wyciągów z nadnercza. Trautmann: Zatrucie mięsem, a paratyfus. Rosenberg: Oznaczanie cukru w moczu. Bosse: O znieczuleniu ogólnem.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 33. Kümmel: Wyniki wczesnych operacyi zapaleń wyrostka robaczkowego. Bickel: Badania doświadczalne nad wydzielaniem soku żołądkowego u człowieka. Meyer: O przewlekłej czerwonce i jej leczeniu. Leuchs: O pożywkach z zielenią malachitową w celu wykazania prątków durowych i paratyfusu. Opitz (c. d.). Jacobsohn: O ranie kłutej macicy. Skłodowski: Przyczynek do leczenia choroby Basedowa promieniami Roentgena.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 33. Wendel: Nowoczesne usiłowania w celu zmniejszenia niebezpieczeństwa znieczulen. Ritter: Rokowanie i leczenie kamicy żółciowej oparte na statystyce i doświadczeniu. Uffenheimer: O wykazaniu toksyny we krwi chorych błoniczych. Nieter i Liefmann: O ciekawych wynikach badania przenośników prątków durowych w zakładzie dla obłąkanych. Korschun: O przeciwieństwie między prawidłowemi, a bakteryobójczemi surowicami. Steinert i Bielschowsky: Przyczynek do fizyologii i patologii pionowych ruchów oka. Gross: Związek zachodzący między tężyczką a kobiecemi częściami rodnemi. Thiess: O zapobieganiu tryprowi u noworodków. Steiner i Vörner: Przyczynek do przyczyn świerzbiączki. Vörner: O bolesnych obrzmieniach gruczołów przy kile. Weisselsberg: Przypadek zwężenia przełyku wyleczony fibrolizyną.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie sekcyi wadowickiej Tow. lekarzy gal.

W porozumieniu z kolegami biura Sekcyi wadowickiej Towarzystwa lekarzy gal. kol. Józef Bednarski, lekarz okręgowy z Alwernii, uzupełnia swój wniosek w sprawach społeczno-lekarskich w programie posiedzenia administracyjno-naukowego, w d. 26 sierpnia b. r. w sali Rady powiatowej odbyć się mającego, w Nr 31 »Przeglądu lekarskiego« ogłoszonym:

Sekcya wadowicka uchwali:

Usilnie starać się przez dotyczące Władze powiatowe i krajowe:

a) aby w siedzibie lekarzy okręgowych ustanowiono szpitaliki dla ubogich chorych, zwłaszcza w miejscach, oddalonych od szpitali powszechnych;

b) o dostarczenie lekarzom okręgowym większych przyrządów dezinfekcyjnych do odkażania mieszkań i bielizny po chorych zakaźnych;

c) poprzeć przez Radę nadzorczą i Izby lekarskie obie rezolucye deputowanego do Rady państwa kol. Opydy, w parlamencie na posiedzeniu w d. 5 marca wniesione, a mianowicie: dotyczące obowiązkowego zabezpieczenia losu wdów i sierót po lekarzach prywatnych, a piastujących tymczasowe posady lekarzy krajowych lub rządowych, jak lekarzy okręgowych, miejskich, szpitalnych, kolejowych, kas chorych, więziennych, by tym w razie ich choroby i niezdolności do pracy, a wdowom i sierotom po śmierci tych lekarzy pozostałym przyznano pobory odpowiednie urzędnikom IX rangi, jak również rezolucyę, dotyczącą odpowiedniego podniesienia płacy lekarzy rządowych a przedewszystkiem obniżenia (skrócenia) lat ich służby z 40 na 35 lat.

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum“. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: original Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163 5.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla ozdrowieńców; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mraček, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin“

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

Meran

Dr Romuald Binder

ordynuje 216

w chorobach wewnętrznych i nerwowych

Willa „Stefanie“.

Najsmaczniejsze i dlatego najlepsze nowoczesne przetwory hemoglob. są

Perdynamin i Lecithin-Perdynamin

Dawka 2 razy dziennie 1—2 łyżek, czysto lub z wodą, mlekiem lub winem.

Wskazania: błednica, niedokrewność, białaczka, suchoty, ozdrowienie, cierpienia nerwowe.

Cena 1 flaszki perdynamin K. 3·50.
Cena 1 flaszki — Lecithin-perdynamin K. 5·50.

Fabrykant 68

H. BARKOWSKI, Berlin, O. 27, Alexanderstrasse 22.

Zastępca na Austro-Węgry:
Mr. Camillo Raupenstrauch, emeryt. aptekarz,
Wiedeń 11/1, Castellergasse 25.

Perdynamin i Lecithin-Perdynamin są idealnymi środkami nowoczesnymi pobudzającymi odżywienie z powodu ich rzeczywistej wartości, dobrego smaku i znakomitego działania.

Rok XLV. Kraków 1 Września 1906. Nr 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób wewnętrznych prof. M. M. Wołkowa w Petersburskim Żenskim Instytucie Lekarskim.

Dwa przypadki pierwotnego raka głowy trzustki oraz cukromoczu.

Podał

Dr B. Wilamowski.

(Odczyt na posiedzeniu Polskiego Koła lekarskiego w Petersburgu 2/15 Maja 1906 roku).

Obydwa opisane niżej przypadki dlatego są ciekawe, że obok pewnych charakterystycznych objawów oba przebiegały z cukromoczem. Cukromocz zaś w przypadkach raka trzustki należy do zjawisk nader rzadkich. Niektórzy autorowie wątpią wogóle, czy zdarza się cukromocz takiego rodzaju. Tak np. Bard i Pic [1] w swojej dość wyczerpującej pracy o pierwotnym raku trzustki twierdzą, że ani razu nie stwierdzili cukru w moczu chorych, cierpiących na raka trzustki. Guillon [2] jednak w swojej rozprawie o cukromoczu w toku raka trzustki zwalcza zapatrywanie Barda i Pica i objaśnia, że ci autorowie badali chorych w tak zwanym okresie niecukromoczowym. Według Guillon cukromocz w przebiegu raka trzustki zdarza się rzadko: od 11,5%—25%. Manujłow [3] w swojej rozprawie doktorskiej przytacza Mysza, który podaje, że w 6,4% przypadków raka trzustki zdarza się cukromocz. U swoich 20 chorych Manujłow ani razu cukromoczu nie spostrzegał. Teleky [4] opisał w „Wiener klinische Wochenschrift" 1902 r. dwa przypadki cukrzycy trzustkowej, z których w jednym na sekcyi znaleziono raka trzustki.

Wobec takiej rzadkości cukromoczu w przypadkach raka trzustki, sądzę, że moje dwa przypadki, w których raka trzustki rozpoznano za życia, zasługują na uwagę. Pierwszy przypadek był następujący:

W końcu września 1901 r. do kliniki prof. Wołkowa przeniesiono z miejskiego Obuchowskiego szpitala robotnika fabrycznego Pawła A. lat 46. A. do 21 roku życia przebywał na wsi; nie pamięta, aby wówczas na jakąkolwiek chorobę chorował. Jego ojciec żył lat 80, matka zaś umarła z objawami, prawdopodobnie gruźlicy płuc w 50 r. Z 7 rodzeństwa 5 zmarło w niemowlęctwie z przyczyn choremu nieznanych, jeden brat w ostatnich latach swego życia kaszlał, bardzo schudł i umarł w 50 r. życia.

Chory w 23 i 24 roku życia przebył jakieś z ostrym początkiem przewlekłe, prawdopodobnie płucne cierpienie w czasie służby w żandarmeryi petersburskiej. Służba była ciężka i niespokojna. Wogóle zaś dość często zaziębiał się i kaszlał. W 27 roku życia miał na goleniach jakieś bardzo uporczywe wrzody, które zagoiły się ostatecznie po paru latach. Do przymiotu i innych chorób wenerycznych chory nie przyznaje się.

Chory przez długie lata nadużywał wyskoku i przebywał w wilgotnych mieszkaniach. Ożenił się w 27 r. życia. Z 9 dzieci 4 zmarło w latach dziecięcych, reszta żyje i zdrowe. W ostatnich latach służył w fabryce odlewów stalowych w Petersburgu jako t. zw. „szornika": zszywał rzemienie, nakładał je na koła i zdejmował. Obecna choroba rozwijała się stopniowo i pierwszych jej początków chory ściśle określić nie może. Najprawdopodobniej cała sprawa od pierwszych objawów, przez chorego dostrzeżonych, do dnia śmierci trwała nie dłużej nad 10 miesięcy. Od zimy 1901 r. zaczął chory niedomagać, mniej jeść i często się skarżył na uczucie ściągania, ciśnienia w podżebrzu prawem. Od końca czerwca chory zaczął wyraźnie chudnąć, jadł bardzo mało. Po każdym posiłku doświadczał uczucia ciężaru w okolicy żołądka i zgagi. Wymiotów nie miewał. Z każdym dniem chory słabnął coraz więcej, pracować jednak nie przestawał aż do połowy lipca. Wtedy dopiero dostrzegł, że skóra zżółkła, a mocz zrobił się ciemniejszym. 18 lipca chory wstąpił do szpitala przy fabryce, lecz po $1\frac{1}{2}$ tygodnia wypuszczono go na własne jego żądanie; na robotę przestał wtedy uczęszczać, przebywał w domu, zajmując się gospodarką domową; wódkę przestał pić zupełnie. W domu przebył $1\frac{1}{2}$ miesiąca. Mniej więcej w tym okresie pojawiło się częstsze parcie na stolec — do 3 razy na dobę i wypróżnienia rzadsze. Ponieważ w domu stan się nie polepszał, wstąpił wtedy chory do miejskiego Obuchowskiego szpitala, skąd po tygodniu przeniesiono go do kliniki prof. M. Wołkowa.

Kiedyśmy poraz pierwszy ujrzeli chorego w klinice, zwróciło naszą uwagę przedewszystkiem ogromne wycieńczenie i żółtaczka z ziemistym odcieniem. Chory apatyczny. Odpowiedzi dawał jak gdyby wymuszone i lakoniczne. Wszelkie badanie prędko go nużyło. Chory ciągle leżał w łóżku, wstając tylko z konieczności. Przy dokładniejszem badaniu stwierdziliśmy co następuje: Chory dość wysokiego wzrostu. Skóra sucha i pozbawiona sprężystości — łatwo się układa w zmarszczki. Barwa skóry silnie żółta z ziemistym odcieniem. Na goleniach, szczególnie na prawem, powierzchowne blizny. Włosy znacznie przerzedzone, z lekką siwizną, wypadają łatwo. Pokład tłuszczowy zanikły, mięśnie również; kościec bez zmian. Błona śluzowa jamy ustnej żółtawa. Zębów niewiele, dużo spróchniałych. Twardówki żółtawo. Gruczoły chłonne w pachwinach znacznie powiększone; wymacać również można i gruczoły pod pachami, szczególnie z lewej strony. Tętnice, dostępne omacaniu, cokolwiek stwardniałe. Tętno zwolnione — 47 na 1'. Granice serca prawidłowe, tony przytłumione. Przykładanie słuchawki pozostawia w skórze zagłębienie. Uderzenie w mięśnie wywołuje wyraźne samoistne kurczenie się. Odruchy kolanowe nieco obniżone. Golenie, szczególnie prawy, i stopy trochę obrzękłe. Dołki nadobojczykowe nierównomiernie zapadnięte, prawy dołek jak gdyby zapadł więcej; w jego obrębie odgłos nieco więcej stłumiony i wydech bardziej przedłużony, niż w dołku lewym. Z tyłu dolna granica płuca lewego znajduje się w linii łopatkowej na 10. żebrze, tu także wydech słyszalny; po stronie prawej zaś, w dole i z tyłu i w kierunku pachy prawej, słychać nieobfite drobne rzężenie. Przy opukiwaniu brzucha stwierdza się stłumienie, którego granica u chorego stojącego jest prostolinijna, u leżącego zaś ma postać sierpa z wypukłością ku dołowi. To stłumienie u chorego stojącego nie dochodzi do pępka na 2 ctm.. Przy obmacywaniu czuć chełbotanie. Obwód brzucha na wysokości pępka w postawie pionowej 92 ctm. Wątroba macalna występuje na $1\frac{1}{2}$ do 2 ctm. z pod łuku żebrowego, brzeg jej równy i twardy. Tuż pod brzegiem wątroby wystaje jakby stopień ciało, nieściśle odgraniczone, ciastowate, poruszające się przy oddechu wraz z wątrobą; jest to rozszerzony pęcherzyk żółciowy. Śledziona nie macalna.

Z przytoczonych więc danych na pierwszy plan występują: żółtaczka, silne wycieńczenie i apatya i puchlina brzuszna

Dalsze badanie stwierdziło: Kał jasny, gliniasty, nieuformowany, mocno cuchnący. Pod mikroskopem widać włókna mięśniowe i krople tłuszczu. Jaj glist nie znaleziono ani razu. Stolec oddawał

chory zwykle dwa razy na dobę. Oddziaływanie moczu lekko kwaśne, ciężar gatunkowy 1009—1012, średnia ilość moczu 1200 c. sz. Chory wypijał w ciągu doby blizko 2 litry płynów. W moczu zawsze barwiki żółciowe, czasami indykan. Urobiliny nie było. Odczyn dwuazowy dodatni. Białka w moczu nie było, co się zaś tyczy cukru, to przez pierwsze dwa dni obserwacyi stanowczo go w moczu nie było, na dzień trzeci jednak (30 września) próba Trommera dała wynik dodatni, również i próba fermentacyjna przyrządem Einhorna wykryła 0,5% cukru. Cukromocz trwał 3 dni, a potem cukier przestał się wydzielać, przynajmniej żadnym sposobem nie można go było wykryć. Po upływie dalszego tygodnia wykonaliśmy próbę na glikozuryę pokarmową. Choremu podano *per os* 100 grm. glikozy. Po godzinie w moczu zjawiły się ślady cukru, a po upływie 9½ godz. cukier wydzielać się przestał. Moczu zawierającego cukier wydzieliło się 770 c. sz., ciężaru gatunkowego 1016, cukru zaś w nim 23 grm. (wynik badania przyrządem polaryzacyjnym). W ciągu następnych 8 godzin wydzielał się mocz niezawierający cukru w ilości również 770 c. sz., ciężaru właściwego 1010, poczem znowu cukier się zjawił i ten powtórny cukromocz trwał już 4 doby. Badanie mikroskopowe moczu żadnych ważnych danych nie wykryło; również kilkakrotny rozbiór ilościowy nie wykrył nic szczególniejszego. W drugim tygodniu obserwacyi choremu podano śniadanie próbne (15 grm. bułki i 300 c. sz. herbaty bez cukru). Po godzinie wydobyto treść żołądka w ilości 70 c. sz. o kwaśności ogólnej 26%, znacznie więc obniżonej (na 100 c. sz. treści żołądkowej zużywało się przy miareczkowaniu 26 c. sz. decinormalnego roztworu ługu potasowego). Wolnego kwasu solnego było 0,29‰, związanego 0,36‰. Mleko ścięło się po 14'. Białka przetrawiło się podług Metta 3mm. Pod mikroskopem zauważono ziarnka skrobi, drożdże i ziarenkowce. Wessanie w żołądku obniżone — po 1 g. i 20' wykryto jod w ślinie. Próba salolowa co do sprawności ruchowej żołądka stwierdziła również jej obniżenie — kwas salicylurowy bowiem ukazał się w moczu po 4 g. i 15'. — We krwi znaleziono ciałek czerwonych 3,680,000, białych — 4585 i Hb. według Gowersa 85%. Ciśnienie krwi, zbadane przyrządem Potaina na tętnicach promieniowych, wynosiło 26 po obu stronach. Siła ręki prawej podług siłomierza 24 klg., lewej — 20 klg.

Ciepłota w ciągu pierwszych trzech tygodni miała pewną skłonność do niewielkich wzniesień — najwyżej 37,°6, obniżając się do 35,°8. W ciągu zaś ostatnich dwóch tygodni ten podgorączkowy stan ustał i najwyższa ciepłota wynosiła 36°,1, natomiast najniższa wynosiła 35 i nawet 34,8°. Oddechów średnio 18 na 1', po ogólnem zaś obniżeniu się ciepłoty 14 na 1'. Tętno wciąż było zwolnione: 50—60 na 1'. Waga ciała wahała się w granicach od 58—59 klg., po wypuszczeniu zaś z brzucha płynu przesiękowego (barwy cytrynowo-żółtej, zawierającego przeszło 1% białka) waga spadła do 53 klg. i wyżej 54,5 już się nie podnosiła. Moczu wydzielało się średnio na dobę 1200 c³. Wypijał zaś chory na dobę prawie 2 litry wszelkich płynów. Jadł mało. Sypiał nieźle. Żółtaczka pod koniec zaczęła się zwiększać. Stopniowo i pomału wzrastały obrzęki ogólne. Przesięk pojawił się i w opłucnej, jednak nierównomiernie po obu stronach: po lewej przytłumienie z początku trzymało się w odległości 3 palców od kąta łopatki, następnie podniosło się jeszcze na 1½ palca, po prawej zaś stronie granica przytłumienia zawsze stała niżej. Nieobfite rzężenia stale po obu stronach. Zmian wyraźnych wątroby nie znaleziono. Śledziona z początku nie macalna, później zaś, szczególnie po wypuszczeniu płynu z brzucha, niezupełnie pewnie. W dalszym przebiegu choroby przytłumienie sercowe zaczęło się zwiększać, lecz nieznacznie; — prawa granica serca dochodziła do linii środkowej mostka; granica lewa nie dawała się określić z powodu bębnicy, górna zaś zaczynała się od 4 żebra. Drugie tony nad tętnicą główną i płucną były dobitne. Prawie od początku obserwacyi zwracała na siebie uwagę niemiarowość tętna dość wyraźna. Najwybitniejszy objaw, — żółtaczka, — stopniowo się zwiększała. Chory wciąż słabnął i pod koniec zaczął się skarżyć na zawroty głowy przy podnoszeniu się w łóżku i przewracaniu, również skarżył się na szum w uszach, pewne przytępienie słuchu, odbijanie i senność. W takim stanie zwiększającej się apatyi, chory zmarł w 34. dniu pobytu w klinice. Przez ten czas dbano głównie o odżywianie chorego. Z lekarstw podawano w ciągu dwóch tygodni jodek sodu, bez widocznego skutku. Również nie działała i sztuczna sól karlsbadzka. Dla wzmocnienia działalności serca zażywał chory naparstnicę, strofantus i kofeinę. Czystość skóry i jej czynność podtrzymywano codziennemi ciepłemi wannami (28°—30° R.).

Rozpoznanie kliniczne brzmiało:

„Hereditas infausta. Conditiones vitales: refrigeratio, labor, depressio moralis. Hyperplasia glandularis lymphatica. Induratio apicis pulmonis dextri. Intoxicatio alcoholica chron. Arteriosclerosis moderata univers. Carcinoma capitis pancreatis. Compressio dd. choledochi et Wirsungiani. Acholia intestinalis. Dilatatio vesicae felleae. Icterus e retentione. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Compressio venae portarum. Ascites. Myodegeneratio et insufficientia cordis. Anasarca. Hydrothorax bilateralis Oedema pulmonum. Glycosuria transitoria. Glycosuria alimentaria. Cholaemia. Anaemia et atrophia universalis".

Gdy rozpoznanie było już ostatecznie ustalone (przypadek ten był przedmiotem lekcyi klinicznej), oczywiście nasuwała się myśl o operacyi. Lecz nie mówiąc już o wyłuszczeniu głęboko usadowionego guza, nie można było myśleć nawet o zabiegu łagodzącym, a mianowicie o utworzeniu przetoki pęcherzykowo-jelitowej *(cholecystenteroanastomosis)*, siły bowiem chorego były bardzo wyczerpane i stan serca wzbudzał obawy. Trzy operowane przypadki Manujłowa, operowany przypadek Teleky i wogóle dane z piśmiennictwa w tej sprawie nie są zachęcające. Prof. Braun [5] uważa zajęcie nowotworem złośliwym głowy trzustki za przeciwwskazanie do operacyi, wobec bowiem ciężkiego stanu chorego widoki pomyślne są małe, niebezpieczeństwo zaś wskutek krwawienia miąższowego (do którego chorzy dotknięci żółcicą *(cholaemia)* są skłonni) jest wielkie. W jednym operowanym przypadku Manujłowa krwawienie miąższowe było bardzo groźne.

Sekcya, wykonana przez prosektora szpitala Petropawłowskiego dra Gealan-de la-Croix i badanie drobnowidowe, dokonane przez prosektora Instytutu docenta dra Pokrowskiego, potwierdziły w głównych rysach rozpoznanie kliniczne.

Badanie drobnowidowe stwierdziło: w skrawkach z trzustki przedewszystkiem zwracał uwagę dość rozległy rozrost tkanki łącznej. Niektóre części tkanki łącznej wokoło naczyń były zwyrodniałe szklisto. Wśród tej tkanki łącznej znajdowały się liczne ogniska nowotworowe. Niewielkie, rozmaitego kształtu ogniska te składały się z komórek o stosunkowo dużych, czasami pęcherzykowatych jądrach i dość obfitej protoplazmie. Niektóre ogniska były jednolicie złożone z komórek, w innych komórki znajdowały się tylko na obwodzie, w środku zaś pozostawała przestrzeń wolna, w której często zauważyć można było treść śluzowo-koloidową. Komórki były nader podobne do komórek przewodów wydzielniczych, w pobliżu których znajdowały się ogniska nowotworowe; w ogniskach zaś leżących dalej od przewodów charakter komórek zmieniał się, zbliżając się do typu komórek miąższowych trzustki. Rak wychodził więc najprawdopodobniej z nabłonka przewodów wydzielniczych. Rak ten nie miał typowych cech i rozrastał się wśród tkanki łącznej. Przerzuty nowotworu w wątrobie miały ten sam charakter, co i w trzustce, lecz układ komórek na obwodzie ognisk był wyraźniejszy i trafiał się częściej. Również i tutaj w przestrzeniach w środku ognisk znajdowała się podobna treść śluzowo-koloidowa. Tkanka łączna śródmiąższowa i w wątrobie rozrosła się dość znacznie. W niezajętych przerzutami częściach wątroby naczynia były rozszerzone i wypełnione krwią. Komórki wątrobne wszędzie były pomniejszone i zawierały brunatno-żółty barwik. Guziczki, znajdujące się w płucach, okazały się starymi, otorbionymi, zserowaciałymi gruzełkami. W wielu z nich na granicy masy serowatej znajdowały się typowe twory olbrzymie. Wrzód, znaleziony w jelicie krętem, miał drobnowidowe cechy gruźlicy.

Rozpoznanie anatomiczne (opuszczamy protokół obdukcyi dosłowny) było następujące:

„Carcinoma capitis pancreatis. Pleuritis dextra, peripancreatitis, pericystitis fellea, periduodenitis chronica adhaesiva. Compressio dd. choledochi et Wirsungiani atque venae portarum cum stenosatione eorum et pylori ventriculi. Nodi carcinomatosi hepatis et tuberculosi pulmonis utriusque. Oedema et hyperaemia maxima pulmonum. Di-

latatio cordis. Dilatatio ventriculi. Myodegeneratio albuminosa cordis. Hepar hypostaticum induratum. Nephritis chron. interstitialis non magna. Cyanosis hypostatica renum. Ulcus tuberculosum partis superioris ilei. Colitis catarrhalis non magna. Anasarca. Ascites. Hydrothorax sin. non magnus. Peritonitis fibrinosa subacuta. Icterus universalis".

(Dok. nast.)

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O przetokach kałowych po przepuklinach uwięźniętych.

Podał

Dr Józef Bogdanik

prymaryusz.

(Dokończenie.)

W końcu przytoczę jeszcze pokrótce historye chorych operowanych z powodu przetoki kałowej w szpitalu św. Łazarza w Krakowie w latach 1904 i 1905.

1. Jan T., lat 30 liczący, przyjęty został na oddział chirurgiczny w dniu 15/9 1903 z przepukliną uwięźniętą od 14/9 1903. Dr Juras wykonał w dniu 15/9 laparotomię, przyczem stwierdzono, że jelito cienkie okręcone o kiszkę grubą (kątnicę i okrężnicę wstępującą) przyrosło do worka przepuklinowego i nastąpiła zgorzel skręconych części. Wykonano enteroanastomozę zapomocą guzika Murphyego, a zgorzałe jelito zostawiono poza obrębem jamy brzusznej. Obejmując oddział w dniu 15/1 1904 znalazłem u chorego przetokę kałową w prawej okolicy pachwinowej. W dniu 7/2 1904 r. przystąpiłem do operacyi w sposób powyżej podany, a 26/3 opuścił chory szpital zupełnie wyleczony.

2. Agata K., lat 44 licząca, przyjęta do szpitala w dniu 26/5 1904 roku z powodu przepukliny udowej po stronie prawej, uwięźniętej od 5 dni. Tętno 104, ciepłota ciała prawidłowa, język podsychający, bębnica. W uśpieniu chloroformowem otwarto worek przepuklinowy i założono rzyć sztuczną z powodu zgorzeli jelita. W dniu 8/6 resekowałem 15 ctm. długą pętlę jelita biodrowego i założyłem opatrunek aseptyczny. W dniu 9/7 1904 r. opuściła szpital wyleczona.

3. W dniu 8/7 1904 r. przeniesiono na oddział chirurgiczny Barbarę K., lat 74 liczącą, którą operowano w klinice chirurgicznej dn. 5/7 1904. Z powodu przepukliny wargowej uwięźniętej wykonano tamże: *Herniolaparotomia-Antepositio.* Chora mocno wycieńczona przybyła z przetoką kałową w prawej zatoce biodrowej. Gdy się przetoka nieco oczyściła, a siły chorej coraz bardziej upadały, wykonałem resekcyę w dniu 22/7. Po otwarciu jamy otrzewnej przekonałem się, że jelito doprowadzające i odprowadzające były ze sobą spojone silnymi zrostami. Jelito resekowałem i zeszyłem okrężnie, potem zaszyłem ranę w powłokach brzusznych, pozostawiając w jamie brzusznej worek Mikulicza z gazy wyjałowionej. Tętno bardzo słabe stało się niewyczuwalnem i chora umarła w nocy pomimo środków podniecających. Sekcya: *Peritonitis fibrinosa circumscripta in regione resectionis. Marasmus senilis. Atrophia cordis, hepatis, renum ac lienis.*

4. Elżbieta R., lat 36 licząca, przyjętą została do szpitala w dniu 9/10 1904 r. Z wywiadów podnieść należy, że przed rokiem wystąpił guz w okolicy pachwinowej prawej, sprawiający znaczne bole. Wiatry ani stolce nie odchodziły, natomiast miała wymioty. Mąż chorej, uważając guz w pachwinie za ropień, naciął go. ropa atoli nie wypłynęła, natomiast kał płynny. Odtąd kiszką stolcową kał nie odchodzi, tylko otworem w pachwinie. Z biegiem czasu z otworu zaczęło się coś wypuszczać, aż doszło do obecnych rozmiarów. Badanie stwierdziło: Mierne wynędznienie. W okolicy pachwinowej prawej zwisa ku dołowi i na wewnątrz ciało kiełbasowate. Powierzchnia tego ciała pofałdowana, zaczerwieniona i pokryta śluzem żółtawym. Długość jego wynosiła od podstawy aż do dolnego końca 20 cm. a na dolnym końcu był otwór, wydzielający pienistą ciecz barwy żółtawej; w otwór ten wygodnie wprowadzić można było gruby palec. Skóra u podstawy w okolicy pachwinowej była zaczerwieniona, pokryta powierzchownemi owrzodzeniami. Rozpoznałem przetokę kałową po przepuklinie uwięźniętej z następowem wypadnięciem (p. rycinę I) jelita i zaleciłem resekcyę, którą wykonałem 10/10 1904 r. W uśpieniu chloroformowem poprowadziłem cięcie obok przetoki, a otwarłszy jamę otrzewną, wydobyłem część jelita doprowadzającego i odprowadzającego, resekowałem je i założyłem szew. Potem oddzieliłem wypadnięte jelito razem z pętlą resekowaną. Szew rany brzusznej. Dnia 21/11 1904 opuściła chora zakład całkiem wyleczona. Jak już powyżej nadmieniłem, wypadniętą częścią było jelito odprowadzające, a nie doprowadzające, jak w pierwszej chwili mniemałem.

5. Kunegunda O., lat 45 licząca, miała oddawna przepuklinę po stronie prawej. Przed 2 laty nie dała się przepuklina odprowadzić, chora przez kilka dni nie miała stolca, chorowała ciężko, potem jej stan się poprawił, lecz z miejsca przepukliny wydzielał się kał. W dniu 13/10 1904 r. przybyła do szpitala z powodu przetoki kałowej poniżej prawego więzadła Pouparta. W dniu 14/10 wyciąłem część jelita doprowadzającego i odprowadzającego, zrośnięte ze sobą silnymi zrostami, i spoiłem dośrodkowo. Ranę w ścianie brzusznej zadaną spoiłem zupełnie szwami, wyciąwszy poprzednio pętlę jelita do przetoki przyrosłego, a dawniejszą ranę koło przetoki wytamponowałem. Dnia 2/11 1904 opuściła chora szpital zupełnie wyleczona.

6. Barbara P., l. 54, przyjęta w dniu 26/10 1904 r. podała, że miała przed 3 tygodniami w okolicy pachwinowej prawej guz, który się przeżarł, poczem począł się sączyć kał. W okolicy pachwinowej prawej zaczerwienienie i zmacerowanie skóry, w środku otwór szczelinowaty, około 10 ctm. długi, o brzegach nierówuych, pokrytych ziarniną. Z tego otworu wydobywa się kał. Tętno słabe, ciepłota 38·5° C. W dniu 28/10 otwarto jamę otrzewną i przekonano się, że przetokę tworzyło jelito odległe od kątnicy 3—4 ctm. Pętlę jelita oddzielono od powłok brzusznych, obrównano brzegi przetoki, a następnie spojono jelito dwoma piętrami szwów, potem jelito odprowadzono do jamy otrzewnej. Brzegi przetoki wyskrobano i wytamponowano jamę gazą jodoformową. Pierwotnie chora miała się dobrze, potem żaliła się na bole w piersiach i zaczęła gorączkować. Zapalenie płuc. W dniu 6/11 1904 roku. zmarła. Sekcya: *Pneumonia crouposa. Marasmus praecox.* Zapalenia otrzewnej nie było.

7. Jan Z., lat 30 liczący, wyrobnik, przyjęty został do szpitala w dniu 2/10 1905 r. z rozpoznaniem: *hernia inguinalis dextra incarcerata.* Uwięźnięcie trwa od tygodnia. W znieczuleniu miejscowem nacięto przepuklinę warstwowo, i dobyto jelito, którego część ciemno-wiśniowo zabarwiona była zapadnięta. Jelito wszyto do rany brzusznej i nacięto dla odpływu kału. (Dr Żmigród). Opatrunek przeciwgnilny. Część jelita zgorzelinowego oddzieliła się, a w dniu 17/10 wykonałem resekcyę jelita w uśpieniu chloroformowem. Zagojenie doraźne. W dniu 9/11 1905 chory opuścił szpital.

8) Józef D., l. 45 liczący, przyjęty został do szpitala w dniu 7/12 1905 r. z powodu przetoki kałowej, pozostałej po operacyi przepukliny uwięźniętej, którą wykonano w Rzeszowie. 8 ctm. długi kawałek jelita wynicowany na zewnątrz, wydzielający kał. U dolnego brzegu przetoki kałowej wydobywa się ropa gęsta, podobnież z worka mosznowego. Mimo leczenia przeciwgnilnego ropienie się utrzymywało. a chory podupadał na siłach, przystąpiłem przeto do resekcyi w dniu 11/12 1905 r. W uśpieniu chloroformowem otwarłem jamę otrzewną i resekowałem część pętli jelita, wrośniętej w powłoki brzuszne. Jelito doprowadzające i odprowadzające spoiłem dośrodkowo. Część jelita, przyrosłą do ściany brzusznej, wycięto. Następnie rozszerzyłem cięcie na worek mosznowy i wyciąłem całe jądro prawe z powodu zropienia, jakoteż zropiały worek przepuklinowy. Do jamy otrzewnej wlano mieszankę jodoformową, wprowadzono sączek gumowy, potem ranę częściowo zaszyto. Dnia 14/12 chory umarł wśród objawów zapalenia otrzewnej. Sekcya: *Suppuratio ad suturas et peritonitis universalis purulenta. Degeneratio adiposa myocardii ac renum.*

Zanim się zastanowię nad tymi przypadkami rzyci sztucznej, w których następowo wycięto (resekowano) kawałek jelita biodrowego, przytoczę jeszcze jeden przypadek, gdzie śmierć nastąpiła po zwykłem odświeżeniu i zeszyciu brzegów skóry i cztery przypadki przepukliny uwięźniętej, w których założono z konieczności przetokę kałową, a które zakończyły się śmiertelnie bez następowej operacyi.

1) Julia M., lat 41 licząca, zgłosiła się do szpitala w dniu 6/7 1904 z przetoką kałową, pozostałą po przepuklinie uwięźniętej, operowanej przed rokiem w szpitalu rzeszowskim. W lewej okolicy pachwinowej otwór wielkości centa, o brzegach bliznowatych, z którego wydzielał się kał płynny. Dnia 7/7 okroił dr Żmigród brzegi skóry naokoło przetoki i zaszył je. Opatrunek przeciwgnilny. W na

stępstwie powstało zapalenie opadowe płuc i obrzęk w okolicy wątroby z zejściem śmiertelnem dnia 26/7 1904. Zwłok nie sekcyonowano.

2) Dorota S., lat 56, przybyła do szpitala w dniu 17/11 1904 z lewostronną przepukliną udową, uwięźniętą od 6 dni. Sinica, tętno bardzo przyśpieszone, słabe, brzuch jednostajnie wzdęty. Dr Friedmann wykonał natychmiast operacyę, odciął sieć uwięźniętą i założył rzyć sztuczną. Opatrunek przeciwgnilny. Chora umarła 24/11 1904 r. Sekcya: *Gangraena profunda in regione inguin. sin. Peritonitis purulenta circumscripta.*

3) Zofia G., l. 60, zgłosiła się 2/12 1904 z przepukliną udową po stronie prawej, uwięźniętą od trzech dni. Z powodu znacznego osłabienia chorej założyłem rzyć sztuczną. Stan chorej pogarszał się, tętno liche, a 5/12 1904 umarła. Sekcya: *Gangraena circumscripta intestini ilei. Peritonitis universalis purulenta. Pneumonia lobi inferioris pulmonis dextri. Arteriosclerosis universalis. Myocarditis.*

4) Zofia G., lat 44, przybyła do szpitala dnia 22/2 1905 r. z powodu przepukliny po stronie lewej, uwięźniętej od kilku dni, którą lekarz wprawdzie odprowadził, ale stan się nie poprawił. Tego samego dnia dr Żmigród przystąpił do operacyi. Po nacięciu worka przepuklinowego wylał się kał i nie znaleziono innej treści. Rozszerzono tedy ranę w ścianie brzusznej i wydobyto jelito biodrowe zgorzelinowe, z którego przez otwór wielkości korony, kał wylewał się do jamy otrzewnej. Brzegi otworu przyszyto do brzegu rany skórnej, a jamę brzuszną osączkowano. Dnia 1/3 1905 chora umarła. Sekcya: *Peritonitis septica.*

5) Franciszka J., lat 30, przybyła 18/7 1905 z przepukliną udową prawą uwięźniętą od dnia poprzedniego. Chora źle zbudowana i odżywiona, brzuch wzdęty, ruchy jelit widoczne, przepuklina wielkości jaja kurzego. Dr Frommer w znieczuleniu lędźwiowem wykonał operacyę i znalazł zgorzel jelita na przestrzeni 3 ctm. Resekowano pętlę 60 ctm. długą i założono szew. Ściany jelita okazały się kruche, wobec tego założono rzyć sztuczną. W dniu 20/7 rano chora umarła Sekcya: *Peritonitis acuta universalis. Degeneratio parenchymatosa renum.*

W ciągu 2 lat mieliśmy zatem w szpitalu 13 przypadków rzyci sztucznej w następstwie przepukliny uwięźniętej Z liczby tej wykonano następowo u 8 chorych resekcyę jelita. Pięciu operowanych (62 5%) wyzdrowiało Byli oni w wieku od 30 do 44 lat Dwóch chorych operowano w 2 tygodnie po założeniu przetoki, u innych upłynął dłuższy przeciąg czasu aż do dwóch lat. Trzech chorych operowanych (37 5%) umarło. Byli oni w wieku 45, 54 i 74 lat. W tych przypadkach czekano z operacyą 2 do 3 tygodni, a śmierć nastąpiła u chorej 74-letniej tej samej nocy, 54-letnia kobieta umarła w 8 dni, mężczyzna 45 letni umarł w 3 dni. U kobiety 54-letniej znaleziono jako przyczynę śmierci zapalenie płuc, a tylko w 2 przypadkach znaleziono zapalenie otrzewnej.

Pięć chorych, wyłącznie płci żeńskiej, liczących od 30 do 60 lat, umarło po założeniu przetoki bez następowej resekcyi Z tych jedna chora 41-letnia, operowana przed rokiem w Rzeszowie z powodu przepukliny, umarła po upływie 19 dni. Stwierdzono u niej opadowe zapalenie płuc, sekcyi zwłok atoli nie wykonano. Cztery chore umarły po dwu, -trzy -, względnie siedmiodniowej chorobie wskutek ropnego zapalenia otrzewnej.

W zestawieniu tych przypadków uderza niestosunkowo znaczna liczba kobiet. Na 10 kobiet było tylko 3 mężczyzn. Z mężczyzn umarł tylko jeden, z kobiet zaś aż siedm. Na większą śmiertelność u kobiet w przypadkach przepukliny zwróciłem już uwagę w sprawozdaniu siedmioletniem z szpitala Bialskiego z r. 1904. Na str. 53 napisałem: „Śmiertelność u kobiet znacznie wyższą wykazuje cyfrę, aniżeli u mężczyzn. Gdy bowiem na 53 chorych płci męskiej z przepukliną uwięźniętą umarło tylko trzech, to na 29 chorych płci żeńskiej umarło aż dziewięć, czyli wyraziwszy to procentowo wynosi śmiertelność u mężczyzn 5·6%, u kobiet 31%. Niewątpliwie wpływa na to okoliczność, że u kobiet częściej następuje uwięźnięcie przepukliny udowej, której przebieg zawsze jest cięższy. bo w tych przypadkach zgorzel występuje o wiele wcześniej, aniżeli przy przepuklinach pachwinowych“.

W zestawieniu niniejszych przypadków zastanawia stosunkowo bardzo wielka liczba chorych z rzycią sztuczną, wobec tego, że jestem zwolennikiem doraźnej resekcyi jelita zgorzelinowego, jak to na wstępie podałem. Zaznaczyć jednak trzeba, że z 13 przytoczonych przypadków, leczonych w roku 1904 i 1905, tylko 6 przypadków było takich, w których założono rzyć sztuczną na moim oddziale. Pokaźną atoli cyfra 13 przypadków z dwóch lat, rywalizująca z statystyką Bramanna, bezwzględnego zwolennika założenia przetoki kałowej, świadczy o wielkiej u nas liczbie przepuklin uwięźniętych ze zgorzelą jelita. Jest to dowodem z jednej strony, że się może uwięźnięcie przepukliny częściej u nas przytrafia, ale z drugiej strony pokazuje, że się chorzy za późno do operacyi zgłaszają, tracąc czas na rozmaite zabiegi, do celu nie prowadzące.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. H. Ribbert. **Jeszcze w sprawie t. zw. uchyłków wskutek pociągania w przełyku.** (*Virchows Archiv* 1906 T. 184). Autor już przed kilku laty wystąpił przeciw błędnemu, jego zdaniem, tłomaczeniu powstawania t. zw. uchyłków z pociągania (Tractionsdivertikel) w przełyku. Wbrew przyjętemu ogólnie zapatrywaniu Zenkera, że uchyłki te powstają skutkiem zrastania się ściany przełyku ze zmienionymi gruczołami chłonnymi i wskutek następowego kurczenia się tkanki, co wywołuje uchyłkowate wypuklenie przełyku, twierdzi Ribbert, że uchyłki te powstają na tle zaburzeń rozwojowych: przy oddzielaniu się w życiu zarodkowem tchawicy od przełyku pozostaje niejednokrotnie pomiędzy tymi 2 narządami pasmo tkanki łącznej, przyczem ściana przełyku w miejscu przyczepienia się tego pasma nie posiada prawidłowej budowy. Przy ruchach przełyku ściana jego zostaje pociąganą przez to pasmo, skutkiem czego w tem miejscu powstaje z biegiem czasu lejkowate zagłębienie. Zrastanie się zmienionych gruczołów z dnem takiego uchyłka jest zjawiskiem następowem, wtórnem. Na potwierdzenie tego zapatrywania przytacza obecnie Ribbert 8 nowych dokładnie zbadanych przypadków takich uchyłków, w których to przypadkach w otoczeniu uchyłka i w znajdujących się tutaj gruczołach przeważnie nie znalazł żadnych śladów pozapalnych, a jednocześnie istniało wyraźne pasmo tkanki łącznej, łączące przełyk z tchawicą, dostrzegalne w 5 przypadkach już gołem okiem. W jednym z tych przypadków znalazł autor w dnie uchyłka rozgałęziające się, drążące wgłąb przewody, wysłane częściowo nabłonkiem walcowatym, miejscami nawet migawkowym, co wymownie przemawia za zarodkowem pochodzeniem uchyłka. Na podstawie obecnych i dawniejszych swych badań autor podtrzymuje swoje twierdzenie co do zarodkowego pochodzenia tych uchyłków, przynajmniej w przeważnej części przypadków. *Doc. Gliński.*

Herxheimer. **Twory torbielkowate w nerkach i w drogach moczowych.** (*Virchows Archiv* 1906 Tom. 186 Zesz. I). Autor na podstawie dokładnych badań szeregu odpowiednio dobranych przypadków i na podstawie piśmiennictwa wypowiada następujące poglądy na sprawę powstawania torbieli w nerkach i w drogach moczowych. W nerkach rozróżnić należy dwie tego rodzaju sprawy: 1) t. zw. torbielkowatość nerek (Cystenniere) i 2) pojedynczo rozsiane wśród miąższu nerki torbiele (Nierencysten). Powstawanie pierwszej sprawy autor, zgodnie zresztą z nowszemi zapatrywaniami na tę sprawę, tłomaczy zboczeniami w rozwoju nerki; wobec jednak tego, że sprawa powstawania cewek nerkowych z jednego lub dwóch pierwotnych zawiązków dotychczas nie jest ostatecznie rozstrzygniętą, sądzi H., iż niepodobna obecnie jeszcze stanowczo rozstrzygnąć, w jaki dokładnie sposób powstaje torbielkowatość nerek. Na podstawie własnych badań autor skłania się do zapatrywania, iż cewki proste nerek mają inne pochodzenie, aniżeli

wszystkie pozostałe cewki nerki; jeśli skutkiem jakichś zaburzeń rozwojowych obydwie te części nie połączą się z sobą, albo też jeśli jedna z tych części nie wytworzy się, wtedy ślepe zakończenia cewek z drugiego zawiązka ulegają torbielowatemu rozszerzeniu i powstaje obraz t. zw. torbielkowatości nerek. Zdaniem H. jest to jedyny sposób powstawania tej sprawy bez względu na to, czy ją spotykamy u osobników zupełnie młodych, czy też u starszych. Takie tłómaczenie rozciąga autor wbrew przyjętym ogólnie zapatrywaniom również i na sprawę powstawania torbieli w nerkach (Nierencysten) i tutaj przyjmując również zboczenie rozwojowe, a nie porozszerzanie cewek nerkowych skutkiem rozrostu (n. p. zapalnego) tkanki łącznej; wprawdzie niepodobna stanowczo wyłączyć możności powstawania torbieli w nerkach także i skutkiem rozrostu tkanki łącznej, to tłómaczenie wydaje się jednak Herxheimerowi mało prawdopodobnem. Jednem słowem zdaniem tego autora torbiele w nerkach zawsze są następstwem zboczeń rozwojowych bez względu na ostateczny obraz anatomiczny, czem tłómaczyć się mają również nieuchwytne przejścia pomiędzy torbielkowatością nerek (Cystenniere) i torbielkami w nerkach (Nierencysten).

Co się tyczy pochodzenia torbielków w drogach moczowych (miedniczki nerkowe, moczowody, pęcherz), to zdaniem H. w narządach tych nabłonek miejscami bardzo łatwo przy najmniejszem zadrażnieniu buja, skutkiem czego przy dłuższem, lecz tylko lekkiem podrażnieniu tworzą się liczne i wielkie gniazda komórkowe (t. zw. gniazda komórkowe Brunna), w których części środkowe z biegiem czasu wyrodnieją i rozpływają się. Takie gniazda nabłonkowe, a więc i torbielki, powstać mogą również przy lekkich sprawach zapalnych skutkiem zrastania się fałdów błony śluzowej. Wogóle więc torbielki w nerkach i torbielki w drogach moczowych mają zupełnie odmienne pochodzenie: w drogach moczowych są one głównie następstwem przewlekłych spraw zapalnych, w nerkach — powstają wskutek zaburzeń w rozwoju nerki, sprawy zaś zapalne tutaj co najwyżej mogą się przyczyniać do powiększania się torbielków, pochodzących z życia zarodkowego. *Doc. Gliński.*

Roger: **Ruchy jelit w stanie prawidłowym i przy doświadczalnej niedrożności.** (*Journ. d. physiol. et de path. gén.* T. VIII, Nr 1. 1906). Do podwiązanej z obu stron i napełnionej fizyologicznym rozczynem soli pętli jelita cienkiego u królika wprowadzał autor przez otwór w ścianie bliżej kątnicy kaniulę, zgiętą pod kątem prostym; połączywszy ją z przyrządem piszącym, można oznaczać każdą zmianę ciśnienia w odcinku, t. zn. każdy ruch jelita. Póki pętla była napełniona fizyologicznym rozczynem, nawet najczulsze przyrządy żadnego ruchu nie wykrywały; gdy ją natomiast wypełniono rozczynem peptonu lub glikozy, przyrząd piszący kreślił krzywe, zwolna wznoszące się i opadające, miarowe, w liczbie 10—12 na minutę. Najwyższe wzniesienia osiągano, używając rozczynu peptonu, zwłaszcza wstrzykując go do tętniczek jelitowych w najbliższem sąsiedztwie podwiązanego odcinka. Zapomocą drugiej kaniulki, umieszczonej w początkowej części pętli, można stwierdzić, że przytem nie ma nietylko ruchów wstecznych jelita, ale nawet fal powrotnych cieczy, światło wypełniającej.

W stanie więc prawidłowym nie ma ruchów robaczkowych wstecznych, — ale jakie stosunki zachodzą w stanach chorobowych, przy niedrożności i jak sobie należy tłómaczyć towarzyszące im wymioty kałowe? Aby to zbadać, podwiązano jelito cienkie u królika. W 24—36 godzin potem gromadziła się w jelicie ogromna ilość płynu (4—6 razy więcej niż prawidłowo) i rozpychała nadmiernie jelito, a niekiedy powrotne jej fale sięgały aż do żołądka. Zaciskiem odgraniczono tę część jelita i założono kaniulkę, jak wyżej. Teraz można było wyśledzić dwa rodzaje ruchów cieczy: jedne słabe, dość często i równoczesne z ruchami oddechowymi; drugie znacznie rzadsze (co 3 lub 4 minuty), ale znacznie też silniejsze, tak że poziom cieczy w kaniulce podnosił się o 15—16 cm., gdy przy pierwszym ruchu tylko o 3—4 cm. Krzywe w przyrządzie piszącym miały część wstępującą mniej lub więcej stromą, parę coraz niższych szczytów i wreszcie łagodnie opadały; te wielkie krzywe były pokryte znacznie mniejszemi, które pochodziły od ucisku kurczącej się przepony na rozdęte jelita; wielkie krzywe odpowiadały kurczeniu się ścian jelita podrażnionego nietyle mechanicznie przez nadmierne rozciągnięcie, ile przez jakieś ciała drażniące, zawarte w nagromadzonej cieczy. Doświadczalnie bowiem łatwo było stwierdzić, że o ile znaczne nawet rozdęcie jelita cieczą obojętną ruchów takich nie wywołuje, o tyle następują one po wypełnieniu jelit innych królików cieczą, przy niedrożności nagromadzoną. Po założeniu drugiej kaniuli na początku pętli nie stwierdzono ruchu przeciwrobaczkowego; ciecz w tej rurce wznosiła się tylko o tyle, o ile wracały fale, odbite od miejsca niedrożnego. Wymioty kałowe więc, cechujące niedrożność jelit, należałoby tłómaczyć tylko uciskiem ścian brzusznych na nadmiernie rozdęte jelita. *Oszacki.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Rumpf. **W sprawie rokowania w gruźlicy płuc.** (*Münch. med. Woch.* 1906 Nr 29). Zaznaczywszy na wstępie, że dla osiągnięcia dobrych wyników w leczeniu sanatoryjnem gruźlicy nie potrzeba koniecznie miejscowości wysoko położonych, miejscowości bowiem podgórskie mają powietrze równie czyste i do leczenia gruźlicy zarówno odpowiednie — przechodzi autor do omówienia okoliczności, które pozwalają na pewne oryentowanie się w sprawie rokowania w gruźlicy. I tak bardzo młody wiek, 16—20 lat, każe wedle autora rokować korzystnie, o ile nie chodzi o t. zw. formę galopującą. Pochodzi to stąd, że w tym wieku żywotne siły ustroju są największe, co sprzyja leczeniu.

Największy odsetek śmiertelności zauważył autor (statystyka opiera się na prawie tysiącu chorych w sanatoryum) w wieku pomiędzy 36—40 rokiem życia. Autor przypisuje to tej okoliczności, że ludzie będący w tym wieku mają przeważnie rodziny i, pracując na nie o ile się da najdłużej, zwlekają z leczeniem. U osób z obciążeniem dziedzicznem gruźlica nie przebiegała złośliwiej, niż u innych, to samo dotyczyło t. zw. obciążenia Brehmera. (Według B. u rodzin, które mają dużo dzieci, najmłodsze dzieci i dzieci tychże dzieci są szczególnie skłonne do gruźlicy). Szczególnie poważne znaczenie w rokowaniu mają liczne i uporczywie utrzymujące się rzężenia dźwięczne, uporczywa gorączka, przyśpieszenie tętna bez gorączki, oraz gruźlica krtani. Leczenie w miesiącach zimowych daje ten sam odsetek wyzdrowień, jak leczenie w miesiącach letnich. *Dr M. Godlewski.*

Voit. **Leczenie nawykowego zaparcia stolca zapomocą regulinu Schmidta.** (*Münch. med. Woch.* 1906. Nr 30). Lek stosowano w purée z kartofli lub jabłek w ilości 1—2 łyżek dziennie. Korzystny skutek pojawia się dopiero po dłuższem używaniu, w początkach zatem należy prócz tego stosować lewatywy. Stopniowo można ilość zmniejszać aż do łyżeczki. Ogółem lek oddaje bardzo dobre usługi. *Dr M. Godlewski.*

Leo. **W sprawie braku soku żołądkowego w żołądku.** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, Nr. 27, 1906). W przebiegu tej, zdaniem autora wcale nie tak rzadkiej, jak przypuszczano, choroby, nie przychodzi do zupełnego braku kwasu solnego i fermentów zaczynowych, tylko do nadzwyczaj słabego ich wydzielania się, skutkiem czego kwas solny wolny wykazać się nie daje, zostaje bowiem natychmiastowo związany; fermenty wykazać można, ale czulszemi próbami, niż te, których zazwyczaj używa się w celach klinicznych. Że kwas solny wydziela się, wnosić można zdaniem autora z pojawiania się fermentów; powstawanie bowiem fermentów z prafermentów odbywa się pod wpływem kwasu solnego. Z pojawiania się fermentów w moczu nie można, zdaniem autora, wnosić, że wydzielają się one w prawidłowej ilości. Na istnienie podstawy nerwowej dla braku soku żołądkowego zapatruje się Leo sceptycznie. Najczęściej przyczyną jest zanik w gruczołach wydzielniczych żołądka, wtedy jest choroba rzeczywiście nieuleczalna. Rzadkie przypadki, gdzie nastały później stosunki zupełnie prawidłowe, tłómaczą się zmianą kataralną, bez zaniku w narządzie wydzielniczym. Z objawów klinicznych podnieść należy silne nieraz — zwłaszcza po jedzeniu — bole, obok nieprawidłowości w oddawaniu stolca (czyszczenie, zaparcie lub naprzemian). W zwalczaniu zaparcia oddawał autorowi regulin lub pararegulin dobre usługi. Przypadłości podmiotowe usuwał często kwas solny z pepsyną. (Rp. Acidi muriat. dil. 10. — Pepsini sicc. 10. — Aq. destill. 50. S: Po jedzeniu łyżeczka). *Dr M. Godlewski.*

Riebold. **Leczenie ostrych zapaleń stawów śródżylnem wstrzykiwaniem kollargolu.** (*Münch. med. Woch.* Nr 32, 1906). Leczenie wewnętrzne ostrych zapaleń stawowych często nie daje pożądanego wyniku. Także leczenie zastoiną nie zawsze zadowalnia. Zwłaszcza wiewiórowe zapalenia stawów są uporczywe. Za radą Credego stosowano w Dreznie śródżylne wstrzykiwanie kollargolu w przypadkach ostrych zapaleń stawów na różnem tle w 35 przypadkach, z tego w 11 osiągnięto wyleczenie, w 4 wybitną poprawę. W reszcie wynik był wątpliwy, choć nie da się zaprzeczyć, że wstrzykiwania działały i tu korzystnie, zmniejszając bolesność i ciepłotę. Używa się 2% rozczynu, wstrzykując najpierw 4—8 cm^3, potem w razie silnej bolesności w 2 dni 6—10^3. Wogóle nieraz trzeba nawet 6 razy wstrzykiwać. Płyn powinno się wprowadzać bardzo powoli. Do żyły zwykle łatwo jest dostać się przez skórę, czasem jednak trzeba ją sobie odsłonić. Wstrzyknięcie obok naczynia powoduje bolesny naciek, ustępujący jednak dobrowolnie. 2 razy spostrzegano zapad (wstrzyknięto dużą ilość). W 2—5 godzin po wstrzyknięciu podnosi się zwykle ciepłota do 40°, występuje dreszcz, wymioty i poty. Przypady te stoją w prostym stosunku do wstrzykniętego kollargolu. Najkorzystniej działa kollargol w przypadkach wiewiórowego zajęcia stawów, potem w podostrych gośćcowych sprawach, a w końcu w zajęciach septycznych stawów. *Klęsk.*

Blumenthal. **O zatruciu lyzolem.** *(Deut. med. Woch.* 1906. Nr 32). Zatrucia lyzolem zdarzają się obecnie coraz częściej (w Berlinie około 100 rocznie). Trucizna ta wywołuje nadżarcia lub przekrwienia błon śluzowych, a zatruwa ustrój zgubnem swem działaniem na system nerwowy. Dawka śmiertelna nie jest ściśle jeszcze oznaczoną i nie jest ona też pewnie stałą, bo czasem nawet 50 gramów ustrój znosi bezkarnie. Z ilości wydzielonego kresolu można sądzić o ilości pobranego lyzolu, gdyż mniej więcej $^1/_4$ wydziela się. Wypłukanie żołądka w 2—3 godzin po zażyciu działa pewnie, bo wtedy jeszcze bardzo dużo lyzolu z powrotem wydobyć można. Utrata przytomności, występująca przy zatruciu, powinna ustąpić po wypłukaniu w 2—3 godzin; gdy po 12 godzinach przytomność nie powraca, rokowanie powinno być złe. Organizm broni się przed zatruciem, wiążąc lyzol z kwasem siarkowym i glikuronowym. Co do leczenia, to należy żołądek wypłukać jaknajszybciej, najlepiej mlekiem i wydobyć lyzol. Przeciw zapadowi środki sercowe, najlepiej digalen śródmięśniowo. Jeżeli chory przetrzyma 24 godzin, to napewno wróci do zdrowia. *Klęsk.*

CHIRURGIA. Kümmell. **Wyniki wczesnego operowania zapaleń wyrostka robaczkowego.** *(Deutsch. med. Wochft.* Nr 33, 1906). Przed rokiem ogłosił autor wyniki 1000 swoich operacyi na wyrostku robaczkowym (ogólna śmiertelność 10·2%); z tego operował 82 chorych w późnym okresie cierpienia. Już wtedy oświadczył się Kümmell za wczesną operacyą. Obecnie, gdy operuje możliwie wczas, wyniki ma coraz lepsze, bo obecnie zaledwo 1% śmiertelności (w tym roku). Pamiętać należy, że zwykle „pierwszy dzień choroby" nie jest istotnie pierwszym, toteż nawet wczas operując, zdumiewać się często trzeba nad strasznem zniszczeniem w tak krótkim czasie. Przebiegu żadnego przypadku chorobowego przewidzieć nie możemy. Objawy kliniczne są złudne. Przez wczesne operowanie zyskujemy to, że usuwamy odrazu doszczętnie chorobę, pozbywamy się obawy, jak będzie nazajutrz i dalej, skracamy czas choroby. Natomiast przez czekanie zmuszamy pacyenta do spokoju, dyety, każemy mu leżeć tygodniami w łóżku, straszymy nawrotami choroby, nie dozwalamy mu żyć tak, jak chce, nieraz w końcu operujemy go mimo to, lub też nakłaniamy do operacyi „na zimno". Pamiętając o tem, widząc, że operacya w 48 godzin jest często już operacyą niewczesną, znając dobre wyniki zabiegów rychłych, czyż wahać się mamy jeszcze, czy operować, czy czekać? *Klęsk.*

Prof. Wendel. **Obecne usiłowania celem zmniejszenia niebezpieczeństwa uśpienia.** *(Münch. med. Wochft.* Nr. 33, 1906). Obawa przed ogólnem uśpieniem staje się przyczyną coraz to nowych usiłowań, by zmniejszyć niebezpieczeństwo takiego uśpienia. Czy lepszy do ogólnego uśpienia eter, czy chloroform, orzec trudno, gdyż statystyki podają różne liczby. Chloroformu powszechnie używa się częściej. W statystyce Gurlta, obejmującej 333.429 spostrzeżeń, uśpień chloroformem było 73%. Inne środki usypiające, jak gaz rozweselający, chlorek etylu, bromek etylu, bromoform, pental, nie znalazły szerszego zastosowania. Mieszanka usypiająca (chloroform-eter-alkohol) niedługo też cieszyła się powodzeniem. Nussbaum polecił dołączać do uśpienia chloroformem wstrzyknięcie morfiny, Roth doradza uśpienie chloroformowo-tlenowe. Wielkim postępem było wprowadzone przez Witzla ostrożne usypianie eterem (kroplami go podając). Sudeck polecił wykonywać krótkie zabiegi w pierwszem podnieceniu eterowem. Uśpienie skopolaminowe pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Ze sposobów znieczulania miejscowego wspomnieć należy o sposobach Schleicha, Brauna i Obersta. Przerywają one przewodnictwo nerwowe. Znieczula się też zimnem (chlorek etylu) lub na odwrót gorącem. W końcu w znieczuleniu lędźwiowem Biera znajdujemy sposób, który zdaje się potrafi zastąpić w bardzo wielu przypadkach uśpienie ogólne. Autor stosuje to znieczulenie ku zupełnemu swemu zadowoleniu. *Klęsk.*

Stenczel. **Przyczynek do leczenia zapaleń gruczołów pachwinowych wskutek wrzodu miękkiego.** *(Therapeut. Monatsber.* Z. 7, 1906). Leczenie chirurgiczne gruczołów pachwinowych, zropiałych na tle wenerycznem, polega obecnie na 4 sposobach: 1) wycięciu gruczołów w całości, 2) nacięciu i wyskrobaniu, 3) nakłuciu podług Langa, 4) nacięciach i przeciwcięciach i sączkowaniu. Wycięcie zupełne stosuje się rychło, skoro tylko wrzód się zagoi, gruczoły nie maleją, a niebardzo są złączone ze skórą i nie mają skłonności do silniejszego ropienia. Nacięcie daje dobre wyniki w razie powierzchownego ropienia, gdy gruczoły są złączone ze skórą. Inne sposoby stosować należy w razie wyraźnego chełbotania, nigdy zaś w razie zapalnego nacieku bez chełbotania. Co do leczenia nie operacyjnego lub przygotowującego, to zimno działa niekorzystnie w tej chorobie, natomiast okłady gorące zmniejszają rychło bolesność i obrzęk, a często wstrzymują ropienie. Ciepłotę należy stosować wysoką: 50—60°. Pollock polecał sposób, który widział w Neapolu: skórę smaruje się jodyną energicznie, a potem co dzień przepuszcza się prąd elektryczny stały, przykładając na 10 minut katodę (6 milliamperów). Blizko w połowie przypadków sposób ten wstrzymuje ropienie. Często rany pooperacyjne goją się bardzo powoli i źle, przyjmując szankrowaty charakter. W przypadkach tych autor poleca gorąco wypalenie ziarniny siarkanem miedzi *in substantia* i czyszczenie rany 25% rozczynem tegoż. Korzystnie działa też w takich przypadkach ciepło promieniste termokautera. Sposoby te zastępują zupełnie dobrze skrobanie niezdrowej ziarniny. Autorowi udało się 30% zapaleń gruczołów wyleczyć bez operacyi. U operowanych czas leczenia bez powikłań trwa 3 tygodnie. *Klęsk.*

Weisselberg. **Przypadek zwężenia przełyku, wyleczony fibrolizyną.** *(Münch. med. Wochft.* Nr 33, 1906). W przypadku rozległego zwężenia przełyku po poparzeniu ługiem sodowym próbowano bezskutecznie rozszerzania mechanicznego (gdyż chory zgłosił się dopiero w 10 lat po wypadku). Autor wstrzykiwał thiosynaminę, ale bez dodatniego wyniku. Po 20 wstrzyknięciach spróbował wstrzykiwań fibrolizyny Mercka (co 2—3 dni flaszeczkę 2·3 ccm.). Po kilku wstrzyknięciach udało się rozszerzyć wszystkie zwężenia, a tylko przez wpust nie można jeszcze było przesunąć zgłębnika. Dopiero po 39. wstrzyknięciu zaczęło się zwężenie we wpuście prawie nagle rozszerzać i chory został zupełnie uleczony. Wobec tego poleca autor gorąco fibrolizynę w zwężeniach przełyku po środkach żrących. *Klęsk.*

Perthes. **Przegląd wyników następowych po leczeniu raków promieniami Röntgena.** *(Posiedz. Tow. lek. lipsk.* 26/6, 1906). P. podaje wyniki leczenia raków promieniami Röntgena od roku 1903. Leczył 33 powierzchownych raków bardzo silnem naświetlaniem. W r. 1903—1904 leczył 25 przypadków. Obecnie 20 z nich miał sposobność badać. Z tego w 17 dotąd, t. j. po 2 latach, nie ma nawrotu. Z 6 przypadków rozległych raków kości czaszki, oczodołu (z tego 4 nawroty po operacyi) nie uleczył żadnego. Natomiast 14 raków wargi powiodło się zupełnie uleczyć. 2 przypadki śledzi od 3 lat. Naświetlanie przerzutów w gruczołach nie jest pewnem, radzi więc P. gruczoły usuwać operacyjnie. Naświetlanie było też skutecznem w przypadkach raków języka, dna jamy ustnej i sutka. *Klęsk.*

Wittmack. **W sprawie paciorkowca śluzowego jako czynnika wywołującego ostre zapalenie ucha środkowego.** *(Deutsch. med. Wochft.* Nr 31, 1906). Prócz drobnoustrojów ropnych znajdowano w ropie przy zapaleniu ucha środkowego także mikroba zapalenia płuc, prątki okrężnicowy, tyfusowy, błonicy i ropy błękitnej. Najczęściej jednak spotyka się drobnoustroje ropne, mianowicie paciorkowca, dwoinkę lancetowatą, rzadziej gronkowce. Schottmüller wykazał, że między paciorkowcami na pożywkach krew zawierających, wykazać można kilka gatunków, mianowicie paciorkowca różowatego, zielonego i śluzowego. Fränkel zalecił w tym celu jeszcze hodowanie na agarze lakmusowo-natrozowym. Autor przeprowadził w ten sposób szczegółowe badania w 55 przypadkach i znalazł w 21 paciorkowca śluzowego, w 24 różowatego, w 10 dwoinkę lancetowatą. Najzjadliwszym okazał się paciorkowiec śluzowy. Według autora odróżnia się on tem od lancetowatego, że tioniną barwi się jego otoczka żywoczerwono. Zapalenia przez niego wywołane trwają najdłużej (4—5 tygodni) i dołącza się do nich często zajęcie wyrostka sutkowego. Zapalenia na tle dwoinki lancetowatej przebiegają zwykle lekko i krótko (2 tygodnie). Pośrodku między niemi stoi zapalenie, wywołane paciorkowcem różowatym. Bardzo często zapalenie na tle paciorkowca śluzowego usadawia się pierwotnie nawet w wyrostku, mianowicie w błonie śluzowej komór powietrznych, co przypomina żywo pierwotne zajęcie pęcherzyków płucnych i drobnych oskrzeli. Bardzo często sprawa w wyrostku przytem goi się samoistnie. Wydzielina przy zapaleniu na tle dwoinki lancetowatej jest ciężko-płynna, rzadko ropna i zawiera często skrzepy włóknikowe. Zapalenie na tle paciorkowca różowatego występuje głównie u dzieci jako powikłania odry, płonicy itd. *Klęsk.*

Sonnenburg. **Główne zasady postępowania przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** *(Deutsch. mediz. Wochft.* Nr 30. 1906). Autor kładzie główny nacisk na trzy objawy przy zapaleniu wyrostka robaczkowego t. j. na zachowanie się tętna, ciepłoty i ilości krwinek białych. W każdym napadzie podnosi się równocześnie każdy z tych objawów. Złą bardzo dla rokowania rzeczą jest, gdy tylko jeden z tych objawów nadmiernie się podniesie, podczas gdy dwa inne mu nie towarzyszą. Z objawów miejscowych wiele daje wskazówek bolesność okolicy wyrostka, całego brzucha lub też oporność powłok brzusznych. W razie podniesienia się jednego z trzech wspomnianych objawów i silnej bolesności należy zaraz pierwszego dnia zawezwać chirurga. W przypadkach lżejszych nieżytowych należy leczyć wyczekująco morfiną i za-

kazaniem picia płynów. Gdy lekarza wezwą po upływie 48 godzin, a więc trzeciego dnia choroby i już są objawy postępującego zapalenia otrzewnej, to i tak trzeba nakłaniać do operacyi. W razie ciężkiego stanu, od 4 dnia operacya daje już te same szanse, co leczenie wewnętrzne. W razie otorbiania się ropnia, należy czekać o ile na to objawy pozwalają, na pewne otorbienie się i nie spieszyć z operacyą. Im później się operuje, tem łatwiej występują powikłania pooperacyjne, jak ropnie następowe, zakrzepy i zatory. Operacya po napadzie niezawsze usuwa radykalnie objawy i dolegliwości, zwłaszcza jeżeli przedtem wyraźnych napadów nigdy nie było, a tylko dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Jeden jedyny silny atak, jeżeli żadnych objawów po sobie nie pozostawi, nie upoważnia jeszcze do operacyi, bo czasem wtedy sama natura zniszczyła już wyrostek. U dzieci, ze względu na niewyraźne dane, radzi autor zawsze operacyę wykonywać, o ile okolica wyrostka okazuje się nienormalną. Objawy niedrożności jelit dowodzą zwykle zrostów i trzeba wtedy operować. U młodych kobiet zdarzają się często przy regularności bóle po prawej stronie i przypadłości pęcherzowe. Dowodzi to, że są zrosty wyrostka z jajnikiem i pęcherzem moczowym. Mimo wczesnego wkraczania i tak 3—4% ostrych zapaleń wyrostka robaczkowego kończy się śmiertelnie, bo cierpienie to jest tak trudne do określenia, jak mało innych. *Klęsk.*

Landow. **Przypadek obustronnego porażenia nerwu odwodzącego i bardzo silnych bólów karku po znieczuleniu lędźwiowem.** (*Münch. med. Wochft.* Nr 30, 1906). Przed kilku miesiącami podał Adam przypadek lewostronnego porażenia nerwu odwodzącego po znieczuleniu lędźwiowem. Potem ogłosił Loeser i Roeder jeszcze trzy podobne przypadki, z których w jednym prócz n. odwodzącego porażony był także nerw bloczkowy (n. trochlearis). Autor dołącza jeszcze swój przypadek, w którym porażenie i to obustronne wystąpiło w 7 dni po operacyi przetoki odbytu i krwawnic. Operacyę próbowano wykonać w znieczuleniu lędźwiowem; mimo podwójnego wstrzyknięcia i zamroczenia skopolaminowo-morfinowego nie było wyniku i znieczulenie zawiodło, a potem użyto chloroformu. Po 10-ciu dniach porażenie trochę ustąpiło i poprawa postępuje obecnie dalej. Przyczyny występowania tych porażeń nie znamy, zdaje się, że może działają tu wpływy toksyczne. Porażenie to występuje wśród objawów podrażnienia opon, bólu głowy, sztywności i bolesności karku. Wobec tego radzi autor być bardzo jeszcze ostrożnym ze zastosowaniem znieczulenia lędźwiowego, zwłaszcza u osób nerwowych. (Prócz wspomnianych przypadków ogłoszono już obecnie 2 nowe przypadki podobnego porażenia, a my ze swej strony dodać możemy z kliniki krakowskiej trzeci, również po operacyi krwawnic). (Przyp. refer.). *Klęsk.*

Eckstein. **Nowa metoda sporządzania odcisków nożnych.** (*Arch. f. Ost., Mech. u. Unf.* 1906, Z. 4). H. Eckstein ogłasza właściwie nie swoją metodę. lecz metodę, wynalezioną przez pana K. Probsta i polegającą na tem, że się naprzód zwilża cienką płytę gumową zwykłą farbą stemplową, poczem pacyent staje na tej płycie. Pod płytę kładzie się uprzednio kawałek papieru, na który następnie odcisk się przenosi. P. Probst zestawił w tym celu specyalny aparat w cenie 25 marek (Berlin, Belle Alliance 30) i opatentował. Cała rzecz da się jednak przeprowadzić i bez tej skomplikowanej maszyny i kosztuje wtedy mniej. *Doc. Chlumský.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Jak dolno-austryacki Wydział krajowy płaci lekarzy? Na wezwanie władzy politycznej pełnił dr B. od 1 grudnia 1905 do 16 lutego 1906 czynności lekarza gminnego w grupie sanitarnej R., składającej się z 4 gmin, za co Wydział krajowy obiecał zapłacić oprócz »dodatków gminnych«, należących się za ten czas, jeszcze »remuneracyę w miarę posiadanych środków« i to po wniesieniu w odpowiednim czasie podania z prośbą. Aby członkom tej grupy gmin umożliwić korzystanie z opieki lekarskiej, urządził dr B. na czas swego zastępstwa w R. aptekę domową i pokój ordynacyjny, który mu burmistrz »oddał do dyspozycyi«. (Później kazał sobie burmistrz za ten pokój dobrze zapłacić). Dr B. trzy razy w tygodniu zjeżdżał do R. na godziny ordynacyjne, musiał w tym celu przebyć wozem na własny koszt na ogół około 600 km. w najgorszej porze roku, po rozmokłych, notorycznie złych drogach, nie wliczając w to wyjazdów dla oględzin zmarłych, odkażania itd.

Uznanie Wydziału krajowego za spełnienie tak ciężkiej pracy stanowiło następujące pismo: »L. 250/12 — XXIII, 398. Wskutek podania Pańskiego z 20 lutego 1906 polecono równocześnie c. k. urzędowi podatkowemu B. wypłacić Panu za czas od 1 grudnia 1905 do 16 lutego 1906 przypadające dodatki sanitarne gmin grupy sanitarnej R. a mianowicie...... razem koron 72 halerzy 92 za złożeniem ostemplowanego kwitu i okazaniem dekretu. Prośbie Pańskiej o remuneracyę z funduszów krajowych odmówiono. Wiedeń 1 czerwca 1906. Wydział krajowy księstwa Austryi niższej. Referent dr Scheicher m. p.«.

Nic dziwnego, że takie zdarzenia opór bierny coraz bardziej zaostrzają i nawet obojętnych do walki zachęcają. Wszak wydział krajowy Austryi niższej postępuje z lekarzami gorzej, niż ze zwykłymi robotnikami. Każdy robotnik ma prawo ugodzić się z pracodawcą naprzód, przed rozpoczęciem pracy, a po jej ukończeniu ma prawo żądać umówionej zapłaty. Tylko lekarz gminny w Austryi dolnej musi tem się zadowolnić, co mu wydział krajowy da w drodze łaski, bo wydział krajowy wciąż jeszcze uporczywie myśli, że subwencya krajowa nie jest zapłatą za spełnioną pracę, ale darem z łaski, zależnym od widzimisię i fantazyi referenta.

Przypadki takie, jak opisany, najdowodniej przekonują, że stosunek służbowy lekarzy gminnych do wydziału krajowego Austryi niższej jest niemożliwy. Walka obecna przechodzi też w coraz ostrzejsze okresy. Lekarze nie donoszą już, jak to czynili dotąd, o chorobach zakaźnych z nadmienieniem, że istnieje przypuszczenie w tym albo owym kierunku, ale w każdym przypadku na doniesieniu w rubryce: »rodzaj choroby« piszą »Infectionskrankheit?« I jak dotąd władze nie dały się wyprowadzić z równowagi biernym oporem, tak teraz zaczynają bez słusznej przyczyny okazywać pewne rozdrażnienie. Niektórzy lekarze powiatowi występują obecnie do walki ze swoimi kolegami i używają wszelkich możliwych środków. I tak n. p. wzywają przed swe srogie oblicza lekarzy gminnych, naturalnie przedewszystkiem jak najdalej mieszkających i każą im przebyć 30—40 km. drogi, by im powiedzieć to wielkie słowo: »Doniesień o chorobach zakaźnych zwrotem »Infectionskrankheit?» wypełniać nie wolno!« Jeden szczególnie wykształcony lekarz powiatowy orzekł, że »doniesienie o chorobie zakaźnej wolno zrobić dopiero **po** pewnem rozpoznaniu«, z czego naturalnie wynika, że nie wolno wpisywać słowa: »Infectionskrankheit?«, ale ścisłe rozpoznanie. Tymczasem przecież nieraz do lekarza zgłasza się chory we wczesnym okresie choroby, kiedy nikt w świecie nie zdoła jeszcze rozpoznać rodzaju choroby, choć wszystko przemawia za jakąś chorobą zakaźną. Czyż wtedy raczej nie należałoby pochwalić lekarza, że już wcześnie ostrzega władze przed możliwością wybuchu zarazy i w ten sposób oddaje społeczeństwu wprawdzie n i e z a p ł a c o n ą, ale i n i e o p ł a c o n ą usługę? *E. Stahr.*

O wpływie walki lekarzy dolno-austryackich na stosunki lekarskie w innych krajach koronnych. Wolna organizacya lekarzy gminnych i obwodowych Styryi donosi, że 5 lipca 1906 r., znalazł się projekt ustawy sanitarnej na porządku dziennym. Referat dra Jesenki był bardzo przychylny. Postanowiono tylko równocześnie zająć się dokładnie sprawą innego personalu sanitarnego, akuszerek, służby szpitalnej itd. i dlatego wybrano komisyę, która ma pracę swą skończyć po końca września. W skład tej komisyi powołano i przewodniczącego organizacyi lekarskiej.

Wolna organizacya lekarzy gminnych Śląska otrzymała w odpowiedzi na podanie swe w sprawie żądań lekarzy gminnych Śląska następujące pismo z wydziału krajowego: »L. 13889 Opawa 5 lipca 1906. Do projektu ustawy sanitarnej krajowej dla Śląska, zawartego w podaniu z 25 czerwca 1906, uprasza się dołączyć i przesłać na ręce Wydziału krajowego jeszcze wszelkie inne materyały statystyczne lub inne, do sprawy tej się odnoszące. Wydaje nam się pożądanem także i bliższe uzasadnienie poszczególnych postanowień projektu. Namiestnik Larisch m. p.«.

Prezydyum wolnej organizacyi lekarzy gminnych Austryi górnej donosi o posłuchaniu, które miało u namiestnika barona Handla. Okazało się, że namiestnik jest doskonale powiadomiony o ruchu lekarskim; zapewniał o swej życzliwości dla stanu lekarskiego i obiecał na sejmie życzenia lekarzy jak najgorręcej poprzeć. Zaś starosta dr Ebenhoch prosił lekarzy na posłuchaniu, by mu szczegółowo żądania swe przedstawili, wyraził życzenie pozostawania w ciągłej styczności z lekarzami i obiecał wedle sił pomagać lekarzom tak pod względem społecznym, jak i materyalnym. Projekt w sprawie szczepienia i zaopatrzenia starców będzie przedłożony już na najbliższej sesyi sejmu górnoaustryackiego we Wrześniu. Dr Ebenhoch oświadczył także, że

będzie od czasu do czasu zapraszał prezydyum organizacyi na narady i wyraził życzenie, by prezydyum przy tworzeniu i zmienianiu gmin sanitarnych i t. d. przedkładało życzenia swe wprost wydziałowi krajowemu. *Exempla trahunt!*

Także Izba lekarska Gorycyi i Gradyski uchwaliła na jednem z ostatnich posiedzeń, że pod grozą kary honorowej nie wolno członkom Izby szczepić, jak długo władze nie uregulują sprawy odpowiedniego płacenia za szczepienia publiczne. Uchwałę tę wywołało to, że za szczepienie lekarze wogóle dotąd zapłaty żadnej nie pobierają, a dostają tylko skromne dyety podróżne za szczepienie po za miejscem zamieszkania lekarza i nadto w ostatnich czasach okręgi szczepienia coraz bardziej bywają rozszerzane tak, że niektórzy lekarze z powodu wielkich odległości dostają za jedno szczepienie $^1/_2$ — 2 (pół do dwóch halerzy!) *E. Stahr.*

Na jednem z ostatnich posiedzeń morawskiej Izby lekarskiej zastanawiano się nad pytaniem pewnego lekarza, **czy lekarz, bawiący gdziekolwiek dla odpoczynku, ma prawo wykonywać praktykę** czyto bezpłatnie, czy za zapłatą i dalej nad tem, **czy posiadacz domowej apteki obowiązany jest do ekspedycyi recept innego lekarza.** Po dłuższej naradzie uchwalono następującą odpowiedź: Nie można żadnemu lekarzowi zabronić wykonywania praktyki, gdziekolwiek zechce, tylko musi on przedtem u odpowiedniej władzy politycznej udowodnić prawo do praktyki i zgłosić się u Izby lekarskiej. W drugiej sprawie zwrócono uwagę pytającemu, że wedle rozporządzenia ministerstwa spraw wewn. z 26 grudnia 1882 i 16 kwietnia 1894 nie wolno odmówić wydania leku z zapasu domowej apteki, jeśli lek ten został polecony i uznany za pilnie potrzebny przez zamiejscowego lekarza, do udzielenia pomocy wezwanego i jeśliby o lek z innej apteki nie było można na czas się postarać. *E. Stahr.*

Związek państwowy lekarzy austr. (Der Reichsverband der Aerzte Oesterreichs) uchwalił na swem ostatniem posiedzeniu następujący wniosek: »Aż do roku 1898 byli lekarze austryaccy uwolnieni od podatku zarobkowego, a obowiązani płacić tylko ogólny podatek dochodowy. Uprzywilejowanie to lekarzy było w każdym razie uzasadnione tą okolicznością, że państwo składa na barki lekarzy bezpłatny obowiązek służenia społeczeństwu w sprawach publicznego zdrowia (donoszenie o chorobach zakaźnych, bezpłatne donoszenie sądom o okaleczeniach i t. d.). Aż do r. 1892 mieli medycy także ulgi w służbie wojkowej — w tym roku wprowadzono w życie postanowienia, które stały się ciężarem dla lekarzy, bo czas studyów, a więc czas bez dochodów, z lat sześciu urósł dla medyka do lat siedmiu. W r. 1893 kazano i lekarzom płacić podatek zarobkowy, zrównano ich zatem z wszystkimi innymi zarobkującymi stanami i nałożono im takie same ciężary, ale przytem nie ulżono im równocześnie, jak to być winno, innych nadzwyczajnych i bardzo gniotących ciężarów. Do tych nadzwyczajnych ciężarów, które w ostatnich latach spadły na cały stan lekarski, należy zaliczyć: uogólnianie się kas chorych i pomniejszanie się przez to dochodów lekarzy, coraz bujniejsze szerzenie się partactwa lecznicze go itd. Państwo uważa nas z jednej strony za ludzi interesu, a z drugiej strony za bardzo podatny przedmiot do wyzyskiwania w kierunku publicznej służby zdrowia. Krzywda ta musi być w przyszłości usuniętą, a mianowicie przez zniesienie bezpłatnego obowiązku donoszenia i przez zniesienie przymusu zawodowego«. *E. Stahr.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 19/VIII a 25/VIII br. urodziło się dzieci żywo 56, nieżywo 1; zmarło osób 49 (obcych 18); z tego z gruźlicy 13 (5), zapalenia płuc — (—), błonicy — (—), krztuśca 1 (—), ospy — (—), płonicy 2 (1), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 4 (—), innych chorób zakaźnych 3 (1); śmierci gwałtownej 1 (1).

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 19/VIII do 25/VIII br. zgłoszono przypadków: błonicy 3 (obcych 8), krztuśca 2 (—), ospy — (—), płonicy 2 (—), odry 3 (—), duru brzusznego 3 (7); w tymże czasie zmarło z płonicy 8, z duru brzusznego 1 (1).

Wiadomości bieżące.

Lwów. Fizykat miejski nie ustaje w godnych naśladowania staraniach o poprawę stosunków sanitarnych nietylko we Lwowie, ale i w całej Galicyi. Obecnie znów urządził fizykat kurs dla wykształcenia służby dezynfekcyjnej, na który zgłosiło się stu kilkunastu uczestników, między nimi kilkudziesięciu włościan. Kurs ten trwał tydzień, a ukończyło go pomyślnie 38 osób; wogóle kursa, urządzane we Lwowie, wykształciły dotąd w służbie dezynfekcyjnej bezmała 500 osób.

— Prywatną lecznicę oczną otwierają z dniem 1 września b. r. dr Alf. Burzyński i dr August Jaworski.

— W zakładzie kulparkowskim z 5 nowych pawilonów ukończono i oddano do użytku 2 na 150 łóżek.

— Według ostatnich list bawiło w Iwoniczu 3,989, w Krynicy 6,288, w Rabce 2,582, w Rymanowie 2,076, w Szczawnicy 2,357, w Truskawcu 1,721, w Zakopanem 7,186 osób. Zakład w Żegiestowie kupił od p. Krynickiego X. Żyguliński i Sp.

Warszawa. Z dniem 1 lipca b. r. rozpoczął wychodzić nowy miesięcznik p. n. »Kronika dentystyczna«, wydawany przez M. Krakowskiego. Oprócz artykułów oryginalnych mieści pierwszy zeszyt pisma obfity dział sprawozdawczy, notatki lecznicze i urozmaiconą kronikę. Nowemu wydawnictwu życzyć należy powodzenia.

— »Gazeta lekarska« dołączyła do Nr 30 »Sprawozdania z posiedzeń sekcyi chirurgicznej przy warszawskiem Tow. lek.«, działając jako organ tej sekcyi.

— Ambulatoryum przy szpitalu św. Rocha, działające z wielkim pożytkiem od lat kilkunastu, ma być podobno zwinięte, przeciw czemu energicznie protestuje »Kronika lekarska« (Z. 16).

— Grasują stale w Warszawie odra, płonica, krztusiec, czerwonka, a w sierpniu pojawiać się poczęła grypa.

Z różnych stron. Na posiedzeniach ogólnych tegorocznego zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Stuttgardzie (17. i 21. września) mówić będą m. i.: Lipps: »Nauki przyrodnicze a światopogląd«, Baelz: »Opętanie i stany pokrewne«, Loeb: »Sztuczne dzieworództwo (*parthenogenesis*)«.

— Niemiecki komitet zwalczania gruźlicy wydał »pouczenie dla matek« w postaci artystycznego plakatu, który będzie umieszczony we wszystkich lokalach publicznych i t. p.

— Świeżo zmarły prof. dentystyki Adolf Witzel zapisał 10,000 Mk. na poparcie studyum dentystycznego na wszechnicach niemieckich.

— Znakomici klinicyści berlińscy prof. Leyden, Olshausen i Bergmann zamierzają podobno ustąpić z katedr z powodu podeszłego wieku.

— Z fundacyi Simona, przeznaczonej na badanie kiły, otrzymali prof. Lesser 6,000, dr Siegel w Berlinie 18,000, a prof. Neisser we Wrocławiu 76,000 marek.

— W Berlinie otwartym zostanie w letniem półroczu 1907 nowo utworzony zakład medycyny sądowej.

— W połowie sierpnia zwiedziło w ciągu 3 dni berlińskie zakłady naukowe 40 francuskich lekarzy pod wodzą prof. Rouxa. Lekarze berlińscy zgotowali kolegom z za Renu serdeczne przyjęcie. *E. S.*

— Wydział lekarski berliński rozpisał konkurs na następujące tematy: 1) »Badania porównawcze histogenezy mięśnia sercowego, szczególniej z uwzględnieniem pytania, czy tkanka mięsna przedstawia syncytyum, czy też da się rozłożyć na poszczególne komórki«. 2) »Badania prawidłowej i chorobowej anatomii wyrostka robaczkowego«. *E. S*

— Wojskowy komitet sanitarny (Militärsanitätskomitee) w Wiedniu ogłasza konkurs z terminem do 31 grudnia 1907 na pracę na temat: »Nerwice urazowe wskutek urazów głowy, ich wpływ na zdolność do służby wojskowej i znaczenie ich przy żądaniach spensyonowania«.

— Związek docentów szkół wyższych zwrócił się do profesorów wiedeńskiego wydziału lekarskiego z prośbą, by rozważyli, czyby się nie dało na tym wydziale, jak to już dzieje się na innych, powierzać na przemian docentom zwykłych kolegiów. Nadto proszą docenci, by profesorowie z głównych wykładów swoich wydzielili te rozdziały, których zwykle nie mogą nadążyć wykładać, i by je przydzielili docentom prywatnym. Sprawę tę ma wydział rozstrzygnąć jeszcze przed rozpoczęciem nowego roku szkolnego. *E. S.*

— Organizacya lekarzy gminnych i praktycznych Austryi niższej postanowiła we wrześniu b. r. zwołać wiec lekarzy dolnoaustryackich. *E. S.*

— XIX Zjazd chirurgów francuskich rozpocznie się 1-go października 1906. Program obejmuje wykłady: 1) Chirurgia grubych pni nerwowych. 2) Wynicowanie jądra i jego powikłania. 3) Środki i drogi dostania się do klatki piersiowej z punktu widzenia operacyjnego. *E. S.*

— Opłata półroczna za prawo uczęszczania na uniwersytet ma być w Rosyi podniesiona z 25 na 40 rubli, natomiast mają odpaść wszelkie inne opłaty (czesne i t. p.).

— Odpoczynek niedzielny zaprowadzili dla siebie dentyści w Elizawetgradzie.

— Dom zdrowia dla bezpłatnego leczenia wypuszczonych więźniów politycznych urządziło koło obywateli w Jałcie.

Mianowani: Dr Bernard profesorem kliniki lek. w Amiens; dr Centanni profesorem nadzw. patologii ogólnej w Sienie; dr Dolganow profesorem okulistyki w Instytucie klinicznym Heleny Pawłowny w Petersburgu.

Powołani: Prof. anatomii patol. M. B. Schmidt ze Strassburga do Akademii medycyny praktycznej w Düsseldorfie.

Zmarli: W Warszawie dr A. Gruenbaum, współpracownik „Gazety lekarskiej“ w 54 r. ż., dr Feinstein, ordynator oddziału ocznego w szpitalu żydowskim na Czystem i dr Antoni Kochnowski w 36 r. ż.; w Białymstoku dr Haberling (zamordowany); w Płocku dr Kamil Bereza, lekarz powiatowy, wiceprezes tamtejszego Towarzystwa lekarskiego, w 55 r. ż.; we Lwowie dr Edward Madeyski. emer. profesor seminaryum nauczycielskiego, w 74 r. ż.;

prof. medycyny wewn. Tomaselli w Katanii; b. prof. terapii Mackey w Birningham.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 32. Czajkowski: Stan obecny i przyszłość seroterapii. Kijewski (c. d.).

— *Kronika dentystyczna* Nr 1. Krakowski: O plombach porcelanowych.

— *Tygodnik lekarski* Nr 34. Fels: 720 zamachów samobójczych zebranych w 13 latach istnienia z lwowskiej stacyi ratunkowej. Czyżewicz (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr 16. Hallé i Motz (c. d.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 9. Korczyński: Uwagi ogólne o leczeniu zdrojowem i klimatycznem. — Geologia Ciechocinka. — Doležan: Bystra.

— *Časopis lekařův českých* Nr 34. Zimmer: O kýlách měchyře močového. Jerrie (c. d.). Molek: Příspěvek k lumbalni analgesii Hamza (dok.).

— *Russkij Wracz* Nr 31. Grygorjew: O rozróżnianiu krwi ludzkiej od zwierzęcej według postaci kryształów methemoglobiny i kryształów tłuszczowych w praktyce sądowo-lekarskiej. Anufrjew: Przyczynek do kazuistyki dużych pseudomucynowych torbielaków jajnika. Karnicki: Bardzo ciężki przypadek grypy u 7-letniej dziewczynki. Timofiejewa: Sztuczny obrzęk urazowy ręki i stopy.

— *Semaine medicale* Nr 34. Legrand: Teraźniejszość i przyszłość medycyny europejskiej w Chinach.

— *Presse médicale* Nr 67. Gouget: O niektórych zmianach wskutek zatrucia doświadczalnego tytoniem. Busquet: Ekonomiczne żywienie ozdrowieńców.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 34. Riedinger: O leczeniu krwawnic. Boas: Ulepszony wziernik odbytniczy: Ruppel: O dwoince nagminnego zapalenia opon i jej stosunku do dwoinki wiewiórowej. Bruck: Swoiste ciała uodporniające przeciw dwoinkom wiewiórowym. Aronsohn: O działaniu leczniczem surowicy przeciwpaciorkowcowej. Strübing: O dychawicy oskrzelowej. Groedel II i Groedel III: Działanie cieplic solankowych, zawierających kwas węglowy, na nadmierne parcie krwi. Brentano: Nowa umywalnia do sal operacyjnych w szpitalach polowych. Joseph: Łuszczyca jamy ustnej. Opitz (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 34. Babes i Mironescu: O kilakach narządów wewnętrznych u noworodków i ich stosunku do krętka bladego. Lauschner: W sprawie statystyki i patogenezy objawu Quinquauda. Haaland: O tworzeniu się przerzutów przeszczepionych mięsaków myszy. Einhorn: Przypadek opadnięcia trzew i serca z powrotem do stanu prawidłowego. Busalla: Surowica przeciwpaciorkowcowa w leczeniu gorączki połogowej na zasadzie badań statystycznych. d'Amato (dok.)

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 34. Bondi i Rudinger: O wpływie dowozu tłuszczu na wydzielanie cukru. Zypkin: O wylewach mleczowatych. Doerr: Odpowiedź na artykuł Salusa o agresynach. Oppenheim (c. d).

— *Münchener mediz. Wochenschrift* Nr 34. Hofmeier: O leczeniu krążkami pochwowymi. Esser: Neutrofilny obraz krwi u osesków karmionych naturalnie i sztucznie. Conradi: O hodowaniu prątków durowych we krwi zapomocą hodowli żółciowej. Hasslauer: Przekrwienie zastoinowe w leczeniu ropień usznych. Martin: Przypadek poronienia przez odbytnicę z zejściem pomyślnem. Sachs-Müke: Sposób osadzania plwociny zapomocą wody utlenionej. Arlt: Nowe instrumentaryum do znieczulania lędźwiowego. Schmidt: Przyrząd do szybkiego i bardzo taniego uzyskiwania jałowego materyału opatrunkowego. Ritter, Steinert i Bielschowsky (dok.). Bockenheimer: W sprawie historyi znieczulenia lędźwiowego. Bier: Odpowiedź Bockenheimerowi. Sudhoff: T. Puschmann i zadania historyi medycyny.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Visvit, nowy przetwór odżywczy, zawierający ścisłe połączenie fosforu, lecytyny i żelaza hemoglobinowego z białkiem (80·14%) i węglowodanami (15·20%) bez dodatku istot wyciągowych z jakichkolwiek środków poprawiających smak, poleca dr H. Bergner (*Fortschritte der Medizin* 1906, Nr 21). Wysoka zawartość białka i dobry smak leku zasługują na wyszczególnienie. Mała ilość węglowodanów pozwala na stosowanie visvitu u chorych na cukrzycę, tembardziej, że nie zawiera on istot drażniących. Białko i żelazo znajdują się tu w postaci, ulegającej bardzo łatwo przyswojeniu, co wyłącza wszelkie dolegliwości żołądkowe. Wpływ na poprawę składu krwi i wzmocnienie układu nerwowego jest wybitny. Sole nie stanowią sztucznego dodatku, lecz są naturalnymi składnikami istot pierwotnych przetworu, dlatego nie drażnią serca, ani nerek. Opierając się o doświadczenie, nabyte na 128 chorych, określa B. działanie visvitu następująco:

1) Waga ciała wzrasta. W pierwszym przypadku gruźlicy szczytów wynosił przybytek wagi w 2 miesiącach 18 funtów.

2) Liczba czerwonych ciałek krwi wzrasta, podobnie jak ilość hemoglobiny. Niejednokrotnie spostrzegano podskoczenie z 50 na 90% w różnych ciężkich niedokrwistościach i osłabieniach.

3) Visvit zapobiega upadkowi sił w przebiegu ciężkich chorób zakaźnych (dur, zapalenie płuc, grypa i t. p.).

4) Visvit pobudza wzrost kości i stanowi idealny środek przeciw krzywicy.

5) Skrzepia nerwy w przypadkach neurastenii, zmęczenia zawodowego i ogólnego osłabienia nerwowego.

Visvit wyrabia instytut chemiczny pod firmą: Dr Horowitz w Berlinie. *Hr.*

Rok XLV. Kraków 8 Września 1906. Nr 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

Znaczenie sądowo-lekarskie wykrywania krwi zapomocą pewnych związków organicznych.

Podał

W. Podliński

zast. asystenta zakładu.

W ostatnich czasach polecił C. A. Ewald (1) gorąco dla wykrycia krwi w treści przewodu pokarmowego w celach klinicznych wykonywanie według metody Webera (2) próby z nastojem żywicy gwajakowej lub z aloiną, podaną przez O. Rossela (3). Nadto wspomniał także o próbie zapomocą benzydyny, zalecanej przez Oskara i Rudolfa Adlerów (4), którą jednak O. Schumann i C. Westphal (5) uznali za nazbyt czułą dla celów klinicznych, ponieważ za jej pomocą można krew wykryć jeszcze przy rozcieńczeniu 1:200,000 wody.

Ta czułość próby benzydynowej, może dla celów klinicznych za wielka, mogłaby oddać wielkie usługi w praktyce sądowo-lekarskiej, dlatego postanowiłem przekonać się dokładniej o jej wartości w tym kierunku. Próba tak czuła pożądana w praktyce sądowo-lekarskiej znalazłaby zwłaszcza w tych przypadkach zastosowanie, rozstrzygające stanowczo wszelką wątpliwość, gdzie plama, ślad krwawy, są zbyt drobne, lub też krew, zmieszana z innymi ciałami np. ziemią, wodą, znajduje się w takiem rozcieńczeniu, że zaledwie obecności jej domniemywać się można, jak to było np. w przypadku morderstwa Kleszczów w Podgórzu, w którym komisya sądowo-lekarska przy oględzinach miejsca czynu miała także rozstrzygnąć, czy jest krew lub jej nie ma, w znalezionej między innemi na miednicy brudnej wodzie z mydlinami, mającej zaledwie odcień czerwonawy, a w której mordercy Kleszczów po spełnieniu zbrodni umyli sobie ręce.

Z badań Oskara i Rudolfa Adlerów wynika, że cały szereg związków organicznych, mianowicie amidowych, fenolowych, difenylowych itp., posiada własność wybitnego zabarwiania się pod wpływem czynnego tlenu lub ozonu, jeżeli tlen lub ozon będzie na rozczyny związków tych przeniesiony. Ponieważ barwik krwi posiada własność uwalniania ozonu lub czynnego tlenu z terpentyny zozonizowanej, lub też z dwutlenku dwuwodu, przeto jeżeli badany płyn zawiera krew, wówczas po dodaniu go do mieszaniny jednego z wymienionych powyżej związków powstaje natychmiast charakterystyczne dla niego zabarwienie.

Najdawniejszą próbą krwi, polegającą na tej własności jej barwika przenoszenia tlenu lub ozonu, była próba gwajakowa, podana przez van Deena, zwana także ozonową, w której świeżo sporządzony wyskokowy nastój żywicy gwajakowej, o jasno-winowo-żółtem zabarwieniu, zmieszany z terpentyną zozonizowaną, barwi się niezwłocznie błękitnie po dodaniu śladu krwi.

Próba ta, rzeczywiście bardzo czuła, polecana gorąco w swoim czasie przez Taylora i Limana do celów sądowo-lekarskich, w miarę coraz liczniejszych w tym kierunku badań traciła coraz więcej na znaczeniu, wreszcie okazała się zupełnie bezużyteczną, gdyż, jak to z badań Sieferta (6) wynika, istnieje cały szereg ciał, które same bez dodania terpentyny, nastój gwajakowy błękicą, mogąc w ten sposób stać się źródłem błędu. Ciałami takiemi są kwas chromowy, nadmanganian potasu, chlorek żelazawy, chlorek miedziawy. By błędowi takiemu nie uledz, polecali Filippi, Severi, Montalti, Borri (7) wykonywać próbę van Deena w ten sposób, aby do rozczynu badanego ciała dodawać najprzód nastoju gwajakowego, a tylko wtedy dodawać terpentyny, gdy przy tem postępowaniu nie powstaje zbłękitnienie mieszaniny. W ten sposób z zupełnie ujemnego wyniku próby van Deena, t. j. gdy w żaden sposób nie można było wywoływać zbłękitnienia nastoju gwajakowego wnoszono stanowczo, że rozczyn badany krwi nie zawiera. W dalszym ciągu swych badań przekonali się Siefert i Cevidalli (8), iż soki wielu roślin dają taki sam odczyn, jak krew, a tracą zdolność tę przez zagotowanie; natomiast krew zagotowana lub wystawiona przez czas dłuższy na działanie słońca i innych wpływów atmosferycznych własność błękicenia gwajaku z terpentyną zachowuje, nadto Cevidalli stwierdził, że i mleko krowie mimo zagotowania odczyn ten wywołuje. Tak samo również, jak krew, mimo ogrzania dają odczyn van Deena jodek potasu, bromek potasu, chlorek sodu, salmiak, siarkan żelazawy, siarkan miedzi, chlorek cynku i rdza. Schönbein zmodyfikował o tyle próbę van Deena, iż zamiast terpentyny zozonizowanej poleca użycie dwutlenku dwuwodu. Modyfikacya ta posiada jednak te same błędy, co oryginalna próba van Deena. Binda (9) wykonał próbę van Deena pod mikroskopem, jako próbę mikrochemiczną, a w ostatnich czasach uczynił to także G. Spezia (10).

Spezia stwierdził nadto najprzód gołem okiem wszystkie wyżej wymienione wyniki przytoczonych autorów, a następnie podjął badania mikroskopowe z próbą van Deena na krew i rozczyny ciał organicznych i nieorganicznych. Badania jego potwierdzają również ujemną wartość próby van Deena, a wykazują tylko wybitną różnicę w szybkości z jaką odczyn występuje i rozprzestrzenia się na całe

pole widzenia. Szybkość ta jest w obu tych kierunkach znacznie większą dla ciał nieorganicznych, niż dla krwi, w której odczyn rozpoczyna się od obwodu, postępując zwolna ku środkowi. Spezia uważa mikrochemiczne próby van Deena, tak, jak to uczynił Binda, za ważne tej próby udoskonalenie, jednakże próbę heminową Teichmanna i widmową kładzie na pierwszem miejscu.

Aby uwolnić krew badaną od zanieczyszczeń, mogących wpłynąć na fałszywy wynik próby van Deena lub Schönbeina, podał Siefert następujący sposób: Ślad krwawy wysuszony rozpuszcza w 3—6 cm³. bezwodnego wyskoku, zawierającego 8—10 kropli zgęszczonego kwasu siarkowego, gotuje aż do wrzenia na łaźni wodnej, potem alkalizuje 30% ługiem potasowym, sączy, dokładnie zobojętnia, znowu sączy, dodaje zgęszczonego rozczynu NaCl, dwutlenku wodoru i kilka kropli świeżego wyskokowego nastoju żywicy gwajakowej, poczem powstaje w razie obecności krwi niebieskie zabarwienie. Ziemcke (11) dowiódł jednak, że sposobem Sieferta można otrzymać dodatni wynik odczynu, choć badane *corpus delicti* krwi nie zawiera, lecz n. p. siarkan miedzi i nazywa sposób Sieferta gorszym od sposobu van Deena, bo ma te same błędy, a jest nadto długim i zawiłym. Schulz (12) zaś przekonał się, że NaCl, którego Siefert w swej metodzie używa, już sam przez się wywołuje zbłękitnienie nastoju żywicy gwajakowej z dwutlenkiem wodoru, a spostrzeżenie to zrobił również Ziemcke. Schulz otrzymał sposobem Sieferta dodatnie wyniki przy zupełnym braku krwi a obecności siarkanu miedzi, siarkanu żelazawego, chloranu potasowego, dwuchromianu potasu i nadmanganianu potasu, natomiast kilkakrotnie nie otrzymał dodatniego odczynu w obecności śladów krwi. Sposób ten zatem skutkiem tak niepewnych wyników, nie nadaje się do zastosowania w praktyce sądowo-lekarskiej.

Celem wyśledzenia obecności krwi w treści przewodu pokarmowego, a zarazem celem uwolnienia jej od zanieczyszczeń tą treścią podał Weber następujący sposób przygotowania rozczynu krwi do badania próbą van Deena lub Schönbeina. Badaną treść lub wydzielinę, po poprzedniem rozcieńczeniu wodą przekroploną, zaprawia $^1/_3$ do $^1/_2$ objętości kwasu octowego lodowatego, kłóci przez wstrząsanie z 10 cm.³ eteru lub chloroformu, a następnie do wyciągniętego i rozpuszczonego w ten sposób w eterze lub chloroformie octanu hematyny, pipetą przeniesionego do innej probówki, dodaje 10 kropli świeżego, wyskokowego nastoju gwajaku i 20—30 kropli terpentyny zozonizowanej; w razie obecności krwi mieszanina ta barwi się niebiesko-fioletowo. Weber jednakowoż sam w pracy swej nadmienia, iż przy postępowaniu jego sposobem mogą powstawać nieznaczne błędy, zależne od składników wydzielin, a także od lekarstw i pokarmów.

Oskar i Rudolf Adlerowie badali zachowanie się krwi, przy zastosowaniu dwutlenku wodoru, wobec całego szeregu związków organicznych i wodorotlenku talu, które pod wpływem utlenienia zmieniają swe zabarwienie. Poddali mianowicie badaniu temu ciała amidowe aromatyczne, fenole, kwasy aromatyczne, difenyle i związki naftolowe nadto leukozasady. Do celu tego używali krwi królika świeżej, odwłóknionej, w różnym stopniu wodą przekroploną rozcieńczonej. Rozpoczynali od rozcieńczenia krwi 1:100,000 wody przekroplonej przy dodawaniu dwutlenku wodoru, dopóki nie powstało charakterystyczne zabarwienie, lub różnica w zabarwieniu między płynem, zawierającym krew a płynem kontrolnym. Chwilę pojawienia się różnicy w zabarwieniu obu płynów zwali granicą czułości odczynu. Próbę swą wykonywali z wodnym rozczynem krwi i z wodą przekroploną krwi nie zawierającą. Przekonali się, że niektóre używane przez nich związki barwią się już pod wpływem tlenu, zawartego w powietrzu, nadto przekonali się, że prócz krwi wywołują zabarwienie w odczynniku sole żelaza, sole rodanowe i zaczyny utleniające (oksydazy), znajdujące się w sokach zwierzęcych, zawierających ciałka białe. Oksydazy można ich zdaniem zniszczyć zapomocą zagotowania. Związki odtleniające upośledzają odczyn, lecz można je, np. kwas moczowy, sposobem Webera z rozczynu usunąć. Adlerowie dochodzą do ostatecznego wniosku, że leukozasadą zieleni malachitowej i benzydyną można wykryć krew w rozcieńczeniu 1:100,000 wody, oraz że z ujemnego wyniku jednej z tych prób można stanowczo wnosić, iż płyn badany krwi nie zawiera.

Chcąc się przekonać o wartości benzydyny oraz aloiny, podanej przez Rossela, a porównawczo także i nastoju gwajaku przy równoczesnem zastosowaniu postępowania Webera podjąłem następujące doświadczenia:

Do doświadczeń tych użyłem zwykłej ogrodowej ziemi, tej samej ziemi, polanej rozczynem siarkanu żelazawego, zwykłego rozczynu mydła w wodzie przekroplonej, samej wody przekroplonej, wreszcie rozczynów wodnych soli kuchennej, chlorku żelazawego i siarkanu miedziowego. Te substancye i rozczyny zaprawiałem w probówce stosowną ilością bezwodnika kwasu octowego i eteru; po dokładnem wykłóceniu i odstaniu się zbierałem czysty eteryczny wyciąg do czystych probówek, dodawałem do niego dwutlenku wodoru, wreszcie kolejno świeżo sporządzonego nastoju gwajaku, lub też zalecanych przez wspomnianych wyżej autorów rozczynów aloiny ($^1/_2$ gr. aloiny na 3·5—5·0 gr. wyskoku 60%) albo benzydyny (na gorąco nasycony wyskokowy rozczyn). Oddzielnie sporządzony metodą Webera eteryczny wyciąg z rozczynu krwi zaprawiałem w podobny sposób dwutlenkiem wodoru i trzema powyższymi odczynnikami. W tych wyciągach, zawierających barwik krwi, barwił się natychmiast gwajak na błękitno, aloina na czerwono, benzydyna na szmaragdowo-zielono. Wyciąg eteryczny wody przekroplonej i czystej ziemi ogrodowej dawał z trzema powyższymi odczynnikami odczyn ujemny, to znaczy rozczyn pozostawał bezbarwny. Natomiast wyciągi ziemi, zaprawionej rozczynem siarkanu żelaza, mydlin, rozczynu siarkanu miedzi, chlorku żelaza i soli kuchennej barwiły się błękitno z nastojem gwajaku, przy czem najsilniejsze zbłękicenie dawał wyciąg rozczynu siarkanu miedzi, następnie wyciągi mydlin i ziemi z siarkanem żelazawym, w pozostałych wyciągach było ono słabsze, w każdym razie wybitne w próbach. Z aloiną występowała we wszystkich wymienionych wyciągach, mniej lub więcej szeroka, wybitna obrączka czerwonego zabarwienia na granicy zetknięcia się wyciągu eterycznego z wodą utlenioną. Wyciągi te dawały także zielone zabarwienie z benzydyną, z biegiem czasu coraz bardziej ciemniejące. To zielone zabarwienie występowało w niektórych z tych wyciągów powolniej niż we wyciągu z krwi i było mniej nasycone od zabarwienia wyciągu

krwi. Po upływie pewnego czasu nie dawało się odróżnić ciemne zabarwienie tych wyciągów od równie ciemnego zabarwienia wyciągu krwi.

Na podstawie tych doświadczeń musi się dojść do przekonania, że chociaż próby barwika krwi tak czułe, jak np. benzydynowa, wielce dla celów sądowo-lekarskich byłyby przydatne i pożądane, to jednak wszystkie te próby nie mogą mieć znaczenia i zastosowania w praktyce sądowo-lekarskiej, albowiem rozliczne substancye mają własność dawania z aloiną i benzydyną a bezwątpienia i z innymi podobnymi związkami odczynów barwnych, jakie występują także wobec krwi. Sposób Webera uwalniania badanego śladu od substancyi, które zachowują się wobec powyższych odczynników jak krew, okazuje się również bezskuteczny. Tak więc próby gwajakowa, aloinowa, benzydynowa i t. d. wykonane z badanego śladu przy zastosowaniu sposobu Webera są dla celów sądowo-lekarskich bez znaczenia, a znaczenie ich dla celów klinicznych zdaje się również co najmniej wątpliwe.

Piśmiennictwo. 1) C. A. Ewald: Blut und Blutungen bei Verdauungskrankheiten. (Berl. kl. Wochs. 1906. Nr 9. Str. 254). — 2) Weber: Über den Nachweis des Blutes in dem Magen- und Darminhalt. (Berl. klin. Wochschr. 1893. Nr 19). — 3) O. Rossel: Beitrag zum Nachweis von Blut itd. (Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1903. T. 76. S. 505). — 4) O. i R. Adler: Über das Verhalten gewisser organ. Verbindungen gegenüber Blut mit besonderer Berücksichtigung des Nachweises von Blut. (Hoppe-Seylers Zeitschrift f. physiol. Chemie. 41 Tom. Str. 59. 1904). — 5) Schumann i Westphal: Über den Nachweis von Blutfarbstoff mit Hilfe der Adler'schen Benzidinprobe. (Zeitschr. f. analyt. Chemie. T. 46. Str. 510) — 6) Siefert: Über die Verwendbarkeit der Guajak-Wasserstoffsuperoxyd-Reaktion zum Nachweis von Blutspuren in forensischen Fällen. (Vjschr. f. ger. Med. 1898 H. 1). — 7) Filippi, Severi, Montalti, Borri: Manuale di med. leg. 2 ediz. vide G. Spezia l. c. — 8) Cevidalli: vide G. Spezia l. c. — 9) Binda: vide G. Spezia l. c. — 10) G. Spezia: Über die van Deen'sche Probe. (Vjschr. f. ger. Med. 1905. Bd 29. H. 1. S. 174). — 11) Ziemcke: Die neueren Methoden des forensischen Blutnachweises. (Zeitschrift für Med. Beamte 1900. XVII. Hauptversammlung des preuss. Med.-Beamten Vereins. S. 62). — 12) A. Schulz: Über die Verwendbarkeit der von Siefert angegebenen Modifikation der Guajak-Wasserstoffsuperoxyd Reaktion zum Nachweis von Blutspuren. Vjschr. f. ger. Med. 1901. Bd. 22. S. 104.

* * *

Z kliniki chorób wewnętrznych prof. M. M. Wołkowa w Petersburskim Żeńskim Instytucie Lekarskim.

Dwa przypadki pierwotnego raka głowy trzustki oraz cukromoczu.

Podał

Dr B. Wilamowski.

(Odczyt na posiedzeniu Polskiego Koła lekarskiego w Petersburgu 2/15 Maja 1906 roku).

(Dokończenie.)

Cukromocz spostrzegaliśmy w tym przypadku niedługo przed śmiercią chorego. Podług Guillona okres bezcukromoczu może trwać 11 miesięcy, przybliżając się do dnia śmierci na 25 dni. Zniknięcie cukru w moczu nie następuje nagle, lecz zwykle bywa okres wahania się („Il y a là une période d'oscillations intermédiaires aux deux phases"); cukier pojawia się w coraz mniejszych ilościach i nareszcie znika zupełnie. Bardzo być może, że w naszym przypadku trafiliśmy na taki właśnie okres wahania się. U naszego chorego zauważyliśmy dwa okresy cukromoczowe: pierwszy trwał miesiąc, drugi dwa tygodnie aż do śmierci. Ten drugi okres był cukromoczem pokarmowym.

Co do cukromoczu pokarmowego, to Lépine [6] dochodzi w tej sprawie do następujących wniosków. U pewnych osób cukier pojawia się w moczu wskutek wprowadzenia 100 grm. glikozy przez usta albo 10 grm. pod skórę, jakkolwiek takie dawki w równych zresztą warunkach u osób zdrowych nigdy cukromoczu nie wywołują. Przy doświadczeniach jednak tego rodzaju należy zważyć, że wyniki mogą być ujemne u osób z obniżoną przepuszczalnością nerek, jakkolwiek niedomoga glikolityczna tkanek jest dość wyraźna. Odwrotnie, bez wszelkiej niedomogi glikolitycznej, gdy przepuszczalność nerek jest zwiększona, cukier łatwiej przechodzi do moczu, niż w warunkach zwykłych. Nadto, na wydzielanie glikozy wpływają warunki wessania w jelitach i obiegu krwi w żyle wrotnej oraz w niektórych przypadkach stan komórek wątroby. Ten wpływ stanu komórek wątrobnych jest coprawda, dość sporny.

Wymieniając rozmaite czynniki, sprzyjające cukromoczowi pokarmowemu (przy podaniu wewnętrznem 100 grm glikozy) Lépine przytacza np. wpływ gorączek zakaźnych, gdzie w przeciwieństwie do tego, co w takich razach zauważamy u dotkniętych cukrzycą, te stany gorączkowe usposabiają do cukromoczu pokarmowego, co objaśnia się tem, że gorączka zakaźna zmniejsza zdolność przyswajania tkanek i ta niedomoga glikolityczna zrównoważa (przewyższa) zwiększenie sprawy utlenienia. Stan wątroby, zaburzenie jej czynności, niezawsze sprzyja pojawieniu się cukromoczu pokarmowego (a więc pojawienie się cukromoczu pokarmowego niezawsze wskazuje na zaburzenie czynności wątroby), podobnie jak i utrudnienie krążenia w żyle wrotnej. Colosanti, v. Noorden [7], a szczególnie Strauss nie uznają związku między stanem wątroby, a cukromoczem pokarmowym. Lépine nawet po podaniu 300 grm. glikozy nie znalazł cukru w moczu u 1 chorego na żółtaczkę, u 1 suchotnika ze stłuszczową wątrobą i u 1 chorego na raka wątroby. Krauss i Ludwig przytaczają przypadek dużego torbiela trzustki (późniejsza operacya potwierdziła rozpoznanie) u chorego 48-letniego, u którego była bardzo wyraźna chera. Kał tego chorego zawierał wiele nieprzetrawionych włókien mięsnych, ilość moczu wahała się od 1200 c.^{3} do 1800 c.^{3}. Po obiedzie ciężar właściwy moczu wynosił 1028—1029; mocz poranny bardzo słabo redukowal sole miedzi, wypuszczony zaś po posiłku redukował silniej. Po podaniu choremu 175 grm. czystej glikozy stwierdzono w moczu zapomocą przyrządu polaryzacyjnego 13$^0/_{00}$ cukru, mocz silnie fermentował. W tym przypadku chory już oddawał cukier w moczu, wprowadzenie zaś glikozy tylko zwiększyło cukromocz. Ten przypadek jest poniekąd podobny do mojego. Mój chory był już skłonny do glikozuryi; zażycie nawet 100 grm. glikozy wywołało cukromocz, glikozy wydzieliło się 23 grm. w 770 c.^{3} moczu; potem nastąpił 8-godzinowy okres bez cukromoczu, następnie cukier znowu pojawił się w moczu i nie znikał w ciągu 4 dni. Lépine przytacza jeszcze spostrzeżenie następujące: E. Wille badał co do cukromoczu pokarmowego 77 chorych, później zmarłych. U 15 glikoza pojawiła się w moczu (w dawce 100 grm.) a u 10 z tych 15, t. j. u $^2/_3$ na sekcyi znaleziono znaczne zmiany trzustki.

Przeciwnie trzustka nie była zmieniona prawie u wszystkich tych, którzy cukru w moczu nie mieli. Stąd Lépine przypisuje wielkie znaczenie stanowi trzustki w sprawie przyswajania cukru przez ustrój; (przypomnieć tu należy próby Méringa i Minkowskiego wyłuszczenia trzustki, poczem następowała cukrzyca). Rozprawę swoją Lépine kończy tem, że do próby na glikozurye pokarmową nie należy przywiązywać wagi bezwzględnej, lecz w każdym poszczególnym przypadku trzeba rozważyć wszystkie warunki, wpływające dodatnio czy też ujemnie na glikozuryę pokarmową.

Z tego wszystkiego, co powiedziano o cukromoczu pokarmowym, wynika, że cukromocz ten może czasem dać ważne wskazówki, może służyć do wykrycia utajonego objawu. Tak np. w przypadku moim: gdyby chorego przyjęto do kliniki później o kilka dni, nie widzielibyśmy wtedy pierwszego okresu cukromoczu samorodnego, również nie byłoby i drugiego okresu, gdybyśmy nie wykonali próby karmienia glikozą. Bylibyśmy wtedy pozbawieni ważnej w każdym razie wskazówki co do udziału trzustki w sprawie chorobowej.

Drugi podobny przypadek spostrzegaliśmy po upływie roku w tej samej klinice.

Chory, 56-letni włościanin W. A. zgłosił się do kliniki uskarżając się na wielką niemoc ogólną, zawroty głowy i żółtaczkę. Do 17 roku życia mieszkał na wsi w Pskowskiej gub. w warunkach materyalnych i moralnych nader niepomyślnych, utrzymywał się z jałmużny, w lecie był pastuchem. Ojca nie pamięta. Matka dożyła 60 lat. W dzieciństwie przebył ospę. Często w stolcach zauważał glisty. W ósmym roku życia, w czasie gry z towarzyszami, nagle stracił przytomność, upadł, miał drgawki. Na trzeci dzień dopiero przyszedł zupełnie do zdrowia. Drugi podobny do pierwszego napad miał w 27 r. ż., trzeci zaś, który trwał tylko kilka minut w 31 r. ż. Pić wódkę i palić tytoń zaczął w 18 r. ż. Podczas ostatniej kampanii tureckiej, będąc żołnierzem, chorował w Bułgaryi na jakąś chorobę zakaźną przez $^1/_2$ roku. Przedtem zaś, jeszcze przed wojną, nagle zjawiła się żółtaczka i po 3 dniach znikła. Po skończeniu służby wojskowej został dozorcą w jednem z więzień petersburskich, tu byt materyalny miał lepszy, niż kiedykolwiek. W tymże okresie czasu przebył trypra. W 34 r. ż. żeni się, miejsce dozorcy porzuca i zarabia jako przekupień uliczny. Pijał wtedy wiele piwa.

Oprócz zaparcia stolca, które miewa od dzieciństwa, żadnych innych nieprawidłowości nie zauważył. Zmianę stanu zdrowia dostrzegł na 5—6 miesięcy przed przyjęciem do kliniki; w kwietniu czy w maju 1904 r. zaczął słabnąć i chudnąć. Później pojawiła się żółtaczka. Nadto doświadczał bolów w podżebrzu lewem, miewał wymioty i odbijania; stolec bywał jak zwykle zaparty. W dalszym ciągu osłabienie wzrastało, żółtaczka nie zmniejszała się. Chory używał leków domowych. Nareszcie po 2 miesiącach choroby przebył miesiąc w Aleksandrowskim szpitalu. Wiadomości zaczerpnięte stamtąd są następujące: Chory miewał wymioty, zawroty głowy; puchlina kończyn. Czyrak w okolicy linii pachowej prawej. Ciepłota podniesiona. Wykonano nacięcie, po którem silny upływ krwi i w ciągu dni następnych wielkie krwotoki z rany. Znaczne osłabienie i wycieńczenie. Wątroba macalna twarda, niebolesna. Średnia ilość moczu 1100, ciężar właściwy 1005. Ślady białka. Chory opuścił szpital bez polepszenia. Następnie dostaje się chory do Obuchowskiego szpitala. Tu nie miewa wymiotów, ni odbijania, ani bólów w okolicy żołądka; znikły i obrzęki. Ilość moczu 1500, ciężar — 1010. Chory jednakowoż chudnie, słabnie coraz więcej, opuszcza w końcu szpital Obuchowski i po kilkudniowym pobycie w domu znów znajduje się w szpitalu Aleksandrowskim. Żółtaczka wtedy jeszcze się powiększyła. Swędzenie skóry, odrętwienie i obrzęk nóg. Osłabienie trwa mimo dobrego apetytu. Ilość moczu 1800, ciężar gatunkowy 1020. Białko. W tym okresie zauważono jakiś guz na brzegu wątroby. Chory znowu opuszcza ten szpital i wraca powtórnie do Obuchowskiego, skąd ostatecznie 4 października 1902 r. został przeniesiony do kliniki prof. M. Wołkowa.

Badanie przedmiotowe w klinice stwierdza: Chory — mężczyzna wzrostu więcej niż średniego, bardzo wychudły. Zwraca uwagę szafranowo-żółta barwa skóry, szczególniej na tułowiu. Pomimo żółtego zabarwienia, skóra sprawia wrażenie bladej i siniczej (twarz). Błony śluzowe suche, blade z żółtawym odcieniem. Podkład tłuszczowy skąpy. Samorodne kurcze mięśni. Biednienie skóry za dotknięciem. Tętnice przy obmacywaniu sprawiają wrażenie węzłowatych stwardniałych sznurów. Tętno 56, średnio napięte. Język suchy, biały, obłożony. Twardówki żółte. Źrenice jednakowe, na światło oddziaływają słabo. Włosy przerzedzone, suche, bez połysku. Gruczoły chłonne niemacalne. Mięśnie w zaniku. Uderzenie serca rozległe, bardzo słabe, uderzenie koniuszkowe macalne w 5. międzyżebrzu na palec na wewnątrz od linii sutkowej. Okolica przytłumienia opukowego serca przykryta płucem. Nad końcem serca słychać dwa głuche tony i bardzo niewielki szmer przy tonie pierwszym, czasami znikający. U podstawy serca tony jaśniejsze z nieznacznym stałym szmerem przy pierwszym tonie. Klatka piersiowa cokolwiek rozszerzona ku dołowi, symetryczna. Oddechów średnio 20 na 1'. Niewielki kaszel z nieznacznem wykrztuszaniem plwocin śluzowo-ropiastych. Bolesne punkty z tyłu na prawej połowie klatki piersiowej — w 6., 8., 9. i 10. międzyżebrzu (później i z przodu w 2. i 3 międzyżebrzu). Odgłos przy opukiwaniu płuc dość dźwięczny i wysoki. Szczyt prawego płuca sięga na 3 palce ponad obojczyk, granica płuca ruchoma; szczyt lewego płuca o palec niżej od prawego, ruchomość jego zmniejszona, odgłos przy opukiwaniu cokolwiek przytłumiony. Granice płuc dolne obniżone, ruchome. W linii pachowej lewej odgłos przechodzi w bębenkowy. W szczycie płuca lewego szmery oddechowe osłabione. W innych miejscach szmery pęcherzykowe czyste z wyjątkiem niewielkiego miejsca w 5. lewem międzyżebrzu na zewnątrz od linii sutkowej, gdzie słychać rzężenia drobnobańkowe. Przepuklina pachwinowa po stronie prawej. Brzuch nieco wzdęty. W linii sutkowej prawej, pod łukiem żebrowym można dojrzeć ograniczone wypuklenie półkuliste, wielkości jabłka, przy obmacywaniu ciastowate — rozdęty pęcherzyk żółciowy. Ostry brzeg wątroby wystaje na $2^1/_2$ palca pod łukiem żebrowym, wątroba twarda, powierzchnia jej gładka. Śledziona macalna i wskutek bębnicy nie daje się opukać.

Dalszy przebieg był następujący: Stolec chory miewał 3—4 razy dziennie. Wypróżnienia miękkie, nieobfite, wyraźnie gliniastej barwy, bardzo cuchnące. Mocz w średniej ilości 5—6 litrów na dobę, ciemno-żółtej barwy, cięż. gat. 1020, oddziaływał obojętnie lub słabo kwaśno. Apetyt przez cały czas był bardzo dobry; — chory równie dobrze znosił wszelkie potrawy; miał silne pragnienie, — wypijał do 5—6 litrów rozmaitych płynów. W wypróżnieniach pod mikroskopem znajdowaliśmy niestrawione włókna mięsne, ziarnka skrobi, krople tłuszczu. Treść żołądka po śniadaniu próbnem: wolnego kwasu solnego nie ma, próba na kwas mleczny dodatnia, całkowita kwaśność 36%, kwasu solnego związanego 0,036‰. Mleko ścięło się po $^1/_2$ godz. Białko podług Metta nie strawiło się (po dodaniu zaś kwasu solnego strawiło się po upływie 10 godz. 1mm). Pod mikroskopem znaleziono: ziarnka skrobi, drożdże, niewielkie prątki i miazgę. Próba salolem po 3 godzinach dała wynik dodatni. Badanie krwi: ciałek czerwonych 3000000, białych — 4120, Hb. podług G. 56%.

W plwocinach gronkowce i dwoinki. W moczu ślady białka, cukier, barwiki żółciowe, aceton, kwas acetonowy, indykan.

W klinice przebył chory 17 dni. Skarżył się oprócz osłabienia na świąd skóry. Ciepłota w pierwszym tygodniu nie dochodziła 37,°0, później zaczęła cokolwiek się podnosić, najwyżej do 37,°6, nie opadając niżej 36,°6. W tym czasie pojawiło się silne rozwolnienie, które trwało 3 dni. Tętno, które nie dochodziło 60 na 1', równolegle z podniesieniem się ciepłoty przekroczyło nieco 60. Oddechów średnio 20 na 1'. W moczu ciągle białko (ślady), indykan i cukier. Ilość cukru sięga 360 grm. i niżej 100 grm. nie spada (5%, 2 — 2%). Codziennie oznaczano ilość cukru zapomocą przyrządu polaryzacyjnego. Obfite wydzielanie się moczu, — do 7 litrów na dobę, i odpowiednie pragnienie.

Waga ciała wciąż spada, żółtaczka nie zmniejsza się. Chory pomimo tego opuszcza klinikę, a po pięciu tygodniach dostaje się znowu do szpitala Obuchowskiego, gdzie 9 stycznia 1903 r. umiera wśród objawów ogólnego osłabienia i wycieńczenia. — Po wyjściu z kliniki zjawiły się ciągnące bole między pępkiem i dołkiem sercowym, rozpromieniające się i w okolicę lędźwiową. W ostatnich dniach pobytu w szpitalu stwierdzono szmer tarcia otrzewnej w okolicy wątroby i pęcherzyka żółciowego. Ciepłota dochodziła wtedy 39°, 2, i wogóle przez cały czas pobytu w szpitalu chory gorączkował.

W ciągu ostatnich 6 dni pobytu w klinice pożywienie chorego składało się: z 500 grm. chleba, 200 grm. gotowanego mięsa, 150 grm. pieczystego i 250 grm. kartofli. Przy takiej dyecie ilość cukru obniżyła się z 360 grm. do 100 gr. Oprócz dyety, chory dostawał brom, kozłek (waleryanę) i brał ciepłe wanny. (30°—32° R.).

Rozpoznanie kliniczne brzmiało:

„Alimentatio deficiens. Depressio moralis. Intoxicatio alcohol. chr. Intoxicationes per viam intestini. Neurasthenia. Pleuritis adhaesiva apicis sin. Dilatatio pulmunom. Arteriosclerosis. Myodegeneratio cordis. Cancer capitis pancreatis. Compressio d. choledochi totalis. Dilatatio vesicae felleae. Icterus e retentione. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Pericystitis. Diabetes mellitus pancreaticus. Albuminuria et indicanuria. Anaemia et cachexia.

Sekcya, wykonana w szpitalu Obuchowskim przez prosektora docenta Mojsiejewa, potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Najważniejszy ustęp z protokołu opiewa:

...„Poza żołądkiem leży guz wielkości jabłka, zrośnięty z dwunastnicą. Między odźwiernikiem a uchyłkiem Vatera znajduje się w dwunastnicy wrzód okrągławy wielkości 25 kor. monety. Brzegi wrzodu wyniosłe, naciekłe i twarde. W jednem miejscu tego wrzodu znajduje się otwór, łączący go z głową trzustki. Głowa trzustki powiększona do wielkości jabłka, zajęta przez nowotwór o utkaniu soczystem, białej barwy, miejscami rozmiękłem i ropiasto naciekłem. Ciało i ogon trzustki znacznie większe od prawidłowych; po ich rozcięciu widać rozszerzone przewody w postaci torbieli, napełnionych ropiastym, nieco ciągnącym się płynem. Tkanka gruczołu miejscami w zaniku, miejscami zwyrodniała nowotworowo“...

Rozpoznanie anatomiczne opiewa:

„Icterus grad. max. Degeneratio parenchymatosa cordis. Sclerosis aortae grad. parv. Emphysema et oedema pulmonum. Pneumonia catarrhalis ac circumscripta haemorrhagica infer. dextra. Perisplenitis chr. fibrosa. Hyperplasia lienis grad. parv. Perihepatitis, pericystitis fellea et perigastritis circumscripta fibrinosa adhaesiva. Metastasis carcinomatosa hepatis. Cholangitis purul. ac. Dilatatio d. choledochi. Dilatatio cystis felleae grad. max. Cystitis fellea fibrinosopur. partim gangraenosa circumscripta. Ulcus carcinomatosum duodeni. Carcinoma capitis pancreatis. Dilatatio cystoidea d. pancreatis cum suppuratione. Nephritis chr. diffus. grad. parv. Haemorrhag. intestinorum“.

Jakie przyczyny w przypadkach raka trzustki wywołują cukromocz i co go usuwa, dotąd stanowczo nie rozstrzygnięto. Są mniej lub więcej prawdopodobne przypuszczenia. Tak n. p. Thiroloix objaśnia cukromocz w toku raka trzustki podrażnieniem nerwów okołotrzustkowych. Kiedy zaś te nerwy ulegną zniszczeniu, wtedy ustaje i cukromocz. To przypuszczenie jest jednak więcej teoretyczne, niż oparte na faktach.

Zasługuje na uwagę pogląd Sobolewa na rolę wysp Langerhansa, jako regulatorów przemiany węglowodanów. Lecz jeżeli pojawienie się cukromoczu można objaśnić zniszczeniem tych wysp, to trudno znów wytłómaczyć następujący okres bez cukromoczu (jak to słusznie zauważa Manujłow). Chyba, żeby to się dało objaśnić, dodam od siebie, jako skutek zmian czynnościowych.

Prawdopodobniejszem jest przypuszczenie Courmonta i Breta. Ci dwaj autorowie objaśniają powstawanie cukromoczu stanem trzustki i wątroby. Wiadomo, że po wyłuszczeniu trzustki następuje cukromocz (Mering, Minkowski), jeżeli zaś i wątrobę wyłuszczyć, to cukru w moczu nigdy nie znajdziemy. Cukromocz trzustkowy objaśnia się więc wtedy współudziałem czynności obu tych gruczołów. Dopóki wątroba jest zdrowa, dopóty jest ona zdolną odkładać glikogen, trzustka zaś, dopóki zdrowa, rozkłada glikogen przez swoje wydzielanie wewnętrzne. Jeżeli zaś w trzustce usadowi się rak, wtedy to wydzielanie wewnętrzne zmniejsza się, w wątrobie następuje nadmierne wytwarzanie się glikogenu, a zatem hyperglikemia i cukromocz. Następnie, kiedy i wątroba ulegnie zmianie i już nie może odkładać glikogenu, wtedy i cukromocz ustaje wskutek braku materyału. Ma się rozumieć, że na zniknięcie cukromoczu, oprócz wątroby, wpływa stan i innych zbiorników glikogenu, a mianowicie mięśni; ma też znaczenie ogólny stan chorego, jego apetyt, stan przewodu pokarmowego.

Trzeba jeszcze dodać, że ta najprawdopodobniejsza teorya (Courmonta i Breda) nie ze wszystkiem opiera się na dowiedzionych faktach. To wewnętrzne wydzielanie trzustki, ten zaczyn glikolityczny, który dostaje się do krwi i którego tam nie ma po wyłuszczeniu trzustki — wszystko to bardzo prawdopodobne. Lepine, który wraz z Borrawem wykonał wiele doświadczeń dla wyjaśnienia istoty cukrzycy, doszedł do wniosku, że we krwi prawidłowo znajduje się zaczyn, rozkładający cukier, i że miejscem tworzenia się tego zaczynu, jest trzustka. Lecz odkrycie tego zaczynu, tego „czegoś“, co rozkłada cukier, jest dotąd zadaniem nierozwiązanem.

Dodać jeszcze należy, że niewydzielanie się soku trzustkowego nie ma żadnego znaczenia dla rozwoju cukrzycy.

W końcu należy wspomnieć o jednym w pierwszym przypadku znamiennym szczególe, jakkolwiek cechy ujemnej — to właśnie brak bolu. Pomijając nieznaczne uczucie ściągania, ciśnienia w podżebrzu prawem, czego chory doznawał na samym początku choroby i co później nie powtarzało się, chory nigdy się nie skarżył na żadne bole. Ten objaw, ból, bywa zresztą w takich przypadkach bardzo częsty. Manujłow zauważył bole we wszystkich swoich 22 przypadkach. W przypadku Tichonowa [8] bole zjawiły się pod koniec; ciepłota przytem nie była podniesiona. Przypadki Hödlmosera [9], Ruczyńskiego i Czystowicza [10], również przebiegały z bolami, i tylko jeden przypadek Telekyego, tak samo, jak i nasz, przebiegał zgoła bez bolów.

Należy jeszcze wspomnieć o przypadkach, ogłoszonych w ostatnich miesiącach, a mianowicie: Lubienieckij i Fofanof [11], w 12 i 13 „Russk. Wracza“ z r. b. opisują właśnie dwa przypadki raka trzustki (bez glikozuryi). W części ogólnej, opartej na obszernym materyale piśmienniczym, autorowie ci podnoszą rzadkość złośliwych nowotworów trzustki: liczba przypadków, ogłoszonych dotychczas, zaledwo sięga 300, jak to obliczyli Lubieniecki i Fofanof. Oprócz tej statystycznej wzmianki zasługuje jeszcze na uwagę w artykule tych autorów powołanie się na pracę Camidgea, który twierdzi, że cierpienia trzustki wywołują pojawienie w moczu gliceryny, i na tej podstawie podaje sposób odróżnienia nowotworów złośliwych od zwyczajnych cierpień trzustki. Tej ciekawej próby nie mogliśmy zastosować u obu naszych chorych, albowiem obserwowaliśmy ich znacznie wcześniej, niż wyszła praca Camidgea. Należało jednak nadmienić o tem, bo oczywiście próby w tym kierunku są ciekawe i bardzo pożądane.

Piśmiennictwo. 1) Bard et Pic: Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique du cancer primitif du pancréas (Revue de méd. 1888). — 2) Guillon: De la glycosurie dans le cancer primitif du pancréas. (Thése. 1897—1898). — 3) A. C. Manujłow: O perwicznych

złokaczestwennych nowoobrazowaniach podżeludocznoj żelezi. (Rozpr. 1902). — 4) Teleky: Pancreasdiabetes und icterus gravis. (Wiener klin. Wochens. 1902). — 5) Ebstein i Schwalbe: Rukowodstwo k „Prakticzeskoj mediciny“. — 6) Lépine: Sur la glycosurie alimentaire. (Revue de méd. 1901. — 7) K. v. Noorden: Uczebnik patołohii weszczestwennaho obiena. — 8) W. A. Tichonow: Trudy Mosk. Med. Obszcz. 1886. Nr 3. Słuczaj raka podżełudocznoj żełezy. — 9) Hödlmoser: Zur Kazuistik des Pancreascarcinoms. (Wien. klin. Wochs. 1899). — 10) B. I. Ruczinskij i F. J. Czistowicz: Słuczaj kombinacii pepticzeskoj jazwy duodeni z perwicznym rakom caudae pancreatis. (Bolin. Haz. Bojkina. 1901. — 11) T. A. Ljobeneckij i L. L. Fofanow: Iz hospitalnoj terapewticzeskoj kliniki prof. N. A. Zasickaho w Kazańskom uniwersitety. K uczeniju o nowoobrazowanijach u kistach podżełudocznoj żelezi z opisaniem 2 słuczaew priczistwennaho paspospawanija raka podżełudocznoj żelezi, podtwierżdennaho wskrytiami. (Russkij Wracz, 12 i 13, 1906 h.).

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Pauleseo: **Wycięcie śledziony nie wywołuje zmian w wydzielaniu żółci.** (*Journ. d. physiol et d. path. gén.*, T. VIII. Nr 1). Autor na podstawie całego szeregu doświadczeń dowodzi, że wycięcie śledziony nie wpływa wcale na wydzielanie żółci. Badanie żółci, uzyskanej przez sztuczną przetokę, uważa P. za nieodpowiednie ze względu na nieprawidłowe warunki, w jakich tak operowane zwierzę się znajduje i dlatego też brał do badania żółć z kilkudziesięciu psów wprost przez nakłucie pęcherzyka żółciowego; u 27 psów badał żółć w wawarukach prawidłowych, u 19 w 9 do 158 dni po wycięciu śledziony, a w trzeciej seryi doświadczeń: przy wyjmowaniu śledziony i powtórnie w 16 do 66 dni potem. Żółć badał co do ciężaru, zabarwienia, pozostałości suchej, wody, popiołu, pozostałości nie rozpuszczalnej w wyskoku bezwodnym (pseudo-mucyny i odpowiednie sole), wreszcie co do siarki i taurocholanów, uzyskanej w postaci soli barytowej, P. doszedł do następujących wniosków: 1) Żółć z pęcherzyka nie różni się wybitnie co do swego składu, przed i po wycięciu śledziony; 2) Nie ma wybitnej różnicy między żółcią psów zdrowych, a psów z wyciętą śledzioną; 3) Z tego wynika, że nie ma ściślejszej zależności między śledzioną, a czynnością wydzielniczą wątroby. *Oszacki.*

Dominici, Rubens-Duval: **O pochodzeniu gruzełka i zmianach w śledzionie świnki morskiej, gruźliczej.** (*Arch. d. méd. exp. et d' anat. path.* T. XVII, 1906). Autorowie wychodzą z założenia, że między komórkami stałemi tkanki łącznej a komórkami pochodzenia limfatycznego nie ma żadnej istotnej różnicy: że pierwsze z nich są tylko dalszą postacią rozwoju drugich. Zdaniem autorów makrofagi Miecznikowa, klasmatocyty Rouviera i komórki Renauta i Lacroixa pokrywają się najzupełniej z pojęciem komórek tkanki łącznej stałych czyli właściwych, ponieważ: mają tę samą budowę, tę samą zdolność do rozrastania się, poruszania, zmiany kształtu i ponieważ wypustki ich łączą się z wypustkami komórek łączno-tkankowych właściwych. Tak samo zwykłe komórki wędrujące, jednojądrzaste komórki krwi i limfy, mogą przejść w postać makrofagów, komórek Renauta, klasmatocytów, a z kolei komórek tkanki łącznej właściwych lub tłuszczowych, śródbłonkowych[1]). Stąd też, zdaniem autorów, tak komórki wędrujące, jak i stałe komórki tkanki łącznej, mogą dać początek tworom olbrzymim Langhansa i komórkom nabłonkowatym, czasem tylko jedne z nich, czasem tak jedne, jak drugie. Przez zlanie się kilku komórek nabłonkowatych i przez podział i rozpad jądra na wtórne, układające się na obwodzie, powstaje twór olbrzymi. Przemiany takie odbywają się przedewszystkiem w części środkowej gruzełka, ale w miarę jak twór ten zaczyna się powiększać, spotyka się i w jego częściach obwodowych, wytworzonych przez komórki jednojądrzaste (limfocyty), podobne sprawy. Te komórki jednojądrzaste dostają się tu, zdaniem autorów, przeważnie z naczyń włoskowatych i odpowiadają limfocytom krwi i chłonki; można wśród nich wyróżnić dwie grupy: jedne mają protoplazmę kwasochłonną a jądro ubogie w chromotynę, a drugie protoplazmę zasadochłonną, a jądro silnie się barwiące. Otóż tylko pierwsza z tych grup odbywa dalszy rozwój i przechodzi w komórki nabłonkowate, a druga częścią wyrodnieje i rozpada się, częścią opuszcza gruzełek, przybierając postać komórek plazmatycznych; jej miejsce zajmują nowe komórki limfatyczne i sprawa odbywa się w ten sposób w dalszym ciągu, przez co gruzełek wzrasta. Do tych wniosków doszli autorowie głównie na podstawie badania zmian, rozwijających się w śledzionie świnek morskich po zaszczepieniu ich w stosowny sposób gruźlicą ludzką lub zwierzęcą. Prawidłowa tkanka śledziony składa się, zdaniem autorów, prócz zwykłych komórek limfatycznych, rozmieszczonych w tkance łącznej siateczkowatej, jeszcze z limfocytów dużych (makrofagi) i syncytyów (*masses plasmodiales*), które są skupieniami makrofagów. Powstanie więc gruzełka w takiej tkance nie wiele się różni od opisanego powyżej. Komórki tkanki śledzionowej w pewnych miejscach przekształcają się w komórki, właściwe gruzełkowi; ale i cała pozostała część tej tkanki ulega przytem zmianie, a mianowicie przekształca się ona w tkankę szpikowatą (szpik czerwony), zawierającą znamienne składniki komórkowe. W naczyniach krwionośnych śledziony nie można przytem stwierdzić obecności składników szpiku czerwonego, którąby mogła wskazywać na naniesienie tych składników do śledziony drogą krwi skądinąd. Wobec tego przyjęli autorowie, że odbywa się tutaj bezpośrednia przemiana części składowych tkanki limfoidalnej na szpikowatą. *Oszacki.*

Doyon, Kareff. **Wpływ atropiny na krzepliwość krwi.** (*Journ. d. physiol. et d. path. gén.* T. VIII, Nr. 2, 1906). Wstrzyknąwszy trzem psom 0,01—0,03 gr. obojętnego siarkanu atropiny, na kilogram wagi, w żyłę krezkową, stwierdzali autorowie znaczne przedłużenie okresu krzepnięcia krwi, aż do 3 dni. Zmiana ta krwi występuje już w pierwszych 5 minutach; im później po wstrzyknięciu krew pobrano, tem krócej trwa ta zmniejszona krzepliwość. Żeby się przekonać, czy atropina nie działa tutaj bezpośrednio na krew, poddawano upuszczoną krew prawidłową działaniu rozmaitych dawek siarkanu atropiny i ostatecznie stwierdzono, że małe dawki (1 kropla na 2 cm^3 wody) przyspieszają chwilę krzepnięcia, duże (0,2—0,4 na 2 cm^3) opóźniają o 10—12 minut. Wstrzykując atropinę do innych żył, przekonali się autorowie, że nawet bardzo duże dawki obojętnego siarkanu atropiny, w ten sposób zadane, nie wpływają na krzepliwość krwi, a tylko wstrzyknięcia przez jedną z gałęzi ż. wrotnej, lub przez tętnicę wątrobową nigdy nie zawodziły. Wobec tego zaczęto badać krew, wypływającą przez żyły wątrobne i stwierdzono, że wprawdzie krew z tych żył już bez wstrzyknięcia atropiny krzepnie wolniej, ale mimo to wpływ atropiny zarazmożna było ocenić. Przyczyny takiej zmiany szukali autorowie w krwi samej, a więc przedewszystkiem w zachowaniu się ciała włóknikorodnego. Porównywano dwie próbki krwi przed i po podaniu atropiny; w obu obliczano ilość ciał włóknikorodnych, jednak nie znaleziono żadnych zmian lub bardzo nieznaczne. Obliczenie czerwonych i białych krwinek wskazywało znów na lekkie wzmożenie się białych. Dodanie wreszcie tkanki wątrobnej (obcej?) do krwi, przyspieszało cokolwiek krzepnięcie, ale i to niestale. W ostatniej wreszcie grupie doświadczeń badano inne zmiany, wywołane w ustroju przez atropinę. Po podaniu 0,01 na 1 klgr. następuje zawsze niezbyt głębokie uśpienie, trwające 15—20 minut. W czasie tego ciśnienie tętnicze opada nagle o 2 cm., a serce wykonywa ruchy przyspieszone i tak słabe, że manometr nie może ich oddać. Ruchy oddechowe stają się głębsze, ale nie tak częste; dopiero po wstrzyknięciu atropiny wprost do tętnicy szyjnej przyspiesza się oddech niezmiernie, aż do 150—160 na minutę. Prócz tego zwierzę zatrute atropiną ma wielką skłonność do krwotoków. Zupełnie tak samo, jak atropina, działa w tych samych dawkach hyoscyamina. *Oszacki.*

Viereckl. **Barwienie metodą Romanowskiego w modyfikacyi Maya.** (*Münch. med. Woch.* 1906. Nr 29). Na zasadzie swych badań dochodzi autor do przekonania, że modyfikcya Maya nie ma żadnej wyższości nad metodą, podaną pierwotnie przez Romanowskiego. *Dr M. Godlewski.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. P. Zweifel. **Bezpośrednie mierzenie sprzężnej położniczej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 27). Miednicomierz Bylickiego ma tę niedogodność, że cały zbiór miarek (13) różnej wielkości jest zbyt ciężki, waży bowiem z pudełkiem 2550 gr. i dlatego zastosowanie go w praktyce natrafia na trudności. Z. opisuje narzędzie, oparte o zasadę miednicomierza Bylickiego, w którem ramię poziome, mające oprzeć się o wzgórek kości krzyżowej, jest przesuwalne, a przez naciśnięcie dźwigni daje się w każdem położeniu ustalić. Odczytanie odległości jest możliwe wówczas, gdy narzędzie leży jeszcze w pochwie, wygodniejsze atoli po jego wyjęciu. Dwa rysunki przedstawiają budowę narzędzia i sposób jego użycia. (Fabrykant: Schädel, Lipsk). *B. Wojciechowski.*

P. Zweifel. **Cięcie łonowe podskórne.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 26). Krwotok przy 2 pierwszych cięciach przyłonowych, dokonanych przez Z. podskórnie, był tak znaczny, że zmusił do przecięcia części miękkich, celem podwiązania naczyń. W obu przypadkach był to krwotok z tętnicy sromowej wewnętrznej. Ciała ja-

[1]) Autorowie uważają komórki pokrywające błony surowicze za śródbłonkowe *(Uw. sprawozdawcy).*

miste nie są, zdaniem Z., przyczyną krwiaków, których w 51 przyp. cięcia łonowego nie spostrzegał. Dla uniknięcia obrażenia tętnicy sromowej wewnętrznej należy postępować podokostnie, jak to Henkel radzi. Pewniej atoli unika się krwotoku tętniczego z większych naczyń, jeżeli się przecina chrząstkę w spojeniu łonowem. Próby, jakie podjął Stoeckel celem podskórnego wykonania cięcia łonowego, dlatego nie udały się, że powierzchnia chrząstki bywa wypukła, przez co piłka łatwo zbacza i przecina kość zamiast chrząstki. Dlatego radzi Z. nacinać rynienkę w chrząstce dla ustalenia kierunku piłki, a w tym wypadku daje się cięcie łonowe również wykonać podskórnie. Ze względu na bliskość pęcherza unika jednak Z. wkłucia igły na ślepo, tylko robi małe nacięcie przy brzegu górnym spojenia. Następnie nacina skórę 1 cm. ponad łechtaczką i przeprowadza igłę od dołu ku górze pod nadzorem palca. Po przepiłowaniu rozchodzi się brzeg górny na 1 palec, dolny zaś trzyma się przez silnie napięte wiązadła, które przedzierają się powoli pod parciem główki, — gdyż Z. wyczekuje zasadniczo porodu siłami przyrody. Tym sposobem operował Z. szczęśliwie 2 przypadki, które przytacza. Przy należytej aseptyce goi się chrząstka równie dobrze, jak kość. We wszystkich swych przypadkach cięcia łonowego uzyskał Z. zupełnie dobrą czynność kończyn dolnych. Staw łonowy nie jest, ściśle biorąc, stawem, a nawet szczelinę nie zawsze się spotyka. Powstanie blizny w miejscu przecięcia pozwala na odbycie późniejszych porodów siłami przyrody, którą to korzyść przedstawia również cięcie przyłonowe, o ile doszło do wytworzenia się takiej blizny. *B. Wojciechowski.*

O. v. Herff. **Miednicomierz Farabeufa.** *(Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 27). W zbiorze szpitala kobiecego w Bazylei znalazł H. narzędzie, mające pochodzić od Farabeufa, służące do bezpośredniego mierzenia sprzężnej prawdziwej. Składa się ono z 2 części; pierwszą wprowadza się do pochwy palcem średnim ku wzgórkowi kości krzyżowej, poczem wprowadza się część drugą poza spojenie łonowe (pierwotnie, jak się zdaje, przez cewkę) i wkłada się ją w rynienkę znajdującą się w części pierwszej. Po zaprowadzeniu pewnych zmian drobnych w tym miednicomierzu uważa go H. za wygodniejszy od narzędzia Bylickiego, gdyż wprowadza go się tylko raz jeden, a co do dokładności nie pozostawia ten model nic do życzenia, jak to z pomiarów porównawczych równocześnie z pomiarami z narzędziem Bylickiego wynika. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

S. Fellner. **Wpływ nerwów macicznych na niedowład macicy nieciężarnej.** *(Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 26). Dawniejsze swe badania nad innerwacyą macicy pragnie F. zużytkować do wytłómaczenia wiele omawianej, w tytule określonej sprawy. Nerw wzwodny *(n. erigens)* jest nerwem ruchowym dla mięśni podłużnych, równocześnie hamującym dla mięśni okrężnych trzonu; nerw podbrzuszny *(hypogastricus)* jest nerwem ruchowym dla mm. okrężnych, a hamującym dla mm. podłużnych trzonu. Zupełnie przeciwne działanie wywiązują też nerwy wobec mięśni szyi. Zachodzi zatem antagonizm pomiędzy nerwami trzonu i szyi. Ośrodki obwodowe leżą w licznych zwojach w dnie macicy w okolicy odejścia trąbek, w zwoju szyjkowym ponad sklepieniem tylnem, w zwojach przyszyjnych Knupfera, w końcu w wykrytych przez Dembo zwojach w górnej części przedniej ściany pochwy. Długotrwałe drażnienie blaszecznicą lub krótkie, lecz powtarzane drażnienie pręcikami poraża zwój szyjkowy, mięśnie wiotczeją, macica przybiera postać balonowatą i ma ściany zgrubiałe, mniej jędrne. Zwój szyjkowy zaopatruje głównie nerwy podbrzuszne, tak, że po porażeniu ich w tym pierwszym okresie działają jeszcze w pełni nerwy wzwodne *(nn. erigentes)*, stąd zgrubienie ścian przy miernem napięciu. Skrobanie stanowi bodziec porażający n. n. wzwodne, w związku z silnem drażnieniem zwojów rozsianych w dnie macicy. W drugim tym okresie powstaje wskutek porażenia obu nerwów zupełne zwiotczenie i ścieńczenie ścian macicznych wraz z powiększeniem jej jamy. Okres pierwszy nazwałby F. »*hypotonia*«, drugi »*atonia*«.

B. Wojciechowski.

Herff. **O wartości odkażania wodą gorącą i alkoholem w położnictwie i w chronieniu ran brzusznych.** *(Münch. med. Wochft.* Nr 30, 1906). Rękawiczki gumowe wyjałowione w parze dają wielką rękojmię czystości, użycie ich jednak ma też słabe strony. Kosztują one drogo, niszczą się prędko i zmniejszają czucie dotyku. Jeżeli się je nałoży na mokre ręce, jak to np. po odkażeniu sposobem Fürbringera ma miejsce, to naskórek się maceruje i zarazki jeszcze prędzej dostają się na powierzchnię skóry. Metoda Ahlfelda (woda gorąca, alkohol) dozwala za to mieć ręce suche i używać do rękawiczek pudru łojku. Podobnie odkażenie pola operacyjnego alkoholem jest wyśmienite, skóra się garbuje, jest suchą i nie przepuszcza drobnoustrojów. Na rany operacyjne spadają drobnoustroje z powietrza (w godzinie na płytce Petorego około 20—25 kolonii) i od tych uchronić się można częściowo jedynie, rozporządzając aparatami odkażającymi powietrze sali operacyjnej. Najważniejszą dla nas jest jednak rzeczą, by nie zawlekać zarazków w czasie operacyi do rany ze skóry. Autor zapobiega temu, smarując skórę 1% wazeliną jodową z dodatkiem jodku potasu. Przedtem można jeszcze skórę posmarować 10% alkoholowym rozczynem jodu. Kto wie, czy podany niedawno przez Döderleina sposób ochronienia ran powłoką gumy wyjałowionej głównie nie zawdzięcza swej skuteczności smarowaniu przytem nalewką jodową skóry. Metodę Ahlfelda uważa autor za najlepszą, jest ona całkiem prosta, myje się przy niej skórę dwa razy tylko, i w 10 minut odkażenie jest ukończone. *Klęsk.*

CHIRURGIA. Mutach. **Plastyczne zeszycie odbytnicy** *(rectorrhaphia) (Corsp-Bl. f. schweizer Ärzte* 1906, Nr 12. Poszczególnych aktów tego zabiegu, służącego do leczenia wielkich wypadnięć odbytnicy, używano już dawniej, jako odrębnych operacyi; dopiero M. połączył je wszystkie w jeden prosty i nie grożący żadnem niebezpieczeństwem rękoczyn, dodawszy do zabiegów, zwężających odbyt i odbytnicę, wzmacniających dno miednicy itd. jeszcze jeden, który czyni odbytnicę sztywniejszą. Ażeby zmienić prosty przebieg odbytnicy, należy otwór odbytu przenieść ku przodowi, co najlepiej wykonać według Hoffmanna przez rozszerzenie dna miednicy na wzór plastyki krocza sposobem Lawsona-Taita. Cięcie ma kształt litery H, obejmując od tyłu odbyt tak, jak w sposobie Lawsona-Taita pochwę. Rozciągnąwszy ranę ku przodowi i tyłowi (t. j. jej wargę, obejmującą odbyt ku przodowi, a drugą ku tyłowi), można łatwo odsłonić zwieracz i mięsień unoszący odbyt, poczem należy zwęzić odbyt i odbytnicę, ścianę jej przytwierdzić do otoczenia i odpowiednio ranę zeszyć. Po operacyi dno miednicy staje się grubsze (4—5 ctm.), zatem oporniejsze.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Courant: **Zamrażanie kłykcin kończystych zapomocą chlorku etylu.** *(Algem. med. Ctrl.-Ztg.* 1906 Nr 35). Autor wypuszczał chlorek etylu z flaszki Henningowskiej na pokrytą kłykcinami błonę śluzową pochwy, zwolna cofając wziernik, i na kłykciny zewnętrzne dopóty, dopóki kłykciny zamrożone zupełnie nie zbielały. Po powtórnem zamrożeniu w trzecim dniu, znikły kłykciny w pochwie, a zewnętrzne znacznie się zmniejszyły. Tylną częśc sromu i krocze należy od spływającego chlorku etylu ochronić, pokrywając je watą. Strumień chlorku etylu należy kierować prostopadle na szczyt poszczególnych kłykcin z odległości 10—30 ctm. Już w 2—3 dni po zamrożeniu widać znaczne skurczenie się kłykcin. Z ostatecznych wyników leczenia tym sposobem jest C. bardzo zadowolony. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Kutvirt. **Airol jako pomocniczy środek rozpoznawczy przy zapaleniach ucha, połączonych z próchnieniem.** *(Wr. klin. ther. Wochschr.* 1906, Nr 6). K. dochodzi do następujących wniosków: 1) Wskutek działania niektórych bakteryi, rozwijających się w toku zapaleń ucha, airol czernieje. 2) Jeżeli przytem obecne są cząstki kości, odczyn ten jest znacznie wybitniejszy, albo też wytwarzają siarkowodór te nawet bakterye, które zazwyczaj tego nie czynią. 3) Podobnie jak airol, zachowuje się także dermatol, ale w słabszym stopniu. 4) Odczyn ten nie jest odczynem jodowym ani tanninowym, jak tego dowodzą próby z odpowiedniemi gazami, wsuniętemi w przewód słuchowy zewnętrzny w toku zapalenia lub włożonemi w hodowle odpowiednich bakteryi. 5) Odczyn ten nie polega na wytwarzaniu się siarczku bizmutu. 6) Powstawanie lub wzmaganie się odczynu wobec cząstek kości możnaby może wytłómaczyć katalitycznemi jej własnościami.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Goldmann. **W sprawie otwartego leczenia ran po przeszczepieniu skóry.** *(Zentr. f. Chir.* Nr 29. 1906). Weischer polecił niedawno wilgotne opatrywanie ran po przeszczepieniu skóry. W przeciwieństwie do niego poleca autor zupełnie suche, wychodząc z zasady, że mokry opatrunek maceruje skórę, podmywa naskórek i nie dozwala mu się dokładnie przygoić. W razie gdy następowo zbierze się dużo wydzieliny i potworzą się strupy, stosuje dopiero celem zmiękczenia strupów opatrunek mokry lub oleisty. *Klęsk.*

Grube. **Zastosowanie przekrwienia podług Biera w niektórych schorzeniach u chorych na cukrzycę.** *(Münchener medizinische Wochenschrift* 1906, Nr. 29). W numerze szóstego czasopisma przestrzega Colley przed stosowaniem przekrwienia biernego i aparatów ssących u chorych na cukrzycę. W przeciwieństwie do niego radzi autor gorąco stosować właśnie to leczenie, a to na mocy swego doświadczenia Wiadomo, że wszelkie zabiegi operacyjne u chorych na cukrzycę dają bardzo złe wyniki, sposób więc leczenia spraw ropnych bez dużego cięcia jest według autora w tych przypadkach postępowaniem

idealnem. Aparatami ssącymi wyleczył 5 chorych z ciężkich ropni i wrzodzianek. Podobnie radzi Grube leczyć przekrwieniem (czynnem) wrzody i zgorzel cukrzyczą kończyn dolnych. U swoich chorych stosował to leczenie z bardzo dobrym skutkiem. Temperatura wewnątrz puszki z gorącem powietrzem wynosić powinna 60—65° C.

Klęsk.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 5 czerwca 1906.

1) Krajewski przedstawił **duży pęcherzyk żółciowy usunięty** bez uprzedniego otworzenia przez oddzielenie i dwustronne podwiązanie przewodu pęcherzykowego. Z wywiadów i przy operacyi Kr. wnosząc, że przewód pęcherzykowy jest zupełnie zamknięty, wykonał wycięcie pęcherzyka *(cholecystectomia)*. Kr. pozostawia pęcherzyk, gdy przewód pęcherzykowy jest drożny, natomiast tam, gdzie jest on zamknięty, gdzie jest prawdopodobna nieobecność kamieni w przewodzie żółciowym wspólnym, usuwa pęcherzyk zupełnie.

2) Kopczyński Stanisław przedstawił chorego dotkniętego **zmienną nierównością odruchowo nieruchomych źrenic** w okresie wiądowych napadów żółciowych. Chory 44-letni, przed 20 laty przechodził kiłę. Lewy odruch kolanowy bardzo słaby, prawy umiarkowanie żywy. Źrenice prawie równe, prawa może cokolwiek większa; obie umiarkowanie szerokie. Na światło lewa nie oddziaływa wcale, prawa prawie wcale; po minimalnem zwężeniu następuje nieznaczne rozszerzenie. Na przystosowanie obie oddziaływują żywo. Podczas pobytu w szpitalu chory kilkanaście razy miał ciężkie napady żołądkowe *(crises gastriques)*. Podczas każdego z tych napadów zachodził ciekawy objaw ze strony źrenic: ilekroć napad się zbliżał, prawa źrenica zwężała się w czasie napadu nieraz do wielkości łebka od szpilki, i w miarę ustawania napadu rozszerzała się i wracała do zwykłej wielkości. Zwężona prawa źrenica na światło nie oddziaływała wcale, na przystosowanie dobrze. Lewa źrenica podczas napadów albo stawała się jeszcze szerszą, niż zazwyczaj, albo też zachowywała swą naturalną średnią wielkość. Przyczyny zjawiska tego K. nie umie wytłómaczyć. Kop. podnosi dalej zmienność i wahania w natężeniu odruchów w wiądzie rdzenia. Opisywany przez niego chory niekiedy podczas napadów żołądkowych tracił odruch kolanowy, który w stanie spokoju wywoływać się dawał.

3) Kryński, nawiązując przemówienie swe do przypadku, przedstawionego przez siebie wraz z Kopczyńskim na posiedzeniu Tow. dn. 22 maja r. b., a dotyczącego **padaczki korowej** podaje pokrótce przebieg choroby i opis zabiegu operacyjnego, który wykonał w marcu r. b. Ponieważ od operacyi do obecnej chwili chora napadu nie miała, uważa Kr. za możliwe poczytywać chorą przynajmniej obecnie za wyleczoną, a interwencyę czynną w podobnych przypadkach za wskazaną.

Dyskusya: Rychliński przytacza dwa przez siebie spostrzegane przypadki padaczki korowej Jacksona w których trepanacya czaszki napady usunęła. W obydwóch tych przypadkach prócz zgrubienia czaszki nic nie znaleziono.

Kijewski F. opisuje przebieg choroby i operacyi jednej z chorych, o której wspomniał Rychliński. Po operacyi już na stole operacyjnym po przebudzeniu się chora mogła trochę poruszać dolną kończyną, która dotąd była zupełnie bezwładną. W korze mózgowej nic nie znaleziono. Po dwóch miesiącach chora chodziła już dobrze (niedowład lewej ręki i nogi zupełnie przeszedł); napadów dotąd nie miała.

Oderfeld na zasadzie własnych spostrzeżeń, które przytacza, jak również piśmiennictwa, sądzi, że pomimo nieznajdowania przy operacyi zmian w korze mózgowej, nigdy o braku organicznych spraw w mózgu z pewnością mówić nie można; mogą one być w głębi, jak to raz spostrzegał (ropień mózgu). Co się tyczy zgrubienia kości czaszki, to B. nie mógłby nigdy uwierzyć, aby samo zgrubienie kości mogło wywoływać padaczkę. To zgrubienie, o którem wspominają różni chirurdzy, nie jest żadnym stanem chorobowym, lecz indywidualnem zjawiskiem.

Kopczyński Stanisław zaznacza, że dziś stwierdzono już obecność padaczki Jacksona i przy cierpieniach czynnościowych, a więc bez głębszych zmian anatomicznych, i że spostrzegano ją jako objaw miejscowy przy cierpieniach mózgu, usadowionych zdala od pasa ruchowego. Co się zaś tyczy porażenia połowicznego, występującego w następstwie napadów padaczki Jacksona, to może ono powstać w następstwie wylewu krwi do dróg ruchowych, ich obrzęku i t. p., lub też być prostym objawem wyczerpania ośrodków ruchowych w korze mózgowej.

Krajewski na zasadzie własnego chirurgicznego doświadczenia sceptycznie się zapatruje na leczenie chirurgiczne padaczki Jacksona, co się zaś tyczy uwag jakoby zgrubiała kość mogła wywoływać raptowne połowiczne niedowłady, to przeczy, aby podobne zgrubienia, wytwarzające się stopniowo i zwolna, mogły wywoływać nagłe porażenia.

Ign. L.

Posiedzenie kliniczne dnia 19 czerwca 1906 r.

1) Korybut-Daszkiewicz przedstawił rocznego chłopczyka z objawami **słoniowaciny stóp** w nieznacznym stopniu.

2) Korybut-Daszkiewicz opisał spostrzegany przez siebie przypadek **świnki** *(mumps)* u 13-letniego chłopca, połączonej z zapaleniem gruczołów podszczękowych, w którym jednocześnie wystąpiły ciężkie objawy ogólne, przypominające zapalenie opon mózgowych. Zejście było pomyślne. Z zestawienia własnych przypadków i zebranych i piśmiennictwa K—D. przekonał się o ciężkich powikłaniach, jakie nieraz cierpieniu temu towarzyszą.

Majewski Ant. przyłącza kilka przypadków jednoczesnego zapalenia jądra i ślinianek przyusznych u chłopców w przytułku dla bezdomnych.

Drabczyk leczył chłopczyka, który w 5 dni po spadku ciepłoty przy śwince zapadł na zapalenie jądra z wysoką gorączką.

3) Korybut-Daszkiewicz opisuje przypadek **zgorzeli skóry po wstrzykiwaniach chininy** we wszystkich miejscach nakłucia; jest to wyraz idyosynkrazyi do chininy. Prelegent spostrzegał przypadek, w którym mężczyzna 25-letni po zażyciu chininy doznał objawów chorobowych, w zupełności przypominających płonicę (dreszcze, gorączka, wymioty, ból głowy i gardła, typowa prawie osutka płonicza, rozlane zaczerwienienie gardła, obrzęk migdałków). Po przejściu tych objawów (w 7 dni) prelegent dla przekonania się, czy przypuszczenie jego o zależności tych objawów od chininy jest prawdziwe, podał choremu 10gr. tego środka, poczem wszystkie objawy te powtórzyły się.

Dyskusya: Dobrski spostrzegł również kilka przypadków, w których wskutek małych dawek chininy wystąpiły objawy zatrucia, naśladujące zupełnie płonicę.

Janowski Wład. w wysypkach powstających wskutek idyosynkrazyi do pewnych leków widzi zupełne podobieństwo do wysypki płoniczej lub innej septycznej. We wszystkich tych przypadkach, czy to jad bakteryjny, czy też organiczny, sprowadza zjawisko hemolizy.

Roszkowski opisuje dwa przypadki z wysypką, zupełnie podobną do płoniczej, która wystąpiła po zjedzeniu ryb wędzonych.

Sawicki Br. zwraca uwagę, że wysypki septyczne mogą łudząco naśladować płonicę; takie przypadki widywał nieraz. Raz spostrzegał chorego, który dostał wysypki, naśladującej płoniczą, po założeniu pasty jodowej do chorego zęba.

Rzętkowski wbrew twierdzeniu Janowskiego zaznacza, że w dzisiejszym stanie nauki nic nie upoważnia do twierdzenia, jakoby w powstawaniu wysypek skórnych miała odgrywać jakąś rolę hemoliza. Próbowano tłómaczyć powstawanie wysypek skórnych nie hemolizą, lecz tworzeniem się swoistych precypityn.

Ign. L.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Walne zebranie w d. 23 czerwca 1906.

1) Zakrzewski Fr. przedstawia 3 przypadki i zdaje sprawę z 2 innych przypadków **wrzodu żołądka, leczonego operacyjnie** (w jednym wycięcie odźwiernika, zresztą gastroenterostomia). Wszyscy operowani mają się znakomicie i są zdolni do pracy.

2) Bolewski przedstawił chorego, u którego operował **ropień pochodzenia usznego** w lewym płacie skroniowym **mózgu.**

3) Karwowski przedstawił 34-letniego kupca cierpiącego od 3 miesięcy na rozległy **liszaj płaski** *(lichen ruber planus Wilson)*, sprawiający trudności rozpoznawcze o tyle, że przypominał silnem łuszczeniem liszajowatą postać łuszczycy. Tylko gdzieniegdzie można odszukać świeże, typowe, świecące, w środku zagłębione guzeczki, silnie swędzące. Leczenie: silne dawki arszeniku przez kilka miesięcy i maść Unny *(sublimat 0,2, Ac.*

carbol. 4,0, vaselin. 100.0) sprawia wielką ulgę. Chory ma równocześnie kilka plam wyprysku łojotokowego *(eczema seborrhoicum)*.

4) Mieczkowski przedstawił *a)* **przypadek gruźlicy stawu skokowego** z przetokami u 14-l. chorego, **wyleczony przekrwieniem zastoinowem** w ciągu 3 miesięcy; *b)* **5 wyrostków robaczkowych** w różnych okresach zapalenia; *c)* **kamień kałowy,** znaleziony w ropieniu **przy zgorzelinowem zapaleniu wyrostka.**

5) Pomorski przedstawia 4 letniego chłopca po **trepanacyi lewej połowy mózgu** z powodu urazowego porażenia prawych kończyn. Po złamaniu czaszki ze zmiażdżeniem mózgu (śmigą wiatraka przed 2 laty) pozostały porażenia w zakresie nn. strzałkowego i sprychowego prawego, a w czaszce ubytek kostny, przez który wypuklała się torbiel wielkości orzecha laskowego, falująca równomiernie z tętnem; P. rozpoznał ubytek lub ucisk przez odłamki kostne na zakręty przed- i przyśrodkowy. Przy operacyi musiał odciąć bliznę skórną, zrośniętą silnie wprost z mózgiem (w oponie twardej był tu ubytek), usunął włóknistą torbiel i zrosłe z nią odłamki kostne, sięgające wraz z nią wgłąb aż do bocznej lewej komórki mózgowej, zeszył o ile się dało oponę ponad komórką, a resztę ubytku wytamponował i wszystko pokrył skórą, odłożywszy operacyę osteoplastyczną na później. Po $2^{1}/_{2}$ tygodniach zupełne zagojenie a porażenie ręki i stopy znacznie się zmniejszyły.

W dyskusyi opisał Radojewski podobny przypadek (porażenie prawostronne po postrzale w okolicę gałki ocznej ze zranieniem mózgu, które pomimo licznych zabiegów trwa już lat 14) i wątpi, by chory prelegenta rychło powrócił do stanu prawidłowego. (Wedł. »Nowin lek.« 1906, Nr. 8). *R.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

O pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej pisze dr L. Rutkowski z Płońska w tegorocznym lipcowym zeszycie »Zdrowia«. Projekt jego zmierza do jaknajszerszego uprzystępnienia pomocy lekarskiej włościanom Król. Polskiego i zawiera szczegółowy plan organizacyi służby zdrowia po wsiach i miastach powiatowych i gubernialnych, oraz centralnej rady zdrowia publicznego w Warszawie, jako kierowniczki wszelkich sanitarnych urządzeń Królestwa. Na końcu pracy oblicza autor, ileby taka organizacya sanitarna kosztowała i jakby najtaniej było te wydatki pokryć.

Kilkakrotnie podkreśla autor z naciskiem, że aby organizacya ta stała się istotnie pożyteczną, jest konieczną niezależność komisyi centralnej zdrowia publicznego i jej podwładnych instytucyi i organów od władzy administracyjnej. A że skuteczność proponowanej reformy zależeć będzie przedewszystkiem od stanu oświecenia tych, którzy z niej mają korzystać, dlatego jednocześnie z reformą pomocy lekarskiej dla ludu starać się należy o podniesienie stanu umysłowego, przedewszystkiem włościan. *E. S.*

O sekcie Maryawitów ze stanowiska higieny społecznej mówił w Warszawskiem Towarzystwie Hygienicznem na posiedzeniu wydziału hygieny ludowej w d. 5 kwietnia 1906 dr Józef Jaworski. (*Zdrowie* Nr. 7). W odczycie tym znajdują się szczegóły o powstaniu i organizacyi sekty, dalej mówi autor o wpływie szkodliwym, jaki wywierają nauki, głoszone przez tę sektę, szczegółowo omawia małżeństwa ewangeliczne Maryawitów ze stanowiska higieny, fizyologii i psychologii popędu płciowego. Naukę sekty tej potępia autor, jako społecznie niezwykle szkodliwą i wzywa do walki z nią ze stanowiska obywatela-lekarza. *E. S.*

Sprawą raka, choroby zataczającej coraz szersze kręgi, postanowiło zająć się Tow. hygien. Warszaw. i na posiedzeniu w d. 31 maja 1906 przedstawił dr J. Jaworski program komitetu w celu badania raka i odezwę do kobiet w sprawie raka macicy. Nadto ułożył dr Jaworski dwa kwestyonaryusze, jeden w sprawie raka macicy, a drugi w sprawie raka wogóle. *E. S.*

Sprawa lekarzy więziennych ma być omawianą na tegorocznym Wiecu Izb lekarskich. W celu zebrania materyału rozesłała Izba lekarska lwowska na wniosek dra Mikołajskiego stosowny kwestyonaryusz do wszystkich lekarzy w siedzibie sądów powiatowych i obwodowych. Byłoby pożądanem, aby i Izba krakowska zajęła się rozesłaniem podobnego kwestyonaryusza i opracowała referat na Wiec *(Głos lekarzy)*.

Sprawą opieki nad umysłowo-chorymi zajmować się będzie międzynarodowy Zjazd, który się odbędzie 26—30 września b. r. w Medyolanie. Na zjeździe tym rozpatrywaną będzie także sprawa stworzenia międzynarodowego instytutu dla stwierdzania i zwalczania przyczyn chorób umysłowych. *E. S.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 19 do 25 sierpnia 1906 doniesiono o nowych przypadkach ospy 13 przypadków w 2 gminach, a mianowicie w pow. Tarnów (m. Tarnów 12 w ciągu 3 tygodni, Wola rzędzińska 1); duru plamistego 14 przypadków w 7 gminach, a mianowicie w pow. Jaworów (Siedliska 2), Kałusz (Dobrowlany 1, Nowica 5, Ćwitowa 1), Tłumacz (Ladzkie szlach. 1) Złoczów (m. Złoczów 1), Tarnopol (Chodaczków w. 2); w czasie od 26 sierpnia do 1 września 1906 doniesiono o nowych przypadkach ospy: 5 przypadków w 3 gminach, a mianowicie w pow. Biała (Oświęcim 3), Mielec (Turczynowa i Kiełków 1); duru plamistego 13 przypadków w 5 gminach, a mianowicie w pow. Kałusz (Dobrowlany 1, Nowica 4, Ćwitowa 1), Stryj (Grabowiec stryjski 6). Złoczów (m. Złoczów 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 26/VIII a 1 IX br. urodziło się dzieci żywo 62, nieżywo 3; zmarło osób 44 (obcych 17); z tego z gruźlicy 12 (7), zapalenia płuc 3 (—), błonicy — (—), krztuśca 1 (—), ospy — (—), płonicy 2 (2), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 2 (1), czerwonki — (—), cholery niemowląt 5 (—), innych chorób zakaźnych 1 (1), śmierci gwałtownej — (—).

Wiadomości bieżące.

Lwów. Komitet sanatoryum dla nauczycieli, dotkniętych gruźlicą, zbierze fundusze na budowę zapomocą loteryi (500,000 losów po koronie), na którą stara się uzyskać zezwolenie rządu. Przewodniczącym komitetu jest wiceprezydent Rady szkolnej kraj. Dr Płażek.

Warszawa. Śmiertelność w Łodzi, jak podają dzienniki, niezmiernie wzrasta. W ciągu 2 tygodni, od 23 lipca do 13 sierpnia b. r., zmarło 526 osób, z tego 418 dzieci, wśród których płonica zabrała 101, a nieżyt żołądka i jelit 100 ofiar.

Z różnych stron. Zakład »Sonnenhof« w Gries koło Bozen, kierowany od lat dziesięciu przez dra L. Nazarkiewicza, przeszedł w ręce spółki polskiej, pozostając nadal pod temsamem kierownictwem.

— W Berlinie ma powstać międzynarodowy związek celem urządzania lekarskich podróży naukowych. Jestto bezpośredni skutek wycieczki do Berlina lekarzy francuskich, którym towarzyszyło kilku lekarzy innych także narodowości.

— XIV międzynarodowy zjazd higieniczny odbędzie się w Berlinie 23—29 września 1907.

— Fundacya im. Pettenkofera przyznała tegoroczną nagrodę zmarłemu drowi Schaudinnowi, odkrywcy krętka kiłowego. Sumę 1200 marek wypłacono wdowie w Hamburgu.

— Nowy miesięcznik: »Internationales Zentralblatt für die gesammte Tuberkuloseliteratur« zaczął wychodzić pod redakcyą prof. Bauera w Marburgu. (Cena rocznie 8 marek). *E. S.*

— W Niemczech wychodziło w r. 1905 nie mniej jak 252 czasopism lekarskich.

— Porządek dzienny międzynarodowej konferencyi w sprawie gruźlicy w Haadze (6—8 września b. r.) obejmuje następujące sprawy: 1) Drogi zakażenia (sprawozdawcy: Calmette, Flick, Spronck); 2) Swoiste leczenie (Brown, Maragliano, Wassermann); 3) Obowiązek donoszenia; 4) Gruźlica w wojsku; 5) Prostytucya; 6) Więzienia; 7) Koszta uzdrowisk; 8) Schroniska; 9) Gruźlica u dzieci (Dietrich, Petit, Schlossmann); 10 Wychowanie (Heron, Pannwitz).

— Zawiązane w Rzymie Towarzystwo dla badania radyofototerapii otwiera własny zakład leczniczy pod kierunkiem dermatologa dra R. Steinera z Wiednia.

— Napływ słuchaczy do wszechnic rosyjskich i do akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu jest już obecnie nie-

bywały. Do samej akademii wniesiono dotąd już 800 podań o przyjęcie, a z nich uwzględnionych może być tylko 80.

— Plan autonomii akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu został podobno przez Radę wojskową odrzucony.

— Za najlepszą pracę o przyczynie jaglicy rozpisało węgierskie ministerstwo spraw wewn. nagrodę 1000 koron. Praca musi zawierać nowe, doniosłe wyniki. Wnosić prace można do 31 grudnia 1908 r. do węgierskiego ministerstwa spraw wewnętrznych w języku węgierskim, niemieckim, francuskim lub angielskim. Ogłoszenie wyniku konkursu odbędzie się na międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Peszcie w r. 1909. *E. S.*

Mianowani: Prof. Voit z Erlangen następcą prof. Hisa w Bazylei; dr Borri profesorem medycyny sądowej we Florencyi.

Powołani: Doc. Gaupp z Monachium na katedrę psychiatryi w Tübingen; prof. Hauser z Erlangen na katedrę patologii w Würzburgu (po ustępującym Rindfleischu); ginekolog prof. Sarwey z Tübingen do Rostocku.

Zmarli: w Braunau w Czechach dr Roser, znany jako poseł parlamentarny z energicznego zwalczania austryackiej loteryi liczbowej; w Lozannie prof. fizyologii Herzen; w Bordeaux prof. medycyny sądowej Morache.

Bibliografia.

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. 2. Bieliński: Kliniki królewskiego warszawskiego uniwersytetu. Bucelski: Dzieje budowy Zakładu dla obłąkanych w Królestwie Polskiem oraz stan obecny szpitala w Tworkach. Męczkowski: Historya szpitali św. Ducha i św. Trójcy w Kaliszu — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1905.

— *Gazeta lekarska* Nr 33. Sterling Władysław: Badania psychologiczne nad spostrzeganiem i pamięcią w porażeniu postępującem. Czajkowski, Kijewski (dok.).

— *Medycyna* Nr 34. Pisarzewski: Przypadek cięcia cesarskiego wskutek osteomalacyi. Gepner B. R.: Kilka przypadków ciężkiego ogólnego zakażenia z pierwszymi objawami ze strony powiek. — Nr 35. Sterling Stefan: Badania porównawcze nad działaniem środka przeciwgnilnego (karbolu) na bakterye pod wpływem światła. Lubliner: O urazach błony bębenkowej, wywołanych wybuchem bomb.

— *Zdrowie* Zesz. 7. Rutkowski: Pomoc lekarska dla ludności wiejskiej. Osmała: O niehigienicznem odżywianiu się robotników. Żenczykowski: W sprawie nowego typu ochrony. — Zesz. 8. Wernic: Podstawowe drogi do walki z chorobami wenerycznemi. Wiśniewski: Kilka słów o prostytucyi. Margulies: Prostytucya w Łodzi. Skalski: Prostytucya w gubernii piotrkowskiej. Chodecki: O zadaniach lekarza w walce z chorobami wenerycznemi. Chodecki: Co pcha służące w objęcia prostytucyi.

— *Tygodnik lekarski* Nr 35. Lazarus: Tymczasowe doniesienie o opatrunkach współśrodkowych przytrzymujących staw. Czyżewicz (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr 17. Mikołajski: W sprawie ustawy o zwalczaniu epidemii. Mikołajski (c. d.).

— *Časopis lekařův českých* Nr 35. Berka: Sarcoma portionis s příčně pruhovaným svalstvem. Zimmer (c. d.). Jerie (dok.).

— *Russkij Wracz* Nr 32. Grigorjew (c. d.). Rubaszkin: O zmianach jajek w zmarniałych pęcherzykach Graafa. Orłowski Z.: O digalenie. Łomowickij: Epidemia żółtaczki w Tomsku.

— *Semaine medicale* Nr 35. Cheinisse: Polycythaemia cum splenomegalia.

— *Presse médicale* Nr 68 J. Voisin i R. Voisin: Stosowanie bromku potasu w padaczce. Boucher: Flora bakteryjna wrzodu podzwrotnikowego. Champeaux: Ostre zmęczenie. — Nr 69. Carnot: Rażenie wskutek ciśnienia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 35. Rosculet: Etyologia i przyczynowe leczenie nagminnej czerwonki w Rumunii. Jagić: Przyczynki do etyologii i patogenezy marskości wątroby. Teleky: Przyczynek do wiadomości o rozpowszechnieniu się martwicy fosforowej. Oppenheim (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 35 Loewenfeld: Wyskok a nerwice. Weichardt: Badania nowego ciała hamującego. Schultze: Czy istnieje pylica płuc węglowa pochodzenia jelitowego? Wollenberg: Przebieg śródmięśniowych dróg nerwowych i jego znaczenie w plastyce ścięgien. Baum: 7 przypadków przerostowo-zwężającej gruźlicy biodrowokątniczej, leczonych operacyjnie. Riebold: W sprawie wyleczalności i leczenia gruźliczego zapalenia opon. Marx: O pojawianiu się wybroczyn na siatkówce w gruźlicy prosówkowej. Kröber: 7 przypadków nagminnego zapalenia opon w dolnoreńskim okręgu przemysłowym. Dieudonné, Woscher i Würdinger: Nagminne zapalenie opon w I batalionie pociągowym w Monachium w styczniu i lutym 1906. Stauder: Kurcze padaczkowate w cukrzycy. Junker: O sajodynie. Vocke: Alkoholizm w Monachium. Struck: Lekarze afrykańscy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 35. Hocheisen: Zaburzenie porodu po przyszyciu macicy do ściany brzusznej. Géronne: Gruźlica prosówkowa i gnilec. Horoszkiewicz i Marx: O działaniu chininy na barwik krwi z podaniem prostego sposobu wykrycia tlenku węgla we krwi. Rosenbach: Czy nowoczesne rozpoznanie kiły odpowiada naukowym wymaganiom? Reines: O leczeniu tocznia resorcyną i promieniami Röntgena według Ehrmanna. Lauschner (dok.). Mohr: Nowoczesne podstawy balneologii.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 35 Forlanini: Leczenie gruźlicy płuc przez sztuczną odmę opłucną. Ruge: Teorya o zimnicy i komarach, a krzywa epidemiologiczna zimnicy. Helsingius: W sprawie hemisystolii Leydena. Hamdi: Rzadka nieprawidłowość tętnicy głównej. Mühsam: Porażenie mięśni ocznych po znieczuleniu lędźwiowem. Lang: Porażenia po znieczuleniu lędźwiowem nowokainą i stowainą. Heile: Uwagi o praktycznem zastosowaniu isoformu. Mendelsson: W sprawie cukromoczu przy leczeniu rtęcią. Cohn: Przypadek zwężenia tchawicy i nagłej śmierci wskutek obrzmienia grasicy. Reunert: Uduszenie przez oddzielony (*sequestratio*) gruczoł oskrzelowy. Steinitz: Przypadek tężca połogowego. Steinheil: Rozległe wytworzenie się bliznowców po oparzeniu.

Redakcya otrzymała: Skalski St.: Prostytucya w gubernii piotrkowskiej. Odb. ze „Zdrowia" 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLV. Kraków 15 Września 1906. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu anatomii porównawczej Uniw. Jag.

Przyczynek do poznania budowy zębiaków (odontomata).

Podali

Prof. Dr Wincenty Łepkowski i Jan Stach.

Uzębienie człowieka, jak wogóle zresztą wszystkich zwierząt, odstępuje nader często od typu, uznanego za prawidłowy i przedstawia rozmaite nieprawidłowości swej budowy. Powodem tych nieprawidłowości w przeważnej liczbie przypadków jest bądź brak niektórych zębów, bądź też pojawianie się ich w zwiększonej liczbie. Rzadsze zaś są inne nieprawidłowości, z których do bardzo ciekawych zaliczyć należy t. zw. zębiaki (*odontomata*).

Nazwą zębiaków obejmuje się zazwyczaj wszystkie nowotwory różnorodnej budowy, jakie powstają z twardych substancyi zębowych i sadowią się w rozmaitych okolicach na zębach. Ponieważ zaś, jak wiadomo, są trzy substancye, wchodzące w skład zęba, t. j. szkliwo, zębina i cement, a z każdej z nich może powstać nowotwór, rozróżniamy przeto zębiaki szkliwa (*adamantoma*, *odontoma adamantinum*), zębiny (*dentinoide*) i zębiaki cementu (*osteodontomata*). Rzadko jednak w budowie tych zębiaków bierze udział jedna tylko z tych substancyi; zazwyczaj składają się one z dwóch lub nawet z wszystkich i wtenczas zbliżają się nowotwory te pod względem budowy do zębów prawidłowych, różniąc się od nich tylko postacią, zazwyczaj nieregularną. Jedne z nich pozostają przez cały czas swego istnienia w związku z zębem, usadowiwszy się na jego korzeniach lub w okolicy szyjki, inne tkwią w szczęce luźnie obok zębów i zazwyczaj mają wtenczas większe rozmiary.

O przyczynie powstawania zębiaków wiemy bardzo mało; nieco więcej już posiadamy spostrzeżeń co do budowy tych nowotworów, jakkolwiek i pod tym względem wiadomości nasze są jeszcze bardzo szczupłe. Dawniejsi bowiem autorowie, spotkawszy takie nowotwory, ograniczali się przeważnie tylko do podania faktu i opisania zewnętrznego kształtu znalezionej nieprawidłowości. Nawet monografia tego przedmiotu, opracowana przez Albrechta p. t. „Die Odontome“, nie wyjaśniła budowy, a tem mniej powstawania tych nowotworów.

Dopiero Walkhoff, podjąwszy badania nieprawidłowości uzębienia człowieka, zajął się dokładniej także zębiakami, a spostrzeżenia swoje, dotyczące ich budowy i powstawania, podał w 14 roczniku pisma „Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde“ z roku 1896.

Walkhoff opisał trojakiego rodzaju nowotwory, złożone z twardych substancyi zębowych:

1) „Schmelztropfen“, twory kształtu kulistego, o nieznacznych zazwyczaj rozmiarach, wyrastające w okolicy szyjki lub w górnej części korzenia zęba. Jądro ich składa się z zębiny, pokrytej z zewnątrz warstwą lśniącego szkliwa, które nadaje tym tworom wejrzenie perełek, osadzonych na zębie.

2) „Schmelzlose Körperchen“, większe od poprzednich i przedstawiające pewną odrębną całość, wtórnie połączoną z zębem macierzystym. Posiadają one osobną miazgę (*pulpa*), otoczoną dokola pierścieniem zębiny, o nielicznych i nieregularnie przebiegających kanalikach. Z wierzchu pokryta jest zębina warstwą cementu, spajającą ten nowotwór z zębem, który mu, — według Walkhoffa, — dał początek.

3) Wreszcie, jako trzeci rodzaj, obejmuje Walkhoff nazwą „właściwych zębiaków“ (*das eigentliche Odontom*) twory, które swój początek zawdzięczają, zdaniem jego, nieregularnemu rozpadowi pierwotnego zawiązku zębowego. W skład tych nowotworów wchodzą dwie lub nawet wszystkie substancye, właściwe zębowi. Jeżeli poszczególne części, powstałe z rozpadu zawiązka zębowego, trzymają się z sobą w związku, wtenczas powstaje ciało o kształtach nieregularnych, mogące dosięgnąć znacznych rozmiarów. W rzadkich jednak przypadkach części te nie łączą się ze sobą wtórnie; powstaje wtenczas mnóstwo drobnych, luźnych zębiaków, będących jak gdyby okruchami pierwotnego zęba.

Ponieważ dokładne poznanie budowy nieprawidłowości może rzucić czasem pewne światło na przyczynę powstawania i czynniki, kierujące ich rozwojem, przeto skoro zdarzył się nam przypadek nowotworu zębowego, podobnego do powyżej wymienionych, uważaliśmy za pożyteczne zbadać go szczegółowiej, a poczynione spostrzeżenia ogłosić. Uczyniliśmy to zaś głównie w tej myśli, że podany przez nas opis zachęci może innych do zajęcia się nowotworami zębowymi, a wskutek tego uzyska się szerszy i jaśniejszy pogląd na przyczyny powstawania tych zmian, oparty nie na jednym lub kilku odosobnionych przypadkach, na podstawie których wysnute wnioski nie mają większego znaczenia.

Do ambulatoryum dentystycznego Uniw. Jagiell. zgłosił się w ubiegłym roku 16-letni uczeń prawidłowo zbudowany i odżywiony, skarżąc się na bole w szczęce dolnej po stronie prawej. Bole te występowały, jak mówił, napadowo i to zawsze rozpoczynały się od okolicy brody, szły ku prawej stronie policzka poza ucho, trwały godzinę do dwu, ustawały, i znów bez przyczyny powracały. Związku z czynnością żucia pokarmów, ze zmianą ciepłoty i oddziaływaniem na kwaśne i słodkie płyny, czy pokarmy, nie było. Typowego okresu bolu, jak to bywa w zimnicy, chory nie zauważył.

Stan ten trwał przez dwa lata. Wśród tego zauważył chory, że kość szczęki po stronie bolów nieco zgrubiała.

Badanie zewnętrzne stwierdziło rzeczywiście lekkie zgrubienie żuchwy po stronie prawej. W uzębieniu brak jeszcze zębów mądrości, co zresztą odpowiadało wiekowi chorego, a po stronie prawej brak pierwszego zęba trzonowego w szczęce dolnej. Blizny żadnej po wyrwaniu nie można było odszukać, a chory twierdził, że nigdy nie dawał wyrywać zęba, mleczne zaś powypadały mu same. Między drugim zębem dwuguzkowym, a drugim trzonowym widać było miejsce wolne, długości mniej więcej 1 cm., nad którem błona śluzowa, prawidłowo zabarwiona, okazywała rozszczepienie podłużne długości 2—3 milimetrów. Zębodół był zgrubiały, a przy dotknięciu palcem czuć było można guz twardy wielkości orzecha laskowego. Przypuszczaliśmy zrazu, że jest to wyrastający ząb. Zgłębnik, wprowadzony w szczelinę, natrafił jednak na ciało o powierzchni chropowatej, bez szkliwa, przyrosłe do zęba trzonowego, prawidłowo wykształconego. Ponieważ chory domagał się wyjęcia zęba, przystąpiliśmy do rękoczynu. Poprowadziwszy cięcie wzdłuż szczeliny, oddzieliliśmy następnie skrobaczką (*raspatorium)* części miękkie i okostnę i z łatwością wydobyliśmy ząb wraz z przyrosłym do niego nowotworem.

Kształt wydobytego zęba oddają wiernie zdjęcia fotograficzne (ryc. 1), wykonane z trzech różnych jego stron.

Rycina 1.



Zauważyć można, że postać i wielkość jego nie różniły się znacznie od zwykłych, a nieprawidłowość ograniczała się tylko do ciała kulistego, wielkości orzecha laskowego, które w okolicy szyjki było przyrosłe na pewnej przestrzeni do korony zęba, po przedniej jego stronie. Sądząc z nierównej i matowej powierzchni tej wyrośli zębowej, odróżniającej się na pierwszy rzut oka od gładkiej i lśniącej, bo pokrytej szkliwem korony zęba, należało przypuścić, iż jestto zmiana, określona jako t. zw. ciałko bezszkliwne (*schmelzlose Körperchen*).

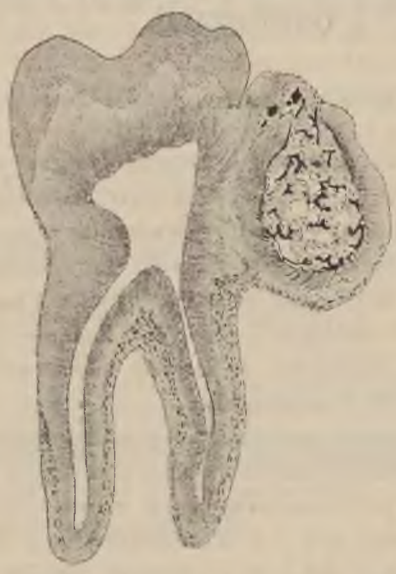
Po sporządzeniu zdjęć fotograficznych i odlewów z łatwotopliwego metalu Lenoxa postanowiliśmy zbadać dokładniej budowę tego ciałka. W tym celu trzeba było przeciąć ząb wzdłuż korony, korzeni i ciałka bezszkliwnego, aby z niego uzyskać przekroje tak podłużne, jak poprzeczne. Dokonaliśmy tego przecięcia z łatwością w ten sposób, że do tokarni nożnej przytwierdziliśmy cienki krążek miedziany, który podczas przepiłowywania zęba zlewaliśmy ciągle pumeksem, rozrobionym z wodą. Sposobu tego używał Scheff do otrzymania przekrojów podłużnych i poprzecznych całych szczęk wraz z zębami.

Jedną z uzyskanych w ten sposób z przekroju połówek zęba odwapniliśmy w 3 prc. roztworze kwasu azotowego, a po zabarwieniu karminem boraksowym i stwardnieniu w wyskoku zatopiliśmy w celoidynie. Z połówki tej otrzymaliśmy zapomocą mikrotomu seryę przekrojów, prostopadłych do osi głównej, łączącej w zębie koronę z korzeniami.

Z drugiej zaś połówki sporządziliśmy szlif (ryc. 2) wzdłuż osi głównej zęba, dzięki bardzo ostrożnemu ścieraniu na coraz to delikatniejszych kamieniach, całkowity, a dość cienki, aby można na nim rozpatrzeć dokładnie wszystkie szczegóły budowy.

Zgodnie z zewnętrzną postacią zęba, także wewnętrzna jego budowa nie przedstawia żadnych nieprawidłowości. Wszystkie trzy substancye, wchodzące w skład jego, rozdzielone są w tym samym stosunku, co w stanie prawidłowym. Tylko w okolicy szyjki po stronie przedniej złączone jest z zębem ciało o przekroju kolistym. Na pierwszy rzut oka wydaje się, jak gdyby z zęba w miejscu tem wyrastał znacznej stosunkowo objętości pęcherzyk, szczelnie zewsząd zamknięty, którego grubą ściankę widać na przekroju w postaci szerokiego pierścienia zębiny, a którego wnętrze wypełnia dokładnie jednostajna gąbczasta masa.

Rycina 2.



Przy uważniejszem jednak rozpatrzeniu pod silniejszem powiększeniem widać przedewszystkiem, że pierścień zębiny nie jest całkowity. W jednem miejscu od góry, po stronie przeciwległej zębowi, znajduje się mała przerwa w postaci jakby kanalika, wiodącego do wnętrza pęcherzyka, a wypełnionego tą samą, co wnętrze, masą.

Zębina, tworząca ściany pęcherzyka, różni się na pierwszy rzut oka od prawidłowej falistym przebiegiem kanalików, w niektórych miejscach nawet esowato powyginanych. Nadto i wejścia do nich od wnętrza pęcherzyka są o wiele szersze, wskutek czego wewnętrzny brzeg pierścienia poszarpany jest zatokowatemi wgłębieniami.

W miejscu, gdzie pierścień łączy się z zębem, zdaje się, jak gdyby kanaliki zębinowe pęcherzyka przechodziły i łączyły się ściśle z takimiż kanalikami zęba. Przy uważniejszem jednak rozpatrzeniu pod silniejszem powiększeniem widać wyraźnie, że zakończenia jednych kanalików, dążących n. p. od strony pęcherzyka, padają między zakończenia obok siebie leżących kanalików zęba. Wobec gęstego ułożenia zdarza się niekiedy, że kanalik, wiodący z jednej strony, spotyka się ze zdążającym z drugiej strony i wchodzi z nim pozornie w ścisły związek, tworząc jedną linię. Ogół jednak kanalików tak z jednej, jak z drugiej strony świadczy swojem, powyżej opisanem ułożeniem niewątpliwie, że są tu dwa zupełnie odrębne układy zębinowe.

(Dok. nast.)

Przypadek bąblowca *(echinococcus)* w kanale kręgowym.

Opisał

Dr J. Talko-Hryncewicz.

(Troickosawsk).

Wiadomo, że bąblowiec (*echinococcus*) rdzenia kręgowego należy do przypadków, najrzadziej spotykanych w medycynie. Z 388 przypadków, zebranych przez Davainea [1]), przypadło na wątrobę wyłącznie 166, na nerki 30, małą miednicę 16, pęcherzyki nasienne i macicę po 1, jajniki 4, okolicę zasłonową (*regio abturatoria*) 6, na narządy brzuszne 238, płuca 40, serce 10, mózg 20, rdzeń kręgowy 10, kości 17, a reszta na pozostałe narządy. Na 4,760 sekcyi, wykonanych w berlińskim zakładzie patologicznym w ciągu 10 lat, znaleziono bąblowca 33 razy [2]), na 3,042 mężczyzn u 19 i z 1,718 kobiet u 14. Co się tyczy bąblowca w mięśniach, to Marguet [3]) zebrał w swej rozprawie całe piśmiennictwo tego przedmiotu w różnych krajach i naliczył 186 spostrzeżeń, z których przypada na Francyę 122, Niemcy 125, Anglię 33, Danię, Włochy i Australię po 2; szczegółowiej opisuje on 126 przypadków bąblowca, z tych przypada na Francyę 91, Niemcy 18, Anglię 14, Danię 1, Włochy i Australię po 2. Wszystkie te opisane 126 przypadków bąblowca zebraliśmy w osobne grupy ze względu na ich częstość w różnych mięśniach:

	ilość spostrz.	w prc.
W mięśniach skroniowych i pod niemi	5	3,97
„ „ żwaczu lewym	1	0,80
„ „ mostkowo-obojczykowo-sutkowym .	1	0,80
„ „ wielkim i małym piersiowym . .	8	6,35
„ „ międzyżebrowych i pomiędzy niemi .	2	1,58
„ „ przepony	1	0,80
„ „ ścian brzusznych	5	3,97
„ „ kapturowych i pod niemi . . .	7	5,55
„ „ ościowych (*mm. spinales*) i podościowych (*mm. subspinales*) . .	3	2,38
„ „ wielkim grzbietowym m. i okolicy grzbietu	6	4,76
„ „ wielkim zębatym	2	1,58
pomiędzy mm. grzbietowymi, bróździą kręgową i w kanale rdzeniowym pomiędzy 2 i 5 kręgiem grzbietowym	1	0,80
pomiędzy wyrostkami poprzecznymi i łukami kręgów przenikające w kanał kręgowy . . .	1	0,80
w mm. okolicy lędźwiowej, krzyżowo-lędźwiowej, grzbietowo-lędźwiowej i w mm. lędźwiowych	14	11,11
W mięśniach ramienia	18	14,28
„ „ przedramienia	3	2,38
„ „ uda	27	21,42
„ „ goleni	11	8,73
„ „ miednicy i w mm. pośladkowych .	9	7,14

Jeżeli teraz zgrupujemy te przypadki w jeszcze większe działy, to okaże się, że najwięcej bąblowców, omal że nie trzecia część, przypadnie na mięśnie nogi (uda i goleni) 38 (30,15%), następnie wyżej $^1/_4$ przypada na mięśnie grzbietu i lędźwi 34 (27%), z liczby tej tylko 3 przypadki ze zmianami rdzenia, w których bąblowce znajdowano w kanale kręgowym (8,82%), następnie według częstości spotykanych przypadków idą w $^1/_6$ mięśni ręki 21 (16,66%), dalej mięśnie szyi i piersi 12 razy (9,53%) i mm. miednicy i części pośladkowych 9 (7,13%). Do najrzadszych należy bąblowiec mięśni ścian brzusznych 5 (3,97%), twarzy 6 (4,77%) i w końcu jeden przypadek bąblowca przepony (0,80%).

Z przypadków, zebranych przez Margueta przytoczę te trzy, w których bąblowce przeniknęły do kanału kręgowego.

Pierwszy z nich opisany przez Krabego [4]). Chora 16-letnia po uderzeniu w grzbiet uskarża się na bole, wskazując na wystający wyrostek ościsty 3 i 4 kręgu piersiowego; utrata zupełna ruchu i czucia w dolnych kończynach. Przy sekcyi znaleziono rdzeń rozmiękły na długości kilku cali; po przecięciu mięśni grzbietu skalpel przedostaje się na prawo od wyrostka ościstego w głąb torbieli, rozpościerającej się od żeber do ciała 5-go kręgu; na lewo pomiędzy ciałom kręgu i żebrami ropień wielkości jaja, usadowiony pod więzadłami. W pierwszej znaleziono haczyki i małe pęcherzyki, w których znajdowały się haczyki bąblowca, w drugim nie było ani jednych, ani drugich.

Drugi przypadek Dumoulina [5]) dotyczy chorego ze szpitala Hôtel Dieu: młodzieniec 25-letni uderzył się w plecy, poczem uczul ból ostry, który w dniach następnych umiejscowił się głównie w okolicy grzbietu, rozpromieniając się na piersi w postaci bolu palącego. Po miesiącu nastąpił niedowład dolnych kończyn i bezład ruchów. W parę tygodni pojawił się ból brzucha jakby po uderzeniu, który to znikał, to pojawiał się znowu w ścianach brzucha z uczuciem jakby ciężaru. Po przybyciu chorego do szpitala trwał nieustanny ból od 3-go kręgu grzbietowego de 1-go lędźwiowego. Objawy wiądu, jak niedowład kończyn dolnych, bezład ruchów szybko postępowały. Czucie na kończynach dolnych i tułowiu aż do podstawy klatki piersiowej przytępione. Zatrzymanie częściowe moczu i kału. W kończynach górnych nie stwierdzono żadnych zmian. Ból brzucha i uczucie ciężaru w ścianach brzusznych wciąż rosły, — przy wdechu tylko 5 górnych żeber się podnosi, przepona podnosi ściany brzuszne przy biernym stanie dolnych żeber. Wkrótce potem rozwinęły się ogromne odleżyny na krzyżach i pośladkach, na piętach i kostkach wewnętrznych, wędrująca róża twarzy, nieustająca gorączka, wreszcie śmierć. Sekcya wykryła w kanale rdzeniowym do dwunastu bąblowców. Leżały one pomiędzy 2 a 4 kręgiem grzbietowym. Autor przypuszczał z początku, że bąblowce usadowiły się w kanale kręgowym pierwotnie, lecz okazało się, że kilka oddzielnych bąblowców nie otorbionych miało pierwotną siedzibę na bróździe kręgowej na wysokości 3 lub 4 kręgu i pod mięśniami tej okolicy. W torbielu znajdowało się wiele pęcherzyków, niektóre z nich jeszcze przeźroczyste. Cierpienie musiało być dawnem, prawe połowy kręgów grzbietowych w sąsiedztwie bąblowców były zmniejszone i zanikłe wskutek widocznie długotrwałego ucisku. Opony rdzenia były nienaruszone, choć bąblowiec na nie także uciskał. Trzecie spostrzeżenie Meliera [6]) dotyczy przypadku bąblowca, usadowionego pomiędzy wyrostkami poprzecznymi kręgów i przenikającego do kanału kręgowego. Szwaczka 29-letnia, silnej budowy, krwista, od lat pięciu doznawała silnych bolów grzbietu i lędźwi. Przyjęta do szpitala św. Ludwika, we 20 dni zmarła. Przy sekcyi, wykonując dwa cięcia wzdłuż kręgosłupa od wyrostków do kości krzyżowej spostrzeżono w okolicy średnich kręgów grzbietu, torbiel bąblowca bardzo cienką, którą przypadkowo rozcięto; była ona napełniona drobnemi ciałkami różnej wielkości, od wielkości śrutu do orzecha tureckiego. Były to pęcherze bąblowców, liczba ich przekraczała 20, po ich wydobyciu okazała się jama, ograniczona w części uciśniętymi, lecz zresztą niezmienionymi mięśniami, w części łukami piątego i szóstego kręgu grzbietowego, które były widocznie nadżarte w ten sposób, jak kości sąsiadujące z tętniakami, lub nowotworami. W samym kanale kręgowym, mniej więcej na wysokości zewnętrznego bąblowca, znaleziono ogromną ilość małych bąblowców pomiędzy twardą oponą rdzenia i kośćmi. Zajmowały one przestrzeń od 5. do 7. grzbietowego kręgu i uciskały rdzeń kręgowy, szczególnie na poziomie 6. kręgu, co wyjaśnia przyczynę niedowładu. Między 5. i 6. kręgiem łączyła się torbiel wewnętrzna z zewnętrzną.

---

[1]) Traité des Entozoaires. Paris 1860, str. 376.

[2]) Böcker. Dissert. inaugur. Berlin 1868.

[3]) E. Marguet: Kystes hydatiques des muscles volontaires, histoire naturelle et clinique. Paris 1888.

[4]) Marguet spostrz. 42 l. c. str. 258 i Krabbe Schmidt's Jahrbücher 1858. B. 99. Str. 104.

[5]) Marguet spostrz. 43 l. c. str. 258 i Dumoulin (Bullet. de Soc. anatom. 1847 XXII an. str. 321).

[6]) Marguet: Spostrz. 44 l. c. str. 259—260 i Melier (Journal général de med. de Sedillot. Paris, t. XCII, str. 54).

Późniejszy przypadek Schlagintweita[7]) zasługuje na uwagę ze względu na usadowienie się bąblowca, jak wewnątrz, tak i zewnątrz czaszki. Chora uskarżała się na bole głowy z prawej strony w okolicy potylicy, do czego wkrótce dołączyły się zawroty z osłabieniem wzroku i słuchu. Przy badaniu znaleziono w tylnej części szyi guz chełbocący; próbne przekłucie nie dało żadnych wskazówek rozpoznawczych. Badanie dna oka zapomocą wziernika stwierdziło tarczę zastoinową i połowiczną skroniową ślepotę. Leczenie przeciwkiłowe było bezskuteczne. Przypuszczano wewnątrzczaszkowy nowotwór. Nacięto guz na szyi i znaleziono w nim liczne pęcherze bąblowca. Komunikacyi z jamą czaszkową znaleźć nie było można. Pomimo tego jednak, wobec objawów mózgowych wykonano trepanacyę i stwierdzono między kością a oponą twardą mózgu drugie ognisko bąblowców. Wytworzenie się dwóch ognisk, nie będących z sobą w związku, tłómaczy autor przeniesieniem bąblowców drogą naczyń krwionośnych.

Bąblowce rdzenia kręgowego należą do bardzo rzadkich. Heller[8]) wylicza tylko znanych 12 przypadków bąblowca kanału kręgowego: w 6 z nich pasorzyt pierwiastkowo znajdował się zewnątrz kanału kręgowego, w 6 zaś innych wewnątrz niego; w dwóch z nich wewnątrz opony twardej. W przypadku, spostrzeganym przez Hellera w londyńskim „Guy hospital" w 1870 roku, bąblowiec przenikał z kanału kręgowego zarówno ku przodowi do jam opłucnych, jak i ku tyłowi między kręgami grzbietowymi, tworząc mnóstwo wyniosłości.

Rzadkość bąblowców w kanale kręgowym ośmiela mnie, by podać i mój przypadek do publicznej wiadomości; będzie to bodaj pierwszy taki przypadek, opisany z Syberyi; — zanim jednak przystąpię do samego opisu, nie mogę pominąć kilku nasuwających się uwag wstępnych.

Któryś z uczonych określał stan cywilizacyi kraju ilością zużywanego mydła; nie będzie przesadą, jeżeli powiemy, że w krajach, mniej zużywających mydła, więcej spotykamy pasorzytów w ustroju ludzkim i że częstość ich może być także miarą kultury kraju. Pod tym względem Syberya wschodnia i sąsiednia Mongolia zdają się być krajami klasycznymi, a badacze znaleźliby tu prawdopodobnie, w ustroju ludzkim i zwierzęcym, mnóstwo nowych i nieopisanych odmian i szerokie pole do pracy. Życie krajowca — koczownika, obcującego z dziką przyrodą i ze zwierzętami, przebywającego w brudnem otoczeniu, całymi miesiącami nie myjącego się, wystawionego wciąż na niepogodę, pył i wiatry, odżywiającego się pierwotnie, mięsem baranim na wpół surowem, a nieraz padliną zdechłego wołu lub konia, wszystko to stwarza podatne podłoże dla najróżniejszych pasorzytów; nie gorsze podłoże znajdują one i u nawpół cywilizowanych żyjących na Syberyi Rosyan, w znacznej części mieszańców (metysów). Nic też dziwnego, że n. p. tasiemiec zdarza się tu u $^1/_3$ części ludności, jak to stwierdziłem na podstawie sekcyi, dokonywanych przez lat wiele i statystyki zwracających się do mnie chorych. Co do bąblowca, to trudniej określić częstość jego pojawiania się, bo niewielu takich chorych udaje się do lekarzy, a jeszcze mniej przypadków opisano. Na 80 sekcyi spotkałem bąblowca w dwóch przypadkach, u mężczyzn (2,5%), a według statystyki berlińskiego zakładu anatomiczno-patologicznego znajduje go się średnio w 0,69% sekcyi.

Spostrzeżeń bąblowca ze wschodniej Syberyi ogłoszono mało, a spostrzeżenia ogłoszone dotyczą przeważnie wątroby, a mianowicie: Kaszma[9] i [12]), Podgórskiego[10]), Bogusławskiego[11]) i Talko-Hryncewicza[13]). Przypadki pierwszych trzech autorów ogłoszono w „Trudach Obszcz. Wraczej Wostocz. Sibiri w Irkutskie", Talko-Hryncewicza w „Prot. Wraczej Eniseinskoj Gub. w Krasnojarskie". Oprócz tego jeden przypadek bąblowca operował w Irkucku dr Astaszewski, który o tem krótko zdał sprawę w Towarzystwie lekarskiem. W tej stronie więc, w której niegdyś nieśmiertelny badacz Syberyi Pallas pierwszy opisał bąblowca w r. 1766[14]), dotąd pod tym względem mało zrobiono. Aby stwierdzić, jak często zdarza się bąblowiec u bydła, prosiłem dr Dudukałowa, latem 1905 r. czasowo pracującego na stacyi przeciwksięgosuszowej na rzece Iro w Mongolii (odległej o wiorst 80 na północny wschód od Troickosawska) o dane, uzyskane przy wybijaniu bydła. Otóż według niego znajdowano w 25% bąblowca wątroby i płuc u bydła[15])

Nasz przypadek, bodaj pierwszy przypadek bąblowca w kanale kręgowym, spostrzeżony w Syberyi, jest następujący:

Kozak ze stepów uralskich, Iwan Fiodorow, 36-letni, przybył w 13. roku życia do wschodniej Syberyi i posługiwał w jednym z zakładów fotograficznych w Irkucku, następnie przeniósł się do Troickosawska, a stąd, mając lat 22, wyjechał do Urgi w Mongolii, gdzie lat kilkanaście przemieszkiwał, chwytając się rozmaitych zajęć. Służył w jednej firmie handlowej, zajmował się trochę sam handlem; a z dawnych czasów poduczywszy się nieco fotografii, brał kilkakrotnie udział jako fotograf w wyprawach naukowych na Wschód i robił częste wycieczki po Mongolii z polecenia urginskiego rosyjskiego konsulatu, trwające miesięcy kilka, a czasem i lat parę. — Pędząc życie koczownicze, był F. narażony na bardzo szkodliwe wpływy, jak zmiany klimatyczne, przeziębienia, uderzenie przy spadaniu z konia; przy forsownej jeździe konnej robił nieraz po 300—400 wiorst w ciągu doby; do niewygód był przyzwyczajony i fizyczne zmęczenie znosił łatwo. W podróżach musiał się nieraz czas długi żywić sucharami, nawpół surową baraniną, a nieraz i mięsem zdechłego zwierza, zdarzał się też czasem i zupełny brak pokarmu i wody. Wogóle życie pędził pracowite i bardzo skromne, napojów wyskokowych nie używał zupełnie, przymiotu nigdy nie przebywał; płciowym nadużyciom nie oddawał się. Czuł się zawsze zdrowym; gośćca i chorób zakaźnych nie przechodził. W r. 1900 poczuł ból w tylnej części szyi, w okolicy górnych kręgów szyjnych i zauważył tu guz. Z początku, według chorego, guz ten był twardy i przeszkadzał mu poruszać głową, zmuszając chorego podnosić ją ku górze. Pomimo tego zajmował się handlem i dużo jeździł konno. W r. 1902 guz na szyi zaczął się zwiększać, pojawiły się bole w prawej połowie ciała, w ręce i nodze, uczucie odrętwienia i mrowienia, potem prawostronny niedowład, przyczem był lekki ból głowy z głuchotą na prawe ucho i lekkim niedowładem prawej połowy twarzy. Chory przytem mógł jednak chodzić. W Urdze zwrócił się do lekarza. Po zażywaniu jodku potasu i smarowaniu guza szyi nalewką jodową, jak powiada, uczuł ulgę. Wszystkie objawy miały zniknąć, oprócz guza i F. do lekarza więcej się nie udawał. Być jednak bardzo może, że za przykładem wszystkich Rosyan miejscowych zasięgał rady lamów, przedstawicieli tybetańskiej medycyny. Polepszenie miało być tak znaczne, iż pomimo zesztywnienia szyi skutkiem istniejącego tu guza mógł chory w jesieni 1904 r. przez cztery miesiące podróżować po zachodniej Mongolii, robiąc po kilkaset wiorst na dobę konno i nie czując zna-

[7]) Deutsche Zeitschr. f. Chir. III. 76.

[8]) Arnold Heller: patrz U. v. Ziemssen. „Rukowod k czasti patołohii i terapii". T. III, 1876, str. 288—289 (tłóm. rosyjsk.).

[9]) Kaszina: „4 słuczaja akefałonistow" (1863—6422).

[10]) Podgórski: O hidatidach peczeni" (1864—6522).

[11]) Bogusławski: „Demonstrirowanie słuczaja poczecznych akefałonistow" (1865—6622).

[12]) Kaszina: „Jeszcze nieskolko słuczajew nachożdjenija hidatidow peczeni" (1865—6622).

[13]) Talko-Hryncewicz: „Słuczaj echinokoka peczeni" (1893—9422).

[14]) Neue nordische Beiträge. Spb 1781. 1. Str. 83.

[15]) Prof. N. A. Chołodowskij w Petersburgu, na którego prośbę posłałem kilka egzemplarzy tasiemca, dobytego u chorych, oznaczył wszystkie jako *Taenia saginata* (= *mediocanellata*), a bąblowce płuc i wątroby z 7 wołów *(Cysticercus bovis)* jako bąblowce tegoż tasiemca.

czniejszego zmęczenia. Stan ten z niejakiemi zmianami, mianowicie ze zmiękniemiem i bezbolesnością obrzęku i powrotem łatwiejszych ruchów głowy, trwał około roku, a mianowicie do początków stycznia 1905 r. W tym czasie F. pojechał za sprawunkami, wiorst 400 konno, do Troickosawska i tu, przebywszy dni kilka, poczuł oniemienie w prawej ręce i nodze, a we 2—3 dni utracił w nich władzę, tak, że musiał położyć się do łóżka. 18 stycznia wezwano felczera, który zalecił środki przeciwgośćcowe, a w dni pięć potem, t. j. 23. zwrócono się do mnie.

Stan chorego był następujący: F. wygląda młodziej, niżby powinien na swoje lata; wzrost nizki, budowa szczupła, gdyż choć kościec i mięśnie rozwinięte prawidłowo, tkanka tłuszczowa podskórna rozwinięta słabo. Przy badaniu narządów piersiowych i brzusznych nie znaleziono żadnych zmian patologicznych, tony serca czyste i prawidłowe, tętno 75, ciepłota ciała 37° C.

Chory leży nieruchomo na łóżku; prawe kończyny dolna i górna zupełnie porażone; chory uskarża się na uczucie w nich ciężaru, jakby były nalane ołowiem; kończyny te są cieplejsze, niż kończyny strony drugiej. W lewej ręce uczuwa chory ból i mrowienie, lecz ruch i czucie w niej zachowane; czucie w chorych kończynach nieco przytępione. W tylnej części szyi dosyć znaczne wypuklenie, znaczniejsze po stronie prawej. Wypuklenie to rozpoczyna się od dolnej potylicznej części głowy i wierzchniej szyi, na poziomie 3—4 kręgu szyjnego staje się najwydatniejsze, tak że kręgów nie można namacać; stąd przechodzi ono na zlekka tylko obrzękłą okolicę dolnych kręgów szyjnych. Na innych częściach szyi i głowy przy starannych oględzinach nie znaleziono żadnych zgrubień skóry, ani bolu przy dotknięciu; nie znaleziono również żadnych śladów niedowładu w mięśniach twarzy, ani jej asymetryi; źrenice oddziaływają prawidłowo na światło; dźwięk i siła głosu niezmienione. Przypuszczając nowotwór części szyjnej rdzenia kręgowego, uciskający na niżej leżące części rdzenia i nerwy i wywołujący niedowład kończyn, zaleciliśmy choremu jodek potasu po 0,3 trzy razy dziennie. W ciągu dni następnych stan chorego pogorszył się; chory stopniowo tracił władzę w lewej ręce; pojawiło się zatrzymanie moczu i kału, głos stał się słaby, ledwo słyszalny, przełykanie i mowa utrudnione. Przy badaniu stwierdzono znaczne przytępienie czucia obu rąk i prawej nogi. Na tułowiu czucie dotyku zachowane do wysokości brodawek sutkowych, poniżej nich osłabione. Tętno 75, ciepł. 36,9. Pozostawiono jodek potasu i podano wino. Chorego umieściłem w szpitalu miejskim pod opieką miejscowego lekarza dra Dudukałowa, przyczem i ja go jednocześnie odwiedzałem. Stan chorego wciąż się pogarszał; nazajutrz utracił on władzę i w lewej nodze, twarz blada, mówi szeptem, połykać nie może, oddech utrudniony, przytomność jednak zachowana. Mocz i kał zatrzymany, ciepłota 36.9, tętno 70, noc bezsenna. 1 lutego chory noc spędził spokojniej; twarz zaczerwieniona, stan nieco podniecony. W szpitalu zastosowano ciepłe wanny i elektryczność. 3 lutego stan takiż; postawiono 6 ciętych baniek w okolicy kręgów szyjnych. 4 lutego ciepłota nagle podniosła się do 40° C., i chory, nie tracąc przytomności, przy ogólnych objawach porażenia 5 lutego o 5-tej godzinie rano życie zakończył.

Za zgodą rodziny 6 lutego wespół z drem Dudukałowem dokonaliśmy częściowej obdukcyi zwłok zmarłego. Po rozcięciu miękkich części szyi pod mięśniami, niżej kręgu szczytowego spostrzeżono pęcherz wielkości orzecha włoskiego, poniżej kilka mniejszych, przyczepionych do mięśni, od wielkości grochu do orzecha laskowego; takimiż pęcherzami w kierunku lewego brzegu szyjnej części kręgosłupa były usiane mięśnie. Pęcherzyki napełnione jasnożółtawym płynem, w którym pływały drobne ciałka różnej wielkości. W młodszych pęcherzykach ścianki były cienkie, w starszych grubsze i zbudowane warstwowo, w innych ściana była stwardniała, przedstawiająca różne stopnie zwapnienia; inne były zapadnięte, o ścianach pomarszczonych. Po rozcięciu ścianek brzegi się zawracały. W kanale kręgowym, począwszy od kręgu szczytowego do 5. kręgu szyjnego, pomiędzy oponą twardą, a kością, znaleziono mnóstwo drobnych pęcherzyków, które znacznie uciskały na rdzeń; niżej leżąca część rdzenia była rozmiękła i przekrwiona.

Sekcya wyjaśniła przeto, że mieliśmy przed sobą nie nowotwór, ale bąblowca, co potwierdził na posłanych mu preparatach prof. N. A. Chołodkowskij w Petersburgu. Chociaż za życia nie mogliśmy znaleźć przyczyny choroby, niemniej potwierdziło się przypuszczenie nasze, że przyczyną objawów niedowładu był ucisk na rdzeń kręgowy. Dla przekonania się, czy nie ma bąblowców w wątrobie, gdzie się je najczęściej spotyka, zbadaliśmy starannie także ten narząd. Wątroba była średnich rozmiarów, przekrwiona, budowa zrazikowa na przekroju wyraźna, bąblowców nigdzie nie było; pęcherzyk żółciowy napełniony zwykłą żółcią. Skutkiem niezależnych od nas przyczyn, nie mogliśmy niestety wykonać zupełnej sekcyi i musieliśmy się ograniczyć tylko do narządów wyżej wspomnianych.

Zgodnie z występującymi objawami i przebiegiem choroby można przypuszczać, że pierwiastkowem siedliskiem bąblowca były mięśnie szyi, przylegające do kręgosłupa, skąd bąblowce przeniknęły do kanału kręgowego. Choroba musiała się rozwijać stopniowo w ciągu 4—5 lat, być może i dłużej, o ile sądzić można z tego, że obok świeżo rozwijających się młodych kolonii były i martwe bąblowce, przechodzące przemianę wsteczną, bez płynu, z zapadniętemi zmarszczonemi ściankami, leżące w torbieli, inne zaś częściowo lub w całości zwapniałe. Co do przyczyn usadowienia się bąblowców w mięśniach, to, jak wiadomo, pewna część autorów przypisuje je uderzeniu lub silnemu fizycznemu naprężeniu mięśni. Na 126 przypadków, zebranych przez Marguetа[16], w 21, t. j. w 16,67% wspomniano o takich wpływach, a mianowicie w 2 spostrzeżeniach Dupuytrena i po 1 Krabbego, Dumoulina, Pozzi, Tuffiera, Tapiego, Delpecha, Bullmorea, Balla, Grossa, Bouilleta, Bide-Boncoura, Helda, Reclusa, Pavela, Thomas Bryanta, Jonassena, Peana, Bobriego i Polaillona. W naszem spostrzeżeniu chory nie wspominał o uderzeniu; być może, że działało tu silne naprężenie mięśni szyjnych przy konnej jeździe. W przypadkach Margueta nie znajdujemy wskazówek, ażeby który z chorych zaraził się od psów; i my także o naszym przypadku napewno tego twierdzić nie możemy, chociaż wiemy, że F. mieszkał w Urdze, miejscowości, w której jest mnóstwo psów, a tępienie ich jest uważane za występek; prócz tego chory nasz, nieraz goszcząc u Mongołów koczowników, jadł i pił z ich naczyń, a jak wiadomo, czystość pośród nich zupełnie nie jest przestrzeganą. Jedzą z drewnianych czasz, których nigdy nie myją, a wylizują językiem; z tych samych naczyń jedzą nieraz psy, a po nich ludzie. Nie używając łyżek, zupę piją Mongołowie, dotykając ustami brzegu czaszy. Sądzimy, że przy tem o zarażenie się od psów nie trudno Dzięki przypadkowi powiodło się nam wyjaśnić na stole sekcyjnym nierozpoznaną za życia chorobę. Gdyby sekcye częściej były możliwe, to wiele pouczającego materyału nie ginęłoby naprożno, a przypadki bąblowca w Syberyi w mięśniach i kanale kręgowym okazałyby się zapewne jeszcze o wiele częstszymi, niż to obecnie się przypuszcza.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Dürck. **Jak należy przesyłać przedmioty do badania?** *(Münch. med. Wochft.* Nr 30, 1906). Autor podaje praktyczne wskazówki, jak należy przesyłać przedmioty do badania, by w drodze nie uległy popsuciu i zniszczeniu, lub by sposób ich zachowania nie utrudniał potem następowego badania. Tkanki, wycięte lub zebrane do badania, należy przesyłać jedynie w 10% formalinie. Alkohol utrudnia bowiem mrożenie następowe, środki przeciwgnilne wywołują pęcznienie i rozluźnienie się tkanek, podobnie woda lub rozczyn soli kuchennej. Całe narządy lub duże guzy przesyłać należy też w formalinie w pęcherzach wołowych lub dużych naczyniach, ewentualnie (gdy zakład do badania leży blizko) w szmatach zamoczonych w formalinowym rozczynie. Przesyłanie w formalinie ma jeszcze tę dodatnią stronę, że formalina nie wyciąga z tkanek trucizn, co w badaniach sądowo-lekarskich ma wielkie znaczenie. Dołączać tylko należy do tego flaszeczkę z nierozcieńczoną formaliną (z flaszki, którą się

[16]) L. c. str. 205—358.

użyło), bo czasem zawiera ona ślady arszeniku. Przedmiot do badań bakteryologicznych przesyłać należy w naczyńkach wyjałowionych (gotowaniem lub na sucho), krew, mocz lub stolce do badań powyższych w rurkach szklannych, zalepionych lakiem. Dobrze też jest przesyłać wprost preparaty, na szkiełku nasmarowane (Ausstrichpräparat) choćby na kawałku szyby, gdy szkiełka niema pod ręką (zawinąć w papier). Większe przedmioty do badania bakteryologicznego posyłać należy w opakowaniu, w lecie z lodem. Nasienie przesyłać należy najlepiej do badania zaschnięte na czystych płóciennych szmatkach na sucho. *Klęsk.*

Leuriaux i Geets. **Hodowla krętka bladego Schaudinna.** (*Centr. f. Bac.* 1906 *(Originale)* T. XLI, str. 684). Autorowie donoszą, że udało im się wyhodować z wydzielin kiłowych, uzyskanych bezgnilnie, krętka, który „dochodzi do tego okresu postaciowego dopiero po przejściu całego szeregu przemian, dotąd jeszcze nie opisanych“. Krętek ten *(spirochaete)* wytwarza się z postaci kulistej, która z wejrzenia przypomina *cytorrhyctes luis* (Siegel), następnie przechodzi przez okres świdrowca (*trypanosoma*), i osiąga postać *treponema* po dalszych przemianach. Jako pożywki używali autorowie mieszanki, składającej się z 2 części płynu mózgowo-rdzeniowego (z kiłowych w okresie drugorzędnym) i jednej części obojętnego bulionu z peptonem. Zaszczepiwszy wydzielinę kiłową do tej mieszaniny, po dniach 3 lub 4 badali autorowie „kroplę wiszącą“ — pożywka w tym czasie nie mętniała — i znajdowali w niej twory delikatne, nadzwyczaj ruchliwe. Ruchy są szybkie, a przerywane. Mieszaninę z rosnącą hodowlą centryfugowali autorowie przez 20 minut, płyn jasny oddzielali pipetą, a drobny osad zasiewali na stężałą wieprzową surowicę. Po 3—4 dniach wyrastała hodowla w postaci białawej, lepkiej, ciągnącej się powłoczki. Hodowla nie wyrasta na zwykłych pożywkach, ani w surowicy płynnej. Preparaty z hodowli 5-dniowej, barwione sposobem Gemsy, dawały różnorodne obrazy. Najobficiej można było widzieć postacie owalne, zabarwione różowo-fiołkowo z jądrem ciemno-fioletowem. Otacza je pochewka protoplazmatyczna, więcej lub mniej wydłużona. Jądro samo miewa przeróżną postać, czasem wielopłatowe, czasem wydłużone w pałeczkę. Twory te odpowiadają wymiarami i wejrzeniem pasorzytowi, opisanemu przez Siegla *(Münch. med. Wochs.* 1905). Hodowle starsze, 6—7-dniowe, zawierają te same twory, tylko nieco dłuższe. Później jądro staje się coraz delikatniejsze, wydłuża się, zaczyna falować i zbliża się wejrzeniem do krętka bez widzialnej otoczki. Rozwój ten, którego bliższe szczegóły autorowie podają, nasuwa im myśl, że krętek Schaudinna jest tylko jedną z postaci, jakie wytwarza jakiś pierwotniak w swem życiu. *E. Stahr.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Ch. Alibertin. **O równoległości między stanem krwi i szpiku kostnego przy niedokrwistości złośliwej.** (*Semaine med.* 1906 Nr 33). We wszystkich rodzajach niedokrwistości istnieje niezaprzeczalny związek między stanem krwi i szpiku kostnego. Możemy to stwierdzić i w różnych postaciach niedokrwistości złośliwej. I tak w postaci aplastycznej obniżenie bezwzględnej ilości ciałek wielojądrzastych i brak myelocytów każą przypuszczać, że szpik jest dotknięty w swej zdolności wytwarzania ciałek białych, a brak wielobarwliwości (polichromatofilii), brak krwinek czerwonych karłowatych i olbrzymich, oraz jądrzastych, każą się domyślać zaburzenia w wytwarzaniu krwinek czerwonych. Wówczas oprócz gwałtownego przebiegu klinicznego stwierdzamy przy sekcyi szpik żółty, tłuszczowy i bezwzględnie nieczynny, jako potwierdzenie wniosku. W postaciach z tzw. odczynem płodowym równoległość stanu krwi i szpiku jest wybitna, bo szpik tworzy komórki niezróżniczkowane, a we krwi znajdujemy przewagę ciałek jednojądrzastych bezziarnistych, często bazofilnych. W niedokrwistościach złośliwych z t. zw. odczynem myeloidowym pozornie brak równoległości. We krwi bowiem znajdujemy mało krwinek czerwonych, mało krwinek jądrzastych, leukocytów i myelocytów, szpik kostny zaś jest czerwony i wybujały, beztłuszczowy. Ta pozorna rozbieżność tłomaczy się pełną zależnością stanu krwi nietylko od produkcyi szpikowej, lecz również od niszczenia składników krwi w krążeniu i w narządach hemolitycznych. Podobny stan znajdujemy w durze brzusznym, gdzie we krwi stwierdzamy znacznego stopnia leukopenię, a w szpiku znaczną hyperplazyę leukocytową, co zależy od znacznego rozpadu leukocytów. Ślady tego rozpadu znajdujemy w śledzionie, w gruczołach, a także w samymże szpiku kostnym. O ile w durze brzusznym polinukleoza, a zwłaszcza myelocytoza krwi pozwala wnosić o wzmożonej twórczości narządu krwiotwórczego, to znowuż w niedokrwistości złośliwej istnienie we krwi ciałek jądrzastych, poikilocytozy, anizocytozy i wielobarwliwości świadczy o bujaniu szpiku. Paradoksalnem na pozór zjawiskiem jest podobne bujanie szpiku kostnego, jak w niedokrwistości złośliwej w opisanej przez Vaqueza t. zw. *Cyanosis cum polyglobulia progressiva.* Cierpienie to znamionuje się nadmiarem krwinek czerwonych, dochodzących do 10 milionów, równoległem wzmożeniem się liczby leukocytów, przyczem nadmiar krwinek w krążeniu jakby rozsadza naczynia włosowate i przekształca je w naczyniaki. Różnica między niedokrwistością złośliwą a chorobą Vaqueza polega tylko na tem, że w pierwszej wytworzone składniki krwi zostały we krwi zniszczone, gdy natomiast w drugiej pozostały nienaruszone i składają się na obraz kliniczny. Ta przewaga rozpadu krwinek nad odradzaniem daje powód do nazwy „niedokrwistość złośliwa“. Między stopniem zmian we krwi, a stopniem odczynu szpikowego nie koniecznie musi istnieć proporcyonalność w różnych okresach rozwoju choroby. *Dr Blassberg.*

Jules i Roger Voisin. **O zastosowaniu bromku potasu w padaczce.** *(Presse méd.* Nr 68, 1906). Stosowanie soli bromowych, a zwłaszcza bromku potasu, uważają autorowie za najdonioślejsze w leczeniu padaczki. Aby ułatwić przyswojenie leku, radzą różni autorowie jużto zabiegi wodolecznicze (zmywanie zimną wodą, kąpiele słone, natryski z początku letnie, później nawet zimne), jużto zabiegi fizyczne (miesienie, wstrzykiwanie roczynów soli w małych dawkach), a wreszcie pewne dodatki (lecznicze) do bromków. Niektórzy radzili podawać równocześnie z bromem środki odkażające jelita; Gilles de la Tourette radził będźwinian sodowy; jeden z autorów gorąco poleca dodatek pilokarpiny w następującym przepisie: *Rp. Kalii bromati 70,00, Pilocarpini muriat 0.035, Syrupi cort. aurant. 400,00, Aquae 600,00.* Brom dawkuje się wedle wieku chorego, wedle jego wrażliwości na lek, wedle częstości napadów i wedle skłonności do zatrucia bromem. Należy zwrócić baczną uwagę i na to, że jak do każdego leku, tak i do bromu ustrój łatwo przywyka. Aby zwalczyć to przyzwyczajenie się, radził n. p. Charcot dawki stopniowo zwiększać, potem stopniowo zmniejszać i po przerwie krótszej lub dłuższej znowu stosować tak samo brom. Autorowie zwracają uwagę na doniosłość dyety. Chlorki zachowują się w ustroju tak samo wobec tkanek, jak bromki, a więc im chlorków wprowadzamy mniej, tem bardziej ułatwiamy zadanie bromkom, czyli innymi słowy dyeta bezchlorowa (bez soli kuchennej) pomaga w działaniu bromkom. Autorowie przekonali się, że brom znacznie dłużej działał u chorych, którym po obfitem podawaniu bromków dawano strawę bezchlorową, niż u tych, którzy spożywali sól po zaprzestaniu bromków. Ale że nieda się w praktyce przeprowadzić, by chorzy stale wśród leczenia bromem nie używali soli, bo chudną i nędznicją, a nawet i do takiego leczenia ustrój zdoła przywyknąć tak, że się staje bezskutecznem, radzą autorowie tak postępować: 10 dni dyeta zwykła i 4 gramy KBr., potem 10 dni dyety zwykłej i 10 gramów KBr., a na koniec 10 dni dyety bezchlorowej i bez KBr. Autorowie uważają takiego chorego za uleczonego, który conajmniej przez rok nie miał żadnego napadu, ale i wtedy radzą nadal podawać brom, tylko z coraz dłuższemi przerwami w leczeniu. *Stahr.*

Wegele. **O postępach w rozpoznawaniu i leczeniu chorób żołądka i jelit.** *(Würzb. Abhandl.* Z. 2, 1906). Po obszernym wstępie, kreślącym rozwój nauki o chorobach żołądka i jelit, przechodzi autor do omówienia nowszych zdobyczy na tem polu. Wrzód żołądka staramy się obecnie rozpoznać, podając środki uśmierzające (ortoform, anestezynę), lub drażniące (azotan srebra) chorą błonę śluzową. U osób, przywykłych do płukań żołądka, można też użyć do tego celu 20% chlorku żelaza w litrze wody, poczem występuje silne palenie w żołądku. Krew w treści żołądka lub jelit obecnie wykryć można próbą Rossela (aloina w 3% rozczynie 60% wyskoku), lub też z pomocą wody utlenionej podług Schillinga. Próba Rossela jest o tyle niepewną, że i włókna mięsne dają przytem dodatni wynik. Krwawienie żołądkowe staramy się wstrzymać, stosując odpowiednią dyetę, odżywianie zapomocą lewatyw odżywczych, użyciem wlewań podskórnych rozczynu soli, podskórnemi wstrzykiwaniami gelatyny (Mercka), lub wewnętrznie podaną adrenaliną (30 kropli rozczynu 1‰ 2 razy w odstępach godzinnych). Landau i Hirsch polecają wstrzykiwanie śródmięśniowe 1—2 grm. stagniny. W razie silnego krwotoku pozostaje w końcu operacya (połączenie żołądka z jelitem). W lewatywach odżywczych najlepiej podawać: *Rp. Pepton. sicc. Sacch. aa* 25,0 *Aq. dest.* 500,0. Wobec dobrych wyników operacyi nie należy z nią zwlekać w przypadkach rozszerzenia żołądka, zwężeń odźwiernika, możliwości nowotworu itd. Rozszerzenie leczyć należy ewentualnie płukaniami i podawaniem potem zrana 30—50 gr. oliwy. (Cohnheim). W chorobach trzustki i biegunkach tłuszczowych z dobrym skutkiem podaje się „pankreon“ w kołaczykach. W chorobach jelit postęp nauki jest o wiele wolniejszy. Prześwietlanie przełyku i kiszki stolcowej rozjaśniło trochę sprawę. Kiszkę stolcową można rektoskopem oglądać do wysokości 35 ctm. Badanie stolców jest właściwie jedyną drogą bezpośredniego rozpoznawania chorób jelit. Wielka ilość nie-

strawionych włókien mięsnych przemawia za przewlekłym nieżytem jelit cienkich lub cierpieniem trzustki. Zaburzenie kiszkowe cechuje też większa ilość skrobi w kale. Spotykamy wtedy nieraz też w kale wielką ilość grzybków, barwiących się płynem Lugola błękitno. Bilirubinę wykrywa się, rozcierając kał ze zgęszczonym roztworem sublimatu (zabarwienie zielone). Kał według badań Oefelego powinien zawierać średnio: wody 74—84%, suchej substancyi 16—26%, białka 4—8%, dekstryny 2—6%, zmydlonych tłuszczów 6—10%, lecytyny i tyrozyny po 4—8%. Poza temi granicami spotykamy już stosunki chorobowe. Badanie takie kału wymaga jednak już większych wiadomości chemicznych i specyalnej pracowni. Lohrisch poleca badanie kału sposobem Hampela. Strassburger i Schmidt wprowadzili znów próbę fermentacyjną. Silne, kwaśne fermentowanie kału dowodzi zaburzeń kiszkowych. Stosunek drobnoustrojów, ich jakości i ilości w kale, nie jest jeszcze ustalony. Że są one potrzebne, to nie ulega wątpliwości, ale za duża ich ilość jest bezwątpienia bardzo szkodliwą. Próby odkażania przewodu pokarmowego, chociaż dotąd niezupełnie pomyślne, dają jednak zachęcające wyniki. Odkażanie działa korzystnie i na inne choroby ustroju, choćby n. p. naskórne. Środki odkażające dobrze jest podawać w wprowadzonych obecnie przez Sahliego kapsułkach glutoidowych. Odkażające lewatywy i płukania (chinosol, jodoform, salicyl, garbnik) działają nieraz korzystnie. Jodoform podaje się w lewatywie. *(Rp. jodoformi* 1,0 gr., *mixturae gummosae* 100,0, *aquae destil.* 1000,0. Zanadto silny rozkład w jelitach staramy się zwalczać dyetą ściśle mleczną i posilną. W razie fermentacyi kwaśnej w kiszkach podaje się dyetę tłuszczowo-białkową z wyłączeniem węglowodanów. Brauner i Rieder radzą celem dokładnego zbadania położenia żołądka i jelit prześwietlać je promieniami Röntgena po poprzedniem zadaniu bizmutu wewnętrznie. *Klęsk.*

CHIRURGIA. Dönitz. **Jak unikać złych wyników przy znieczuleniu lędźwiowem.** (*Münchener med. Wochenschr.*, Nr 28, 1906).

Deetz. **Doświadczenia z 360 znieczuleń lędźwiowych stowainą i adrenaliną.** (Tamże).

Becker. **Operacye w znieczuleniu lędźwiowem.** (Tamże).

Trzy wspomniane prace są dalszym przyczynkiem do coraz szerzej rozwijającego się znieczulenia lędźwiowego. Dönitz, asystent kliniki chirurgicznej w Bonn, zwraca uwagę, że skuteczność znieczulenia, tudzież występowanie lub nie powikłań po niem zależy w wielkiej mierze od techniki wykonywania samegoż nakłucia. Dawek nie powinno się używać dużych, jako normalną (stowainy) 0,06. Znakomicie dopomaga znieczuleniu położenie z głową w dół, na chwilę po wstrzyknięciu, podane przez Kadera. Środek znieczulający należy rozcieńczyć płynem mózgowordzeniowym, przez co można małemi dawkami wywoływać wysokie znieczulenia. O bliższych szczegółach tego sposobu zamierza autor pomówić w osobnej pracy później. Występowanie znieczulenia badać należy nie podmiotowo, lecz przedmiotowo, t. j. obserwując zachowywanie się odruchów kolanowych, które giną przy wystąpieniu znieczulenia. Wpływ działania środka znieczulającego na rdzeń przedłużony badał autor, wstrzykując psom stowainę między pierwsze dwa kręgi szyjne i przekonał się, że znika przytem najpierw oddech, a akcya serca trwa jeszcze dalej. To samo spostrzegać można i na ludziach przy stosowaniu silnych dawek lub wysokich znieczuleń (4 przypadki przytoczone). Wstrzykiwać należy tylko w linii środkowej z zatyczką w igle. Płynu używać najlepiej 4 prc. (stowainę w rozczynie soli). Przytoczone w literaturze przypadki śmierci pochodzą bezwątpienia z innych przyczyn. Do wysoko sięgających znieczuleń używa się tropakokainy (0,05) w 10 ctm. płynu mózgowordzeniowego.

W klinice chirurgicznej w Rostocku stosuje się znieczulenie lędźwiowe dopiero od maja r. b. Wykonano 360 znieczuleń, z tego u 6 chorych trzykrotnie, u 23 dwukrotnie. Dołączony spis operacyi wykazuje, że operowano w znieczuleniu prawie wszystko na kończynach dolnych, brzuchu i klatce piersiowej. Średnio stosowano 0,06 stowainy. Dwóch chorych zmarło; śmierć ich nie stoi jednak w łączności ze znieczuleniem, bo jeden umarł przy początku operacyi ogólnego ciężkiego zapalenia otrzewnej, a drugi w 5 tygodni po operacyi na gruźlicę opon. Bole głowy Deetz obserwował na 360 przypadków w 50. Trwały one do 3 dni z reguły, raz tylko 2 tygodnie, a u jednego chorego 6 tygodni (do chwili obecnej). Z innych objawów następowych obserwowano przemijającą sztywność karku (pochodzi ona od podrażnienia opon sodą, jeżeli strzykawki nie wypłucze się dobrze wodą). U jednej chorej z powodu objawów podrażnienia opon wykonano 4 duże ponowne nakłucia. W płynie mętnym wykazano ciałka białe, lecz drobnoustrojów nie było. Na klatce piersiowej operowano ze znakomitym wynikiem 9 razy. Autor pochwala metodę, lecz na razie radzi ją stosować tylko w szpitalach i klinikach.

Becker stosuje do znieczulenia lędźwiowego gotowy preparat firmy Riedel, składu: Stowain 0,04, Epirenan 0,0001, Acid. bor. 0,00004, Natr. chlor. 0,0011 w fiolkach szklannych o zawartości 1 lub 2 ctm. Przy wstrzyknięciu wypłukuje resztę ze strzykawki z pomocą aspiracyi płynu mózgowordzeniowego. Płynu nie należy wypuszczać dużo, gdyż zwiększa to potem pooperacyjne uboczne objawy. Położenie z głową w dół wykonywa autor przez 10 minut. Największą dawkę stosował autor 0,104. Znieczulenie najwyższe sięgało do szyi. Występujące po operacyi objawy są zupełnie podobne do choroby morskiej, są jednak nieznacznego stopnia i chorzy przenoszą znieczulenie lędźwiowe nad uśpienie ogólne. Z objawów tych wspomnieć należy o wymiotach krótkotrwałych, bolach w krzyżach, podniesieniu ciepłoty, bolu głowy, sztywności karku i t. d. Autor poleca chorym po operacyi siedzieć w łóżku, by unikać przekrwienia opon. Raz obserwował przejściowy niedowład nerwu odwodzącego i okoruchowego. Po znieczuleniu jama brzuszna jest zupełnie znieczuloną z wyjątkiem środka ścięgnistego przepony. Czasem pociąganie za krezkę odczuwali chorzy jako ból w okolicy żołądka. Na 135 wkłuć w 12 nie osiągnięto znieczulenia. W ostatnich czasach w przypadkach, które zawodzą, stosuje autor ponowne wstrzyknięcie (0,04 stowainy) tak, że dawka czasem przekracza 0,1. Znieczulenie wtedy występuje na pewno. Za szczególnie wskazane uważa autor znieczulenie u ludzi starych i wyniszczonych, dalej na wojnie i przy powikłaniach ze strony nerek i serca. Dodatnią stroną metody jest też fakt, że w czasie operacyi można porozumieć się z chorym o ewentualnej potrzebie innej operacyi, jak zamierzono, n. p. amputacyi i t. d. Uśpienie ogólne w razie ustania znieczulenia przebiega w przypadkach tych bardzo lekko. Przy znieczuleniu lędźwiowem niema okresu podniecenia. Wadami tego sposobu są: Technika przedstawia w drobnostkach pewne trudności. Nie można operować na głowie, szyi i kończynach górnych i klatce piersiowej. Nie nadaje się do małych zabiegów, bo należy chorego obserwować pewien czas po wstrzyknięciu. Niemiłemi też są nieudałe wstrzyknięcia i objawy następowe. Operować należy przy metodzie tej szybko i pewnie, gdyż chory jest świadkiem wszystkiego. W zakładach leczniczych jednak ma już ta metoda prawo obywatelstwa.

(Deetz przypuszcza, że jeszcze dotąd w znieczuleniu lędźwiowem nie operowano na klatce piersiowej. Otóż w odpowiedzi na to zaznaczyć muszę, że w klinice chirurgicznej krakowskiej stosuje prof. Kader to znieczulenie od dłuższego czasu już nietylko przy operacyach na klatce piersiowej, ale na szyi i kończynach górnych. Do znieczulenia używa się tylko tropakokainy. Podobnie stosuje się też w naszej klinice ponowne wstrzyknięcie lędźwiowe w razie, gdy operacya trwa długo i pierwsze znieczulenie już ustępuje. Technika, jak wspominają autorzy, jest trudną, choć w „drobnostkach“ i te drobnostki należy poznać dokładnie, a wtedy metoda ta nie będzie zawodzić zupełnie, a jeżeli czasem zawiedzie, to pewnie z powodu jakiejś właśnie „drobnostki“ w wykonaniu i błąd łatwo da się wyszukać. Słów tych kilka skreślono celem zaznaczenia stanowiska naszej kliniki, obszernie będzie to opisane w osobnej pracy. (*Przyp. refer.*). *Klęsk.*

Döderlein. **Bakteryologiczne badania doświadczalne co do obecności drobnoustrojów w ranach i sposób zapobiegania temu.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 28, 1906). Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy i przyrodników w Tybindze wygłosił Döderlein odczyt pod powyższym tytułem. Badania bakteryologiczne jamy brzusznej i ran powłok, wykonane w 100 przypadkach, przekonały go, że mimo najściślejszej aseptyki, mimo rękawiczek, masek i zakrywania pola operacyjnego suknem gumowem podług Küstera, tak w jamie brzusznej, jak i w ranie wykazać można zawsze drobnoustroje. Pochodzą one ze skóry i podczas operacyi przenosi je operujący. Aby tego uniknąć, poleca autor następujący sposób: Po kąpieli i ogoleniu chorego myje się skórę miejsca operacyi benzyną formalinową lub jodową, a następnie pociąga jodyną. Potem smaruje się skórę starannie wyjałowionym rozczynem gumy, a po chwili zasypuje proszkiem łojku. Tworzy się przez to powłoka, nie przepuszczająca drobnoustrojów. Usunąć można ją każdej chwili benzyną. Badania, wykonane po stosowaniu tego sposobu, dały wynik bardzo pomyślny, bo prawie zupełną jałowość ran i jamy otrzewnej. W dyskusyi Brunn zaznacza, że próby sposobem Döderleina nie dały mu tak dobrych znowu wyników, gdyż powłoka gumowa zawiera wielką ilość drobnoustrojów, zawierających zarodniki, należy więc wymyśleć inny sposób wyjaławiania gumy. Bingel sądzi, że ta drobna ilość drobnoustrojów w ranie nic nie szkodzi, a kto wie, czy nie jest potrzebną do gojenia się rany, bo gojenie się bez reakcyi jest niemożebne. Baumgarten twierdzi, że wyjałowić skóry nie można, ale za to odkazić można ją bardzo dobrze, a to wystarczy, gdyż w skórze samej niema drobnoustrojów chorobotwórczych; znajdują się one bowiem tylko w warstwach powierzchownych, po-

datnych na zakażenia. Sposobu zupełnego wyjałowienia skóry i pola operacyjnego nie da się zupełnie wynaleźć. *Klęsk.*

Muck (Essen). **Prosty i praktyczny aparat do leczenia zastoiną podług Biera.** Do leczenia ucha środkowego zastoiną wymyślił autor przyrząd, którego zasada polega na tem, że powietrze wyciąga się najpierw z kuli szklanej, tę nakłada się na ssawkę, wyciąga powietrze, poczem ssawkę się zamyka i kulę szklaną odejmuje. Korzyści tego przyrządu są wielkie. Nie trzeba bowiem do niego drugiego balonu gumowego, często się psującego, rozcieńczenie powietrza można regulować dowolnie, a w końcu wszystko da się wygotować. Z kuli szklanej wyciąga się powietrze pompką lub z pomocą ogrzania. Przyrząd ten nadaje się też bardzo dobrze do leczenia wrzodzianek. *Klęsk.*

Karrenstein **Czy zapalenie kiszki ślepej jest częstsze u kobiet, czy u mężczyzn?** (*Deutsche medizinische Wochft.* Nr 32, 1906). Powszechnie panuje mniemanie, że zapalenie wyrostka robaczkowego nagabuje częściej mężczyzn, jak kobiety. Autor postanowił rzecz tę skonstatować na większej statystyce i na mocy niej dochodzi do przekonania, że zdanie to jest mylne, bo ilość schorzeń kiszki ślepej u kobiet jest ta sama, co i u mężczyzn, zwłaszcza że wiele z kobiet ze złem lub niepewnem rozpoznaniem leczy się na oddziałach chorób kobiecych. *Klęsk.*

Bockenheimer. **W sprawie historyi znieczulenia lędźwiowego.** Bier. **Odpowiedź na ten artykuł.** (*Münch. med. Wochft.* Nr 34, 1906). W odpowiedzi na artykuł Biera (Nr 22 tegoż czasopisma) autor, opierając się na oryginalnych pracach Corninga, twierdzi, że jedynie Corning uważanym być może za twórcę znieczulenia lędźwiowego. Dopiero w 5 lat po Corningu rozpoczął Bier swe próby, ale je zaraz zarzucił i dopiero Tuffier podniósł tę sprawę na nowo i szeroko ją rozwinął. W odpowiedzi twierdzi Bier, że metody znieczulenia lędźwiowego nie zaniechał nigdy, lecz radził tylko ostrożność przy jej stosowaniu. Sposób znieczulania lędźwiowego obmyślił zupełnie samoistnie i niezależnie od prac i doświadczeń Corninga. *Klęsk.*

Schmidt. **Przyrząd do szybkiego i taniego sporządzania jałowego materyału opatrunkowego i do tamponowania.** (*Mnch. med. Wochft.* 1906, Nr 34). Przyrząd autora nadaje się głównie dla lekarza w godzinie ordynacyjnej. Kształtem swym przypomina dziadka do orzechów. Pomiędzy ramiona wkłada się gazę, zwiniętą w formie opaski i wygotowuje się w przyrządzie. Po wygotowaniu wyciska się opaskę przez ściśnięcie ramion przyrządu. Do użycia wywraca się zupełnie ramiona, przez co opaska dostaje się na zewnątrz i można ją teraz swobodnie szczypczykami odwijać. W ten sposób można mieć zawsze gazę wyjałowioną i zużyć jej tyle ile potrzeba, a nic się nie marnuje. Przyrząd wyrabia firma L. Schmidt w Hamburgu. *Klęsk.*

Neck. **Ostre rozszerzenie żołądka i tak zwane tętniczo-krezkowe zamknięcie kiszek.** (*Münch. med. Wochft.* Nr 32, 1906). 4 opisane przypadki ostrej rozstrzeni, obserwowane przez autora dowodzą, że cierpienie to zdarza się dość często. Najczęściej wydarza się ostra rozstrzeń po błędach w dyecie, a szczególnie u osób cierpiących na skrzywienie boczno-tylne kręgosłupa (kyphoscoliosis). W wypadku ostatnim samo ułożenie żołądka (więcej pionowe) usposabia do tego, w miarę bowiem wypełnienia żołądek uciska na dwunastnicę. Nierzadko też rozstrzeń zjawia się po operacyach w chloroformie. Najrzadziej po urazach. Objawy: nagle silne wymioty, wzdęcie głównie po stronie lewej, silne pluskanie, bóle, brak ciepłoty, objawy niedrożności jelit. Rokowanie dość smutne (z 64 ogłoszonych przypadków 47 zmarło). Leczenie: pompowanie i płukanie żołądka i objawowe. Kundrat sądzi, że wspomniana choroba pochodzi od zamknięcia dwunastnicy wskutek napięcia krezki kiszek cienkich. Najczęściej krezka uciska dwunastnicę w miejscu przejścia tejże pod tętnicą krezkową górną. Inni uważają rozstrzeń za chorobę pierwotną, a ucisk dwunastnicy za następowy. Wszystkie zabiegi operacyjne dotąd stosowane zakończyły się śmiertelnie. *Klęsk.*

HIGIENA. Prof. Pfuhl. **Jakie są przyczyny nieszczelności w puszkowych konserwach mięsnych, sposob ich stwierdzenia i obchodzenia się z niemi.** (*Zeitschr. f. Hygiene* T. 50). W związku z dawniejszemi swemi pracami nad psuciem się konserw mięsnych, zajmuje się P. w niniejszej pracy przyczynami psucia się konserw, dobrze wyjałowionych, wskutek wniknięcia do nich bakteryi już po wyjałowieniu. Jedyną tego przyczyną jest nieszczelność puszek, zależna od wad blachy, użytej na puszki, drobne, prawie niedostrzegalne pęknięcia, złe lutowanie, uszkodzone kręgi, użyte do uszczelnienia puszek i uszkodzenia zewnętrzne. Wskutek wzmożonego ciśnienia wewnątrz puszek (przy wyjaławianiu) uchodzi z nich sok na zewnątrz owemi szparami i przez ten sok wnikają do puszek bakterye; dostawać się one mogą do nich także z powietrzem, wessanem przy oziębianiu się puszek po wyjałowieniu. Ze sposobów stwierdzenia nieszczelności puszek, które w praktyce łatwo wykonać, wymienić należy wstawienie oziębionej puszki do gotującej się wody, przyczem z nieszczelnej puszki (szpar) uchodzą bańki powietrza. Nie wszystkie puszki nieszczelne zawierają konserwy zepsute — lepiej i pewniej jednak nie używać konserw z takich puszek. *L. Bier.*

Struben. **Oświetlenie przy pracy domowej dzieci szkolnych.** (*Hyg. Rundschau*, 1906, Nr 14). Twierdzenie Cohna, że główną przyczyną krótkowidztwa wśród młodzieży szkolnej jest niedostateczne oświetlenie sal szkolnych, nie znalazło dostatecznego potwierdzenia w licznych badaniach dzieci ze szkół o rozmaitych warunkach oświetlenia; przyczyny tej wady dopatrywano się przeto w warunkach oświetlenia przy pracy domowej dla szkoły. Autor podjął się ścisłego fotometrycznego zbadania oświetlenia miejsc pracy zamożnej i ubogiej młodzieży szkolnej w Amsterdamie. Oświetlenie mieszkań młodzieży zamożnej było bądź elektryczne, bądź gazowe żarowe (Auerowskie), u ubogich naftowe i żarowe gazowe, zazwyczaj znacznie wyższe od wymaganego minimum 25 MS. (metroświec). Mimo tego na pozór korzystnego oświetlenia mieszkań najmniej 37,6% miejsc pracy uważać należało za nieodpowiednie, bądź dla mniejszej od tego minimum ilości metroświec, bądź rażącego działania światła, bądź z powodu fałszywego umieszczenia światła po stronie prawej ucznia. Fakt ten stwierdzono tak u zamożnych, jak i u ubogich i przy wszystkich sposobach oświetlenia. (Badania Strubena stwierdzają aż nadto ujemny wpływ domowych warunków nauki na powstawanie krótkowidztwa, zwalniając znacznie szkołę od ciążącego na niej w tej mierze zarzutu. *Przyp. sprawozd.*) *L. Bier.*

A. Groth. **Śmiertelność osesków w Monachium w świetle statystyki.** (*Zeitschr. f. Hygiene.* Tom. 51). Ogólna śmiertelność spadła w Monachium w latach 1871—1903 z 41,6 na 20,7‰, śmiertelność zaś dzieci w pierwszym roku życia z 15,1 na 7,9‰, a to w następstwie lepszej higieny publicznej i indywidualnej. W przeciwieństwie do Schlossmanna, który w Saksonii i Dreznie zauważył w r. 1897 wzmożenie się śmiertelności wśród osesków w 5 i 6-tym miesiącu życia pod wpływem upałów letnich, stwierdza G. co do Monachium niekorzystne oddziaływanie upałów na dzieci w drugim miesiącu życia; wpływ ten w miarę wieku oseska słabnie. Na podstawie 3757 kartek pośmiertnych dzieci, zmarłych w Monachium w r. 1903 w pierwszym roku życia, stwierdza G., że zbyt młody wiek ojca (poniżej 25 lat) albo matki (poniżej 20 lat), późniejszy wiek ojca (powyżej 40 lat) i zbyt wielka różnica wieku rodziców wzmagają śmiertelność wśród dzieci w pierwszym roku życia. Dzieci pierworódek i wieloródek (powyżej 10 dzieci) zmierają częściej. Wpływ sposobu żywienia na śmiertelność osesków starał się G. zbadać na podstawie wywiadów w porze publicznego szczepienia ochronnego przeciw ospie, dokonanego w r. 1904 na 7240 dzieciach. W tej liczbie 55% nie było karmionych piersią, zaś 38% karmiono tylko do 6 miesięcy. Na 4075 dzieci, zmarłych w r. 1903 w pierwszym roku życia, było 83% sztucznie karmionych. Liczby te stwierdzają wybitnie wielkie znaczenie pokarmu naturalnego. Wpływ warunków społecznych na śmiertelność osesków uwydatniają następujące liczby za r. 1903: 80,8% śmierci osesków w pierwszym roku życia przypada na mieszkania o 1—3 ubikacyach, natomiast tylko 3,7% na mieszkania, złożone z 4 i więcej ubikacyi. Śmiertelność osesków wzmagała się nadto w miarę tego, im więcej mieszkańców mieściły mieszkania. *L. Bier.*

Padaczka Napoleona.

»Le progrès medical« z 7 lipca 1906, Nr 27 podaje w streszczeniu pracę Cabanèsa »Les indiscrétions de l'Histoire«. Jak wiadomo Cabanès dostarczył dotychczas światu naukowemu wiele dokumentów bardzo ciekawych w sprawach lekarsko-historycznych. Dlatego też koło historyków interesuje się każdem jego nowem dziełem, w którem oświetla ciemne punkty i to takie, które tylko lekarz może objaśnić. Dotychczas ogłosił Cabanès lekarsko historyczne studya o otruciu Sokratesa, o przyczynie śmierci Aleksandra Wielkiego, o tajemnej chorobie Kalwina, a obecnie zajął się pytaniem, czy Napoleon cierpiał na padaczkę.

Pozwolimy sobie tutaj pokrótce przytoczyć niektóre ciekawsze szczegóły.

Szczególne miejsce między wieloma kobietami, które Napoleon w swem kapryśnem usposobieniu obdarzał chwilowymi

względami, gdyż o miłości u niego mowy być nie może — zajmuje aktorka George. Ta właśnie pani George rozszerzała wieści, że widziała raz Napoleona w drgawkach, że zatem cierpi on na padaczkę. Ale pani ta nie miała przecie lekarskiego wykształcenia i nie mogła uczynić pewnego rozpoznania.

Otóż Cabanès, oglądając się za innymi dowodami, wyświetlającymi tę sprawę, zwrócił się do prac, mało we Francyi znanych Andrewsa (»The journal Chicago« 22 grudnia 1895 i 4 kwietnia 1896) i lekarza Lombroso (»Deutsche Rev.« styczeń 1898). W pracach tych znalazł następujące szczegóły: De Nerrius i hrabia de Ségur podają, że najmniejsza już kara, najmniejsza nagana wywoływały u młodego Napoleona w szkole w Brienne bardzo niepokojące nerwowe zaburzenia (wymioty, burzliwe nerwowe napady). Pani Rémusat opowiada o napadzie, którego świadkami byli Józefina i jenerał Rapp w roku 1804 w Mayence. Talleyrand miał być obecnym przy podobnym napadzie nerwowym w Strasburgu. Z drugiej strony kamerdyner Napoleona, Constant, zaprzecza tym nerwowym napadom, a także i sześciu lekarzy, którzy ogłosili spostrzeżenia swoje o cesarzu, milczy o tem zupełnie.

Lombroso bada sprawę tę z punktu widzenia znawcy—psychiatry i podaje następujące szczegóły co do dziedziczności u Napoleona: opilstwo, brak zmysłu moralnego u jego ojca, rozwiązłość obyczajów i histeryę jego sióstr, szczególnie Pauliny, ambicyę matki. Dalej zwraca uwagę na fizyczne piętna (*stigmata*) u Napoleona: brak proporcyi w stosunku kończyn do tułowia, wystające kości licowe, wydatność szczęki, wielkość oczodołów, łukowe skrzywienie kręgosłupa itd.

Cesarz był nadto bardzo wrażliwy na chłód i zmiany pogody. Cierpiał też często na jednostronny ból głowy, omamy słuchowe, drganie kurczowe w ramieniu, prawym barku i wargach. Był dalej niezwykle wrażliwym, tak, że nieraz stawał się gwałtownym i nieznośnym dla otoczenia. Chaptal opowiada, że Napoleon cierpiał na manię niszczenia, że scyzorykiem krajał zawsze w czasie narad ministeryalnych oparcia swego fotelu i stół, że często przedmioty, które mu podawano, łamał, że dzieci, które pieścił, szczypał, że lubił niszczyć oranżerye i że znajdował przyjemność w zabijaniu rzadkich ptaków, które chowała Józefina w Malmaison. Najmniejszy opór, który mu stawiano, wywoływał u niego napady wściekłości i szału. Corvisart leczył go w czasie jego konsulatu na wyprysk, towarzyszący świerzbowi, a po Paryżu chodziły słuchy, że szczepiono mu świerzb, aby go wyleczyć z padaczki. Był to sposób leczenia padaczki, uprawiany w owej epoce nawet przez najsławniejszych lekarzy.

Tętno Napoleona było niezwykle wolne, wynosiło średnio 30 do 35 uderzeń na minutę, a 50 nigdy nie przekraczało. Zwolnienie tętna jest zwykłem zjawiskiem u chorych na padaczkę. Napoleon cierpiał także na okresowe gwałtowne przygnębienie, które się zwykło potęgować aż do omdlenia. Niektórzy dopatrywali się u Napoleona histeryi, na co słusznie odpowiada Huchard, że już brak woli i energii nie były chyba wadą tego zdobywcy świata. O nadmierny egoizm też nie można go pomawiać, a bardzo często dawał dowody współczucia i okazywał wielu ludziom sympatyę i szczerze się nimi zajmował.

Na podstawie tych danych nie uznaje Cabanès Napoleona za doskonały typ kliniczny padaczkowej nerwicy, ale w każdym razie skłania się do przekonania, że te nerwowe zaburzenia i jego stan psychiczny miały przyczynę w padaczce.

A więc nie możemy na tej podstawie twierdzić, że Napoleon napewno był epileptykiem. Ale jego bezgraniczna ambicya zaburzyła równowagę jego intelektualnych zdolności, z czego widocznie sam sobie sprawę zdawał, gdyż nieraz mawiał »spałem w łożnicach królów i napytałem tam sobie strasznej choroby«.

E. Stahr.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

O austryackiej służbie zdrowia mówił 30 czerwca 1906 na posiedzeniu Izby Panów radca dworu prof. Ludwig. Mowa jego brzmiała: »Cała służba zdrowia zrobiła w Austryi od wprowadzenia w życie ustawy w r. 1870 szybkie postępy. Ustawa ta bowiem najzupełniej spełniła swoje zadanie i osiągnęła swój cel i gdyby była rozwijaną w tem samem tempie, jak postępowała wiedza, na której ustawa ta się wspiera, moglibyśmy mówić o państwowej służbie zdrowia, że jest bez zarzutu. Niestety tak jednak nie jest. Nasza publiczna służba zdrowia nie dotrzymywała kroku postępom wiedzy i dlatego pod niejednym względem pozostała za nią w tyle. Wobec wielkiej doniosłości publicznej służby zdrowia dla państwa nie mogły braki jej długo pozostać niepostrzeżone i dlatego też stróże publicznego dobra niejednokrotnie na te braki zwracali uwagę. Niestety wszystkie wnioski albo mało w tej Izbie uwzględniano albo wcale ich nieuwzględniano i dlatego właśnie zabrałem głos, aby sprawę tę jak najgoręcej polecić panu ministrowi spraw wewnętrznych. Ingerencya państwa w sprawach sanitarnych powinna sięgać tak daleko, jak na to tylko autonomia gmin wogóle pozwala. A przedewszystkiem ingerencya ta powinna się odnosić do wielkich urządzeń gminnych, jak kanalizacya, wodociągi i t. d. Załatwianie spraw sanitarnych u władz centralnych nie idzie drogą jednolitą, a w interesie pewniejszego i szybszego skutku byłoby rzeczą niezwykłej wagi, żeby te wszystkie poszczególne działy publicznej służby zdrowia połączyć pod jednem i jednolitem kierownictwem. Przedewszystkiem powinny tak ważne dla ludzkiego zdrowia sprawy weterynaryjne i policya środków spożywczych być osądzone i załatwione z rzeczowego sanitarnego punktu widzenia. Rzecz ta wymaga zmiany w organizacyi, która i tak byłaby konieczną, gdybyśmy nawet nie chcieli zmieniać dzisiejszych stosunków. Trzeba nam się zająć wykształceniem i dalszem kształceniem lekarzy rządowych, ich wpływem na wszystkie sprawy sanitarne i ich położeniem materyalnem«. Następnie mowca żądał stanowczo rozszerzenia wykształcenia lekarskiego, zmian w nauce, jak i w egzaminach fizykackich, oraz polecał gorąco ułatwianie lekarzom rządowym dalszego kształcenia się. Za niezbędnie potrzebne uważa L. wyposażenie najwyższej rady zdrowia w naukowe pracownie. Najwyższa rada zdrowia, od czasu kiedy powstała, pracowała właściwie tylko przy zielonym stoliku, rzadko kiedy uznała za potrzebne dokonanie jakiegoś badania doświadczalnego dla wydania swego orzeczenia. Stosunki tymczasem się zmieniły, bardzo wiele orzeczeń wymaga badań doświadczalnych i to nieraz mozolnych i długich. Dzisiaj sprawy te załatwia się w ten sposób, że niektórzy członkowie najwyższej rady zdrowia, którzy równocześnie są profesorami, dokonują tych badań w pracowniach szkolnych, przyczyniając przez to ciężaru tak zakładom, zwykle nie bardzo hojnie dotowanym i uposażonym, jak i personalowi tych instytucyi. Jest zatem rzeczą konieczną uposażyć najwyższą radę zdrowia w zakład, w którymby badania chemiczne, farmakognostyczne i higieniczne mogły być dokonywane. Jeśli się zważy, że nowe wydanie farmakopei wymaga od niektórych członków najwyższej rady zdrowia pracy dwu do trzech-letniej, nawet połączonej z doświadczeniami, to wtedy łatwo zrozumieć można, że ta praca nie może być zajęciem ubocznem. Co takie zakłady zdziałać mogą dla służby zdrowia i dla nauki, tego dowodzą wyniki, osiągnięte przez niemiecki państwowy urząd zdrowia, jakoteż przez pruski urząd badania wodociągów i kanalizacyi. Mowca skończył gorącem wezwaniem do ministra spraw wewn., aby sprawy te co rychlej załatwił.

E. S.

Prawo i medycyna*). Do znamiennych cech teraźniejszej kultury należy walka lekarzy o zdobycie większego uznania w państwowym porządku prawnym. Tak w Niemczech, jak i w Austryi zdobyła prawniczo wykształcona biurokracya taką przewagę, że cierpi na tem całe społeczeństwo. Prawnicy zdołali w dzisiejszym ustroju zająć pierwsze miejsca i wcisnąć się nawet tam, gdzie przedewszystkiem potrzeba wiadomości technicznych i lekarskich, a gdzie znajomość prawa jest i powinna być rzeczą uboczną.

Temat »prawo i medycyna« jest zatem nietylko współczesnym. Jest to sprawa, obchodząca nietylko lekarzy, ale w większej mierze państwo i lud. Jeżeli już lekarz z powodu swego zawodu, który go czyni niewolnikiem ogółu, musi ustępować pierwszeństwa innym w ciałach politycznych, to natomiast w sprawach administracyjnych, gospodarczo-społecznych nie powinien stanowczo stać na drugim planie, gdyż 50 na 100 spraw tego rodzaju wymaga wiadomości przyrodniczych i lekarskich. Mimo to załatwiają te sprawy bardzo często, prawie zawsze, prawnicy, teologowie, przemysłowcy, tylko nie lekarze. Szczególnie państwo sprzyja prawnikom i przeciw tym stosunkom walczą dlatego technicy i lekarze oddawna bezskutecznie. Jak daleko pod tym względem zaszły rzeczy, dowodzi tego między innymi ta drastyczna okoliczność, że po śmierci naczelnika-lekarza w najwyższej austr. władzy sanitarnej (ś. p. Kusyego) dział ten uczyniono zależnym od prawnika. Nie zawodowe wiadomości, ale

*) Wedle art. w »Med. Reform« Nr 25 z r. 1906.

sucha rutyna urzędnicza była dla rządu rzeczą najważniejszą: paragrafy odniosły tryumf nad higieną.

A to poniżenie medycyny mści się na społeczeństwie, ale społeczeństwo nie zdaje sobie z tego sprawy. Bo jakże olbrzymią jest suma krzywd, którą spełnia codziennie sądownictwo, bo lekarzowi przyznano zupełnie podrzędną rolę tam, gdzie jemu — społecznemu psychologowi — należy się pierwsze miejsce. Symulacya i nadużywanie lekarskich orzeczeń przez sędziów, prokuratorów i adwokatów byłyby niemożliwe, gdyby lekarz działał samoistnie na własną odpowiedzialność, a nie na zlecenie tych trzech czynników. Gdyby medycyna przestała być służebną dziewką wyniosłej pani Jurisprudencyi, a stała się jej równorzędną siostrzycą, oparłoby się prawo karne i egzekucya karna na podstawach naturalnych, przyrodniczych, i społeczeństwo lepiejby na tem wyszło, i zbrodzień przestałby być przedewszystkiem przedmiotem sztuki paragrafowej. Jeśli dzisiaj w sprawach karnych tak często bez przyczyny żądają obrońcy zbadania stanu umysłowego podsądnego i gorąco dowodzą niepoczytalności, a nawet zboczenia umysłowego u swego klienta, to jest to nietylko adwokackim kruczkiem i wybiegiem wobec skostniałego systemu prawa karnego, ale często świadomem oddziaływaniem przeciw oderwanej nauce prawnej i jej bezdusznym sługom, którzy się raczej uważają za mścicieli społeczeństwa i którzy wierzą, że obrażoną sprawiedliwość paragrafami przejednają.

Dopiero w ostatnich czasach mówi się więcej o stanowisku lekarzy w postępowaniu karnem. Prawnicy wmawiają sobie, że oni jedynie powołani są do odsyłania podsądnych do więzienia, i zapominają, że zbrodnia jest zjawiskiem społecznem, której osądzenie łatwiejsze jest dla socyologa, niż dla najwytrawniejszego kryminalisty i że medycyna sądowa poczyniła w ostatnich dziesiątkach lat wprost olbrzymie postępy. A tak często wedle szablonu bywają załatwiane sprawy karne, a dobrej woli i niezawsze wielkiemu doświadczeniu sędziego śledczego pozostawia się powołanie lekarzy sądowych.

Ale nietylko jako podmiot, ale także i jako przedmiot prawa mają lekarze przyczynę do skargi i żądać muszą gruntownej zmiany swego stanowiska. Należy zważyć tylko, z jaką dowolnością określają sądy pojęcie błędu lekarskiego. Dalej coraz bardziej na dobie staje się sprawa obowiązku milczenia lekarza i personalu sanitarnego wogóle. Austryackie ustawy nie wspominają wcale o personalu sanitarnym, chociaż leczenie bez pomocy służby lekarskiej pomocniczej i bez pielęgnujących rzadko się wydarza, a ci ludzie — zaliczyć tu wypadłoby też i urzędników kas chorych — po części znają tajemnice chorych. Że właśnie wobec tych ludzi opieka prawno-karna bardzo łatwo być może bardzo nieodzowną, wie o tem każdy lekarz. Tembardziej należy ubolewać, że brzmienie § 498 ustawy karnej utrudnia ściganie osób, które nie są lekarzami. I nietylko ludzie, którzy się stykają z chorym, powinni być w daleko szerszym zakresie obowiązani do milczenia, ale i rzeczy, podlegające zamilczeniu obowiązkowemu, powinny być dokładniej określone.

Koniecznie należałoby uregulować obowiązek lekarza świadczenia przed sądem, tak w sprawach cywilnych. jak i karnych, jak i w postępowaniu w sprawach niespornych. Lekarz musi czasem mieć prawo uchylenia się od zeznań, jeśli go one narażają na wstyd albo straty materyalne, z czego nie wynika, żeby zawsze miał obowiązek odmawiania świadectwa. *E. Stahr,*

Ogłoszenie lekarskie na opuszczonem mieszkaniu o zmianie adresu. Reńsko-westfalska Gazeta donosi o następującym przypadku: W Mannheimie osiadły lekarz zmienił mieszkanie i na opuszczonem mieszkaniu umieścił ogłoszenie, w którem donosił szukającym go chorym, że się przeprowadził i że obecnie mieszka tam a tam. Właściciel domu kazał ogłoszenie usunąć. Lekarz wniósł skargę, ale w pierwszej instancyi przegrał. W odwołaniu od wyroku pierwszej instancyi powoływał się lekarz na to, że przecie tam, gdzie mieszkał, opłacał czynsz i że takie ogłoszenie umieścił nietylko we własnym interesie, ale i w interesie szukających go chorych. Wszak musi być mu dozwolonem doniesienie publiczności, która go i w nocy często szuka, o zmianie jego adresu. A jeśli mu właściciel domu zabrania tego bez żadnej słusznej przyczyny gospodarczej czy estetycznej, to należy w tem dopatrywać się tylko szykany. Właściciel tłómaczył się, że z chwilą wyprowadzenia się lokatora nie ma już wobec niego żadnych obowiązków. Sąd wyższy przychylił się do życzenia lekarza i uznał je za słuszne. Z dawnego stosunku najmu wypływa prawo dla lokatora do umieszczenia ogłoszenia z doniesieniem o zmianie adresu i to na przeciąg kilku tygodni. *E. S.*

Smutny znak czasu. W Fürth obok Norymbergi znaleziono praktycznego lekarza dra Herzberga zmarłego we własnem mieszkaniu. Jak się okazało, otruł się on morfiną. Motywem czynu były kłopoty finansowe z braku praktyki. *E. S.*

Honorarya lekarskie w San Francisco. »Vossische Zeitung« donosi na ten temat: Z okazyi trzęsienia ziemi w San Francisco dowiedział się świat obok przeróżnych nadzwyczajności, cechujących życie w tym olbrzymie Ameryki zachodniej, także i o tem, że prawdopodobnie w żadnem innem mieście na świecie nie otrzymują lekarze takich wysokich honoraryów. Pierwsza wizyta lekarska kosztuje tam, — jak podaje J. Hurets w książce: »De San Francisco à Canada« zwyczajnie 50 franków, każda następna 25 fr. Wizyty nocne płaci się zawsze po 50 fr. Zwyczajne świadectwo lekarskie kosztuje 100 fr., poświadczenie śmierci 250 fr. Honorarya za operacye wahają się i przy małych zabiegach między 150 a 2500 fr. Ceny te ustanowił syndykat lekarzy w San Francisco i autor podaje je wedle urzędowej taryfy. Trzeba jednak i to równocześnie zważyć, że życie tamże jest niezwykle drogie. I tak: tuzin jaj kosztuje 3—3½ fr., funt masła 3¾ fr., ostrzyżenie 2½ fr., ogolenie 1¼ fr., oczyszczenie butów ½ fr., służący kosztuje na miesiąc najmniej 180 fr., zwykłego umeblowanego pokoju nie dostanie na miesiąc za cenę niższą od 150 fr. i t. p. *E. S.*

Pozwolenie na palenie zwłok w Saksonii zależy wedle § 6 ustawy z 29 maja 1906 od stwierdzenia przyczyny śmierci. Śmierć musi być potwierdzona równobrzmiącemi świadectwami lekarza ordynującego i drugiego, który w leczeniu nie brał udziału. Świadectwa wolno wystawiać lekarzom tylko po istotnem obejrzeniu zwłok, a, o ileby to jeden z lekarzy uważał za potrzebne, po otwarciu zwłok. Świadectwa obu lekarzy uważa się za równobrzmiące, jeśli wyłączają przypuszczenie zbrodni (n. p. zabójstwo, otrucie itd.). Jeźeli nawet jeden lekarz przypuszcza zbrodnię, należy odmówić zezwolenia na spalenie zwłok i donieść miejscowej policyi. Lekarze powiatowi wykonują nadzór lekarsko-policyjny i nad paleniem zwłok. *E. S.*

Studyum kobiet na wszechnicach niemieckich. Na siedmiu uniwersytetach, przyjmujących kobiety, było zapisanych w ostatniem półroczu 211 kobiet, posiadających pełne prawa słuchaczek. Lipsk w ostatniem półroczu dopiero przyznał kobietom zupełne równouprawnienie. Przeważnie studyują kobiety medycynę, a mianowicie 108; dentystykę studyowała tylko jedna. Liczba kobiet wpisanych na uniwersytetach niemieckich bez pełnych praw, wynosi 1268. *E. S.*

Uregulowanie sprawy emerytalnej lekarzy gminnych i obwodowych w Czechach. Wspominaliśmy niedawno, że sprawa ta została już w Czechach załatwioną przez ustawę krajową. Najważniejsze przepisy nowej ustawy są następujące: Lekarze gminni i obwodowi, którzy po 10-letniej nieprzerwanej służbie stali się niezdolnymi do pracy, mają prawo do emerytury. Jeśli lekarz gminny czy obwodowy, który pełnił co najmniej 5 lat służby, stanie się niezdolnym do dalszej służby wśród wykonywania swych obowiązków, albo z powodu ich pełnienia, to przysługują mu takie prawa, jakby już pełnych lat 10 był odsłużył. Do emerytury traci prawo ten lekarz, który dobrowolnie zrzeka się urzędu, albo ze służby własnowolnie występuje, nie udowodniwszy swej niezdolności do służby, albo też w drodze dyscyplinarnej traci swój urząd. Jeśli lekarz gminny lub obwodowy stanie się niezdolnym do służby i jeżeli niezdolność jego trwa dłużej niż rok, może, o ile mu przysługuje już prawo do emerytury, zostać przeniesiony w czasowy stan spoczynku, jeżeli istnieje możliwość powrotu do zdrowia. Pensyę emerytalną stałą lub czasową obliczać się będzie w ten sposób, że za pierwszych dziesięć lat spędzonych w służbie będzie przyznane 40% dochodu normalnego, którą to kwotę ustanawia ustawa jako najniższą. Kwota ta podnosi się z każdym rokiem służby o 2·3% tak, że po 35 latach służby pensya wynosi tyle, ile wynosi dochód lekarza w służbie, ustanowiony jako najniższy. Przy wymierzaniu pensyi należy lekarzowi gminnemu lub obwodowemu wliczyć i lata służby, spędzone i w innej gminie lub innym obwodzie sanitarnym Królestwa Czech, jeśli lekarz z jednej służby przeszedł bezpośrednio do drugiej. Jeżeli lekarz gminny lub obwodowy usunięty zostanie z urzędu z powodu niezdolności do służby, a nie ma jeszcze prawa do emerytury, to należy mu się jako odprawa pensya jednoroczna. Wdowie po lekarzu gminnym lub obwodowym należy się pensya wdowia, jeżeli zmarły w chwili śmierci miał już prawo do pensyi lub pensyę pobierał, a małżeństwo zawarł przed wstąpieniem do służby, albo w czasie służby, jednakże nie po przekroczeniu 55 roku życia i jeżeli

wdowa nie była z własnej winy rozwiedzioną w chwili śmierci lekarza. Pensya wdowia wynosi połowę tej sumy, którą ustawa oznacza jako najniższą pensyę lekarza gminnego czy okręgowego. Wdowa traci pensyę z chwilą powtórnego zamążpójścia, może jednak znowu nadal pensyę pobierać, gdyby powtórnie owdowiała i udowodniła ubóstwo. Każdemu niezaopatrzonemu ślubnemu dziecku lekarza gminnego lub obwodowego, do pensyi uprawnionego lub spensyonowanego, należy się po śmierci ojca pensya na wychowanie najdalej do końca 24 roku życia, która wynosi dla jednego dziecka ćwierć pensyi wdowiej matczynej. Suma pensyi sierocych nie może przewyższać pensyi wdowiej. Dzieciom zupełnie osieroconym albo takim, których matce pensyę wdowią wstrzymano lub odmówiono, należy pensye sieroce podnieść, jednak nigdy powyżej 50% przypadającego im wsparcia. Sieroty tracą prawo do pensyi, jeśli zostaną uznane winnymi jakiejś zbrodni lub przestępstwa kradzieży, oszustwa, sprzeniewierzenia albo udziału w tych przestępstwach, wreszcie przekroczenia z § 1 ust. z 28 maja 1881 lub z ust. z 25 maja 1883. Wdowie lub dzieciom, pozostałym po zmarłym lekarzu gminnym lub obwodowym, należy się dla opędzenia kosztów choroby i pogrzebu pensya kwartalna nieboszczyka (Sterbequartal) w wysokości 25% ustawowo ustanowionej najmniejszej pensyi lub jego pensyi emerytalnej. Wdowa po lekarzu, nie uprawnionym do pensyi, może jeszcze dostać oprócz tego (Sterbequartal) odprawę, wynoszącą 25% ustawowo ustanowionej najniższej pensyi. Jeśli żona lekarza już nie żyje, to prawo to przechodzi na ślubne niepełnoletnie dzieci. *E. S.*

Śmiertelność lekarzy w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. Następujące dane, dla nas ciekawe, podaje w tym względzie »Journal of American medical Association«. Liczba lekarzy wolnopraktykujących, zmarłych w r. 1904 w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie dochodzi do 2.142 t. j. 17·14‰. Średni wiek lekarza wynosił 60 lat, praktykują zatem lekarze w Ameryce półn. średnio nieco ponad 30 lat. Najwięcej umarło lekarzy na krwotoki mózgowe (179), potem idzie zapalenie płuc (172), zapalenie nerek (91), gruźlica (90), rak (30), dur (37), zakażenie krwi (23) itd. Liczba skonów nagłych wynosi 95, w tym 36 przypadków zabójstw i 12 samobójstw. 60 lat dożyło 57 lekarzy, 85 umarło w wieku między 65 a 68 r. ż.; 596 dożyło siódmego krzyżyka, a 241 ósmego; 4 przeżyło lat 100, a jeden miał lat 104. *E. S.*

W sprawie doświadczeń na chorych w szpitalach wiedeńskich wydało ministerstwo spraw wewnętrznych następujące rozporządzenie: Wiedeńskie c. k. szpitale mają za wyłączne zadanie tym chorym, którzy się im w opiekę oddają, zapewnić tę opiekę i jak najprędsze wyleczenie. Dlatego nie wolno lekarzom zakładowym czynić na chorych w obrębie zakładów doświadczeń lekarsko-naukowych lub zabiegów (próbowanie nie stwierdzonych metod). Wyjątek stanowią zabiegi, mające na celu rozpoznanie, leczenie, uodpornianie albo zapobieganie, albo też stwierdzenie czynników etyologicznych i patogenetycznych; ale tylko wtedy są one dozwolone, jeśli istotnie potrzebne są choremu. I takie zabiegi wykonywać wolno wyłącznie według wskazówek i za zgodą kierownika oddziału. Jeśli kierownik oddziału jest nieobecny, należy się udać o pozwolenie do jego zastępcy, a ten, o ile sam nie jest kierownikiem oddziału, ma się zwrócić do dyrektora zakładu lub jego zastępcy, który ma rozstrzygnąć rzecz po omówieniu jej z innym kierownikiem oddziału. Lekarz rozstrzygający jest w każdym razie za doświadczenia odpowiedzialny i zezwolić na nie może tylko wtedy, jeśli najgłębiej jest przekonany, że próba nie wyrządzi żadnej szkody choremu; dlatego lekarz odpowiedzialny powinien doświadczenia doglądać. O doświadczeniu należy spisać protokół, w którym wyraźnie mają być stwierdzone pozwolenia i wskazówki odpowiedzialnego lekarza. Protokół ten ma być dołączony do historyi choroby. Przekroczenia tych przepisów będą karane wedle okoliczności jako ciężkie przekroczenie dyscyplinarne. *E. S.*

W sprawie ustawy o zwalczaniu epidemii pisze dr Mikołajski w ostatnim (t. j. 17) Nrze »Głosu lekarzy«, przypominając, że rząd austryacki sprawą tą zająć się musi niedługo, bo dotychczasowe przepisy są przestarzałe i niedostateczne. Toczą się już pewne wstępne obrady w kołach rządowych, atoli treść obrad nie została podaną do publicznej wiadomości. Idzie zatem o to, by reprezentacye lekarskie mogły wcześnie wypowiedzieć swe zdanie o projektach rządu w obopólnym dobrze zrozumianym interesie. Autor przypomina Izbom lekarskim, aby się o swe prawa upomniały już w czasie prac wstępnych i aby już teraz zajęły się szczegółowo temi zagadnieniami, które przy tłumieniu epidemii lekarzy dotyczą. Ze względu na to, że w Galicyi epidemie nigdy nie wygasają, powinnyby Izby galicyjskie wyprzedzić w tem inne Izby. Na wiecu Izb należałoby ustalić ogólny program dyskusyi Izb i wyznaczyć tematy, co do których Izby mają sformułować i uzasadnić żądania lekarzy. Do żądań tych zalicza autor ubezpieczenie z funduszów państwa dla rodzin po lekarzach, zmarłych wśród tłumienia epidemii, zabezpieczenie odszkodowania tym lekarzom, którzy wskutek zakażenia ulegli chorobie. Dalej żąda autor załatwienia sprawy obowiązku lekarzy bezpłatnego donoszenia o chorobach zakaźnych, rozgraniczenia kompetencyi lekarza prywatnego i urzędowego itd. *E. S.*

Ze sprawozdania galicyjskich inspektoratów przemysłowych za r. 1905 wynika, że higiena przemysłu ciągle jeszcze pozostawia wiele w Galicyi do życzenia. Nietylko w istniejących oddawna zakładach idzie wprowadzenie ulepszeń higienicznych opornie; co gorsza zdarza się, chociaż coraz rzadziej, że inspektorat otrzymuje wiadomość o założeniu nowej fabryki tak późno, iż nie może już mieć wpływu na jej urządzenie pod względem higieny i bezpieczeństwa robotników, przez co nawet nowe zakłady są pod tymi względami wadliwe. Bardzo rozpowszechnionem złem jest brak lokali dla wypoczynku robotników w przerwach pracy. Najgorsze stosunki są w cegielniach, gdzie robotnicy nieraz sypiają na pokrywach pieców; w fabrykach sukna sypiali na pakach z wełną lub towarem. Praca w fabrykach trwa wogóle za długo i tu znów najgorzej jest w cegielniach, gdzie palacze pracowali nieraz niemal całą dobę. (Opieka inspektoratu zachodnio-galicyjskiego w r. 1905 dotyczyła 531 zakładów przemysłowych z 20,393 robotnikami w 29 powiatach i mieście Krakowie). *R.*

Przeciw szerzeniu się promienicy wydało namiestnictwo czeskie ostatnimi czasy okólnik. Promienica szerzyć się może przez pieczywo, ponieważ piekarze mają zwyczaj pieczywo dwa razy, t. j. przed wstawianiem do pieca i zaraz po wyjęciu z pieca zwilżać wodą zapomocą miotełek z wymłóconych kłosów. Okólnik poleca miotełki te wpierw wygotować, wysuszyć, a potem mocno wytrzepać. *E. S.*

Nagrody pieniężne za karmienie piersią własnych dzieci postanowiła wypłacać matkom rada miejska w Monachium, a to, aby zrównoważyć powstającą przez to utratę zarobku. *R.*

Baraki szkolne przenośne na wzór baraków sanitarnych wprowadzić ma austryackie ministeryum oświaty dla czasowego pomieszczenia szkół, nie mających budynku, odpowiadającego wymaganiom higieny. *R.*

Partactwo lecznicze kwitnie w Saksonii, gdzie 1942 nie dyplomowanych osób zajmuje się wedle sprawozdania saskiego krajowego kolegium lekarskiego (Landesmedizinalkollegium) »leczeniem«. Z tych wykonuje dentystykę 951. Są między nimi kupcy, tkacze, golarze, szewcy, nauczyciele itd. Kollegium odradza karnego ścigania partaczy, gdyż w wyjątkowych tylko przypadkach udaje się uzyskać zasądzenie, a wyroków uwalniających nadużywają uwolnieni w celach krzykliwej reklamy. Lekarzy dyplomowanych praktykuje w Saksonii 2107. *E. S.*

Międzynarodowy związek dentystów odbył tymi dniami posiedzenie w Genewie. Sprawy stworzenia tytułu doktora dentystyki (Doktor für zahnärztliche Chirurgie) nie załatwiono i odłożono ją na najbliższe posiedzenie w r. 1907. Na rok 1909 postanowiono zwołać międzynarodowy Zjazd dentystów do Berlina. *E. S.*

Muzeum gruźlicy (Tuberkulosemuseum) otwarło krajowe heskie tow. ubezpieczeń d. 29 lipca b. r. w Darmstacie. Muzeum to jest pierwszem w Niemczech. Będzie to t. zw. muzeum wędrowne, przenoszone od miasta do miasta w Hessyi, aby w ten sposób jak najszersze koła ludności pouczyć o niebezpieczeństwach, jakimi gruźlica grozi zdrowiu i o środkach ochronnych. W tym celu obejmie muzeum tablice i rysunki z cesarskiego urzędu zdrowia z Berlina, objaśniające, jak się gruźlica w Niemczech szerzy, jaką wywołuje śmiertelność, jak poszczególne zawody do gruźlicy usposabiają, jaki ma tu wpływ wyskok i jakie znaczenie mają racyonalne odżywianie i zdrowe mieszkania. Dalej znajdą się tam tablice ze wszystkich lecznic świata, rysunki i modele urządzeń odkażających, urządzeń chroniących przed kurzem i t. d. *E. S.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 2 do 8 września 1906 doniesiono o nowych przypadkach: ospy 1 przypadek, a mianowicie do szpitala św. Łazarza w Krakowie przybył z Tarnowa chory na ospę piekarz Józef Beck; duru plamistego 23 przypadków w 10 gminach, a mianowicie pow. Cieszanów (Lubliniec nowy 5), Jaworów (Drohomyśl 3), Kamionka

(Witków stary 1), Kałusz (Nowica 5, Ćwitowa 1), Rawa (Rzeczyca 1), Ropczyce (Ropczyce 1), Stryj (Grabowiec str. 3), Tłumacz (Ladzkie szl. 2), Złoczów (Złoczów 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 2 a 8/IX b. r. urodziło się dzieci żywo 57, nieżywo 1; zmarło osób 48 (obcych 21); z tego z gruźlicy 14 (5), zapalenia płuc 1 (—), błonicy 1 (1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry 1 (1), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 2 (1), czerwonki — (—), cholery niemowląt 3 (—), innych chorób zakaźnych 4 (3), śmierci gwałtownej — (—).

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 26/VIII do 1/IX b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 3 (obcych —), krztuśca 1 (3), ospy — (—), płonicy 3 (—), odry 5 (2), duru brzusznego 1 (2), czerwonki 1 (—); w tymże czasie zmarło z płonicy 1, z odry 1, z duru brzusznego 1 (1). — Między 2 a 8/IX b. r. zgłoszono przypadków błonicy 5 (obcych 6), krztuśca 12 (—), płonicy 5 (2), odry 4 (2), duru brzusznego 2 (2), gorączki połogowej 1 (—). W tymże czasie zmarło z duru brzusznego (1), z gorączki połogowej 1.

Wiadomości bieżące.

Lwów. Z końcem września b. r. przystąpi Wydział Izby lekarskiej do rozdziału reszty kwoty, przysłanej ze Związku Towarzystw lekar. austr. Do zapomóg z tej kwoty są uprawnione wdowy i sieroty po lekarzach, których mężowie, względnie ojcowie, mieszkali w obrębie Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, sieroty do skończenia 20 lat. Podania należy wnosić do Izby lekarskiej we Lwowie (ul. Dominikańska l. 11) najpóźniej do 25. września b. r. *Dr Festenburg*, Prezydent Izby lek. w.-gal.

— Wydział Izby lek. wschod.-gal. odbył w dniu 4 b. m. posiedzenie, na którem zajmował się następującemi sprawami: Omówiono szczegółowo porządek dzienny mającego się odbyć XI. wiecu Izb lekarskich i postanowiono zażądać postawienia na porządku dziennym dodatkowo sprawy lekarzy więziennych i sprawy honoraryum za badanie osób, ubezpieczających się na życie. Wydano na życzenie jednego z sądów orzeczenie co do wysokości żądanego przez lekarza honoraryum. Postanowiono wystąpić we właściwej drodze przeciwko dwom partaczom i aptekarzom, popierającym partactwo. Postanowiono wziąć w obronę dwóch lekarzy, żalących się na postępowanie z nimi władz sądowych. Załatwiono kilka spraw administracyjnych i honorowych.

— W zdrojowiskach galicyjskich zawierają ostatnie listy gości: w Iwoniczu 4,541, w Krynicy 7,168, w Rabce 2,582, w Rymanowie 2,308, w Szczawnicy 2,357, w Truskawcu 2,811, w Zakopanem 7,800 osób.

Warszawa. Towarzystwo kursów naukowych (»wolny uniwersytet«) rozpoczęło swą działalność. Z przedmiotów, mogących obchodzić i lekarzy, objęto programem wykładów: antropologię, biologię ogólną, embryologię porównawczą, fizyologię i psychologię.

— Niedawno zmarły dr Leon Mancewicz zapisał 50,000 rubli na utworzenie stypendyów, z tego 10,000 do rozporządzenia wydziału lekarskiego uniwersytetu warszawskiego na stypendyum dla najlepszego ucznia tego wydziału.

Z różnych stron. Niemiecka rada związkowa uchwaliła w zasadzie przypuścić uczniów szkół realnych do studyum medycyny. Najbliższej zimy będą przedłożone parlamentom poszczególnych państw niemieckich odpowiednie ustawy. *E. S.*

— Szpital im. Rudolfa Virchowa w Berlinie jest ze względu na przestrzeń, jaką zajmuje, jednym z największych, jeśli nie największym szpitalem kontynentu. Szpital ten składa się z 57 zabudowań, w których jest 3400 pokoi, nie licząc w to ubikacyi w podziemiach. Po najdokładniejszem uwzględnieniu przepisów policyi budowlanej, pomieści szpital ten 2000 łóżek i to 564 łóżek w 11 zabudowaniach, przeznaczonych dla oddziału chirurgicznego, 500 łóżek w 10 barakach oddziału wewnętrznego, po 95 łóżek oddziałów ginekologicznego i położniczego, 11 łóżek dla chorych septycznych, 19 łóżek dla ciężarnych, 24 łóżek w oddziale kwarantannowym, 34 łóżek w oddziale błoniczym, 120 łóżek w oddziale zakaźnym, 18 łóżek dla chorych niespokojnych, 520 łóżek w oddziałach wenerycznych. *E. S.*

— Ogólna liczba słuchaczy na 21 uniwersytetach cesarstwa niemieckiego wzrosła znowu w ostatniem półroczu, — a mianowie wynosi ona 44.964 uczniów zwyczajnych (w tem 211 kobiet), gdy w minionem półroczu zimowem wynosiła 42.390, a w letniem 1905 41.928. Wliczywszy w to jeszcze słuchaczy nadzwyczajnych: 2381 mężczyzn i 1274 kobiet, wynosi pełna liczba słuchaczy uniwersyteckich powyżej 48.000. Z tego uczęszcza na medycynę 6683, dentystykę 755, weterynaryę 114. Najwięcej przybyło studentów medycyny. Najwięcej uczniów ma Berlin 16569, potem idzie Monachium, Lipsk, Bonn, Fryburg, Halle, Getynga, Heidelberg, Wrocław, Marburg, Tybinga, Münster, Strassburg, Jena, Würzburg, Kiel, Giessen, Królewiec, Erlanga, Gryfia i Rostok. Przed 10 laty liczyły wszystkie uniwersytety niemieckie 29.280, przed 20 laty 27.721, a przed 30 laty tylko 16.799 słuchaczy. *E. S.*

— Wyprawa prof. Kocha do Afryki, podjęta dla zbadania i zwalczania »śpiączki« (świdrowicy), a której koszta wynoszą około 185.000 marek, potrwa około dwóch lat. *E. S.*

— W Niemczech i w Anglii powstały komitety, zbierające składki na dar honorowy dla wdowy po słynnym Schaudinnie, odkrywcy krętka bladego.

— Na 6 wszechnicach w Szwajcaryi było w letniem półroczu zapisanych 1,518 kobiet (najwięcej w Bernie 486, najmniej w Bazylei — 14), w tem Polek i Rosyanek 1,247. Przeważna część tych słuchaczek przypada na medycynę (973), a i tutaj Polki i Rosyanki bardzo przeważają (908).

— Studentem medycyny, który ofiarował się Miecznikowowi i Rouxowi do doświadczeń nad zapobiegawczem działaniem maści kalomelowej przeciw zakażeniu kiłą, jest, jak się obecnie okazało, P. Maisonneuve, wnuk słynnego chirurga. P. Maisonneuve jest dotychczas (po pół roku) zdrów, co jednak, zdaniem niektórych, nie stanowi dostatecznego dowodu na twierdzenia Miecznikowa i Rouxa, gdyż jestto dopiero jedno doświadczenie na człowieku, który mógł być wogóle na kiłę odporny.

— »Czasopismo lekarskie« (Nr 7, 8) przytacza następującą oryginalną depeszę jenerała Parczewskiego do komendanta 12 wschodnio-syberyjskiego pułku w czasie ostatniej wojny: »Bydło podejrzane jako zarażone dżumą, chcąc oszczędzić kasie państwowej (»kaźnie«) strat, pozwalam użyć do karmienia żołnierzy«.

— V międzynarodowy zjazd ginekologów, który się miał odbyć w Petersburgu, odłożony został na rok i odbędzie się 11—18 września 1907.

— Akademia wojskowo-lekarska w Petersburgu odmówiła przyjęcia wszystkim zgłaszającym się studentom wyznania mojżeszowego.

— W tych dniach odbędzie się zjazd rektorów wszechnic rosyjskich celem obmyślenia, w jaki sposób przywrócić można prawidłową czynność uniwersytetów.

— W Moskwie mają powstać wyższe kursa dla kobiet, obejmujące także wydział lekarski, na którym studya trwać będą lat 6, a na które przyjmowane będą wychowanki gimnazyów kobiecych bez dodatkowych egzaminów i bez wymagania łaciny.

— Surowica przeciwbłonicza obniżyła w szpitalach londyńskich śmiertelność z błonicy z 37·3 na 15·8%. Zestawienie to obejmuje wyłącznie przypadki rozpoznane bakteryologicznie.

— Śmiertelność z zimnicy obniżyła korsykańska liga walki z tą chorobą z 57 prc. na 0 prc. przy zupełnem zamknięciu wszystkich otworów mieszkań (drzwi, okien, kominów) siatkami, na 1,38 prc. przy niezupełnem, a na 8,8 prc., gdy zabezpieczono siatkami tylko sypialnię.

— Rząd rumuński wniósł projekt ustawy, wzbraniającej małżeństw chorym na nieuleczalną kiłę, gruźlicę lub padaczkę.

— 75-letni jubileusz pigułek Blauda omawia ze stanowiska historyczno-krytycznego dr L. Fürst w »Fortschritte der Medizin« Nr 22. P. Blaud ogłosił w roku 1831 swój pierwotny przepis, który brzmiał: »*Gummi arabici 5,00, solve calore baln. vapor. in aquae destillatae 30,00, Syrupi simplicis 15·00, Ferri sulfurici sicci 30·00, Quibus caute mixtis adde Kalii carbonici 30·00, et inter agitationem ope spatulae ferreae in balneo vaporis evaporando ad massam pillularum redige e qua forma pilulas Nr 120. Obdacantur argento foliato*«. Później uległ przepis ten przeróżnym odmianom. *E. S.*

— W pewnem małem miasteczku westfalskiem uczynił burmistrz, wielki przyjaciel bakteryologii, na radzie wniosek nadania dwom ulicom nazwy Kocha i Behringa. Już wniosek miano przyjąć, kiedy któryś z członków rady zwrócił uwagę, że obie te nowe ulice na cmentarz prowadzą, że więc nie bardzo chyba mile dotknie wspomnianych badaczy tego rodzaju uczczenie. Burmistrz swój wniosek cofnął. *E. S.*

Mianowani: Doc. Bürgi profesorem chemii lek. i farmakologii w Bernie; dr Pansini nadzw. profesorem semiologii lekarskiej w Neapolu; dr Sommer nadzw. profesorem terapii fizycznej w Zurychu (katedra nowo utworzona).

Zmarli: B. prof. dermatologii w Wiedniu, dr Izydor Neumann, w 74 r. ż.; prof. medycyny wewn. Vierodt w Heidelbergu.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 34. Jaworski J.: O pętli do wyciągania płodu przy położeniu pośladkowem ustalonem. Łuczycki: Kilka uwag w sprawie otępienia przedwczesnego. Sterling Wład. (dok.).

— *Medycyna* Nr 36. Korybut-Daszkiewicz: Kilka słów o nagminnem zapaleniu gruczołu przyusznego u dzieci. Sterling (c. d.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 36. Herman: Nowy model gorsetu wyciągowego. Modrakowski: Folia digitalis ze stanowiska farmakognostycznego.

— *Czasopismo lekarskie* Nr 7 i 8. Markiewicz: Uwagi, dotyczące organizacyi ochrony zdrowia i pomocy lekarskiej w różnych grupach zawodowych. Ronthaler: Badanie słuchu w szkołach. Jasiński Wacław: Przyczynek do kazuistyki ropni miednicowych u dzieci. Brudziński i Trenkner: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą. Nowak St. (dok.).

— *Postęp okulistyczny* Nr 8. Strzemiński: Przypadek rozpromienienia włókien rdzeniowych nerwu wzrokowego w siatkówce ze szparami tęczówek i źrenicami dodatkowemi. Noiszewski: Zapalenie siatkówki po zatruciu wyciągiem paproci samczej.

— *Przegląd zdrojowy* Nr 11. Zakład dla leczenia ambulatoryjnego chorób kobiecych w Krakowie.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 10. Wąsowicz: Fizyografia i geologia Krynicy. — Meran.

— *Casopis lekařův českých* Nr 33: Müller: Příspěvek k mikroskopické struktuře cyst vaginalních. Guttmann: O obrně nervu zvratného. Zimmer (dok.).

— *Russkij Wracz* Nr 33. Grigorjew (dok.). Szajkiewicz: O chorobach kości twarzy u noworodków. Drzewiecki: O doświadczalnej marskości wątroby. Milman: Przyczynek do kazuistyki paratyfusu. Rubaszkin (dok.). Orłowski Z. (c. d.).

— *Semaine medicale* Nr 36. Fernet: Towarzysze alkoholizmu.

— *Presse médicale* Nr 70. Leduc: Nowe teorye rozczynów i ich stosunek do medycyny. Calmette, Vansteerberghe i Grysez: O jelitowem pochodzeniu zapalenia płuc i innych zakażeń zapalnych płuc u człowieka i u zwierząt. Caillaud: Choroba Bantiego. — Nr 71. Renaut: Uwagi ogólne o służbie sanitarnej w bitwach. Ferreira: Ostre rozszerzenie serca u noworodka i omdlenie sine. Sikora: Doraźne urządzenie operacyjne na wsi.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 36. Doerr: W sprawie biologicznej równoważności prątków duru i okrężnicy. Kürt: W sprawie praktycznego oznaczania granic prawidłowego serca. Goldmann: Przyczynek do leczenia czerwiwości. Leo-Wolf: Z praktyki.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 36 Marmorek: Wessanie martwych prątków gruźliczych. Bing: Badania krwi u nerwowo chorych. Davidsohn: Choroby mięska podjęzykowego. Weichardt: W sprawie leczenia surowicą gorączki siennej. Keller: Dzieci karmione mączkami. Rosenbach (dok.). Runge: Krwawe i bezkrwawe zabiegi celem przyspieszenia przebiegu porodu. — Nr 37. Ruediger-Rydygier: W sprawie chirurgicznego leczenia wrzodu żołądka. Argutinsky: W sprawie wrodzonego obrzęku śluzowatego i stosunków wzrostu kośćca w tej chorobie. Schulze: Krętek srebrny. Friedenthal: O znajdowaniu krętków w raku i kile. Zarniko: O leczeniu gorączki siennej pollantyną. Rauschke: Znaczenie rozpoznawcze wyobrażeń hipochondrycznych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 36. Krause: O uszkodzeniach narządów wewnętrznych przez naświetlanie rentgenowskie i o zapobieganiu tymże. Machol: Przyczynek do techniki zasłon. Strasburger: W sprawie rozpoznawania tętniaków tętnicy głównej. Hess: O odruchu przeponowym i inerwacyi przepony. Wenzel: Odcięcie odbytnicy według Witzla z utrzymaniem zwieracza zewnętrznego. Evelt: Przyczynek do nauki o torbielach krezki. Sittler: Leczenie drożdżami nieżytu żołądka i jelit u dzieci. Kürbitz: Przypadek ostrego ograniczonego obrzęku przy wiądzie rdzenia. Schütte: Nowa postać stanów histerycznych u dzieci szkolnych. Lange: Próba acetonowa pierścieniowa. Tromp: Zewnątrzpęcherzowy rozdzielacz moczu według Heusnera. Geissler: W sprawie narzędzi do pubiotomii. Baum (dok.).

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 36. Leo: O leczeniu krwotoków z przewodu pokarmowego. Schlesinger i Holst: Porównawcze badania co do wykrycia najdrobniejszych krwotoków w kale; nowa odmiana próby benzydynowej. Rinne: Operacyjne leczenie samorodnej padaczki. Sommer i Fürstenau: Pozorne ładunki elektryczne ciała ludzkiego. Bence: Trzy przypadki polyglobulii z obrzękiem śledziony. Greeff i Clausen: Krętek blady przy doświadczalnie wywołanem miąższowem zapaleniu rogówki. Katz: W sprawie miejscowego znieczulenia górnych dróg oddechowych i ucha. Cassel: Sen u dzieci. Sklarek: Doświadczenia z santylem, nowym lekiem przeciwwiewiórowym.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Neuronal, bromdiethylacetamid wyrobu firmy Kalle et Co. w Biebrich poleca dr W. Heinicke (*Mediz. Klinik* 1906, Nr 22). Przedtem już znalazł środek ten uznanie w całym szeregu prac fachowych (Fuchs i Schultze, Siebert, Becker, Kurt Schultze, Weifenbach, Raschkow, Euler, Bleibtreu, Bresler), stwierdzających bądźto korzystny skład chemiczny, bądź też wybitne działanie lecznicze. H. stosował neuronal w 40 przypadkach (dyrektor zakładu dr Krell) zużytkowując 134 g. w 139 dawkach (22 przyp. *dementia praecox*, 2 *paralysis*, 1 *senium*, 1 *melancholia*, 1 *hysteria*, 3 zwyrodnienia, 1 stwardnienie tętnic mózgu w połączeniu z histeryą). W 71 dawkach działanie dobre, sen przeszło 6-godzinny, raz nawet $10\frac{1}{2}$-godzinny. W 32 dawkach wynik średni. Dawki jednorazowe wahały się od 0·5—2·0 g., stosownie do przypadku. Tylko dwa razy wystąpiły wymioty, zresztą nie spostrzegano działań ubocznych. Smak lekko gorzkawy, przypomina mentol, nie budzi wstrętu. Neuronal działa w przybliżeniu, jak trional, a działaniem przewyższa go jedynie weronal; wobec tych środków atoli ma neuronal tę wyższość, iż nie jest trujący.

Dr Gerlach poleca również neuronal (*Münch. med. Woch.* 1906, Nr 21) na podstawie 51 przypadków różnych ciężkich chorób układu nerwowego. W pewnych przypadkach z silnymi stanami podniecenia posuwał się do dawki 3 gr. Pamiętać należy o tem, że skuteczność neuronalu utrzymuje się mimo podawania go przez czas dłuższy, gdy środki nasenne przeważnie pozbawione są tej zalety. *L*

Bialska Fabryka Chemiczna
„BESKID“

wyrabia i poleca najnowsze w wodzie zupełnie rozpuszczalne przetwory:

Septosolum „Beskid“, najnowsze antisepticum i desodorans w wodzie zupełnie w każdym stosunku rozpuszczalne. w praktyce gynekologicznej jak najlepiej polecone, bez zawartości kw. karbol.

Formasol „Beskid“, idealne antisepticum i znakomite desodorans, przyjemnie pachnące, w wodzie rozpuszczalne, niegryzące i nie niszczące ani materyi, ani bielizny.

Viscogen „Beskid“, c. salaethylo 25% et 50% znakomite antirheumaticum jak najlepiej polecone, o pewnem i dzielnem działaniu.

Vaselinum formasoli w tubach do antyseptyki rąk, o przyjemnym zapachu.

Przetwory „Beskidu“ są polecone przez Komisyę Przemysłową Towarzystwa Lekarskiego. 235

Każda flaszka zaopatrzoną jest marką Towarzystwa Samopomocy Lekarzy.

Cenniki i próbki WP. lekarzom bezpłatnie.



PIERWSZY ZAKŁAD BANDAŻO-ORTOPAEDYCZNY
H. BOGDANOWICZA
Z PRAGI

80

UL. GRODZKA 35. W KRAKOWIE UL. FLORYANSKA 9.

Dostawca bandaży dla Miejskiej Kasy chorych.

Specyalista brzusznych pasów. —— Dla Pań damska obsługa.

Poleca swoje własne wyroby w najlepszych gatunkach we własnych i zagranicznych konstrukcyach, pasy przepuklinowe, pachwinowe, pępkowe, pasy brzuszne i nerkowe, konstrukcyi najsłynniejszych WP. Profesorów. Sznurówki i szelki do prostego trzymania się. Sztuczne aparaty do równania różnych części ciała oraz poduszki i pończochy gumowe. Pasy hygieniczne miesięczne system Teufla. Irygatory, strzykawki, wata, przyrządy do inhalacyi, prześcieradła gumowe, suspensorya i t. p.

Zamówienia wykonuje się szybko i odwrotną pocztą.

Na żądanie Wiel. P. T. Klientów przychodzę lub przyjeżdżam na Prowincyę.

Najsmaczniejsze i dlatego najlepsze nowoczesne przetwory hemoglob. są

Perdynamin
i Lecithin-Perdynamin

Dawka 2 razy dziennie 1—2 łyżek, czysto lub z wodą, mlekiem lub winem.

Wskazania: blednica, niedokrewność, białaczka, suchoty, ozdrowienie, cierpienia nerwowe.

—— Cena 1 flaszki perdynamin K. 3·50. ——

Cena 1 flaszki — Lecithin-perdynamin K. 5·50.

Fabrykant 68

H. BARKOWSKI, Berlin, O. 27, Alexanderstrasse 22.

Zastępca na Austro-Węgry:

Mr. Camillo Raupenstrauch, emeryt. aptekarz,

—— Wiedeń II/1, Castellergasse 25. ——

Perdynamin i Lecithin-Perdynamin są idealnymi środkami nowoczesnymi pobudzającymi odżywienie z powodu ich rzeczywistej wartości, dobrego smaku i znakomitego działania.

Pierwsza czeska fabryka przetworów higienicznych i leczniczych

M. U. Dr. Stan. Rejthárek, Králové Méstec, Czechy.

Kreozotyna. Najprzyjemniejszy ze wszystkich nowoczesnych przetworów gwajakolowych i kreozotowych Wskazania: zapalenie płuc i gruźlica.

Respiryna. Nowe sedativum. Wskazania: we wszystkich nieżytowych zapaleniach gardła, płuc i narządów głosowych. Wyśmienita w praktyce dziecięcej w **krztuścu.**

Lipanol zastępuje obecnie najlepiej tran.

MALTO, słodowy składnik kąpieli dla dzieci wątłych i krzywiczych
MALTOFERRYNA, przetwór żelazisty w proszku i kołaczykach (trochoidach).
MALTOPEPSYNA, skuteczna w chorobach żołądka

„TROCHOID“
(Nazwa prawnie zastrzeżona).

ANTIRHEUMATICAE. Kołaczyki z aspiryna i salicylanem sodowym
ANTIPYRINI. Koł. z czysta antypir
BROMATAE COMPOS. Kołaczyki z bromkiem amonu, sodu i potasu.
DENTAL, kołaczyki do szybkiego przygotowania przeciwgnilnej wody do ust.

Główny skład dla Galicyi: „MODNA NOWOŚĆ“

Kraków: Konst. Wiszniewski, aptekarz, ul. Floryańska. 180

Lwów: Piotr Mikolasch i Sp., aptekarz, Pasaż Mikolascha

SYRUP HYPOPHOSPHIT
comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych **klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.**

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin“

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu.

Polecany jako środek lekko strawny, popudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej. 159

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr Gudego w Lipsku.

Dwie flaszki wysyłam franco. Dwie flaszki wysyłam franco.

(Preparat ten wydaje się jedynie na przepis lekarza).

Rok XLV. Kraków 22 Września 1906. Nr 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi prof. O. Bujwida w Krakowie.

Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliźnie.

(Część trzecia.)

Napisał

R. Nitsch

asystent Zakładu higieny Uniw. Jag.

„Primum: non nocere.“

W roku 1904 zebrałem w pierwszej części „Uwag“ dowody nieszkodliwości zarazka stałego (*virus fixe*) dla człowieka przy podskórnem zaszczepieniu. Równocześnie zdałem sprawę z pierwszych prób szczepienia ludzi świeżym stałym zarazkiem. Wreszcie wspomniałem o doświadczeniach, wykonanych w krakowskim Zakładzie higieny ze zarazkiem stałym [1]).

W części drugiej roztrząsnąłem, czy metoda Pasteura nie przynosi czasem szkody leczonym i czy w niektórych przypadkach nie przedłuża okresu wylęgania choroby. W końcu wywiodłem, że osoby płci męskiej umierają na wściekliznę średnio o dwa tygodnie później po ukąszeniu, aniżeli osoby płci żeńskiej [2]).

W tej części będzie mowa o dalszem szczepieniu ludzi coraz świeższym zarazkiem stałym.

Jak już opisałem w części pierwszej w roku 1904, szczepiono w tutejszym Zakładzie od września do grudnia 1903 r. rdzeniami 6—1-dniowymi 108 osób z pomyślnym wynikiem. Z pośród nich szczepiono 52 osób z różnych powodów jeszcze energiczniej, a mianowicie rdzeniami 4 lub 3-dniowymi do 1-dniowych.

Potem używano od 1 stycznia aż do 14 marca 1904 znowu dawniejszej metody, tj. zaczynano szczepić rdzeniami 8 dniowymi a kończono 2-dniowymi. Zaszczepiono tą metodą sto osób, z których 2 zmarły na wściekliznę. W części pierwszej była mowa tylko o jednej zmarłej osobie: był to starzec 72-letni J. L. z Królestwa. Dopiero w styczniu 1905 otrzymaliśmy wiadomość, że oprócz tego zmarła jeszcze druga osoba, a mianowicie 14-letnia dziewczynka M. Ch. z powiatu cieszanowskiego w Galicyi. Była ona szczepiona z początkiem marca przez 10 dni, a zmarła dopiero po 288 dniach po ukończeniu leczenia (dnia 1 stycznia 1905). Obydwie te zmarłe osoby były pokąsane głęboko w rękę.

Od 15 marca 1904 zaczęto używać znowu metody energiczniejszej: a mianowicie zaczynano szczepić 5 dniowymi rdzeniami, a kończono na 1-dniowych. Tak postępowano aż do końca r. 1904.

W tym czasie (od 15/III do 31/XII 1904) zdarzyły się znowu 2 przypadki śmierci na wściekliznę wśród leczonych. Były to: 1) Z. K., dziewczynka 11-letnia pokąsana w rękę 19/VII przez psa; — szczepiona od 22—31/VII (9 dni); — zachorowała 12/VIII i zmarła po 5-dniowej chorobie. 2) K. G., kobieta 65-letnia, pokąsana w rękę 7/VII przez psa; — szczepiona od 12/VII tylko 8 dni; zachorowała 22/IX a zmarła 25/IX na wściekliznę.

Z tych dwóch przypadków jednak obciąża naszą statystykę właściwie tylko pierwszy. Albowiem K. G. pomimo upomnień nie chciała dokończyć leczenia i odjechała w 8. dniu leczenia. Nie była ona wcale szczepioną 1-dniowymi rdzeniami, albowiem używano ich dopiero w ostatnich 2 dniach leczenia. Byłaby ona prawdopodobnie ocalała, gdyby dokończyła leczenia: dowodzi tego stosunkowo późny wybuch choroby u tej kobiety. Zachorowała ona dopiero w przeszło 50 dni po opuszczeniu zakładu. A należy tutaj zaraz zaznaczyć, że oprócz tego przypadku nie mieliśmy w Zakładzie prof. Bujwida ani jednego, gdzieby choroba wybuchła później, niż w 2 tygodnie po ukończeniu leczenia, a mianowicie w czasie od 15/III 1904 aż do końca roku 1905 t. j. wtedy, kiedy stosowano wzmocnione szczepienia.

Wogóle szczepiono w roku 1904 osób 616 i z tych zmarły 4 na wściekliznę.

Z tych 616 pokąsanych szczepiono metodą dawniejszą (rdzeniami 8—2-dniowymi 2 razy dziennie przez 10 dni) 100 osób: z tych zmarły dwie. Metodą energiczną (rdzeniami 5—1-dniowymi 2 razy dziennie przez 10 dni) szczepiono 516 osób. Z tych zmarły również 2; jednak jedna z nich nie powinna tu być zaliczona, bo nie była szczepiona 1-dniowymi rdzeniami.

Ta statystyka stwierdza zatem znaczne zmniejszenie się śmiertelności od czasów stosowania energiczniejszych szczepień.

Zwróćmy jeszcze uwagę na rok 1903. Wtedy szczepiono razem 556 osób, z których 4 zmarły. Metodą dawniejszą (aż do 7/IX 1903) leczono 448 osób: z tych zmarły 4. Metodą energiczniejszą (od 6 lub 4-dniowych do 1-dniowych rdzeni) szczepiono osób 108, z których żadna nie zmarła.

Porównajmy teraz statystyki tych 2 lat:

W r. 1903 szczepiono 556 osób z tych zmarły 4
„ „ 1904 „ 616 „ „ „ „ 4.

Z pośród tych szczepiono:

Metodą dawniejszą osób 548, z których zmarło 6 tj. 1·09%
„ energiczną „ 624, „ „ 2 „ 0·33%.

[1]) Obacz: „Medycyna“ 1904, Nr 31—33.
[2]) Obacz: „Przegląd lekarski“ 1906, Nr .

Właściwie jednak powinnoby się liczyć tylko 1 zmarłą osobę z energicznie leczonych, jak to wyżej omówiono.

Stąd widać, że statystyki minionych 2 lat dawały nam wyraźną wskazówkę, że i nadal powinno się szczepić energicznie. Tak też czyniliśmy od początku roku 1905.

Winienem tu zaznaczyć, że pp. Z. Klemensiewicz (stale) i dr F. Eisenberg (chwilowo) dokonywali szczepień według mego planu, przyjętego przez prof. O. Bujwida. W tych szczepieniach ja sam tylko częściowo mogłem brać czynny udział. Bez pomocy więc pp. Klemensiewicza i dra Eisenberga i zgody prof. Bujwida nie mógłbym swego planu konsekwentnie przez dwa lata przeprowadzać.

Jak powiedziano, szczepiliśmy także w r. 1905 energicznie. Używaliśmy w tym roku rdzeni króliczych od 899—949 pokolenia zarazka stałego. Przechowywano je w pokoju w lodowni. Zwykle znajdował się tam też lód: jednak niekiedy, zwłaszcza z początku, obywaliśmy się tygodniami bez lodu. Pomimo jednak energicznych szczepień wynik w r. 1905 był gorszy, niż poprzednio.

Już w styczniu 1905 przyszła wiadomość, że W. S., młody chłopak, wracając do domu z zakładu, dostał w wagonie wybitnych objawów wodowstrętu i przeniesiony do szpitala w Przemyślu zmarł tam po 2 dniach. Chłopiec ten był ukąszony w rękę przez psa: przybył do Zakładu dopiero w 12 dni później, był szczepiony 12 dni (aż do 17/I 1905), a zmarł już 21/I na wściekliznę. Zginął on zatem w 4 dni po ukończeniu leczenia, a w 28 dni po ukąszeniu. Zmarł wśród objawów typowej wścieklizny („rasende Wut").

Z początkiem kwietnia 1905 zdarzył się drugi przypadek śmierci. T. B., 36-letnią żonę stolarza z Nowego Sącza, pokąsał pies w rękę. Sekcya psa, wykonana przez weterynarza, wzbudziła przypuszczenie wścieklizny. Kobieta ta przybyła do Zakładu dopiero w 16 dni po ukąszeniu, była 12 dni energicznie leczona i opuściła zakład d. 1/IV 1905. Jednak już 4 kwietnia otrzymał prof. Bujwid od dr Męskiego list tej treści:

„Dnia 2/IV w niedzielę wezwany zostałem do T. B., która znajdowała się w zakładzie JWP. Profesora od dnia 20 marca do 1 kwietnia b. r. i gdzie jej miano dokonać 22 wstrzyknięć przeciw wściekliźnie.

Narządy wewnętrzne bez zmian patologicznych; tętno 72 silne, dobrze napięte — ciepłota 36·4. Ból głowy, lekka sztywność w karku, niedowład kończyn, szczególniej dolnych, przytomność utrzymana, porażeń nerwów mózgowych i kurczów żadnych nie ma.

3 kwietnia przy powtórnem badaniu stan ogólny ten sam, co dnia poprzedniego; dołączyło się zaś krztuszenie przy połykaniu, utrudnienie mowy i kaszlu, upośledzenie czucia na całej skórze, zupełna bezwładność kończyn bez zesztywnienia, głównie dolnych; jakkolwiek moczu i kału nie oddaje pod siebie, niema jednak świadomości, kiedy ma je oddać i załatwia naturalne potrzeby tylko na podstawie wiadomości, że je powinna załatwić jak dawniej". 4/IV otrzymaliśmy wiadomość, że chora zmarła wśród objawów porażnych, nieustannie się rozszerzających.

Zmarła ona przeto w 3 dni po ukończeniu leczenia a w 31 dni po ukąszeniu.

Trzeba przyznać, że przypadek ten bardzo zaniepokoił tak mnie, jak i wszystkich w Zakładzie. Nasuwało się pytanie, czy jednakże tutaj nasze energiczne leczenie nie zaszkodziło chorej, zwłaszcza dlatego, że przebieg choroby wśród wyłącznie porażnych objawów wyglądał bardzo podejrzanie. Czy więc należało szczepić i nadal według nowego planu — wobec tego smutnego przypadku, czy też powinniśmy byli może wrócić do starej metody szczepienia?

Statystyka z lat 1903 i 1904 przemawiała stanowczo na korzyść energicznej metody. Owe 2 przypadki śmierci, które do tego czasu w r. 1905 się zdarzyły, tyczyły się ludzi, którzy zgłosili się bardzo późno do leczenia, bo dopiero po 12 i po 16 dniach od ukąszenia; z drugiej strony zaś nie straciliśmy do tej chwili żadnego z energicznie leczonych, a pokąsanych w głowę lub w twarz. Jest jednak ogólnie znaną rzeczą, że rany zadane w głowę i w twarz są najniebezpieczniejsze: wiedząc o tem, szczepiliśmy zawsze tak pokąsanych najenergiczniej. Takich ludzi w r. 1905 leczono przez 16 dni (przedtem 14), używając bardzo dużych dawek rdzeni jednodniowych. Mimo to nie zmarł ani jeden z nich. Umierali tylko ludzie, pokąsani w rękę i szczepieni znacznie słabiej (tylko 12 dni). Zwrócił na to moją uwagę p. Z. Klemensiewicz. — Wreszcie opisano dosyć przypadków, w których wścieklizna występowała wśród objawów porażnych od samego początku u ludzi, którzy wcale metodą Pasteura szczepieni nie byli. Takie przypadki ogłosił Gamaleia.

Postanowiliśmy wreszcie i nadal szczepić energicznie, chociaż ja osobiście straciłem wiele z tego zaufania, z jakiem metodę tę stosowałem jeszcze przed kilku miesiącami.

(C. d. n.)

Z Zakładu anatomii porównawczej Uniw. Jag.

Przyczynek do poznania budowy zębiaków (odontomata).

Podali

Prof. Dr Wincenty Łepkowski i Jan Stach.

(Dokończenie.)

Wnętrze pierścienia wypełniają liczne złogi wapienne, które osadzały się nieregularnie dokoła naczyń krwionośnych, odżywiających komórki tego pęcherzyka. Ślady przebiegu tych naczyń utrzymały się w postaci długich zacieśnionych przestworów, wijących się w najrozmaitszych kierunkach wśród zbitej masy wapiennej. Masa ta nie jest ściśle połączona z wewnętrzną ścianą pęcherzyka, gdyż granica między niemi występuje nader wyraźnie i przy sporządzaniu szlifu trzeba było postępować bardzo ostrożnie, aby ten zbity środek nie wypadł z zębinowego obramienia.

Naczynia, które odżywiały pęcherzyk, wnikać musiały do jego wnętrza przez otwór w górnej jego ścianie. Naprowadza na to mała przerwa w pierścieniu zębinowym w tem miejscu, wypełniona, jak powyżej nadmieniono, również złogami wapiennymi.

Pęcherzyk spojony jest z zębem w ten sposób, że na pewnej, dość znacznej przestrzeni zębina zęba przylega bezpośrednio do zębiny pęcherzyka i jak wyżej wspomnieliśmy, otrzymujemy wskutek tego złudny obraz, jak gdyby pęcherzyk był wypukliną zęba, a układy ich kanalików zębinowych pozostawały ze sobą w ścisłym związku. Od dołu zagłębienie pomiędzy ścianą zęba a pęcherzykiem wypełnia znaczna warstwa cementu o licznych ciałkach kostnych, niczem nie różniąca się od zwykłego, który powleka korzenie zębów. Widocznie wytworzył on się tutaj i pokrył pęcherzyk od dołu w tym samym czasie, w którym osadził się i na korzeniach zęba, bo warstwy jego są zupełnie jedno-

stajnie i zgodnie na obu tych tworach ułożone. Od góry zaś, zaraz obok otworu, prowadzącego do wnętrza pęcherzyka, jest również wcięcie, które na pierwszy rzut oka trudno spostrzedz. Odpowiada ono dolnemu, ale nie jest wypełnione cementem, lecz również nieregularnymi osadami wapiennymi, podobnymi do tych, które zapełniają wnętrze pęcherzyka

Przesuwając pod mikroskopem szlif od jednego z tych wcięć do drugiego można określić granicę pomiędzy zębem a pęcherzykiem także i w miejscach, gdzie zaznacza się ona słabo, lub nawet na pozór całkiem niknie, t. j. tam, gdzie kanaliki zębinowe zęba zdają się przechodzić w takież pęcherzyka. Pomocnymi drogowskazami w tem nakreśleniu granicy są przestwory bądź puste, bądź wypełnione złogami wapiennymi, które widoczne są na szlifie pomiędzy zębem, a pęcherzykiem tak od góry, jak i dołu, rozrzucone w znaczniejszych od siebie odstępach.

Posuwając się granicą zespolenia się tych dwóch tworów dostrzegamy, że brzegami wcięcia górnego nie są tak, jak się zrazu wydaje, z jednej strony szkliwo, pokrywające koronę zęba, a z drugiej górna ściana pęcherzyka, lecz że szkliwo od pęcherzyka oddziela niewielka ścianka zębiny, która wznosi się do tej samej wysokości, jak w zębie. Kanaliki zębinowe, przebiegające w tej ścianie, łączą się tak ściśle z kanalikami zęba, że nie ulega wątpliwości, iż ścianka ta utworzona jest z tej samej zębiny, co ząb. Gdy jednak zębina w zębie pokryta jest w tej części, t. j. na koronie, szkliwem, to wspomniana ścianka pokrycia tego jest pozbawiona i wchodzi w łączność z pęcherzykiem w ten sposób, że brzeg jej, zwrócony do niego, spojony jest z nim, jak powiedzieliśmy już poprzednio, złogami wapiennymi i dopiero pod nią jest właściwe wcięcie górne i przebiega granica między pęcherzykiem a zębem.

Do któregoż z trzech, wyróżnionych przez Walkhoffa rodzajów nieprawidłowości należałoby zaliczyć opisany tutaj twór? Najbardziej zbliża się on postacią do „ciałka bezszkliwnego“, podobnie bowiem jak ono nie ma pokrycia szkliwnego, zębina tworzy pierścień, a nadto całość spojona jest z zębem. I za takie właśnie ciałko bezszkliwne uznaliśmy twór ten początkowo. Jeżeli jednak sądzić będziemy o istocie tej nieprawidłowości ze sposobu powstawania, jaki Walkhoff co do ciałek bezszkliwnych przyjmuje, to w takim razie albo nie jest ten twór w naszym przypadku ciałkiem bezszkliwnem, albo też początek powstawania tych ciałek jest inny, niż Walkhoff podaje.

Powstawanie wszystkich przez siebie wyróżnionych rodzajów zębiaków tłómaczy Walkhoff w ten sposób:

Przebieg tworzenia się t. zw. „Schmelztropfen“ i ciałek bezszkliwnych jest bardzo do siebie zbliżony, tak w pierwszym bowiem, jak i w drugim przypadku początek daje im bujanie tkanki zębinowej w tym czasie, kiedy budowa zęba nie jest jeszcze całkowicie ukończoną. Istnieje jeszcze mianowicie narząd szkliwny (Schmelzorgan), który spełniwszy już część swego zadania, to jest zabezpieczywszy koronę zęba trwałem pokryciem, otacza jeszcze kształtujące się korzenie, szkliwa już jednak nie wydzielając. Tylko, gdy przy powstawaniu „Schmelztropfen“ nowotwór ten zębinowy nie oddziela się od zęba macierzystego i pobudza w danem miejscu narząd szkliwny do wtórnej czynności wydzielania szkliwa, wskutek czego uzyskuje pokrycie szkliwne, — to ciałka bezszkliwne urastają do znaczniejszych zazwyczaj rozmiarów, odcinają się od zęba, który im dał początek i łączą się z nim dopiero wtórnie zapomocą cementu. Nie pobudzają one nadto narządu szkliwnego do wydzielania twardej substancyi. Zdaniem Walkhoffa przyczyny tego szukać należy w tem, że narząd szkliwny w czasie powstawania ciałek bezszkliwnych jest już poprzerastany tkanką łączną, która otacza ząb, nie może więc objąć już roli wydzielania tutaj szkliwa.

Właściwe zaś zębiaki powstają, — zdaniem Walkhoffa, — wskutek rozpadu całego zawiązku zębowego. Przebiegu tej nieprawidłowości nie określa on jednak dokładniej, ani dostatecznie nie uzasadnia. Świadczą o tem następujące jego słowa, w których tłómaczy sposób wytwarzania się tych zębiaków: „Eine vielfach durchaus regellose Spaltung eines Zahnkeimes erzeugt das eigentliche Odontom, welches, wenn nur die Wurzel betheiligt ist, natürlich nur Cement und Zahnbein aufweist. Entsteht die Theilung unmittelbar schon beim Beginn der Kronenentwicklung, so sind alle drei Zahnsubstanzen in dem Odontom vorhanden“.

Na powyżej przytoczone tłómaczenie powstawania tych trzech rodzajów nieprawidłowości zębowych nie we wszystkich szczegółach moglibyśmy się całkowicie zgodzić, a w szczególności trudno przyjąć bez zastrzeżeń opis sposobu wytwarzania się „właściwych zębiaków“.

Wiemy z badań rozwoju uzębienia, szczególnie z doniosłych w tym względzie spostrzeżeń przedwcześnie zmarłego Brunna, że skoro wypuklenie z listwy zębowej, które ma dać początek jakiemuś zębowi, zetknie się z brodaweczką, występującą naprzeciw niego z tkanki łącznej, to wypuklenie to rozszerza się dzwonkowato i obejmuje z wierzchu brodaweczkę, tworząc na niej jak gdyby pokrycie. Pokrycie to spełnia dwa bardzo ważne zadania w budowie zęba, mianowicie przedewszystkiem nadaje zawsze kształt całej postaci zęba, a powtóre zabezpiecza w przeważnej większości przypadków ząb od niekorzystnych wpływów zewnętrznych przez wydzielenie na części zęba, która wystaje ponad dziąsło, czyli na t. zw. koronie, warstwy nader odpornego szkliwa.

Zależnie od tych odmiennych zadań, pokrycie to nabłonkowe przybiera w różnych częściach rozwijającego się zawiązka zębowego różną postać.

Ponad szczytem brodaweczki zębowej, t. j. w tej części, z której powstanie korona zęba, pokrycie nabłonkowe rozrasta się znacznie w ten sposób, że nabłonek, tworzący ściankę zewnętrzną, odsuwa się od nabłonka, przylegającego bezpośrednio do brodaweczki zębowej. Przestrzeń, która pojawiła się między temi ściankami wskutek takiego zwiększenia się pokrycia nabłonkowego, wypełniają komórki kształtu gwiazdkowatego pochodzenia również nabłonkowego. Powstaje w ten sposób narząd szkliwny (Schmelzorgan), złożony: z warstwy t. zw. nabłonka wewnętrznego, przylegającego bezpośrednio do komórek brodaweczki zębowej, którego komórki biorą na siebie rolę wytworzenia szkliwa i noszą dlatego nazwę ameloblastów; z warstwy nabłonka zewnętrznego, zabezpieczającego prawdopodobnie cały narząd szkliwny przed naporem otaczającej go tkanki łącznej i naczyń krwionośnych; wreszcie ze zbiorowiska wyżej wspomnianych komórek nabłonkowych kształtu gwiazdkowatego, które wypełniają teraz przestrzeń między temi dwiema warstwami, tworząc tutaj t. zw. miazgę czyli miąższ narządu szkliwnego (Schmelzpulpe).

W bocznych zaś częściach brodaweczki zębowej, t. j. począwszy od okolicy, zwanej później w gotowym zębie szyjką jego, obie ścianki pierwotnego pokrycia nabłonkowego nie odsuwają się od siebie i nie wytwarza się między niemi warstwa komórek gwiazdkowatych. Zaczynają natomiast rosnąć coraz bardziej w głąb szczęki, wskutek czego ząb wydłuża się i zyskuje silne umocowanie w postaci korzeni zębowych. Część ta pokrycia nabłonkowego — zdaniem Brunna, ogólnie przyjętem — kieruje układaniem się i wzrostem odontoblastów, t. j. komórek brodaweczki zębowej, które wydzielają zębinę. Brunn nadał tej części nabłonkowej nazwę pochewki nabłonkowej (Epithelscheide).

Gdy narząd szkliwny po wytworzeniu odpowiednio grubej warstwy szkliwa ginie, poprzerywany naczyniami krwionośnemi i wdzierającemi się w ich ślad komórkami tkanki łącznej, to pochewka nabłonkowa istnieje jeszcze dopóty, dopóki wzrost zęba całkowicie się nie ukończy przez wytworzenie się jego korzeni. U zwierząt, które posiadają zęby, w miarę zużywania się wciąż nadrastające od dołu, n. p. u gryzoni, pochewka ta istnieje przez całe życie u podstawy zębów i kieruje ich wzrostem.

Na tej właśnie różnicy w czynnościach tych dwóch części pokrycia nabłonkowego opiera Walkhoff odmienne postacie wymienionych powyżej nieprawidłowości.

Wyobraźmy sobie, w jaki sposób musiałoby przebiegać zjawisko wytwarzania się tych zboczeń.

W jednem więc podczas wzrostu zęba miejscu, ściśle ograniczonem, zaczyna nagle bujać warstwa odontoblastów, tworząca powierzchnię brodaweczki zębowej. Może to nastąpić bądź u samej podstawy zęba, gdzie komórki nie są jeszcze wybitnie zróżnicowane i nie wydzielają zębiny, albo też powyżej, gdzie ścianka zębiny jest jeszcze za słaba, aby mogła stawić skuteczny opór komórkom brodaweczki, które na nią od wnętrza napierają wskutek tego nieprawidłowego bujania. W obu razach wypuklić się więc może na zewnątrz część brodaweczki, w większych rozmiarach w pierwszym przypadku, mniej w drugim.

Gdyby to wypuklenie nastąpiło w okolicy korony zęba, to znaczy w części, dokąd sięga narząd szkliwny, musiałoby ono zostać pokryte szkliwem i powstałby tylko jak gdyby nowy wzgórek na koronie zęba. Jeżeli pojawi się ono poniżej narządu szkliwnego, gdzie istnieje tylko pochewka nabłonkowa, to właściwie szkliwo nie powinnoby go pokryć. Nie jest jednak całkowicie wyłączonem przypuszczenie, jakie czyni Walkhoff, że wskutek bujania zębiny zostaje pochewka w tej części pobudzona do wydzielania szkliwa. Powstałaby wtenczas nieprawidłowość, którą on nazwał „Schmelztropfen“.

Jeżeliby zaś wypuklenie to powstało u podstawy zęba, to prawdopodobnie wyszłoby poza granice pochewki nabłonkowej i wtenczas nie mogłoby już otrzymać pokrycia szkliwnego. Utworzyłoby się więc zboczenie, które możnaby nazwać całkiem bezszkliwnem.

Prawdopodobniejsze jest takie tłómaczenie powstawania tej nieprawidłowości, aniżeli to, które podaje Walkhoff, że powstaje to ciałko bezszkliwne wskutek bujania zębiny w okresie, kiedy narząd szkliwny i pochewka są już poprzerywane komórkami otaczającej tkanki łącznej. Prawdopodobniejsze zaś dlatego, że wypuklenie w każdym razie może nastąpić tylko w okresie, kiedy ścianka zębiny jest jeszcze tak cienka, że może pod naporem komórek ustąpić i wygiąć się na zewnątrz, (bo przecież sama, już utworzona i zwapniała zębina bujać nie może), a wtenczas pochewka istnieje jeszcze wzdłuż ścian zęba. Dlaczegożby więc raz pochewka wydzielała szkliwo, a drugi raz w podobnym przypadku nie? Możliwem byłoby to chyba jeszcze jedynie, gdybyśmy przyjęli, że wypuklenie to dla ciałka bezszkliwnego było tak znaczne i parło z taką mocą, że przerwało w danem miejscu pochewkę, a więc szkliwo nie mogło się na niem osadzić.

Ale w jaki sposób wytłómaczyć sobie w takim razie oddzielenie się ciałka bezszkliwnego od zęba macierzystego, jak to przyjmuje Walkhoff? Jeżeli wypuklenie to powstaje wskutek wygięcia się na zewnątrz, chociażby nawet bardzo znacznego, ścianki zębiny, to w każdym razie pozostawałoby w ścisłym związku z zębem macierzystym. Mogłyby nawet do niego wejść naczynia krwionośne, naturalnie tylko od strony zęba, gdyż od zewnątrz istniałaby już ścianka gotowej zębiny. Mógłby się kanał, łączący to wypuklenie z zębem macierzystym, zacieśnić wskutek zgrubienia warstwy zębiny, a nawet mogłoby się to wypuklenie wypełnić całkowicie zębiną lub złogami wapiennymi, nieregularnie osadzającymi się przy ostatku, ale zawsze byłoby w związku z zębem i zawsze możnaby się było dopatrzyć śladu istnienia pierwotnego kanalika, za pośrednictwem którego to wypuklenie łączyło się z zębem. Nadto i zębina na obwodzie wypuklenia musiałaby być przedłużeniem zębiny w ścianach zęba. W żaden więc sposób nie możemy sobie wytłómaczyć, jakie czynniki mogłyby wpłynąć na to, aby ciałko bezszkliwne odłączyło się od zęba, jeżeli przyjmować będziemy powstawanie ciałka bezszkliwnego w ten sposób, jak podaje Walkhoff.

Oddzielenie takiego ciałka możliwem byłoby jeszcze tylko przy takiem jego powstawaniu, o jakiem wyżej nadmieniliśmy, t. j. że początek mogło mu dać wypuklenie się części brodaweczki u samej podstawy poza granicą, do której sięga pochewka. W takim bowiem razie pochewka, rosnąc następnie w dół dla wytworzenia korzeni zęba, mogłaby odciąć tę wypukloną część od reszty brodaweczki. Gdyby zaś oddzielona w ten sposób od zęba macierzystego część ta miała się dalej rozwijać, musiałyby czynność odżywiania jej objąć naczynia krwionośne z otoczenia i otwór kanalika, wiodącego do wnętrza zwapniałego już ciałka, zwrócony byłby wtenczas na zewnątrz, ku dziąsłom.

Co do właściwych wreszcie zębiaków, to nie jest wyłączonem, że pierwotny zawiązek może uledz rozpadowi. Wszak ząb n. p. słonia, złożony jak gdyby z płyt zębinowych, pokrytych szkliwem i spojonych ze sobą cementem, nie jest niczem innem, jak tylko jedną brodaweczką zębową, która została podzielona wtórnie na liczne drobniejsze części, pozostające jednak w ścisłej łączności. Nie rozumiemy jednak zupełnie końca zdania Walkhoffa, w którem określa on powstawanie i budowę zębiaków: „wenn nur die Wurzel betheiligt ist, natürlich nur Cement und Zahnbein aufweist“. Korzenie są przecież częścią zęba i to tylko dodatkową, późniejszą; cóż więc dzieje się wtenczas, podczas rozpadu zawiązka, z utworzoną już i pokrytą szkliwem koroną zęba?

Nas na razie obchodzi jedynie ciałko bezszkliwne, bo

w niem dopatrywaliśmy się podobieństwa do nieprawidłowości, przez nas tutaj opisanej.

W jaki sposób mogła powstać ta nieprawidłowość badanego przez nas zęba?

W ten, jaki Walkhoff przyjmuje, w każdym razie nie, bo, jak już wskazaliśmy, musiałby pozostać ślad naczyń, które od strony zęba macierzystego ją odżywiały i łączność układów zębinowych. Tutaj zaś tych obu szczegółów nie dostrzegamy.

Mogłaby więc ta nieprawidłowość mieć początek i przebieg rozwoju podobny do tego, jaki wyżej nakreśliliśmy, to jest, że część brodaweczki zębowej, która wypukliła się przy podstawie, straciła łączność z całością wskutek oddzielenia jej przez pochewkę. Dalszy zaś jej rozwój umożliwiły naczynia krwionośne, które wniknąwszy z otoczenia do jej wnętrza, wzięły na siebie rolę odżywiania warstwy komórek, budujących zębinę. Skoro zaś pierwotne odontoblasty zużyły się, a nowych wskutek odmiennych warunków zabrakło, wnętrze wypełniły złogi wapienne. Ponieważ wypuklenie to nastąpić mogło tylko wtenczas, kiedy ząb nie miał jeszcze wytworzonych całkowicie korzeni, przeto narośl ta leży bliżej szyjki zęba, a nadto cement, kończący budowę zęba i osadzający się naostatku na korzeniach, pokrył także i ją i spoił z zębem macierzystym.

Jeszcze chętniej przychylilibyśmy się jednak na stronę następującego tłómaczenia sposobu powstania opisanej przez nas nieprawidłowości:

Wiadomo, że skoro z listwy zębowej odgałęzią się wypuklenia na zawiązki zębowe, tkanka warstwy mezodermalnej zaczyna w odpowiednich miejscach silniej bujać, dając przez to początek brodaweczkom zębowym. Brodaweczki te rozrastają się coraz więcej i wtłaczają w odpowiadające im wypuklenia nabłonkowe, które wskutek tego muszą je pokryć, przybierając przy tem kształt klosza. Wskutek takiego wznoszenia się ku górze i wpuklania się w część pochodzenia nabłonkowego staje się brodaweczka zębowa składnikiem również czynnym, wbrew temu, co po większej części za Rösem przyjęto, że nabłonek występuje zawsze i ciągle czynnie, a brodaweczka zębowa zachowuje się tylko biernie.

Przyjmując ten czynny udział brodaweczki zębowej w wytwarzaniu zęba, wyobrazić sobie możemy, że naprzeciwko wypuklenia nabłonkowego dla danego zęba wystąpiła z tkanki łącznej brodaweczka większych rozmiarów, niż to zazwyczaj dzieje się przy tworzeniu się tego zęba trzonowego. Wyobrazić to sobie możemy tem łatwiej, że z jakichś dokładniej nieznanych nam przyczyn nie wytworzyło się z listwy zębowej, lub też, co jeszcze prawdopodobniejsze, zmarniało wypuklenie dla zęba sąsiedniego, pobudzona więc do bujania tkanka mezodermalna wystąpiła dla zęba następnego w większych rozmiarach. Wskutek tego wypuklenie nabłonkowe nie zdołało nakryć dzwonowato całej powierzchni tej brodaweczki, tylko znaczniejszą jej część, o takim obszarze, jak to się dzieje zazwyczaj. Gdy więc w miejscach, pokrytych nabłonkiem, wytworzył się ponad brodaweczką narząd szkliwny, a w następstwie tego szkliwo, to ta część brodaweczki, która nie została tem wypukleniem nabłonkowem objęta, pozbawioną również została i tej warstwy, ochraniającej od zewnątrz zębinę. Nie przeszkodziło to jednak rozwojowi tej części brodaweczki zębowej. Naczynia krwionośne, tak licznie oplatające rozwijający się zawiązek zębowy, nie powstrzymywane przez narząd szkliwny, który ponad tą częścią brodaweczki się nie rozwinął, wniknęły do wnętrza tej części z otoczenia, a niosąc odpowiedni materyał odżywczy odontoblastom, tutaj znajdującym się, dozwoliły wytworzyć im pierścień zębiny znacznej nawet grubości. Ponieważ równocześnie obok wzrastała warstwa zębiny w części, pokrytej narządem szkliwnym pod wpływem naczyń krwionośnych, odżywiających zawiązek zębowy od wnętrza jego miazgi, przeto powstały jednocześnie w jednolitej początkowo brodaweczce zębowej wskutek takiego następstwa rzeczy dwa układy zębinowe, bezpośrednio do siebie przylegające, lecz całkiem odrębne, o różnych ogniskach rozwoju.

Rozwój części, pokrytej początkowo nabłonkiem, poszedł i w dalszym ciągu prawidłowym tokiem. Pochewka nabłonkowa zaopatrzyła ząb w korzenie, na których osadziła się warstwa cementu. Natomiast część, pozbawiona od początku tego pokrycia nabłonkowego, nie mogła także otrzymać i teraz korzeni, ale cement, powlekający korzenie zęba, osadził się równocześnie i na spodniej stronie tego pierścienia, wiążąc go ściślej jeszcze z zębem macierzystym.

Za powyższem tłómaczeniem powstania opisanej przez nas nieprawidłowości przemawia to, że zębina korony zęba łączy się ściśle ze ścianką zębiny, która przylega do pęcherzyka i wznosi się do tej samej wysokości, co w zębie obok, a tylko nie jest pokryta szkliwem, chociaż nim być pokryta powinna, jako należąca do tego samego układu zębinowego; dalej, że zębina pęcherzyka przylega tak dokładnie w niektórych miejscach do zębiny zęba prawidłowego, że zdają się tworzyć jednolitą całość, musiały więc powstawać obie równocześnie, na co wskazuje także cement w jednolitych warstwach, a więc widocznie jednocześnie osadzany na korzeniach i na dolnej stronie tego pęcherzyka.

Jakkolwiek takie tłómaczenie powstawania tej nieprawidłowości zdaje się nam być bardzo prawdopodobnem i prostem, to jednak dalecy jesteśmy od tego, jak to zresztą już na początku zaznaczyliśmy, abyśmy uważali to tłómaczenie za zupełnie pewne i nie ulegające krytyce. Chcąc pewność taką uzyskać, musielibyśmy mieć możność zbadania licznych podobnych przypadków.

W zakończeniu tej notatki niech nam będzie wolno jeszcze pomieścić podziękowanie drowi Hoyerowi (jun.), prof. anatomii porówn. Uniw. Jagiell., za łaskawe pozwolenie korzystania ze środków Jego pracowni i wspieranie nas cennemi wskazówkami.

Oceny i sprawozdania.

Przekrwienie jako środek leczniczy.

Sprawozdanie poglądowe.

Zestawił

Dr Adolf Klęsk.

Wszelkie »nowe« sposoby leczenia spotyka los podobny: albo zaraz się o nich zapomina, albo też zyskują wielki rozgłos. Rozgłos ten uzyskać mogą (nie licząc ich nominalnej wartości) z tego powodu, że albo podane zostały przez człowieka bardzo znanego i słynnego, lub na odwrót przez kogoś, który zupełnie nic wspólnego z nauką medycyny nie ma. W ten sposób zyskało też rozgłos leczenie przekrwieniem, wznowione i naukowo zastosowane przez Biera. Śledzenie sprawy gojenia się, dalej natu-

ralnych i domowych sposobów leczenia zwróciło między innemi uwagę Biera na leczenie przekrwieniem i podał on je też nie jako zupełnie nowy, lecz jako wznowiony środek leczniczy. I cóż się stało? Sposób ten wraz z różnemi odmianami przyjął się tak prędko, że obecnie leczenie przekrwieniem stało się, jak to mówią »modnem«, wie o niem każdy inteligentny chory i żąda już często od lekarza, by go leczył w ten sposób. Przyrządy do wywoływania przekrwienia reklamuje się wszędzie, zjawiają się one już na wystawach sklepów i bandażystów, przejdą zapewne do sfer popularno-lekarskich, jak cyrulików i felczerów, podobnie jak bańki, gorczyczniki i pijawki.

Leczenie »bez pomocy noża«, to hasło, muszące zrobić przecież ogromne wrażenie.

Jeżeli Bier pragnął swój sposób zastosować do pewnych chorób i w pewnych warunkach, to zwolennicy jego zaczęli go stosować wszędzie, wymyślając najrozmaitsze przyrządy do tego i mamy już n. p. maskę do leczenia płuc przekrwieniem, dzwon do leczenia jam nosa, chorób ucha, macicy, chorób ocznych, zębów i t. d. Każde czasopismo lekarskie zawiera prawie w każdym poszycie wzmiankę o leczeniu przekrwieniem, najważniejsze też z nowszych prac w tym zakresie zebraliśmy w tem sprawozdaniu.

Nie wdając się w dokładniejszy opis sposobu Biera, zwrócimy tylko uwagę na najważniejsze jego punkta i wyniki lecznicze.

Przekrwienie stosować można w postaci: przekrwienia biernego, czynnego lub mieszanego (niektóre bowiem środki i przyrządy działają tak, że wywołują oba rodzaje przekrwień jedno po drugiem).

Przekrwienie ma mieć następujące działanie: 1) łagodzi ból, 2) przyśpiesza wessanie (p. czynne), lub je zwalnia (p. bierne), 3) działa bakteryobójczo, 4) ma własność rozpuszczania pewnych tkanek, 5) działa odżywczo.

Przekonajmy się teraz, co w ostatnich czasach powiedziano w piśmiennictwie o poszczególnych punktach.

Łagodzące ból działanie przekrwienia (umiejętnie stosowanego) nie ulega wątpliwości, o ile z drugiej strony stosowanie przekrwienia szablonowo stać się może przyczyną wielkich dolegliwości dla chorego. To złagodzenie bolu tłómaczy sobie Ritter pęcznieniem i nasiąkaniem surowiczem tkanek, podobnie jak to się dzieje przy znieczuleniu sposobem Schleicha. Bum tłómaczy sobie to łagodzenie bolu podobnie; jego zdaniem n. p. w stawie wysięk działa podobnie, jak wyciąganie, odsuwa od siebie chore części. Zapewne z tego powodu można w leczeniu przekrwieniem rozpoczynać tak szybko ruchy bierne i czynne w bolesnych niedawno stawach. To łagodzące działanie przekrwienia powszechnie jest znane i ono to sprawiło, że już oddawna przeciwko nagłym bolom stosuje się bańki, gorczyczniki i okłady gorące i wysychające. Zanadto silne przekrwienie nie usuwa bolesności, przeciwnie, może ją nawet wywołać lub potęgować i wtedy raczej usuwanie krwi z danego miejsca sprawia ulgę (pijawki, okłady zimne, lód i t. d.). Przekrwienie działa korzystnie także przeciwko swędzeniu i z tego powodu polecił je Ritter do leczenia chorób skórnych. Korzystny wpływ zauważono tutaj głównie przy wypryskach przewlekłych sączących (Ritter, Lossen), które leczono przyrządami ssącymi. Co do róży i różowatych zapaleń skóry, to zdania są tak podzielone, że raczej przyjąć należy, iż przekrwienie nie działa tu korzystnie. Dobre wyniki lecznicze spostrzegał prócz Biera Heller, natomiast złe Sick i Bestelmeyer. Pamiętać też należy o tem, że opaska, nieumiejętnie założona celem wywołania przekrwienia biernego, wywołuje często właśnie występowanie różowatych zmian skóry, dalej występowanie ropni (Lexer) i zakrzepów żylnych.

Co do przyspieszenia wessania, to w ten sposób działa głównie przekrwienie czynne; stosuje się je też z tego powodu w wysiękach zapalnych, w sprawach gośćcowych i im pokrewnych (gośćcowe i wiewiórowe zajęcie stawów), w krwiakach, wysiękach mięśni (t. zw. postrzałach), w zapaleniach okostnej, gruczołu przyusznego, migdałów i t. d. Przekrwienie to może w wielu razach wstrzymać rozwój sprawy zapalnej. Podobnie działać też może i przekrwienie bierne, a to znów wskutek swych bakteryobójczych i rozpuszczających własności.

Zwolnienie wessania zauważyć można przy stosowaniu przekrwienia biernego w ostrych sprawach zapalnych. Joseph wywoływał sztucznie obrzęk podług Biera i wstrzykiwał w te miejsca zwierzętom strychninę w śmiertelnej dawce. Z 7 zwierząt 6 pozostało przy życiu, natomiast wszystkie kontrolne zginęły. Wobec tego sądzi Joseph, że obrzęk rozcieńcza jad i nie dozwala, by się szybko dostawał do krążenia. Bier radzi stosować przekrwienie czynne głównie w niezakaźnych sprawach chorobowych, a biernie w sprawach, toczących się na tle zakażenia drobnoustrojami.

W ostrych sprawach zapalnych polecił Bier stosowanie przekrwienia przez kilka do kilkunastu godzin, potem przerwę i wysokie powieszenie kończyny i znowu przekrwienie. Przeciwko temu wystąpił Lexer. Według niego przypadki, poddawane leczeniu, podzielić można na 4 grupy: 1) przypadki lekkie bez gorączki, w których naciek ustępuje zupełnie; 2) przypadki bez gorączki, w których ropa toruje sobie szybko drogę na zewnątrz; 3) przypadki, w których naciek mięknie, lecz szerzy się mimo tego stale, gorączka nie opada, lecz przeciwnie wzrasta, a nieraz dołącza się różowate zajęcie skóry; 4) przypadki, w których naciek ciągle się powiększa i mimo stosowania przekrwienia następuje zajęcie naczyń limfatycznych, a nawet i żylnych, gorączka wzrasta i drobnoustroje dostają się do obiegu krwi. Przekrwienie wywołuje następujące zmiany: a) zmienione chłonienie, b) tworzenie się ciał ochronnych i fermentów protolitycznych, c) przesięk. Wchłanianie przy stosowaniu opaski jest wprawdzie zwolnione, lecz natomiast po zdjęciu jej tem więcej przyspieszone. To zmniejszone wchłanianie wyłącza ustrój z walki z zakażeniem, a podczas tego w miejscu, chorobą dotkniętem, zbierają się toksyny i powstałe z rozpadu drobnoustrojów endotoksyny. Ciała te dla tkanek obojętnemi być nie mogą. Po zdjęciu opaski dostają się one do krążenia. To więc, co z pomocą cięć i sączków usuwamy na zewnątrz, tu zostawiamy w ustroju. Tkanka, poddana zastoinie, nie jest wcale, jak wielu sądzi, jałową. Wprawdzie obrzęk zabija po części mikroby, lecz przytem tworzą się też endotoksyny, a mikroby rozwijają się dalej. To nasycenie endotoksynami sprawia, że często dołącza się do tych cierpień po stosowaniu przekrwienia zastoinowego róża lub różowate zajęcie skóry, szerząc się aż do miejsca założenia opaski. (To powikłanie sam Bier odnosi do wadliwego założenia opaski). Wobec tego sądzi Lexer, że: zmienione stosunki wessania przy stosowaniu przekrwienia nie sprawiają szkody tylko w przypadkach lekkich, w ciężkich należy dołączyć zawsze nacięcie, a dalej, że wzmożenie się ciał ochronnych w tkance jest mniejszej wagi, niż uwolnienie się endotoksyn. Bardzo też często po zdjęciu opaski i po powieszeniu kończyny spostrzedz można pogarszanie się stanu chorego, gorączkę i dreszcze.

Co do bakteryobójczego działania przekrwienia, to Laquer badał surowicę z przesięku *in vitro* i przekonał się, że działa ona tylko trochę silniej bakteryobójczo, niż surowica zwykła. Buchner działanie to odnosi do miejscowego nagromadzenia się ciałek białych, a raczej zaczynów, z nich powstałych. Hamburger prócz tego zwraca jeszcze uwagę na działanie bezwodnika kwasu węglowego we krwi zastoinowej. Te wszystkie szczegóły, jakoteż dawne spostrzeżenie Rokitanskyego, że gruźlica płuc występuje rzadko u osób chorych na serce (zastoina w płucach), skłoniły wielu do leczenia gruźlicy płuc przekrwieniem, a Kuhn sporządził do tego odpowiednią maskę, którą stosuje się przy odpowiedniem położeniu ciała z głową na dół.

Rozpuszczające działanie przekrwienia objawia się w częstem występowaniu ropni zimnych przy leczeniu gruźlicy, w zaniku wybujałej ziarniny, uruchomieniu stawów, znikaniu z nich narośli grzybowatych, w mięknieniu nacieków i t. d. W końcu przekrwienie ma także działanie odżywcze. Kończyny n. p. stale przekrwione (wskutek zakrzepu) ulegają przerostowi. W tej myśli stosuje Ritter u niedokrwistych i zołzowatych dzieci »przekrwienie w miejscu wyboru«, wyłączając co pewien czas z obiegu krwi poszczególne kończyny.

Przekrwienie czynne stosujemy głównie w postaci leczenia gorącem powietrzem w osobno do tego zbudowanych przyrządach, dalej w postaci różnych drażniących środków chemicznych i t. d. Przekrwienie bierne zaś wywołujemy zapomocą opaski elastycznej.

Trzeba pewnej wprawy i doświadczenia, by opaskę założyć dobrze, t. j. nie za mocno i nie za wolno, a stosownie do danej sprawy chorobowej. Manninger radzi zakładać opaskę nieco silniej w gruźlicy, zaś wolniej w ostrych sprawach zapalnych. Kończyna powinna zawsze pozostać ciepłą, bóle powinny się zmniejszać i chory nie powinien odczuwać żadnych sensacyi nerwowych, jak mrowienie i t. d. By temu zapobiedz podał Henle opaskę, nadymaną powietrzem. Zakłada się ją luźnie i następnie wydyma. Wywiera ona łagodny równomierny ucisk i ciśnienie daje się dowolnie regulować. Najlepszą rękojmią dobrego założenia opaski jest podmiotowe wrażenie, jakie chory odnosi. Przejściem niejako od przekrwienia czynnego do bier-

nego są przyrządy ssące Bier-Klappa w postaci dużych kloszów, dla całych kończyn lub stawów i małe bańki ssące. Według Tomaszewskiego bańki działają w ten sposób, że przy założeniu wywołują przekrwienie bierne (rozpuszczające i rozcieńczające jady), a po odjęciu przekrwienie czynne (sprzyjające chłonieniu rozpuszczonych jadów). (Dok. nast.)

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Schmidt. **Czynnościowy brak soku trzustkowego.** (*D. Archiv. f. klin. Med.* T. 87). Wiadomości nasze rozpoznawcze w zakresie chorób trzustki, zwłaszcza zaburzeń w jej wydzielaniu, są bardzo jeszcze niedostateczne; sposoby, mające na celu stwierdzić brak lub niedostateczne wydzielanie soku trzustkowego, nie są ścisłe, jak np. sposób Cammidgego i Sahliego (metoda kapsułek glutoidowych). Obecnie podaje autor nowy własny sposób. Opiera się on na spostrzeżeniu, że sok trzustkowy jest jedyną ze wszystkich wydzielin przewodu pokarmowego, trawiącą jądra komórek; oprócz niego tylko dłuższe gnicie w jelitach może również zniszczyć jądra. Wykonanie próby jest następujące: Świeże mięso wołowe kraje się w kostki o długości boku ½ cm. i ustala w bezwodnym wyskoku, poczem każdą kostkę z osobna wkłada się do małego woreczka z jedwabnej gazy, zasznurowanego długiemi nitkami; woreczek taki przechowuje się również w wyskoku. Przed użyciem opłukuje się go przez ½—1 godziny w bieżącej wodzie i podaje się potem choremu w opłatku wśród jedzenia (próbnego). Po przejściu przez cały przewód pokarmowy odnajdują się później woreczki w stolcu, a treść ich bada się co do obecności jąder komórkowych po opłukaniu wodą odrazu lub po ustaleniu w preparatach barwionych. Krócej, niż 6 godzin, a dłużej, niż 30, nie powinny przebywać woreczki w przewodzie pokarmowym, przy dłuższem bowiem przebywaniu nasuwa się wątpliwość, czy zniszczenie jąder nie nastąpiło skutkiem gnicia w jelitach. Jeśli w powyższych granicach czasu jądra komórek mięsnych okażą się w większej części niestrawione, możemy wnosić o zaburzeniu w wydzielaniu się soku trzustkowego. *Wilczyński.*

Doc. Joachim. **O niektórych formach posocznicy, biorącej początek z dróg moczowych.** *a)* **Gorączka po cewnikowaniu,** *b)* **Ogólne zakażenie prątkiem okrężnicy.** (*D. Archiv. f. klin. Med.* T. 87). *a)* Wiadomo, że prócz samego ujścia cewki moczowej, reszta narządu moczowego nie zawiera w prawidłowych warunkach drobnoustrojów; tylko w stanach chorobowych pojawiają się rozmaite bakterye bądźto pierwotnie, bądź też osiedlają się dopiero następowo; stąd dostawać się mogą czasem do krwi i wywoływać szybko przemijające bakteryemie lub poważne objawy posocznicze. W ostatnich czasach dużo zastanawiano się, czy nagłe wzniesienia gorączkowe, występujące po zastosowaniu cewników, zgłębników, rozszerzaniu cewki itd., powstają przez zakażenie drobnoustrojami, czy też przez zatrucie truciznami moczowemi, albo nawet skutkiem wstrząsu nerwowego. Nowsze spostrzeżenia stanowczo wskazują, że w większości przypadków przyczyną gorączki po cewnikowaniu są drobnoustroje, dostające się do krwi z najdrobniejszych ubytków błony śluzowej. Jeden taki przypadek śmiercią zakończonej posocznicy, wywołanej gronkowcem białym, opisuje autor. *b)* U chorej 41-letniej z powodu raka szyjki macicy, sięgającego do dna pęcherza moczowego, wyłuszczono całą macicę wraz z przydatkami. Ponieważ istniała trudność w oddawaniu moczu, założono cewnik na stałe, który istniejące już przedtem, a stwierdzone cystoskopem objawy lekkiego nieżytu pęcherza spotęgował i był powodem dostania się do krążenia prątków okrężnicy i następowej ogólnej posocznicy. *Wilczyński.*

Biland. **Zmiany w naczyniach i narządach, wywołane przetworami nadnerczy.** (*D. Archiv. f. klin. Med.* T. 87). Spostrzeżenie Josuego, że śródżylne wstrzykiwania adrenaliny wywołują u królika zmiany miażdżycowe, potwierdził następnie cały szereg badań późniejszych. Doświadczenia autora dotyczyły 18 królików, którym do żyły usznej wstrzykiwał codziennie *suprareninum hydrochloricum* w 1‰ roczynie; u 8 królików podawał równocześnie podskórnie jodek potasowy, tutaj jednak wbrew wszelkim oczekiwaniom zmiany w naczyniach były przy sekcyi daleko znaczniejsze, aniżeli u tych zwierząt, którym wstrzykiwano samą suprareninę. W małej tylko odsetce wstrzykiwania, nawet kilkomiesięczne, nie pociągały za sobą żadnych zmian; na czem ta indywidualna odporność zwierząt wobec przetworów nadnercza polega, — nie wiadomo. Czy przyczynę zmian w naczyniach upatrywać należy we wpływie mechanicznym, podnoszącym parcie krwi, czy też w toksycznym, nie jest rzeczą pewną; przeciw pierwszemu przypuszczeniu przemawiają doświadczenia Lissauera, który długotrwałemi wstrzykiwaniami kofeiny nie zdołał wywołać zmian w naczyniach i Brauna, który stwierdził, że łączenie adrenaliny z azotynem amylowym żadnego nie wywiera wpływu na powstanie zmian w naczyniach; Fischer wreszcie stwierdził, że cały szereg najrozmaitszych środków (wstrzykiwanie kwasu solnego, mlecznego, fosforowego, digalenu itd.) wywołuje zupełnie podobne obumarcia i zwapnienia naczyń; przy długotrwałych wstrzykiwaniach digalenu dochodzi nawet do wytworzenia się tętniaków. Parcie krwi po wstrzykiwaniach suprareniny podnosi się tylko na krótki czas (5—7 minut). Zmiany miażdżycowe w ścianach tętnic tłómaczą się uszkodzeniem w pierwszym rzędzie naczyń odżywczych (*vasa vasorum*), które w następstwie pociągają za sobą zaburzenia w odżywieniu najwrażliwszej warstwy środkowej (*media*). Cała ta sprawa ma pewne podobieństwo do zapalenia błony środkowej tętnic na tle kiłowem u ludzi. Ze zmian w innych narządach po wstrzykiwaniu przetworów nadnerczy jako najczęstsze wymienić należy: przerost z rozszerzeniem serca, czasami zauważono także rozsiane stwardnienie, zawały z niedokrwienia, obrzęk lub zmiany komórek zwojowych mięśnia sercowego, dalej wybroczyny w obwodowych częściach zrazików wątroby, nagromadzenie barwika lub obumarcie pojedynczych komórek wątrobnych i komórek gwiazdowatych Kupfera. W nerkach powstają bardzo często mniej lub więcej rozległe obumarcia nabłonków, złogi wapienne w ścianie kanalików, rzadziej w podścielisku międzykanalikowem, przekrwienie i drobne wybroczyny w istocie rdzeniowej. Zmiany w nerkach były u królików, którym podawano równocześnie z suprareminą i KJ., daleko wybitniejsze. Mocz zwierząt, poddanych doświadczeniu, był bardzo trujący tak, że już 0·5—1 cm.³, wstrzyknięte podskórnie drugiemu zdrowemu królikowi, wywoływało śmierć natychmiastową wśród kurczów tężcowych i spadku parcia krwi; po wstrzyknięciu mniejszych ilości moczu, parcie krwi nagle się zmniejszało, zwierzę jednak pozostawało przy życiu. Dowodzi to, że suprarenina, jako taka, przynajmniej w większej ilości nie wydziela się moczem, natomiast znajdują się w nim jakieś bliżej nieznane substancye trujące. *Wilczyński.*

CHIRURGIA. Elsner. **Ulepszony wziernik do odbytnicy.** (*Deutsch. med. Wochft.* Nr. 34, 1906). Wziernik, podany przez autora, kształtem swym przypomina wzierniki uszne, przez co wprowadzenie jest znacznie ułatwione. Z boków ma dwie szpary, które pozwalają oglądać większą przestrzeń. Wprowadza się go razem z mandrynem. Ujście szerokie dozwala w nim wygodnie operować. Nadaje się on do panelektroskopu. Wyrabia go „Medizinisches Waarenhaus" w Berlinie. *Klęsk.*

Brentano. **Nowa umywalnia do sal operacyjnych w szpitalach polowych.** (*Deutsch. med. Wochft.* Nr 34, 1906). Umywalnia autora daje się rozkładać i dobrze przewozić, można ją ustawić wszędzie, nie łatwo ulega uszkodzeniu, daje się bez trudu naprawiać, kosztuje niewiele, a odpowiada obecnym wymogom nauki. Składa się ona ze stolika z miednicą i części doprowadzającej i odprowadzającej wodę. Stolik (wysoki 80 cm.) składa się z biało lakierowanej płyty z blachy żelaznej (70—45 cm.) i nóg żelaznych do składania. Woda dopływa z wiszącego rezerwoaru blaszanego zapomocą rur gazowych, a uchodzi kurkami lub wężami gumowymi z zaciskiem. Każda umywalnia waży 10 kilogramów. Stół złożony zajmuje przestrzeń $70 \times 45 \times 14$ cm. i kosztuje 29 marek (fabr. O. Schulz, Berlin). *Klęsk.*

Prof. Riedinger. **Leczenie guzów krwawniczych.** (*Deutsch. med. Wochft.* Nr 34, 1906). Badanie palcem jest niedostateczne, pomieszać bowiem można guzy krwawnicze z polipami i przeoczyć inne cierpienie. Leczyć guzy krwawnicze trzeba odrazu i często wtedy znikną bez operacyi. Leczenie to polega na usuwaniu przyczyny choroby głównej, miesieniu, kąpielach, zmywaniach odbytu po stolcu zimną wodą, ewentualnie polecić należy kuracyę karlsbadzką. Wypryski, swędzenie i szczeliny leczyć należy odpowiednio maściami i wycięciem. Katzenstein poleca zakładanie wacików, napojonych mieszaniną: *Rp. Extract. bellad. 0,5, Cocaini 0,05, Ammon. sulph.-ichtyol. 6,0.* Czasem noszenie krążka oddaje dobre usługi. Niekrwawe leczenie chirurgiczne polega w pierwszym rzędzie na rozciągnięciu zwieracza. Nie można tego wykonać w stanie zapalnym. Ze sposobów leczenia krwawych najdawniejszem jest przypalanie. Celem zapobiegania następowemu krwotokowi szyje Rotter przypalone miejsce katgutem. Przypalać należy nie okrężnie, lecz miejscami, by uniknąć następowego zwężenia. Stolec po 4—5 dniach, czasem przy nim omdlenia. Wyniki są wcale dobre (882 wyleczeń); pamiętać należy jednak o możliwości krwotoku następowego, zwężeniu i bolesności w czasie gojenia. Leczenie wstrzykiwaniami ma także wielu zwolenników. Wstrzykuje się zwykle roczyn: *Rp. Acid. carbol. liquet. 1,10, Aq. dest. 3,0, Glycerin, 3,0* dalej wyskok, jodoform, eter, ergotynę, gorący roczyn soli ku-

chennej. Nie należy przytem jednak zapominać o możliwości powikłań przy wstrzykiwaniu takich ostrych środków do żył. Najdoszczętniejszym sposobem jest całkowite wycięcie guzów. Należy przytem zostawiać mostki zdrowej błony śluzowej, szyć podłużnie i poprzecznie i starannie krwotok zatamować. Mikulicz nie podwiązuje naczyń, lecz je obejmuje w szew, pole operacyjne zlewa ciągle zimnym rozczynem kwasu borowego, zamiast wycierania rany. Rany goją się przytem gładko bez zakażenia. Szyć należy skrupulatnie, zabierając igłą błonę śluzową daleko od brzegu. W razie puszczenia szwu tworzą się trudne do gojenia wrzody. Przed operacyą dobrze jest włożyć do kiszki dość głęboko trochę gazy jodoformowej, by uchronić pole operacyjne od zakażenia kałem. Wyniki leczenia: 98·5% wyleczeń. Leczenie podwiązaniem jest metodą najwygodniejszą. Podwiązywać można guzki u podstawy lub je okłuwać. Podwiązki odpadają po 8 dniach. Wyniki tego leczenia: 89·4% wyleczeń. Węzeł zaciskać należy bardzo silnie, bo tak prędzej guzki odpadają i bole następowe są mniejsze. Sposób ten jest najłatwiejszy, może go każdy lekarz sam wykonać w miejscowem znieczuleniu. Nawroty łatwo zawsze znowu zoperować. Podwiązywać najlepiej jedwabiem niegrubym. *Klęsk.*

Glimm. **O chłonieniu otrzewnej i zmianach jego przy zapaleniu.** (*Deutsch. Zeift. f. Chir.* T. 83 Z. 3—4). Badania chłonienia otrzewnej nie doprowadziły jeszcze do jednomyślnych wyników; i tak np. wyniki ostatnich prac o chłonieniu otrzewnej w stanie zapalnym są wprost sprzeczne. Schnitzler i Ewald twierdzą, że chłonienie przy zakażeniu jest zwolnione, a Clairmont i Haberer, że przyspieszone. Te sprzeczności pochodzą zapewne z różnicy sposobów badania. Autor badania swoje wykonał na psach i królikach, używając jako probierza chłonienia cukru mlecznego. Wielką przeszkodą w badaniu jest trudność wywołania ropnego zapalenia otrzewnej u zwierząt. Zwykle zwierzęta w razie silnych dawek giną odrazu, lub też na odwrót w razie słabszego zakażenia pokonywują je zupełnie. Doświadczenia autora stwierdzają, że w razie zapalenia otrzewnej na tle drobnoustrojów chłonienie jest przyspieszone. Prócz chłonienia ważną rolę w zapaleniu otrzewnej odgrywa fagocytoza i własności bakteryobójcze jamy brzusznej. Autor starał się też znaleźć sposób zwalczania chłonienia, a przez to dania ustrojowi czasu do zgromadzenia naturalnych sił obronnych, za najodpowiedniejsze uznał autor środki zwężające i zatykające drogi limfatyczne. Exner w tym celu polecił adrenalinę. Autor wybrał środki oleiste, opierając się na doświadczeniach Klappa, który stwierdził, że cukier mleczny w rozczynie oleistym o wiele wolniej się wydziela. Do doświadczeń swych używał autor wstrzykiwań parafiny, oliwy, oleju kamforowego, waseliny itd., badając krew co do ilości zawartych w niej po zakażeniu drobnoustrojów, gdyż okazało się, że tłuszcze wstrzymują głównie chłonienie cząstek nierozpuszczalnych, a nie substancyi rozpuszczalnych. Autor zakażał jamę otrzewną prątkiem okrężnicy. Z badań swych wnosi, że wstrzyknięcie oliwy np. zwalnia przejście drobnoustrojów do krwi, a nieraz zupełnie nawet je wstrzymuje. Wstrzyknięcie wyjałowionej oliwy nie wywierało nigdy szkodliwego wpływu na ustrój. Ponieważ oliwa sama przez się działa bardzo słabo bakteryobójczo, a nadto ponieważ tu nie chodzi o podniesienie odporności ustroju przez płyn wstrzyknięty, (gdyż zwierzęta kontrolne, którym wstrzyknięto rozczyn soli kuchennej, ginęły), dochodzi zatem autor do wniosku, że jedynie mechaniczne działanie ma znaczenie. Zwolnienie chłonienia przy zapaleniu otrzewnej jest dla ustroju czynnikiem pomyślnym i wcale nie usposabiającym do rozwoju zapalenia, jak to wielu sądzi. Wstrzykiwanie większej ilości płynu do otrzewnej zupełnie nie zwalnia chłonienia drobnoustrojów, owszem przyspiesza je raczej. Zamiast oliwy dobrze jest wstrzykiwać olej kamforowy; działa on równocześnie korzystnie odrazu na serce. Zapalenie otrzewnej powstaje wskutek zbyt szybkiego wessania, a nie wskutek zbyt wolnego. U człowieka w razie zapalenia otrzewnej poleca autor wstrzykiwania około 130 ccm 1% oliwy kamforowej. Wstrzykiwań zapobiegawczych do zdrowej jeszcze otrzewnej autor nie radzi. *Klęsk.*

Piotr Bade. **Częściowy przerost, jako przyczyna wrodzonego zniekształtnienia.** (*Archiv für Ort. und Mech. und Unf.* 1906, Z. 4). W związku z pracą Riedingera o istocie, powodach i powstawaniu zniekształtnień, omawia B. zniekształtnienia wrodzone, które powstają przez częściowy przerost kości i specyalnie tłómaczy powstawanie wrodzonego zwichnięcia przez przerost dolnych ćwiartek panewki stawowej. Twierdzenie swoje popiera mniej lub więcej schematycznymi rysunkami i fotogramami Röntgena, (w których jednak zdaniem referenta nie można dostrzedz tego, co tam chce widzieć B. W szczególności rozmaite odległości można z całym spokojem uważać za złudzenia optyczne). *Doc. Chlumský.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. F. Turán. **Sposób Biera w zastosowaniu do wnętrza macicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 28). Narzędzia: cewnik maciczny z okienkami i płytką, chroniącą od zbyt głębokiego wprowadzenia; kaniula szklana w kształcie odwróconego Y, którego ramię pionowe łączy się sztywnym sączkiem z cewnikiem, jedno boczne ramię z manometrem, drugie z pompą; w tłoku pompy są dziurki, co ½ ctm., aby go można przez wprowadzenie kołeczka ustalić w dowolnem położeniu. Sposób użycia: wziernik, oczyszczenie pochwy i części pochwowej, ściągnięcie tejże kulociągiem, wprowadzenie cewnika kleszczykami, wytamponowanie sklepienia tylnego gazą, aby ustalić cewnik i zapobiedz dostaniu się powietrza obok cewnika do jamy macicy, poczem następuje działanie pompy. Uzyskawszy pożądany stopień ciśnienia ujemnego, należy założyć zaciski na oba sączki, prowadzące do kaniuli, lub też tylko zapomocą kołeczka ustalić tłok pompy. Manometr wskazuje, czy ciśnienie nie podnosi się. Posiedzenie trwa 20 minut, ze względu jednak na chorą mogłoby bez szkody trwać dłużej. Po 48 lub 24 godzinach zabieg się powtarza. — W 4 przypadkach przewlekłego nieżytu macicy stosował T. to leczenie od 5—20 minut, codziennie lub co drugi dzień, przy 50 do 80 mm. słupa rtęci, przez 3—6 tygodni. Leczenie jest niebolesne, po 7—12 dniach ustępują dolegliwości; u 3 chorych znikły bole przy regularności. W przeciwieństwie do tego podają Rudolph i Bauer, iż przy stosowaniu pochwowem metody Biera pojawiają się niekiedy silne, bolesne kurcze macicy, zniewalające do przerywania ssania w odstępach 5-minutowych. Przedmiotowo stwierdza się już po kilku dniach zmniejszenie się wydzieliny, a zarazem zmianę upławów ropiastych na śluzowe, wreszcie surowicze. Nadżerki części pochwowej bledną i łatwiej się goją.
B. Wojciechowski.

Westphal. **Cięcie cesarskie pochwowe na umierającej; płód żywy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 28). Kobieta 36-letnia, rodziła sześć razy siłami przyrody, teraz w X. miesiącu ks. ciąży. Od 3 miesięcy obrzęki kończyn dolnych. Pod wieczór bole głowy, o północy napad drgawek porodowych z utratą przytomności. Odtąd napady co 10 minut. Bole porodowe nie wystąpiły. Po 4½ godzinach chora umierająca. Białkomocz. Płód żywy, w położeniu czaszk. I. Część pochwowa na 2½ ctm., szyja drożna. Ze względu na płód wykonał W. cięcie cesarskie pochwowe, przecinając tylko przednią ścianę, i obrót. Ciężko omdlały płód docucono po 2½ godzinach. Z powodu krwotoku atonicznego ręczne wydobycie łożyska. Zabieg trwał 15 minut. W parę godzin później chora zmarła. W porównaniu z klasycznem cięciem cesarskiem ma cięcie pochwowe tę wyższość, iż w podobnych przypadkach łatwiej godzi się otoczenie na wykonanie zabiegu na umierającej.
B. Wojciechowski.

Hofmeier. **W sprawie plastycznego zużytkowania macicy przy braku zwieracza pęcherza.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 29). Myśl Freunda, aby w trudnych przypadkach przetok pęcherzowo-pochwowych użyć macicy za materyał plastyczny, zastosował H. z powodzeniem w przypadku braku zwieracza pęcherza. Osoba 41-letnia, niezamężna, przebyła przed 20 laty operacyę z powodu kamienia pęcherzowego, wytworzonego dokoła szpilki do włosów. Po zabiegu, dokonanym od strony pochwy, pozostała przetoka. Po siedmiu operacyach w ciągu dwóch lat mogła chora zatrzymywać mocz przez godzinę. Po porodzie przed 12 laty powstała przetoka na nowo. Dalszemi 3 operacyami zdołano przetokę zamknąć, pozostała jednak niemożność zatrzymania moczu. Badanie stwierdza zbliznowacenie całej przedniej ściany pochwy, a w dolnej części 2 przetoczki włosowate do pęcherza; macica w tyłozgięciu, duża. Cięcie w postaci ⊥, otwarcie zatoki pęcherzowo-macicznej, zwichnięcie macicy ku przodowi. Duża macica nie dała się pokryć całkowicie przez odpreparowaną błonę śluzową pochwy, tak, iż część jej ściany pozostała w pochwie niepokryta. W przebiegu pooperacyjnym nieżyt pęcherza. Po 6 tygodniach możność zupełnego zatrzymania moczu przez kilka godzin. Po upływie ½ roku stan takiż sam, tylko przy nadmiernem napełnieniu pęcherza cokolwiek moczu odpływa, a regularność nie jest bez dolegliwości. U kobiet w okresie rozrodczym należałoby wśród operacyi wyciąć jajowody.
B. Wojciechowski.

Westphal. **W sprawie kazuistyki porodów po cięciu cesarskiem pochwowem i po waginofiksacyi.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr 29) W. udowadnia bezpodstawność obaw, wyrażonych przez niektórych autorów (Ahlfeld, Kroemer) co do złego wpływu blizn i zrostów po cięciu cesarskiem pochwowem na przebieg późniejszych porodów. Ciężki przebieg porodów po waginofiksacyi, spostrzegany niejednokrotnie, był następstwem błędnego wykonania operacyi, której zasada jest i pozostanie słuszną. Po ustaleniu się tego przekonania i zastosowaniu pewnych zmian w technice nie słychać w ostatnich latach nic o niepomyślnych skutkach tej operacyi.
B. Wojciechowski.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie w dniu 31 października 1905.

Przewodniczy kol. Kwiatkiewicz. Obecnych 9 członków.

Kol. Brejter przedstawia przypadek przypuszczalnego **zaśniadu groniastego.** Pacyentka zgłosiła się przed paru dniami w pierwszej połowie ciąży, z krwawieniami, występującemi co pewien czas. Macica sięgała wtedy do połowy odstępu między pępkiem, a wyrostkiem mieczykowatym. Pomimo tego nie można w niej było wykazać części płodu. W dzień później miało odejść trochę wody i górny brzeg macicy opadł do wysokości pępka. Takie krwawienia, z równoczesnym, niestosunkowo do wywiadów znacznym rozrostem macicy i takie zmniejszanie i znowu zwiększanie się jej objętości przemawia za istnieniem zaśniadu groniastego.

Kol. Bylicki podnosi trudności w rozpoznaniu zaśniadu groniastego i zaznacza, że częste krwawienia w początkach ciąży należy czasem odnieść do przerostowego zapalenia doczesnej. Przypadek przedstawiony uważa za ciążę zwykłą.

Kol. Sołowij przypuszcza również ciążę normalną, a krwawienia uważa za następstwo częściowego odklejania się łożyska.

Kol. Brejter zaznacza raz jeszcze, że nie stawia rozpoznania pewnego, bo dotychczas nie odnalazł jeszcze pęcherzyków, że jednak wiele przemawia za istnieniem zaśniadu.

Kol. Czyżewicz jun. przedstawia przypadek **ciąży zewnątrzmacicznej,** operowanej w c. k. Szkole położnych. Wywiady tego przypadku i jego przebieg przed czasem przybycia do zakładu streszcza kol. doc. Bylicki, który chorą przedtem obserwował. Zaznacza on, że pacyentka rodziła 2 razy, ostatni przed 4 laty, i że od tego czasu leczyła się na zapalne zmiany części rodnych. Regularność, dawniej prawidłowa, zatrzymała się w grudniu 1904 na 7 tygodni, poczem znowu przychodziła prawidłowo. Ostatnia była 8 maja 1905. Wkrótce potem zauważyła chora powiększanie się brzucha i od czasu do czasu silne bole, które zmuszały nawet do użycia morfiny. Badanie już w grudniu wykazało guz w okolicy lewego rogu macicy, który rozpoznano jako ciążę zewnątrzmaciczną, a w ostatnich czasach obok poprzedniego wystąpił od strony prawej drugi guz o niewyraźnych granicach, który określono jako krwistek. Nieco powiększoną macicę można było wyczuć przed guzem.

Ciąg dalszy przedstawienia obejmuje kol. Czyżewicz. Streszcza on, że w chwili przybycia chorej do zakładu można było stwierdzić stan opisany, a nadto zaraz w pierwszych dniach guz po prawej stronie powiększył się i wypuklił sklepienie prawe i tylne i ku górze doszedł aż do pępka. Prelegent uzasadnia dalej szczegółowo, dlaczego rozpoznawał ciążę zewnątrzmaciczną z następowem poronieniem do jamy brzusznej, poczem opisuje wykonaną operacyę. Po otwarciu jamy brzusznej i usunięciu na bok przyrośniętej sieci i jelit, widać było guz, odchodzący od lewego rogu macicy, podłużowaty, zaginający się ku tyłowi i odpowiadający trąbce. Po oddzieleniu tego guza ze wszystkich stron i podniesieniu go w górę ukazał się od tyłu otwór wielkości pięciokoronówki, a w koło niego duża ilość skrzepów, tworzących guz, wyczuwalny przedtem od strony prawej i tyłu. Przez otwór ten przechodziła pępowina, przyczepiona wewnątrz guza, a idąc za nią, doszedł prelegent do płodu, odpowiadającego rozwojem 4 miesiącom ciąży, leżącego wśród skrzepów na prawym talerzu biodrowym, za kiszką ślepą. Usunął go, wygarnął trochę skrzepów i zamknął jamę brzuszną. Obecnie chora już wstaje.

Następnie demonstruje prelegent uzyskany preparat. Widać na nim rozdętą trąbkę, a w jej ujściu brzusznem rodzące się łożysko, od którego odchodzi pępowina do płodu, leżącego luźnie obok. W samej trąbce jest jamka wielkości pomarańczy, wyścielona jeszcze błonami, a wypełniona skrzepem krwi.

Przyczyna wytworzenia się ciąży zewnątrzmacicznej nie jest pewna, jak wogóle pewną być nie może. Na każdy sposób zwraca uwagę fakt, że chora leczyła się poprzednio z powodu chronicznych zmian w częściach rodnych. Prawdopodobnie przyszło więc do zamknięcia trąbki bliznami lub obrzękiem jej błony śluzowej i stąd do rozwoju jaja przed tą zaporą.

Kol. Czyżewicz jun. przedstawia dalej przypadek **nabłoniaka kosmówkowego,** powstałego na tle ciąży zewnątrzmacicznej. Pacyentka rodziła 2 razy, ostatni przed 2 laty. Ostatnią regularność miała w połowie kwietnia 1905, a w ostatnich czasach zauważyła powiększenie się brzucha i ogólne osłabienie. Badanie wykazało u niej guz, sięgający powyżej pępka, prawie nieruchomy, miernie twardy, dochodzący do talerza biodrowego i wypuklający sklepienia. Powiększoną macicę można było znaleźć przed guzem, w pochyleniu na lewo, a od jej prawego rogu odchodził podłużowaty guz, gubiący się w głównym guzie, a odpowiadający trąbce. Badanie ogólne wykazało zaledwie nieco szorstkie szmery oddechowe, anemiczne szmery w sercu i nieznaczne powiększenie wątroby. Rozpoznano i tu ciążę zewnątrzmaciczną. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono rzeczywiście guz, odpowiadający rozdętej trąbce i przechodzący ku tyłowi w rozległe skrzepy krwi. Skrzepy te były jednak pomiędzy sobą ściśle połączone i zrośnięte z otoczeniem, szczególnie z macicą, co już podczas samej operacyi nasuwało podejrzenie nowotworu. Usunięto cały guz i skrzepy, pokryto ranę otrzewną i zamknięto brzuch. Zanim był czas na dokładne zbadanie preparatu, chora umarła w 4. dniu po operacyi wśród objawów zapadu, bez jakichkolwiek objawów zapalenia otrzewnej. Sekcya wykazała w brzuchu ledwie naloty włóknikowe, a w płucach i wątrobie bardzo liczne ogniska przerzutowe nabłoniaka kosmówkowego złośliwego (*chorionepithelioma malignum*). W macicy znaleziono tylko *endometritis polyposa*. Badanie mikroskopowe stwierdziło w przerzutach typowy obraz nowotworu, a w wyciętym guzie ten sam nowotwór, tylko już w stanie znacznego rozpadu. Kosmków nie znaleziono nigdzie.

Prelegent demonstruje odnośny preparat i omawia przypadek szczegółowo. Zdaniem jego rozpoznanie dokładne było klinicznie niemożliwe wobec bardzo małych objawów ze strony przerzutów i pozbawienia wskazówek, uzyskiwanych przez badanie wyskrobanych z macicy strzępów, jeśli w niej jest nowotwór. Brak kosmków w preparatach tłómaczy przypuszczeniem, że ciąża pozamaciczna przeszła poprzednio w zaśniad krwawy lub groniasty, a dopiero na jego tle rozwinął się nabłoniak. Dowodów na to nie ma żadnych. Jako przyczynę choroby uważa ciążę zewnątrzmaciczną, choć nigdzie nie można było odnaleźć jej śladów. Są wprawdzie znane przypadki nabłoniaka bez ciąży, a nawet u mężczyzn, ale tu przemawiają za ciążą wywiady, przebieg choroby, wygląd guza, jego umiejscowienie i t. d. W końcu zaznacza prelegent, co już twierdził na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego 15 marca 1905, że przerzuty nabłoniaka prawie nie dają klinicznych objawów, prawdopodobnie z powodu swego zbyt szybkiego wzrostu, który zabija, zanim wytworzy się odczyn w otoczeniu.

Kol. doc. Sołowij sądzi, że nabłoniak powstaje wprost z ciąży zewnątrzmacicznej i nie zgadza się na przyjęcie okresu przejściowego w postaci *mola carnosa* lub *hydatidosa*. Utkanie nabłoniaka nie wymaga obecności kosmków, a zresztą może dałyby się odnaleźć w każdym przypadku przy bardzo dokładnych poszukiwaniach.

Kol. Kwiatkiewicz opisuje przypadek **zaśniadu Breussa.** Pacyentka, lat 29 licząca, w wysokim stopniu histeryczka, zamężna od lat 10, rodziła 5 razy, ostatni raz w grudniu 1901. Przy pierwszym porodzie kleszcze na nisko ustawionej główce, zresztą porody i połogi prawidłowe. Po ostatnim porodzie z powodu ciągłych krwawień w 8. tygodniu wyłyżeczkowanie macicy, które jednak tylko na 4 tygodnie usunęło krwawienie. Następnie zupełnie nieregularne, nieznaczne krwawienia, trwające, mimo świetnego wyglądania chorej, do końca karmienia, t. j. do końca października 1902. W listopadzie i grudniu peryod prawidłowy. Od początku r. 1903 nowa ciąża, która rozwijała się do 4. miesiąca, chociaż krwawienia już w 2-gim wróciły. W 4. miesiącu wzrost macicy ustał, a w 5. podała chora, że coś z niej odeszło, czego jednak nie przechowała. Gdy mimo to krwawienia nawet się wzmogły, rozszerzył prelegent 10 czerwca macicę i wyjął z niej wśród szalonego krwotoku uklej łożyskowy, wielkości dużego palca ręki. I to jednak krwotoków nie usunęło, albo też chora nie przestała ich symulować tak, że prelegent zmuszony był po 6 tygodniach zabieg powtórzyć z obawy, by nie przeoczyć jakiego zwyrodnienia złośliwego. Wówczas wraz z kol. Schellenbergiem i Brejterem stwierdził w ścianie macicy po stronie lewej, na granicy szyi macicznej i trzonu, zaułek o ścianach cienkich, gładkich, nie naciekłych, do którego swobodnie można było wejść palcem. Jamę macicy znaleziono wtedy próżną a skrobanka z niej wykazywała tylko nieznaczne zmiany nieżytowe. Zabieg ten nie zmienił zresztą nic w dalszym przebiegu. Pacyentka, której histerya wzmogła się w tym czasie do niemożliwych granic, utrudniała przez cały czas spostrzeganie, podając obok krwawień z macicy, krwawienia z pęcherza moczowego,

kiszek, gardła, a nawet z ucha. Wśród tych ciągłych niespodzianek nie podobna też było mimo próbnych tamponów i t. d. ostatecznie sprawdzić, czy i jakie krwawienia z macicy miały dalej miejsce. Badanie zwykłe wykazywało bowiem tylko przerost części pochwowej i lekki obrzęk lewego jajnika. Dopiero w lecie zeszłego roku, umieściwszy chorą w zakładzie kol. Kowalskiego, zdołano sprawdzić, że w rzeczywistości krwawienia wracają tylko co 4 tygodnie, że więc odpowiadają krwawieniom miesiączkowym.

W sierpniu z. r. wystąpiły znowu wszystkie objawy ciąży, ale i ta ciąża rozwijała się tylko do 3. miesiąca. Potem wzrost macicy, jej rozpulchnienie i zasinienie części rodnych powoli zaczęły ustępować tak, że trzeba było przyjąć albo pomyłkę w rozpoznaniu, albo też jakąś nową symulacyę ze strony chorej. Aż nagle dnia 10/IV b. r., a więc w 8. miesiącu po zastąpieniu, doznała chora silnego parcia, wśród którego odeszło jaje płodowe prawie bez krwawienia. Wezwany natychmiast, zastał prelegent szyję macicy jeszcze drożną i skonstatował, że w miejscu, gdzie znajdował się opisany wyżej zaułek, istnieje tylko nieco zbitsza, jakby bliznowata wklęsłość.

Jaje płodowe, które prelegent przedstawia, było wielkości małego jaja gęsiego. We wnętrzu jego sterczały pokryte błonami guzy, z których największy był wielkości małego orzecha laskowego. Na przekroju tego guza widać fałdy, skąpo wypełnione skrzepłą krwią. Samego płodu nie znaleziono.

Obraz ten odpowiada zwyrodnieniu, które Breuss w 1892 r. pierwszy dokładnie opisał pod nazwą: »*Tuberöses, subchoriales Haematom der Decidua*«. Autor ten znachodził w swoich przypadkach stale płody dobrze utrzymane, długości 9—17 mm, uważa więc śmierć płodu w 2. miesiącu ciąży za pierwotną przyczynę zwyrodnienia, dalszy zaś wzrost błon, układanie się ich we fałdy, odrywanie od błony doczesnej i krwawienie do tych fałdów, za zmiany następowe. Sprawa ta nie jest jednak dotychczas wyjaśnioną. I tak między innymi Neuman przyjmuje, podobnie jak przy zwykłych zaśniadach krwawych (*mola carnosa*), krwotok za pierwotną przyczynę tego zwyrodnienia. Davidsohn, Engell, Taussig i inni tłómaczą zaśniad Breussa jako następstwo hydramnion, sądząc, że gdy nadmiar wód z jakichś przyczyn (wessanie lub odpływ przez drobne szczeliny worka płodowego) zacznie potem ustępować, wówczas skutkiem zmniejszenia się ciśnienia hydrostatycznego wśród jaja błony odrywają się od swej podstawy i dla zrównoważenia tego ciśnienia występuje krew pod kosmówkę. Bauereisen i Veit zaś przyjmują zaczopowanie naczyń odprowadzających przez oderwanie kosmówki za pierwotną zmianę chorobową, opierając się na znachodzonych zmianach w doczesnej, jak naciekach drobnokomórkowych, zakrzepach naczyń i rozległej martwicy.

Typowem przy zaśniadzie Breussa jest długie (w tym przypadku przez 8 miesięcy) zatrzymanie jaja płodowego w macicy, *missed abortion*, i niestosunek wielkości macicy do czasu trwania ciąży. Przy ściślej obserwacyi możnaby więc odróżnić zaśniad B. także klinicznie od innych zaśniadów i rozpoznać go jeszcze przed poronieniem. Tylko bowiem przy dłuższem zatrzymaniu zwykłego jaja poronnego możnaby się mylić, chociaż w tym razie przychodzi zwykle do rozkładu, odchodów cuchnących i gorączki, czego przy zaśniadzie B. dotąd nie spostrzegano. W opisanym przypadku rozpoznanie było jednak niemożliwe z powodu ciągłej symulacyi chorej.

Co do opisanego zaułka macicy, to niejasnem jest jego znaczenie i sposób powstawania. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że był on sztucznie wytworzony i mimowoli nasuwa się myśl, że przy wyjmowaniu polipa łożyskowego przyszło do przebicia ściany macicy, że więc zaułek ten był zwykłym ropniem, powstałym w miejscu uszkodzenia. Przeciw temu przemawia jednak gładkość jego ścian, brak nacieku w nich lub w otoczeniu, brak treści i odchodów ropnych, a także zupełnie bezgorączkowy przebieg. Jest więc także możliwem, że w miejscu, gdzie ów uklej łożyskowy był usadowiony, pozostał tylko fałd błony śluzowej, i że pacyentka, która przyznała się do rozmaitych manipulacyi onanistycznych, chcąc wywołać krwawienia, wsuwała jakie tępe narzędzie do tego fałdu i stopniowo sama go rozszerzała. (*Streszczenie własne*).

Kol. doc. Bylicki zapytuje, czy wspomniany otwór nie prowadził do drugiej zmarniałej macicy.

Kol. Kwiatkiewicz również myślał o zmarniałej macicy, ale tylko do chwili, kiedy ostatni raz badał, gdyż wówczas znalazł na miejscu dawnego otworu tylko bliznę.

Sekretarz: *Czaplicki.*

Posiedzenie w dniu 29 listopada 1905.

Przewodniczy kol. Kwiatkiewicz. Obecnych 16 członków.

Kol. Bocheński przedstawia chorą, która zgłosiła się do kliniki położniczo-ginekologicznej z powodu **zarośnięcia pochwy po porodzie.** Badanie wykazało rozległe zbliznowacenie tak, że z pochwy pozostał zaledwie zaułek, długi na 3—4 cm., ledwie drożny dla zgłębnika macicznego. Po rozszerzeniu tego zaułka blaszkownicą zastosowano krążki pochwowe Hodgyego, odpowiednio powyginane, coraz to większe. W ten sposób udało się rozszerzyć pochwę na tyle, że obecnie leży w niej krążek już średniej wielkości, przewężony w środku, gdzie są najsilniejsze blizny. Prelegent spodziewa się dojść w powyższy, bezkrwawy sposób, do dobrych wyników.

Kol. Bocheński wygłasza odczyt **„O postępowaniu wobec nie dających się operować raków macicy“.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Kol. doc. Kośmiński wspomina o podwiązywaniu odpowiednich naczyń, przez co można uzyskać zmniejszenie się szybkości rozrostu raka, rezultat jednak tego postępowania jest mały. Dobre wyniki daje metoda Pinkusa, bo sięga w głąb, ale z tego powodu trzeba ją stosować ostrożnie i lepiej stosować ją częściej, a niezbyt długo. Wyniki tej metody uważa za dobre dlatego, że wytwarza się silna, gładka blizna, przez co nowotwór tak prędko nie postępuje. W jednym przypadku przez 2 lata nie było zbytniego rozrostu nowotworu.

Kol. prof. Mars nadmienia o trudnem położeniu praktyków wobec raków macicy, zwłaszcza przy ich praktyce położniczej. Był przed 20 laty kierunek, by raki leczyć tylko miejscowo; wyniki nie były dobre, a publiczność niezadowolona. Potem nastał kierunek, propagowany głównie przez Wintera, zapobiegawczy. Zwrócono uwagę, by wcześnie rozpoznawać raki i wcześnie je operować. Dla tej przyczyny zaniedbano leczenie paliatywne. Ze sposobów paliatywnych przypomina sposób Chrobaka wysokiego zeszycia pochwy. Za najlepsze uważa wyniki po wyskrobaniu łyżeczką i stosowaniu nalewki jodowej i przypomina twierdzenie Chrobaka, że po nalewce jodowej następuje bujanie tkanki łącznej i ono wytwarza twardą, oporną bliznę. Otrucia po *tra jodi* nigdy nie obserwowano. Wreszcie zwraca uwagę, że należy robić doświadczenia, o ile jakość raka odgrywa rolę, zwłaszcza przy stosowaniu nalewki jodowej.

Kol. Skałkowski robi uwagę, że raki zdarzają się coraz rzadziej. Kol. prof. Mars jest zdania przeciwnego.

Kol. doc. Bylicki woli leczyć raki rozpadające się i cuchnące, gdyż przy nich są mniejsze bole z powodu, że nerwy nie są uciśnięte naciekiem, a efekt chwilowy leczenia wielki, boi się natomiast raków twardych, nie krwawiących.

Kol. prof. Mars poleca bardzo gorąco szczypce francuskie »pinces coupantes« przy próbnem wycięciu, lub przy usuwaniu mas rakowych.

Kol. doc. Sołowij poleca za Chrobakiem kwas azotowy dymiący, a potem nalewkę jodową. Sekretarz: *Czaplicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawozdanie z kursu dla wykształcenia służby do pielęgnowania chorych we Lwowie w r. 1906. W mieście Lwowie dawał się nader dotkliwie odczuwać brak dobrze wyćwiczonej służby do pielęgnowania chorych. Celem zaradzenia temu brakowi, urządził fizyk m. Lwowa dr Legeżyński za poparciem Magistratu i sekcyi sanitarnej Rady miejskiej osobny kurs dla wykształcenia służby do pielęgnowania chorych w domach prywatnych. Kurs ten trwał od połowy marca do połowy czerwca b. r. Wskutek ogłoszeń w pismach codziennych lwowskich zgłosiła się znaczna liczba uczestników, z których przyjęto najodpowiedniejszych w liczbie 28, w czem 6 mężczyzn i 22 kobiet, w wieku między 21 a 47 rokiem życia. Liczba tych uczestników zmniejszyła się następnie częścią przez to, że niektórzy przy swem zwykłem zajęciu nie mogli poświęcić dość czasu, wymaganego na naukę, część zaś została jako nieodpowiednia w czasie nauki wydaloną. Szkoła wykształciła ostatecznie 17

osób, w tej liczbie 15 kobiet i 2 mężczyzn, którzy zostali do egzaminu dopuszczeni.

Przez pierwszy miesiąc odbywały się w Fizykacie miejskim wykłady teoretyczne, udzielane przez lekarza miejskiego dr Kielanowskiego. W czasie tej nauki przedstawiano uczniom częścią wypożyczone z rozmaitych lwowskich zakładów naukowych, częścią zaś zakupione przez gminę m. Lwowa nader liczne okazy anatomiczne, bakteryologiczne, modele, przyrządy służące do pielęgnowania chorych i to nietylko konieczne do obsługi chorych, lecz zarazem i takie, które zabezpieczają chorym pewien komfort w czasie choroby, przedstawiano dalej wszystkie formy leków, ucząc uczniów równocześnie praktycznie używać przyrządów i wykonywać niektóre rękoczyny (n. p. nastawianie wziewadła, używanie poduszek wodnych i powietrznych, stawianie baniek i pijawek, prześcielanie łóżek, podnoszenie i przenoszenie chorych, zmianę bielizny chorego, umiejętne wykonywanie wszelkich możliwych poleceń lekarskich i t. p.). Resztę czasu, przeznaczonego na wykształcenie służby dla chorych, zużyto na ćwiczenia praktyczne w szpitalu powszechnym, w szpitalu dla dzieci im. św. Zofii i w szpitalu izraelickim. Wszyscy uczestnicy kursu odbyli praktykę na wszystkich oddziałach szpitalnych, przebywając po kolei na oddziałach chorób wewnętrznych męskim, żeńskim, chorób dziecinnych, nerwowych, skórnych i chirurgicznych. Uproszeni przez fizyka miejskiego prymaryusze oddziałów szpitalnych pp. dr: Ehrlich, Krzyszkowski, Mehrer, radca Opolski, Pisek, prof. Raczyński, Ruff, E. Sawicki, prof. Wiczkowski i prof. Ziembicki, podjęli myśl fizyka miejskiego i uznając jej doniosłość dla chorych m. Lwowa, nie szczędzili wraz ze swymi sekundaryuszami trudu dla wykształcenia dobrych dozorców chorych. Dzięki ich prawdziwie obywatelskiej gotowości do tej pracy dla dobra ogółu możliwem było w stosunkowo niedługim czasie przygotować należycie uczestników kursu do odpowiedniego wykonywania niełatwej sztuki pielęgnowania chorych.

W dniu 7 czerwca odbył się w sali ratuszowej publiczny egzamin uczestników przy udziale prezydenta m. Michalskiego, radcy dworu dr Merunowicza, dyrektora szpitala izraelickiego dr Mehrera, członków Rady miejskiej i Gremium magistratu, jakoteż znacznej liczby lekarzy praktykujących. Po egzaminie otrzymali uczestnicy świadectwa z odbytego kursu (11 znakomicie, 6 bardzo dobrze uzdolnionych), a w najbliższym czasie polecono im zgłosić się do Fizykatu miejskiego celem okazania ubrania służbowego, uszytego wedle przedłożonych wzorów, poczem otrzymają odpowiednie odznaki.

Centralny Związek niemieckich kas chorych powziął na tegorocznem Walnem Zgromadzeniu (20. i 21. lipca bież. r. w Düsseldorfie), uchwałę, w której żąda ni mniej, ni więcej, tylko p r z y m u s z a n i a l e k a r z y d o l e c z e n i a w k a s a c h c h o r y c h. Uchwała ta brzmi, jak następuje: »Zastępcy kas chorych uważają za wskazaną zmianę postanowień przemysłowych, odnoszących się do zawodu lekarskiego, skoro kasy chorych z ustawy obowiązane są do dostarczania swym członkom pomocy lekarskiej, bo wobec tego są w stosunku do lekarzy bezbronne. Państwo, które wprost wkłada na barki kas chorych obowiązek tych świadczeń, musi równocześnie postarać się drogą ustawy o możliwość spełnienia tego obowiązku i drogą ustawy powinno zobowiązać lekarzy do leczenia w kasach chorych za opłatą pauszalowych taks«. Uchwała ta powołuje się dalej na to, że związek reńsko-westfalskich kas zawodowych również postawił to żądanie i domaga się, na wypadek, gdyby państwo nie zgodziło się na przymus lekarzy, by organy ubezpieczenia kasowego zostały zwolnione od obowiązku świadczenia pomocy lekarskiej i leków. *E. S.*

Zestawienie, ogłoszone przez statystyczne bióro wiedeńskiego magistratu **o przemysłowych kasach chorych w Wiedniu** dowodzi, że w r. 1904 istniało w Wiedniu 146 kas chorych, do których należało 380,743 mężczyzn, a 143,333 kobiet. Kas stowarzyszeniowych było 6 z ogólną liczbą członków 236,890, dalej istniało 15 kas fabrycznych z 18,829 członków, 74 kas czeladzi z 187,789 i 50 kas cechowych dla uczniów z 38,744 członkami. Nie wliczono w statystykę tę kolejarzy, jako przeważnie zamieszkałych poza Wiedniem, nie wliczono też kas majsterskich i zarejestrowanych kas zapomogowych. *E. S.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 9 do 15 września 1906 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o 11 w 5 gminach, a mianowicie pow. Jarosław (Dobrza 6), Rawa (Rzeczyca 1), Stryj (Grabowiec str. 1), Tarnopol (Chodaczków w. 1), Złoczów (Ryków 2). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 9 a 15/IX b. r. urodziło się dzieci żywo 52, nieżywo 4; zmarło osób 53 (obcych 30); z tego z gruźlicy 20 (13), zapalenia płuc 6 (3), błonicy 1 (1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 1 (1), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 2 (—), innych chorób zakaźnych — (—), śmierci gwałtownej 4 (3).

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 9/IX do 15/IX b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 10 (obcych 1), krztuśca 1 (—), ospy — (—), płonicy 10 (—), odry 3 (—), duru brzusznego 0 (4), czerwonki 1 (—); w tymże czasie zmarło z błonicy 2, z odry 2, z czerwonki 1 (—).

Na rumień lombardzki chorowało z końcem roku 1905 (wedle wykazów władz politycznych) w Bukowinie 1,056 osób w 166 gminach (o 479 osób więcej, niż w roku 1904). Czwarta część chorych cierpiała już od 5—10 lat, przeszło połowa od 2—5 lat; prawie trzecia część chorych liczyła 40—50 lat; więcej chorowało kobiet, niż mężczyzn. U 187 chorych były zboczenia umysłowe. *E. S.*

Wiadomości bieżące.

Lwów. Wydział lekarski uchwalił urządzić kursa uzupełniające dla lekarzy w czasie od 1. do 20. grudnia 1906 r.

Warszawa. »Biblioteka lekarska« wydała ostatni tom tłómaczenia dzieła o chorobach dzieci C o m b y e g o, a wkrótce wyda I tom »Ginekologii« P o z z i e g o.

— »Kronika lekarska« (Zesz. 17) porusza myśl, by wolny uniwersytet warszawski objął także wykłady lekarskie, sądząc, że uzyskanie potrzebnych pracowni i klinik w rządowych gmachach uniwersyteckich nie byłoby może drogą układów zbyt trudne, że można liczyć na 300 polskich słuchaczy, których czesne (po 100 rubli) wystarczyłoby na czynsz dzierżawny za lokale naukowe i na wypłacenie skromnych wynagrodzeń wykładającym.

— Dr Róbin i Tuchendler otwarli zakład leczniczy dla chorych, dotkniętych cierpieniami kiszek i żołądka.

Z różnych stron. Nagminne zapalenie opon mózgowych wygasa już i w swojem głównem ognisku, na Śląsku pruskim gdzie w ciągu lipca stwierdzono już tylko 31 przypadków w całym kraju.

— Zjazd rektorów wszechnic rosyjskich uchwalił 14 sierpnia s. s., że podjęcie na nowo wykładów z początkiem tego roku szkolnego jest i możliwe i bardzo pożądane; postanowiono przeto zamknięte wszechnice otworzyć.

— We Frankfurcie n/M. otwarto zakład im. G. Speyera, założony z funduszów prywatnych celem badania nowych leków chemicznych. Kierownictwo zakładu oddano prof. Ehrlichowi.

— Przy zamknięciu sezonu źródeł mineralnych w Sławiansku postanowiono, jak donosi pismo »Jużnyj kraj«, dla uczczenia zasług dyrektora tego zakładu, prof. Stanisława Zaleskiego z Petersburga, rodem Warszawianina, założyć z funduszów prywatnych kliniczny instytut dla chorób wymiany materyi w Sławiańsku; do komisyi, wybranej w tym celu, weszli między innymi Polacy: Kazimierz Normark i dr Wandalin Kossowski, wybitny lekarz charkowski, kierownik sanatoryum w Sławiańsku.

— W Medyolanie odbył się Zjazd międzynarodowy dla lekarskiej elektrologii i radyologii; rozpoczął się referatami dra Zanietowskiego o metodach elektroleczniczych własnych i prof. Cluzeta o prawach elektrobiologii. Główne odczyty mieli nadto Schiff z Wiednia, Doumer z Lilje, Oudin z Paryża, Luzzenberger z Neapolu, Schatzky z Moskwy i t. d., wreszcie Joteykówna z Brukseli przez zastępcę.

— O tułaczce trędowatego donosi prasa codzienna. Przed kilku dniami przybył do Passau trędowaty Rumun z Frankfurtu, ale władze austryackie wzbroniły mu przejazdu do ojczyzny, do Rumunii. Chorego odosobniono w jednym wozie, którego drzwi opieczętowano, aby chory nie mógł uciec. Jadło podawano mu przez okno w drzwiach. Zarząd bawarskich kolei musiał wobec tego chorego przewieźć z powrotem do Frankfurtu i tam pomieszczono go w szpitalu miejskim w odosobnieniu od innych chorych. Chory jest zdolny do podróży i w najkrótszym czasie zostanie przymusowo odesłany do Londynu, skąd przybył. Jeżeli w istocie chorobę, jak chory podaje, dopiero w Londynie po raz pierwszy rozpoznano, to godzi się zapytać, dlaczego się poprzednio stamtąd dokładnie nie dowiedziano, czy będzie można

bez przeszkody chorego odesłać do ojczyzny. Wszak podróż takiego chorego tam i z powrotem chyba nie jest obojętną dla rozwleczenia choroby. *E. S.*

Mianowani: Prof. Kreibich z Gracu profesorem dermatologii na niemieckim uniwersytecie w Pradze (w miejsce ustępującego prof. Picka); doc. Jamin nadzw. profesorem propedeutyki lekarskiej i historyi medycyny w Erlangen; doc. Lange profesorem ortopedyi w Monachium (katedra nowo utworzona); doc. Seifert prof dermatologii w Würzburgu; dr Ford prof. bakteryologii w Baltimore; doc Weinberg z Dorpatu profesorem anatomii w Petersburgu; profesorami nadzw. w Rzymie: dr Alessandri (patologia chirurgiczna), Ferreri (laryngologia), Lo Monaco (chemia fizyologiczna).

Zmarli: Prof. okulistyki na niemieckim uniwersytecie w Pradze, W. Czermak w 50 r. ż.

Dr J. K. Zaleski w Noworadomsku w 55 r. ż.

Dnia 12 września 1906 zmarł w Ropczycach dr Fryderyk Roller w 78 r. ż. Urodzony w Sanoku, dyplom doktora wszech nauk lekar. otrzymał w Wiedniu 1871 roku, praktykował w Dobromilu, następnie w Ropczycach przez 27 lat. Powszechnie ceniony, jako zdolny lekarz, odznaczający się prawością charakteru i gorącym patryotyzmem.

Dr Godłowski.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 35. Rydygier: O chirurgicznem leczeniu okrągłego wrzodu żołądka z przedstawieniem chorej w 25 lat po wycięciu odźwiernika z powodu wrzodu żołądka. Ciechomski: W sprawie doniosłości orzeczeń sądowo-lekarskich.

— *Medycyna* Nr 37. Sterling, Korybut-Daszkiewicz (dok.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 37. Gońka: W sprawie przekrwienia miazgi zębowej w pojęciu klinicznem.

— *Kronika lekarska* Nr 17. Halle i Motz (c. d.). Biehler (c. d.). Sędziak (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr 18. Mikołajski: Sprzedaż i kupno praktyki lekarskiej. Mikołajski: O polepszeniu bytu lekarzy więziennych. Mikołajski: Służba sanitarna w więzieniach. Mikołajski: Stosunki lekarzy więziennych w okręgu Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. — Wzór kontraktu miedzy kasami chorych a lekarzami. Luster: Propaganda partactwa leczniczego przez pisma peryodyczne.

— *Przegląd zdrojowy* Nr 12. Skórczewski (c. d.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 11. Morawski: Ujęcie źródeł mineralnych w Krynicy.

— *Časopis lékařův českých* Nr 37. Pantovič: Novokain v lumbalni anaesthesii. Eiselt: O fibrinosni bronchitidě je zvláštním vzhledem k jeji aetiologii. Müller (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 34. Weber: W sprawie skrętu okrężnicy esowatej. Zimnicki: W sprawie wydzielania żołądkowego przy żółtaczce. Orłowski (dok.). Miklaszewski: Łóżko operacyjne dla położnic.

— *Presse médicale* Nr 72. Leduc: Nowe teorye rozczynów i ich stosunek do medycyny. Perrin i Parisot: Powikłania płucne i opłucne nierozpoznanych ciał obcych w oskrzelach.

— *Semaine medicale* Nr 37. Charrin: Rola substancyi minerelnych w ustroju.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 37. Redlich: Leczenie padaczki. Kuhn: Maska do wywoływania przekrwienia zastoinowego w płucach. Solmersitz: W sprawie grzybicy kropidlakowej płuc u człowieka. Stoutz i Ulrici: Spostrzeżenia dyetetyczne u chorych piersiowo. Bence: Trzy przypadki polyglobulii z powiększeniem śledziony. Hollister: Zachowywanie się śledziony przy raku. Sippel: Uwagi o odkażaniu rąk i postępowaniu bezgnilnem przy laparotomiach. Ramshorn: Unguentum sulfuratum mite. Sachs: Przeszczepianie mięśni w leczeniu porażeń dziecięcych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 37. Strubell: O fizyologicznem i farmakologicznem działaniu yohimbinu. Lipschütz: W sprawie krętka bladego w tkance kiłowej. Gobiet: Cięcie cesarskie pochwowe w rzucawce. Rouseff: Badania chemiczne cieplicy Banki w Bułgaryi.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 37. Aschaffenburg: Stosunek życia płciowego do powstawania chorób nerwowych i umysłowych. Rolly: Zatrucie gromadne bobem. Hocheisen: Porody w uśpieniu skopolaminowo-morfinowem. Grund: O odruchowem zahamowaniu wydzielania nerkowego podczas cystoskopii. Schilling: Pomyślny wpływ promieni Röntgena na przewlekły nieżyt oskrzeli i dychawicę oskrzelową. Merkel: O przypadku przepukliny Treitzowskiej z pęknięciem worka przepuklinowego. Germer: Nowy przypadek urazowej przepukliny płuc bez drążącego skaleczenia klatki piersiowej. Vörner: Zajmujący przypadek gruźliczej osutki skóry. Goldberg: Prostatitis chronica „cystoparetica". Friedemann: Podwiązywanie żył miednicy w ropniczej postaci gorączki połogowej. Dreyfuss: O rozpowszechnieniu karmienia sztucznego i naturalnego w okręgu Kaiserslautern i wpływie jego na odżywienie oseskόw. Fleurent: Przypadek równoczesnej ciąży macicznej i zewnątrzmacicznej. Thalnitzer: Chory na padaczkę jako automobilista. Wolf: Choroba Schopenhauera w r. 1823.

Redakcya otrzymała: Guranowski: Obecny stan wiedzy o t. zw. otosklerozie. Odb. z „Medycyny" 1906. Eisenberg: 1) Über sekundäre Bakterienkolonien, 2) Weitere Untersuchungen über den Mechanismus der Agglutination und Präcipitation, Część I i II. Odb. z „Centralbl. f. Bakteriologie" 1906. Kern: Izvještaj bakteriološkoga zavoda u Križevcima. Svezak 2. 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol, w zapaleniu płuc tak skuteczny środek, poleca H. Keiner w pracy z oddz. wewn. szpitala miejskiego w Dortmundzie (spr. w *Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 30). Podając chininę wewnętrznie po 0·5—1·0 gr. 2 razy dziennie, na 29 przypadków stracono 4 chorych = 13·8 prc. śmiertelności. Wogóle nie zauważono wyraźnego wpływu chininy na zapalenie płuc. Z 40 doświadczeń z kreosotalem dochodzi autor do wniosku, że należy zaniechać dalszych prób tego środka u chorych na zapalenie płuc i nie tracić drogiego czasu. Próby z naparstnicą dały bardzo wysoką śmiertelność, bo 29 prc. i nie wskazują na jakieś swoiste działanie w tych przypadkach, gdyż nie stwierdzono działania, ograniczającego sprawę chorobową, ani też skrócenia czasu trwania lub wpływu na krzywą gorączki. W 25 przypadkach, leczonych zapomocą będźwinianu sodowego nie spostrzeżono objawów, któreby wskazywały na szkodliwe działanie tego środka, a przebieg wyróżniał się mniejszem podnieceniem, aniżeli przy podawaniu powyżej wymienionych środków. Przy podawaniu pyrenolu w dawce 0·5 gr. co 2—3 godziny spostrzeżono, że w 6 przypadkach, przyjętych w 3. i 4. dniu, przebiegało cierpienie szybko. Autor odniósł korzystne wrażenie co do leczniczej wartości pyrenolu w zapaleniu płuc i w przeciwieństwie do wielu innych nowych przetworów, przekonany jest o celowości i nieszkodliwości tego środka w tych przypadkach. O rzekomo pewnem działaniu hetolu nie mógł się K. przekonać. K. kończy słowami, że wśród wszystkich podawanych środków najlepsze wrażenie zrobiły na nim będźwinian sodowy i pyrenol, natomiast chinina, kreosotal, a w szczególności naparstnica zdawały się pogarszać wyniki lecznicze, zaś leczenie hetolem wymaga największej ostrożności. *Hr.*

Rok XLV. Kraków 29 Września 1906. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Bakterye mleczne jako środek walki ze starością i niektóremi chorobami.

Napisał
Prof. dr Napoleon Cybulski.

Pomimo, że zakres badań biologicznych prawie z każdym dniem się rozszerza, a biologia w ostatnich paru dziesięcioleciach zrobiła imponujące postępy, pomimo, że zdołano wyjaśnić, zrozumieć, wytłómaczyć, a nawet wprost kierować całym szeregiem spraw biologicznych, zawsze pozostają jednakże pewne zagadnienia, niewątpliwie należące do zakresu biologii, których biologowie, albo wcale nie tykają, albo dotykają tylko pobieżnie, uważając je niejako za naturalne, same przez się zrozumiałe dla wszystkich. Do tej kategoryi należy między innemi starzenie się ustrojów i ich naturalna śmierć.

Nawet najwybitniejsi fizyologowie, jak n. p. Klaudyusz Bernard, wspominając o sprawie zużywania się ustrojów z wiekiem, ograniczają się niejako tylko do metafizycznego przypuszczenia, że każdy ustrój, już przychodząc na świat przynosi z sobą pewien zapas energii życiowej, który u jednych osobników może być większy, u innych mniejszy, i tem tłómaczą różnicę długości życia osobników jednego gatunku.

Inni fizyologowie, jak n. p. Beaunis, ograniczają się tylko do suchego opisu cech starości. Co do warunków, które ją wywolują, to większość uważa je za naturalne następstwo wymiany materyi i nagromadzania się w tkankach składników mineralnych. Skutkiem tej zwiększonej zawartości soli mineralnych, a w szczególności soli wapiennych wszystkie tkanki stają się z wiekiem twardsze, kości kruchsze i łatwiej łamliwe. Tętnice, również ulegają zwapnieniu, a skutkiem tego tracą swoją sprężystość; w narządach miąższowych naturalne składniki stopniowo zanikają, miejsce zaś ich zastępuje coraz bardziej jeden z najniższych składników ustroju — tkanka łączna. Wszystkie te zmiany, których następstwem jest utrata sprężystości, giętkości, siły i dzielności narządów, znamionują rzeczywiście starość i z wiekiem występują coraz wybitniej.

Do podobnego stwierdzenia cech starości ogranicza się również i medycyna, zastanawiając się bardzo mało nad warunkami, wśród których starcze zmiany w ustrojach powstają.

Jednakże już samo zbieranie faktów stwierdziło, że przynajmniej u człowieka może działać szereg przypadkowych warunków, które przyspieszają rozwój zmian starczych wogóle, lub w pewnych tylko narządach. Tak pewne zatrucia w szczególności przewlekłe (cynk, ołów, fosfor), pewne choroby zakaźne (n. p. kiła), niektóre środki odurzające, jak n. p. wyskok, morfina, makowiec, mogą już w młodym wieku wywoływać rozwój zmian starczych, które bez tych czynników rozwijają się tylko w wieku znacznie późniejszym.

Słowem stwierdzono w sposób niewątpliwy, że pewne zatrucia ustroju mogą przyspieszać zmiany starcze, wywoływać nawet zgrzybiałość, która z kolei pociąga za sobą wcześniejszą śmierć ustroju.

Zrozumiałą więc jest wcale rzeczą, że te fakta musiały nasunąć wątpliwości, czy tak zw. naturalna starość jest w rzeczywistości naturalną i czy jej również nie wywołują, zamiast właściwości normalnego życia składników naszego ustroju, jakieś czynniki, działające na ustrój z zewnątrz. Słowem nasuwały się wątpliwości, czy wiek, do którego dożywają zwierzęta i ludzie, jest ich wiekiem naturalnym, oraz, czy śmierć ustrojów jest koniecznością natury, czy też wynikiem przypadku. W rzeczy samej, badacze niższych ustrojów, t. zw. istot jednokomórkowych, stwierdzają, że śmierć nie jest bynajmniej cechą każdej żyjącej materyi. Istnieją całe szeregi istot żyjących zwierzęcego lub roślinnego świata, wśród których śmierci, jako naturalnego zakończenia żywota, stwierdzić nie można; przeciwnie wszystkie spostrzeżenia zmuszają przyjąć, że u tych istot, napotykamy nieprzerwalność życia. Istoty takie, żyjące jako osobniki samodzielne, w pewnych chwilach i wśród odpowiednich warunków, wytwarzają nowe pokolenia w ten sposób, że istota macierzysta dzieli się na dwie lub na szereg nowych istot, zdolnych również do samodzielnego życia i podobnych w zupełności do osobnika macierzystego. „Nie możemy tam mówić o śmierci“, jak powiada Weissman, „gdzie nie ma trupa“. Tu istotnie ustrój macierzysty nie zamarł, lecz przeciwnie tylko się przekształcił w dwie nowe żyjące istoty. Nowe pokolenia w odpowiednich warunkach przekształcają się w pokolenia następne i tak do nieskończoności. Wprawdzie są wśród nich takie, u których po szeregu pokoleń znika zdolność do dalszego rozwoju, lecz w tych przypadkach, gdy taki ustrój zlewa się z innym podobnym ustrojem i w ten sposób utworzy na jakiś czas nową istotę, nabywa on napowrót zdolności do dalszego podziału, do dalszego tworzenia nowych pokoleń. Podobne zjawisko stwierdzamy właściwie u wszystkich bez wyjątku roślin i zwierząt w ich tak zw. elementach rozrodczych. Widzimy więc, że pojęcie życia nie wymaga wcale pojęcia śmierci. Te niższe ustroje, jak również elementa rozrodcze wyższych ustrojów mogą marnieć, ginąć, jednak nie z powodu własnej natury,

lecz tylko wyłącznie z powodu warunków zewnętrznych. Jedne giną w walce o byt, pożerane przez inne, drugie dlatego, że się znajdują w warunkach nieodpowiednich dla ich życia, n. p. w zbyt wysokiej ciepłocie lub w środowiskach o składzie chemicznym, dla nich zabójczym.

Elementa rozrodcze ustrojów wyższych marnieją wtedy, gdy się znajdują w warunkach, w których ich dalszy rozwój jest niemożliwy. We wszystkich tych przypadkach niewątpliwie następuje śmierć pewnych żyjących ustrojów, jest to jednakże śmierć nienaturalna, gwałtowna, wywołana tylko przez czynniki zewnętrzne. (C. d. n.)

Z Zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi prof. O. Bujwida w Krakowie.

Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliźnie.

(Część trzecia.)

Napisał

R. Nitsch

asystent Zakładu higieny Uniw. Jag.

(Dokończenie.)

Jak już opisano w pierwszej części, trwało dawniej leczenie w krakowskim Zakładzie 10 dni, tylko osoby ciężko pokąsane szczepiono przez 12, a wyjątkowo 14 dni. Od początku r. 1905 przedłużono czas leczenia o 2 dni, tak że tylko osoby pokąsane bardzo lekko i przez ubranie leczono przez 10 dni — zresztą wszystkich 12—14 dni, a osoby pokąsane w twarz 16 dni. Przytem szczepiono zawsze dwa razy dziennie. Używaliśmy też zawsze gęstych, a czasem nawet bardzo gęstych zawiesin. Mianowicie na jednę szczepionkę dla jednej osoby używaliśmy średnio 0,1—0,15 gr. rdzenia 4 do 1-dniowego. Tę dawkę rozcierano w 2 cm^3 fizyologicznego rozczynu soli i wstrzykiwano podskórnie. Ponieważ zatem każdy z pokąsanych szczepiony był przynajmniej 20 razy, otrzymywał każdy średnio $2^1/_2$ gr rdzenia. Pokąsani w głowę dostawali przynajmniej 3 gramy: zapewne jednak więcej, aż do 4 gramów. Dla porównania należy tu zauważyć, że cały świeży rdzeń królika średniej wielkości (n. p. ważącego 2500 gramów) waży 4,4—4,5 gr., po 2 zaś dniach wysuszania nad ługiem potasowym w ciepłocie pokojowej spada jego waga o połowę.

W ten sposób zatem szczepiliśmy dawniej i także w r. 1905 aż do owego drugiego przypadku śmierci z początkiem kwietnia. Jak już wspomniano, i po tym smutnym wypadku nie zaprzestaliśmy tych energicznych szczepień: przeciwnie z czasem poszliśmy jeszcze dalej.

Mianowicie z początkiem maja 1905 zgłosiło się do Zakładu wielu pokąsanych tak, że zaczęło nam brakować starszych rdzeni i byliśmy zmuszeni już od początku stosować rdzenie 2 i 1-dniowe. Ponieważ wyniki wydawały się pomyślne, szczepiliśmy także i później tylko 2 i 1-dniowymi rdzeniami, chociaż nie zmuszał nas już do tego brak starszych rdzeni. Przytem używaliśmy równie gęstych zawiesin, jak dawniej.

A zatem ten sposób szczepienia wyłącznie 2 i 1-dniowymi rdzeniami trwał w krakowskim Zakładzie od pierwszych dni maja aż do końca r. 1905.

Niestety jednak nie uwolniło nas to od dalszych przypadków śmierci. Dnia 22 czerwca zgłosił się do Zakładu 45-letni chłop, F. W., pokąsany przez wściekłego psa (kategorya B) przed 4 dniami (18/VI). Rana na ręku dość ciężka. Szczepiono go 2 i 1-dniowymi rdzeniami przez 12 dni, poczem wrócił do domu. Dopiero w październiku zawiadomiono nas urzędownie, że człowiek ten zmarł na wściekliznę 17/VII, t. j. w 13 dni po ukończeniu leczenia, a w 29 dni po ukąszeniu. Kiedy się choroba rozpoczęła i jak przebiegała, wiadomości nie otrzymaliśmy. Był to zatem trzeci przypadek śmierci na wściekliznę w r. 1905 i znowu po ukąszeniu w rękę. Był zatem także stosunkowo słabo szczepiony.

I tak do końca października 1905 nie straciliśmy żadnego z ludzi, pokąsanych w głowę i szczepionych nową metodą. A metody tej używaliśmy od $1^1/_2$ roku i właśnie najenergiczniej u tych, którzy byli pokąsani w głowę. Od $1^1/_2$ roku wszystkie przypadki śmierci na wściekliznę w Zakładzie prof. Bujwida zdarzały się u ludzi pokąsanych w rękę, a zatem szczepionych stosunkowo słabo. Na tej podstawie przypuszczaliśmy, że znajdujemy się na dobrej drodze i że powinniśmy pokąsanych w rękę szczepić jeszcze energiczniej.

Wnet jednak miał nas i tutaj spotkać zawód.

Dnia 4 listopada przywieziono do Zakładu 7-letnią dziewczynkę A. K. z Krościenka. Dzień przedtem pokąsał ją wściekły pies (kategorya B) w twarz i w rękę. Znaleźliśmy: Na górnej powiece lewego oka i pod lewem okiem dwie dość głębokie rany. Na czole kilka ran powierzchownych 4—6 cm. długich, które wszystkie miały silnie krwawić i były zadane w gołe ciało. Na grzbiecie lewej ręki kilka zdarć naskórka, zębami psa w gołe ciało zadanych. Ran nie przypalano; założono tylko przeciwgnilny opatrunek.

Dziewczynkę tę szczepiono aż do 19/XI energicznie; tego samego dnia odjechała do domu. W końcu listopada otrzymał prof. Bujwid z Krościenka od dra Hammerschlaga list następujący:

„Pozwalam sobie donieść, że dziewczynka 7-letnia A. K., pokąsana przez psa wściekłego i leczona w zakładzie JWP. Profesora zmarła wczoraj po zaledwie jednodniowej chorobie. Zrana 24 b. m. nagle bez widocznego okresu wstępnego, doznała silnego bólu głowy z gorączką. Stwierdziłem u niej zaraz 38° ciepłoty, tętno nitkowate, około 150. Porażenie mięśni gałkowych oka lewego (zez wewnętrzny oka lewego). Połykanie było może cokolwiek utrudnione, źrenice zwężone, leniwie oddziaływujące. Drgawek ani porażeń na twarzy, kończynach nie stwierdziłem. Wogóle obraz chorobowy nie był typowy, trudno jednak przypuścić i rozpoznać chorobę inną *(mening basil.)*. Zmarła podobno o 8 wieczór“.

Dziecko to zmarło więc w 5 dni po ukończeniu leczenia, a w 22 dni po ukąszeniu. Był to więc przypadek, gdzie osoba w twarz ukąszona zmarła pomimo bardzo energicznych szczepień. Był to też w Zakładzie prof. Bujwida w r. 1905 ostatni przypadek śmierci na wściekliznę pomimo leczenia.

Należy tu jednak wspomnieć jeszcze o jednym przypadku, który nas swojego czasu również bardzo zaniepokoił. Dnia 20 czerwca zgłosiła się do Zakładu 58-letnia kobieta z Gorlic, R. G., pokąsana przed 3 dniami w nogę przez wściekłego psa (kategorya B). Stwierdzono u niej: Na grzbiecie i na podeszwie prawej stopy 5 małych ranek, nieznacznej głębokości. Cała stopa dość znacznie zaczerwieniona, lekko obrzękła i bolesna. Rany miały obficie krwawić, były

zadane przez obuwie i zostały przez lekarza jodoformem zasypane. Kobieta pokąsana była dość dobrej tuszy i miała na twarzy i palcach wyraźną sinicę. Szczepiono ją, jak zwykle, przez 12 dni. Rany na nodze nie chciały się jednak goić i z końcem leczenia były mniej więcej w tym samym stanie, jak na początku, ale nie wyglądały szczególnie źle. W tym stanie odjechała owa kobieta dnia 2/VII do domu. W jakiś czas potem przybył do Zakładu jej krewny i oświadczył, że zmarła ona dnia 7/VII według określenia lekarzy na „zakażenie krwi". Dotychczas też nie otrzymaliśmy urzędowej wiadomości o jej śmierci, coby się prawdopodobnie stało, gdyby chora umarła na wściekliznę. O wszystkich 4 przypadkach śmierci na wściekliznę, omówionych powyżej, zawiadamiano zawsze Zakład drogą urzędową. Tak więc przyjęliśmy ostatecznie, że kobieta owa nie zmarła na wściekliznę.

Tak zatem z osób, szczepionych w r. 1905, zmarły 4 osoby na wściekliznę t. j. 0,5%, albowiem szczepiliśmy 800 osób. Z pośród zmarłych przybyły 2 osoby bardzo późno do leczenia. Jeżeli zwrócimy uwagę na tę okoliczność, to zobaczymy, że w r. 1905 przybyło do Zakładu 98 osób dopiero 10. dnia po ukąszeniu albo później. Z tych zmarły 2 osoby, t. j. około 2%. Natomiast 702 ludzi przybyło aż do 9. dnia włącznie po ukąszeniu do Zakładu: z nich zmarły również 2 osoby, t. j. 0,28%. Widzimy zatem, że w Galicyi jeszcze dużo czasu przechodzi, zanim pokąsani do leczenia się zgłoszą: w r. 1905 każdy ósmy pokąsany przybywał dopiero 10. dnia lub później.

Pokąsanych w głowę lub w twarz leczono w r. 1905 44: z nich jedna osoba zmarła. Ale także w dwóch poprzednich latach leczono wzmocnioną metodą przez kilkanaście miesięcy kilkaset osób. Z pośród nich było 41 ludzi pokąsanych w głowę. Razem więc było 85 osób pokąsanych w głowę, a leczonych nową metodą: z nich umarła 1 osoba t. j. 1,18%.

Natomiast w tym samym czasie leczono nową metodą 1,339 osób (800+624—85), które nie były pokąsane w twarz, ani w głowę. Z tych zmarło 5 osób (właściwie tylko 4), t. j. 0,37%.

Razem zatem zmarło z pośród 1,424 osób, szczepionych nową metodą, 6 osób (właściwie 5 bez owej kobiety K. G.), t. j. 0,42% (0,35%).

Przytem zasługuje w każdym razie na baczną uwagę to, że z pośród owych 5 zmarłych osób u żadnej nie wybuchła wścieklizna później, jak we 2 tygodnie po opuszczeniu Zakładu. I w tem zjawisku pewien postęp może także przypadkowym nie jest. Tak n. p. zaczęła się choroba u dziewczynki Z. K., leczonej w r. 1904, dopiero w 12 dni po ukończeniu leczenia, a śmierć nastąpiła po 5-dniowej chorobie, t. j. w 17 dni po skończeniu leczenia. Z. K. była jednak jeszcze nieco słabiej szczepiona, aniżeli osoby, pokąsane w r. 1905. Z tych zaś zmarła tylka jedna (F. W.) dopiero w 13 dni po ukończeniu leczenia; 3 inne osoby zmarły już w 3—5 dni potem.

Oczywiście, że postęp taki, w którym śmierć po pewnej metodzie leczniczej wcześniej następuje, aniżeli po innych, wygląda bardzo podejrzanie. Jak wiadomo, polega jednak działanie metody Pasteurowskiej na zapobieganiu tym przypadkom wścieklizny, w których choroba wybucha stosunkowo późno po ukąszeniu. Natomiast metoda ta jest mniej więcej bezsilną wobec tych przypadków, w których choroba poczyna się w przeciągu miesiąca po ukąszeniu. Zaś z osób zmarłych u nas po zastosowaniu metody energicznej, wszystkie 5 zmarły w przeciągu miesiąca po ukąszeniu: oprócz nich nie zmarł na wściekliznę ani jeden pokąsany, który nie przerwał samowolnie leczenia.

Dalej znaną jest rzeczą, że według zwyczaju, panującego w Zakładach Pasteurowskich, zalicza się na karb statystyki tylko te przypadki, w których pierwsze objawy choroby występują później, aniżeli w 2 tygodnie po ukończeniu szczepień. A przytem leczy się pokąsanych w wielu zakładach przez 3—4 tygodni. Gdybyśmy zatem chcieli i naszą statystykę obliczać według tego zwyczaju, to nie mielibyśmy ani jednego przypadku śmierci na wściekliznę na przeszło 1400 leczonych osób. Co do mnie, to nie znam żadnej statystyki, którąby mogła się poszczycić podobnym wynikiem.

Uważam jednak ten rodzaj statystyki tylko za oszukiwanie siebie samego, jak to już i w pierwszej części tych uwag zaznaczyłem[3]), umierającym na wściekliznę i ich rodzinom jest ostatecznie obojętne, czy śmierć ich następuje w 10. czy w 30 dni po ukończeniu leczenia; o jednem jednak dobrze wiedzą, a mianowicie o tem, że umierają pomimo leczenia. Według mnie tylko te przypadki są zgubione bez ratunku, w których pierwsze objawy choroby występują najpóźniej w 10 dni po rozpoczęciu leczenia, a zatem tylko takie przypadki ma się prawo opuszczać w obliczaniu śmiertelności.

Dla łatwiejszego przeglądu zestawiam przypadki śmierci na wściekliznę zaszłe w Zakładzie prof. Bujwida po zastosowaniu energicznej metody w osobnej tablicy (VIII).

Ten wynik stwierdza, że za wielkie nadzieje pokładaliśmy (jeszcze w pierwszej części tych uwag) w szczepieniu świeżymi rdzeniami. Albowiem już teraz można twierdzić, że choćby szczepiono nawet zupełnie świeżymi rdzeniami, to nie zdołanoby jednak stłumić zupełnie śmiertelności na wściekliznę osób pokąsanych. Jakkolwiek bowiem używaliśmy rdzeni zupełnie świeżych tylko wyjątkowo (nie więcej jak 3—4 razy), to jednak od maja szczepiliśmy wyłącznie 2 i 1-dniowymi rdzeniami. A rdzenie 1-dniowe nie różnią się wiele od całkiem świeżych w stopniu wysuszenia, a więc (prawdopodobnie) i w zakaźności. Dlatego też trzeba przypuścić, że szczepienie zupełnie świeżymi rdzeniami nie dałoby wyniku znacznie lepszego od powyższego. Trzeba zwrócić się ku innym sposobom, próbowanym już przez niektórych autorów, a mianowicie ku połączeniu leczenia surowicą i zarazkiem stałym.

Ta metoda zyskuje sobie coraz więcej zwolenników

[3]) Za przykład tego może służyć świeżo ogłoszona statystyka Zakładu w Budapeszcie („Cent. f. Bak." Ref. tom 38 (1906), str. 257.). Autor (dr August v. Székely) liczy tam 117 zmarłych na 24,883 leczonych (od r. 1890) — jakkolwiek oprócz tych 117 zmarło jeszcze 147 przed 15 dniem po ukończeniu lub podczas szczepień, trwających tam 13—19 dni. Równocześnie chwali autor metodę szczepień Högyesa, polegającą, jak wiadomo, na szczepieniu świeżych, ale bardzo rozcieńczonych rdzeni (od rozcieńczeń $^1/_{10000}$ do $^1/_{100}$). Oblicza, że statystyka tej metody („Dilutionsmetode") od r. 1895 zawiera na 21.339 leczonych tylko 62 zmarłych, t. j. 0·29%. Ale oprócz tych 62 osób zmarło tam jeszcze od r. 1895 osób 116 przed 15 dniem po ukończeniu leczenia. W tem oświetleniu traci ta statystyka znacznie na wartości i jest właśnie przykładem oszukiwania siebie samego. Według mnie mogliby kierownicy zakładu w Budapeszcie oszczędzić sobie pracy troskliwego rozcieńczania rdzeni i ścisłego ich dawkowania.

Tablica VIII.

Liczba bieżąca	Rok	Imię, nazwisko i płeć pokąsanej osoby	Wiek	Zwierzę kąsające i kategorya wedle Pasteura	Siedziba rany	W gołe ciało, czy przez ubranie	Opatrzenie rany po ukąszeniu	Leczenie rozpoczęto po ukąszeniu w dni	Leczenie trwało dni	Wybuch choroby w dni		Śmierć w dni		Uwagi
										po ukąszeniu	po skończeniu leczen.	po ukąszeniu	po skończeniu leczen.	
1	1904	K. G. k.	65	pies (?)	ręka	w gołe ciało	opatrunek antyseptycz.	5	8	77	64	80	67	Nr 1 opuściła zakład pomimo upomnień w 8. dniu leczenia: nie była wcale szczepiona 1-dniowymi rdzeniami i dlatego nie może obciążać naszej statystyki.
2	„	Z. K. k.	11	pies B	„	„	wypalono lapisem	3	9	24	12	29	17	
3	1905	W. S. m.	11	pies (?)	„	„	?	12	12	25	1	28	4	
4	„	T. B. k.	36	pies B	„	„	?	16	12	28	0	31	3	
5	„	F. W. m.	45	pies B	„	„	opatrunek antyseptycz.	4	12	?	?	29	13	
6	„	A. K. k.	7	pies B	ręka i twarz	„	„	1	16	21	4	22	5	

i z każdym rokiem przybywa prac, nią wykonanych. N. p. wyniki, jakie Babes osiągnął tą drogą, zasługują na baczną uwagę[4]). Używał on przy leczeniu pokąsań, zadanych przez wilki, naprzód zwyczajnej metody Pasteura; potem przeszedł do metody znacznie energiczniejszej (II okres jego doświadczeń). Szczepił pokąsanych już 2. lub 3. dnia leczenia rdzeniem 1-dniowym, zaczynając jednak od 12-dniowego (4—6 szczepień na dzień: leczenie trwało dni 30: w ostatnich dniach szczepił jednak tylko raz na dzień). „W niektórych przypadkach otrzymywali pokąsani w 3. lub 4. dniu nadto jedną dawkę świeżego rdzenia“. Z pośród 116 ludzi tak leczonych zmarło 19: u 8 z nich wystąpiła choroba już w 3 tygodniu po ukąszeniu; u jednego w 5 tygodniu. Reszta 10 zgłosiła się do leczenia dopiero później, niż po 10 dniach od ukąszenia. U tych wystąpiła wścieklizna po 30 dniach po ukąszeniu.

Ponieważ zatem to leczenie energiczną metodą nie dało Babesowi dobrych wyników, przeszedł on zatem do połączenia tej metody ze wstrzykiwaniem surowicy. Szczegóły są omówione w jego pracy. Tu wystarczy powtórzyć tylko wyniki Babesa: „Tutaj“ (w VI okresie jego doświadczeń) „szczepiliśmy już 1. lub 2. dnia najjadowitszym materyałem, który wzmacnialiśmy prócz tego obfitą ilością silnych chemicznych substancyi. Równocześnie szczepiono surowicę i to oddzielnie od zarazka stałego, aby ona zadziałać mogła na zarazek uliczny. Ta metoda nie zawiodła nas na 16 przypadków ani razu (t. j. nie było ani jednego zachorowania po 5 tygodniu), również nie było żadnego przypadku choroby w 5 tygodniu i tylko jeden wybuch choroby w 3. tygodniu (l. c. str. 200).

W Zakładzie prof. Bujwida również nie mieliśmy, na przeszło 1,400 przypadków, leczonych energiczną metodą i z których 5 zakończyło się śmiercią na wściekliznę, ani jednego, gdzieby choroba wybuchła dopiero w 5. tygodniu po ukąszeniu albo później: nie zdarzyło się to nawet u tych osób, które dopiero po 10 dniach lub później do leczenia się zgłosiły. Mieliśmy tylko 1 przypadek, w którym wścieklizna wystąpiła w ostatnim dniu czwartego tygodnia (28. dnia po ukąszeniu). Jednak to porównanie nie uprawnia do żadnych wniosków, bo, — jak wiadomo, — są pokąsania przez wilki znacznie niebezpieczniejsze od innych. Jedno tylko wynika z tego, a mianowicie to, że Babes dowiódł, iż i energiczna metoda Pasteurowska jest mniej skuteczną, aniżeli połączenie tej metody z leczeniem surowicą.

W tej połączonej metodzie leczniczej należałoby omówić jeszcze jeden punkt. Mianowicie o ile mi wiadomo, używają wszyscy autorowie, którzy się nią dotąd posługiwali, zarazka stałego w postaci rdzenia króliczego w połączeniu z wysokowartościową surowicą. Jednakże, jakto powiodło mi się na innem miejscu[5]) udowodnić, jest kora mózgowa i wogóle szara substancya mózgu królików, zabitych w ostatnich godzinach życia po zakażeniu stałym zarazkiem, około 50 razy jadowitsza od rdzenia. Jeżeli przeto rozporządzamy wysokowartościową surowicą, to należałoby ją łączyć lub mięszać nie z rdzeniem, ale ze szarą substancyą mózgu, albowiem to nie może być obojętne. Jak wiadomo — według nowszych zapatrywań — dla uzyskania czynnej odporności są znacznie skuteczniejsze bakterye jadowite *(virulent)*, aniżeli mało jadowite. Chociaż zatem zarazek wścieklizny nie należy prawdopodobnie do bakteryi, to jednak, zdaje się, że to zapatrywanie i tu ma swoją wagę.

Chociaż należę do najgorliwszych obrońców zdania, że świeży stały zarazek z rdzenia jest dla człowieka przy podskórnem zaszczepieniu nieszkodliwy, — to jednak nie odważyłbym się zaszczepić człowieka podskórnie świeżą szarą substancyą mózgową. Jeżeli jednak posiadamy wysokowartościową surowicę, to możnaby to chyba bez obawy uczynić i możnaby też mieć nadzieję, że to połączenie: szara substancya + surowica odda nam lepsze usługi, aniżeli metody dotychczasowe. I tak zbliżylibyśmy się znowu o kilka kroków do ideału.

Dotychczas opisaliśmy zatem sposób leczenia w Zakładzie prof. Bujwida w 3 ostatnich latach — potem omówiliśmy statystykę zakładu w tym czasie i przypadki śmierci. Widzieliśmy, że statystyka tych energicznych szczepień nie jest złą (na przeszło 1,400 szczepionych 0·35% śmierci). Jeżelibyśmy zaś ułożyli tę statystykę według zwyczaju, przyjętego w zakładach i opuścili wypadki zapadnięcia na wście-

[4]) V. Babes: „Ueber die Behandlung vom 300 von wütenden Wölfen gebissenen Personen im Bukarester pathologisch-bakteriologischen Institute“. („Zeitschr. f. Hygiene 1904, tom 47, pag. 179).

[5]) „Doświadczenia z jadem laboratoryjnym (virus fixe) wścieklizny“. II i III część. Rozprawy krakowskiej Akademii Umiejętności. 1904 i 1905.

kliznę przed 15 dniem po ukończeniu leczenia, to statystyka nasza byłaby nawet najlepszą ze wszystkich, dotąd gdziekolwiek zebranych. Jednak koniecznie należy tutaj jeszcze jeden punkt dokładnie omówić. Chodzi mianowicie o to, czy nasze szczepienia nie zaszkodziły leczonym, głównie zaś, czy nie zaszkodziły tym, którzy potem zmarli lub też czy przynajmniej nie przyspieszyły u nich wybuchu choroby?

Co się tyczy pierwszego pytania, to należy zaraz odpowiedzieć, że do dnia dzisiejszego nie otrzymaliśmy żadnej wiadomości o szkodliwym wpływie tych szczepień na zdrowie osób leczonych. A u 1,000 z nich upłynął już przeszło rok od tego czasu Jak też opisano w części pierwszej, zaszczepiłem sobie przed $2^1/_2$ laty zupełnie świeży rdzeń królika, padłego na wściekliznę stałą, pod skórę bez żadnych złych następstw. Osoby zaś, u nas leczone, dostawały jako najsilniejszy tylko 1-dniowy rdzeń. Co się więc tej sprawy tyczy, można być zupełnie spokojnym.

Należy odpowiedzieć tylko na drugie pytanie: Czy nasze szczepienia nie zaszkodziły 5 osobom. które potem zmarły? albo też, czy nie przyspieszyły one ich śmierci? Oczywiście, że pytania te rozstrząsaliśmy żywo, szczególnie po drugim przypadku śmierci w r. 1905. Prof. Bujwid i dr Eisenberg poruszyli wtedy przypuszczenie, że w niektórych bardzo ciężkich albo spóźnionych przypadkach może powstawać wskutek energicznych szczepień 2 i 1-dniowymi rdzeniami działanie zbiorowe (kumulacya) obu jadów (ulicznego i stałego). To mogłoby wpływać na przyspieszenie, a czasem może nawet na wywołanie zejścia śmiertelnego.

Dzisiaj tej możliwości zaprzeczyć całkiem stanowczo nie można, chociaż nie opiera się ona na żadnych faktach, a jest tylko czysto teoretycznem przypuszczeniem. Jednak aby odpowiedzieć na nasze drugie pytanie i aby rozjaśnić wątpliwości, podniesione przez prof. Bujwida i dra Eisenberga:

1) porównajmy naszą statystykę energicznych szczepień ze statystykami innych zakładów,

2) zbadajmy, czy takie przypadki wczesnej śmierci po skończeniu leczenia nie zdarzały się również w innych zakładach, gdzie używano znacznie łagodniejszej metody.

Ad 1). Porównajmy wyniki szczepień według metody energicznej z dotychczasowymi wynikami Zakładu prof. Bujwida w Krakowie i to od chwili założenia tego Zakładu przez prof Bujwida w r. 1893 aż do zastosowania naszej metody wzmocnionej. To porównanie rozumie się samo przez się Prócz tego użyjmy do porównania wyników zakładów w Paryżu i w Warszawie. Zakłady te wybrano dlatego, że są bardzo licznie odwiedzane, a w naszem porównaniu chodzi o wielkie liczby. Prócz tego był zakład paryski źródłem, z którego wypłynęły wszystkie inne i prawdopodobnie w nim metoda Pasteurowska zachowała się w najczystszej postaci. Zakład warszawski znowu — założony również przez prof. Bujwida w r. 1886 — pracuje wogóle w tych samych warunkach, co krakowski.

Wyniki zestawiono w osobnej tablicy. Dane do porównań czerpano z tych samych źródeł, jak do zestawienia tablic I—IV w części drugiej. Te tablice będą nam również i w tej części potrzebne.

Do porównania użyto wszystkich przypadków śmierci, w których choroba wybuchła później, niż 10. dnia po rozpoczęciu leczenia. Raz dlatego, że u nas trwało leczenie tylko 10—16 dni, a my zaliczamy wszystkie przypadki śmierci, — po drugie zaś dlatego, że z niektórych doświadczeń Pasteura i Bardacha na psach można przypuszczać, że tylko takie przypadki są stracone bez ratunku, w których leczenie zaczęto później, niż w 7—10 dni po dostaniu się zarazka ulicznego do ośrodkowego układu nerwowego [6]).

Dlatego oczywiście w naszej tablicy jest śmiertelność wyższą, aniżeli ją podają kierownicy tych zakładów w swoich sprawozdaniach, bo zaliczają oni zwykle tylko te przypadki, w których choroba rozpoczęła się później, niż w 15 dni po ukończeniu leczenia. Zakład warszawski podaje też przypadki śmierci po ukąszeniu przez wilki. Tych przypadków w naszem porównaniu nie umieszczono i wogóle odliczono wszystkie przypadki pokąsania przez wilki (Tabl. IX).

Z tego porównania widzimy, że wyniki metody wzmocnionej nie są gorsze, aniżeli wyniki metody zwykłej. Możnaby nawet powiedzieć, że są lepsze, gdyby liczba osób szczepionych była kilka razy większą: albowiem jest tu tylko 0 42% a raczej 0 35% śmierci. Pamiętać bowiem należy, że mielibyśmy wszelkie prawo jednego przypadku śmierci nie liczyć. Natomiast w paryskim zakładzie było 0·56% śmiertelności; w warszawskim 0 475%, a w krakowskim 1·05%. Jeżeli porównamy statystyki każdego roku z osobna z naszymi wynikami, to się okaże, że od wyniku naszego, t. j. 0·42% śmierci, był wynik w paryskim zakładzie na 8 lat tylko dwa razy lepszym; w warszawskim zakładzie na 10 lat również tylko dwa razy; w krakowskim wreszcie na 9 lat również tylko dwa razy.

Wogóle jest nasz wynik przeszło dwa razy lepszy, aniżeli dotychczasowy ogólny wynik w krakowskim zakładzie, co dlatego jest ważne, że czas leczenia w tym Zakładzie według dawnej i według nowej metody był mniej więcej równy.

Zdaniem mojem można na podstawie naszego zestawienia wysnuć następujący wniosek: Metoda energiczna czyli wzmocniona daje nieco lepsze wyniki, aniżeli metody dotąd używane.

Należy tu zwrócić uwagę, że zastanowienia godny jest wynik warszawskiego Zakładu w ostatnich dwóch latach. Znajdujemy tam tylko 0·24 i 0·28% śmiertelności: wynik — o ile mi wiadomo, — w żadnym zakładzie dotąd nie osiągnięty. W tych 2 latach, jak widać ze sprawozdania, ogłoszonego w „Medycynie“, metoda szczepienia i czas trwania leczenia nie różniły się od metody i czasu leczenia w latach poprzednich, a mimo to jest statystyka przeszło dwa razy lepszą. Jak wiadomo, był rok 1904 rokiem wojny i ciągłych zaburzeń w Królestwie; bardzo wielu lekarzy powołano stamtąd na Daleki Wschód: może być, że Zakład warszawski nie otrzymał wskutek tego wiadomości o jednym lub drugim przypadku śmierci na wściekliznę. Jednak co do roku 1903 trudniej już to przypuścić.

Przejdźmy obecnie do drugiego punktu naszych rozważań. Mianowicie, jeżeli statystyka szczepień energicznych jest wogóle nieco lepsza, aniżeli statystyka szczepień zwyczajnych, to energiczne szczepienia mogłyby jednak przez to szkodzić, że w niektórych rozpaczliwych przypadkach przyspieszałyby zejście śmiertelne. Porównajmy z tego sta-

---

[6]) „Lettre de M. Pasteur sur la rage“. Ann. Past. 1887. pag. 6. Bardach: „Sur la vaccination intensive“ etc. Ibidem. pag. 84.

nowiska naszą statystykę z wynikami innych, już wspomnianych zakładów. Przedtem należy jednak rozważyć, w jaki sposób należy porównywać owe statystyki.

Możnaby mianowicie obliczyć n. p. liczbę osób wogóle zmarłych pomimo leczenia i potem n. p. odsetkowo oznaczyć, u ilu z tych osób wybuchła wścieklizna najpóźniej w dwa

Tablica IX.

Miejsce i metoda używana	Rok	Liczba osób leczonych	Liczba osób zmarłych na wściekliznę pomimo leczenia	% zmarłych	Razem	Uwagi
Paryż. Zwyczajna metoda Pasteura, około 18 dni (3 tygodnie?)	1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904	1521 1465 1614 1420 1321 1106 630 757	8 6 10 11 8 3 4 5	0·53 0·41 0·62 0·77 0·60 0·27 0·63 0·66	9834 leczonych, 55 zmarłych, t. j. 0·56%.	
Warszawa. dtto 3—4 tygodni.	1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904	667 915 924 951 917 909 1150 1161 1230 1070	3 4 5 5 4 8 6 6 3 3	0·45 0·44 0·54 0·53 0·44 0·88 0·52 0·52 0·24 0·28	9894 leczonych, 47 zmarłych, t. j. 0·475%.	Co do statystyki tego Zakładu w latach 1903 i 1904 obacz dalej w tekście.
Kraków. dtto lecz tylko 8—14 dni (przeważnie 10).	1893—1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903—1904	143 146 160 277 320 400 647 500 548	2 0 4 3 2 5 2 9 6	1·40 0 2·50 1·08 0·60 1·25 0·31 1·80 1·09	3141 leczonych, 33 zmarłych, t. j. 1·05%.	Gorszą statystykę Zakładu krakowskiego, aniżeli Zakładów w Paryżu i w Warszawie, można wytłomaczyć tylko znacznie krótszym czasem leczenia. Średnio szczepi prof. Bujwid dwa razy krócej, niż inne Zakłady.
Kraków. Metoda wzmocniona. 10—16 dni.	1903—1904 1905	624 800	2 4	0·32 0·50	1424 leczonych, 6 zmarłych, t. j. 0·42%, właściwie tylko 5 zmarłych, t. j. 0·35%.	

Tablica X.

Miejsce i czas	Stosowana metoda Pasteurowska	Liczba osób szczepionych	Liczba osób zmarłych najpóźniej 31 dnia po ukąszeniu, a szczepionych przynajmniej 9 dni przed wystąpieniem objawów choroby.	Ta sama liczba w % osób leczonych	Uwagi
Paryż 1897—1904	zwyczajna 14—21 dni	9834	19	0·19	Prócz tego zmarła w r. 1900 jedna osoba w 28 dni po ukąszeniu, jednak pierwsze objawy wystąpiły u niej już w 2-gim dniu leczenia.
Warszawa 1895—1904	j. w. 12—30 dni 2—3×dzien.	9894	15	0·15	Prócz tego o 2 osobach (w roku 1899 i 1901) nie wiadomo, kiedy zmarły.
Kraków 1893—1904	j. w. 8—14 dni 2—3×dzien	3141	9	0·29	Prócz tego zmarła w r. 1902 jedna osoba w 24 dni po ukąszeniu (po 6-dniowej chorobie). Pierwsze objawy wystąpiły u niej już w 5 dniu leczenia.
Kraków 1903—1905	wzmocniona czyli energiczna 10—16 dni 2—3×dzien.	1424	5	0·35	

tygodnie po ukończeniu leczenia. Wtedy nasza energiczna metoda dałaby 100% takich przypadków, bośmy przecież właściwie nie mieli ani jednego przypadku, gdzieby wścieklizna wybuchnęła później, niż w 2 tygodnie po naszem leczeniu. Na tej podstawie trzebaby dojść do przekonania, że metodę wzmocnioną należy zupełnie zarzucić, albowiem przyspiesza ona zejście śmiertelne. Wniosek ten byłby jednak nieusprawiedliwiony: albowiem, jak mnie się wydaje, uważać należy raczej za korzyść tej metody i za postęp w leczeniu to, że metoda owa zapobiega późnemu wybuchowi wścieklizny, a zawodzi jedynie w przypadkach wczesnego wybuchu choroby.

Dalej możnaby n. p. z liczby wogóle leczonych oznaczyć odsetkowo liczbę osób, u których wścieklizna wybuchła najpóźniej w 15 dni po ukończeniu kuracyi. To byłoby już, — według mego zdania, — o wiele słuszniej. Jednak i tą drogą nie pójdziemy, albowiem czas leczenia waha się w różnych zakładach od 10—30 dni; również w sprawozdaniach często nie podano, kiedy wścieklizna wybuchła: natomiast prawie zawsze podano dokładnie dzień śmierci.

W naszem porównaniu oznaczymy zatem odsetkowo z liczby wogóle leczonych liczbę tych osób, które zmarły na wściekliznę w przeciągu 1 miesiąca (31 dni) po ukąszeniu, jeżeli tylko te osoby były przed wystąpieniem objawów wścieklizny przynajmniej 9 dni leczone.

Z tablicy VIII widzimy, że wszystkie 5 osób, które zmarły pomimo szczepienia energiczną metodą, odpowiadają tym warunkom Przystępujemy zatem do porównania w warunkach dla nas najniepomyślniejszych.

Ten sposób porównania pozwoli nam również uwzględnić osoby wcale nie leczone, ażeby widzieć, czy i u takich osób nie zdarzają się przypadki śmierci na wściekliznę w przeciągu miesiąca po ukąszeniu. Z nowszego piśmiennictwa (mniej więcej od r. 1886) zebrano 100 przypadków śmierci na wściekliznę u osób wcale nie szczepionych (część druga, tablica IV).

Wyniki naszego porównania zawiera tablica X. Ukąszeń przez wilki nie uwzględniono: okres czasu jest ten sam, co w tablicy IX.

Z tej tablicy widzimy, że wyniki szczepień metodą wzmocnioną są gorsze od wyników metody zwyczajnej. Wyniki zakładów w Paryżu i Warszawie są około dwa razy lepsze, a także krakowski Zakład uzyskał wyniki wyraźnie lepsze. Stosunki są tu wprost odwrotne, jak w tablicy IX. Tam szczepienia energiczne dały wynik najlepszy, a tu najgorszy.

Na swoją obronę to tylko powiedzieć mogę, że liczba osób, leczonych energiczną metodą, jest znacznie mniejszą od liczby osób szczepionych zwyczajnie. Rozpatrzywszy się w odpowiednich statystykach, odnosi się to wrażenie, że takie przypadki wczesnej śmierci po ukąszeniu gromadzą się w pewnych latach (por. część druga, tablice I—III).

I tak: w Zakładzie paryskim było w roku 1899 na 1,614 leczonych 5 osób, które zmarły do 31 dnia po ukąszeniu, t. j. 0·31%,

w roku 1903 na 630 leczonych — 2 t. j. 0·32% [7]).

[7]) Prawdopodobnie: mianowicie u J. D'H. nie podano daty pokąsania. Był on 14 dni leczony i zmarł w 11 dni po ukończeniu leczenia.

W zakładzie warszawskim: w r. 1902 na 1,161 leczonych — 5 t. j. 0·43%.

W zakładzie krakowskim: w r. 1898 na 277 leczonych 2 t. j 0·72%, w roku 1902 na 500 leczonych — 3 t. j. 0·60% Nadto zmarł w tym samym roku jeden z leczonych w 32 dni, drugi w 33 dni, a trzeci w 24 dni po ukąszeniu (u tego wystąpiła jednak wścieklizna już w 5 dniu szczepienia: zatem nie uwzględniono go w statystyce).

Z tego porównania widzimy, że wynik, 0·35% śmierci w tablicy X w niektórych latach nie był znacznie lepszym i w paryskim Zakładzie (0·31, 0·32%), w warszawskim Zakładzie raz był jeszcze gorszym (0·43%). a w krakowskim Zakładzie był dwa razy nawet znacznie gorszym (0·72 i 0·60%).

Obok tych lat niepomyślnych zdarzają się znowu inne, gdzie takie przypadki wczesnej śmierci po ukąszeniu należą do wielkich rzadkości. Tak n. p. w Paryżu zmarła w roku 1902 na 1,106 osób szczepionych tylko 1 osoba przed 31 dniem po ukąszeniu t. j. 0·09%,

w Warszawie:

w r. 1896 na 915 leczonych — żadna
w r. 1903 na 1,230 leczonych — żadna.

Co do osób wcale nie leczonych, to jest rzeczą znaną, że i wśród nich zdarzają się przypadki śmierci w pierwszym miesiącu po ukąszeniu W pracy Bauera, — o której już w II części tej rozprawki była mowa, — obliczono na końcu, że takich osób umiera do 19 dnia po ukąszeniu aż 8·24%. licząc w to i ukąszenia zadane przez wilki. Oczywiście, że do 31 dnia po ukąszeniu odsetek takich osób byłby jeszcze znacznie większy. Ale ta liczba jest z pewnością za wysoka i obliczenie stanowczo niedokładne: przyczyny tego omówiono częściowo w II części. Tu wystarczy tylko zaznaczyć, że i u ludzi pokąsanych, a wcale nie leczonych przypadki śmierci na wściekliznę w pierwszym miesiącu po ukąszeniu nie należą do rzadkości.

W części drugiej (tablica IV) zebrano z nowszego piśmiennictwa 100 przypadków śmierci na wściekliznę u osób. które nie były leczone i które nie były pokąsane przez wilki Jak z tego zestawienia widać, zmarło z tych 100 osób jedenaście (może 12) aż do 31 dnia po ukąszeniu. Jedna osoba zmarła już po 19, inne po 20, 21, 23 i t. d. dniach po ukąszeniu.

Z tego jasno wynika, że nie mielibyśmy prawa twierdzić, iż we wszystkich wypadkach wczesnej śmierci po ukąszeniu u osób leczonych — przyczyną tej wczesnej śmierci była metoda leczenia.

Zastanówmy się jeszcze nad jednym przypadkiem śmierci, zaszłym po naszej wzmocnionej metodzie. Z tablicy VIII wynika, że z 5 osób, tam wymienionych, cztery zmarły w 28—31 dni po ukąszeniu. To zdarza się stosunkowo często. Jednak osoba piąta zmarła już po 22 dniach; ponieważ zaś szczepiono ją bardzo energicznie przez 16 dni, zatem powstaje pytanie, czy przynajmniej w tym jednym przypadku metoda nie zawiniła?

Wskazałem powyżej na to, że nawet osoby wcale nie leczone mogą umrzeć na wściekliznę w tak krótkim czasie po ukąszeniu. Po pokąsaniach przez wilki zdarza się to nawet bardzo często. Prócz tego zbadałem i statystyki wspomnianych już kilku zakładów, aby stwierdzić, czy nie znajdą się w nich podobne przypadki. I znalazłem: w zakładzie paryskim w r. 1898 jeden przypadek (po 21 dniach); w roku

1900 drugi (po 22 dniach); w r. 1902 trzeci (nawet już po 16 dniach) — razem na 9,834 leczonych 3 przypadki.

W zakładzie warszawskim: w r. 1897 jeden przypadek (po 21 dniach) zresztą żadnego, t. j. na 9,894 leczonych jeden przypadek.

W zakładzie krakowskim na 3,141 leczonych nie znalazłem ani jednego takiego przypadku.

Razem więc znalazłem na 22,869 leczonych cztery przypadki, t. j. na 5,717 leczonych raz się zdarza, że śmierć następuje do 22 dnia po ukąszeniu. Natomiast statystyka szczepień wzmocnionych obejmuje na 1,424 osób leczonych jeden taki przypadek.

Na to można to tylko powtórzyć, co już raz powyżej powiedziano, a mianowicie, że liczba osób szczepionych metodą energiczną jest jeszcze za mała. Prócz tego należy w tym przypadku uwzględnić niezwykle ciężkie skaleczenie na czole i oku, gdzie zapewne uszkodzone zostały nerwy w okolicy gałki ocznej. Ważnem też jest w tym przypadku, — na co zwrócił uwagę prof. Bujwid, — że z początkiem choroby wystąpił zez na oku pokąsanem. Wskazuje to bezpośrednio na przyczynę śmierci.

Omówmy jeszcze jedną wątpliwość. Z 5 osób, u nas zmarłych, zmarły dwie w 13 i 17 dni po ukończeniu leczenia. To zdarza się stosunkowo często i w innych zakładach i każdy kierownik większego zakładu Pasteurowskiego przypomni sobie takie przypadki. Ale trzy inne osoby zmarły już po 3—5 dniach po ukończeniu szczepień, a choroba wybuchła u nich bezpośrednio po opuszczeniu zakładu (vide tablicę VIII).

Przypadki te wywarły na nas ogromnie przygnębiające wrażenie i musiały bardzo osłabić zaufanie, jakie pokładaliśmy we wzmocnionej metodzie. Postępujmy jednak i tutaj utartą drogą i poszukajmy podobnych przypadków i w innych zakładach. Ograniczmy się do tych samych 3 zakładów. Znajdujemy:

W zakładzie paryskim od roku 1897 prawie co roku zapisywano podobne przypadki (z wyjątkiem r. 1903). Razem na 55 zmarłych osób (por. tablica I i IX) 14 przypadków, w których śmierć nastąpiła najpóźniej w 4 dni po ukończeniu leczenia. U niektórych z nich śmierć nastąpiła podczas leczenia, trwającego już 13, 15 lub 18 dni.

W Zakładzie warszawskim (od r. 1895) na 47 zmarłych osób (por. tablica II i IX) 9 przypadków, w których śmierć nastąpiła albo podczas leczenia, trwającego już dłuższy czas, albo też najpóźniej w 3. dniu po ukończeniu leczenia. Statystyka warszawska zasługuje jednak z tego względu na uwagę, że tam przypadki takie zdarzały się tylko w 4 latach (na 10), mianowicie w latach 1900, 1901, 1902 i 1904. W jednym tylko roku 1902 było 5 przypadków, w których śmierć nastąpiła podczas leczenia, trwającego już 19—24 dni. Wszystkie te przypadki zdarzyły się również w przeciągu miesiąca po ukąszeniu. Dziwną jest rzeczą, że Palmirski i Karłowski tłómaczą sobie to nagromadzenie się w tym roku tylu wczesnych przypadków śmierci przez to, że szczepili za mało energicznie i kończyli szczepienia 3-dniowymi rdzeniami. Nie używali oni w roku 1902 wcale rdzeni 2-, ani 1-dniowych. Dalej zaś tak piszą [8]): „Stosując w r. b. (1903) rdzenie najsilniejsze (2- i 1-dniowe) u osób najniebezpieczniej pokąsanych, mamy wyniki do obecnej chwili zupełnie zadawalające“.

Jest to rzeczą pouczającą, że warszawscy autorowie tłómaczą sobie to niepokojące nagromadzenie się wczesnych przypadków śmierci w roku 1902 zanadto łagodną metodą leczniczą: natomiast myśmy się obawiali, czy podobne nagromadzenie się wczesnych przypadków śmierci u nas w roku 1905 nie było skutkiem zanadto energicznej metody. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń przypuszczam, że Palmirski i Karłowski prawdopodobnie nie uratowaliby swoich 5 pokąsanych także i zapomocą 1- i 2-dniowych rdzeni.

Wróćmy jednak do naszego tematu: Dziwnym zbiegiem okoliczności, nie było w Zakładzie krakowskim (od r. 1893) ani jednego przypadku, w którymby śmierć osoby szczepionej nastąpiła wcześniej, niż w 10 dni po ukończeniu leczenia. To też tem przykrzejsze wrażenie uczyniła na nas śmierć owych osób już w kilka dni po skończeniu szczepień według naszej wzmocnionej metody.

Tak zatem znaleźliśmy razem na 22,869 osób leczonych 23 przypadki, w których śmierć nastąpiła najpóźniej w 5 dni po ukończeniu leczenia t. j. 0·10%.

Natomiast statystyka wzmocnionych szczepień zawiera takich przypadków 3 na 1,424 leczonych, t. j. 0·21%, a zatem znowu gorszy wynik.

W sprawie szczepień wzmocnionych pozostaje na to i teraz ta jedynie odpowiedź, że liczba szczepionych była jeszcze za małą.

Ową metodę wzmocnioną, powyżej tak obszernie opisaną, stosowano u nas aż do końca r. 1905. Od początku stycznia 1906 objął prof Bujwid osobiście szczepienia w swoim Zakładzie. Powrócił on przytem do dawnej metody (chociaż trochę wzmocnionej). Zaczynał mianowicie szczepić rdzeniami 5-dniowymi, a kończył 2-dniowymi, nie używając wcale jednodniowych. Jakkolwiek prof. Bujwid szczepił wtedy znacznie łagodniej, niż szczepiono w roku 1905, — używał on również znacznie rzadszych zawiesin, — to jednak miał w lutym przypadek, w którym człowiek pokąsany w twarz i szczepiony przez 16 dni, zmarł na wściekliznę w kilka dni po ukończeniu leczenia, a w 25 dni po ukąszeniu. Prawdopodobnie człowieka tego nie byłoby wyratowało i zeszłoroczne energiczne leczenie: ale przypadek ten wzmocnił nasze mniemanie, że i owe zeszłoroczne wczesne przypadki śmierci po naszej energicznej metodzie nie były wywołane przez tę metodę [9]).

Zbliżamy się wreszcie do końca naszej rozprawki. Przedstawiliśmy tu ową wzmocnioną czyli energiczną metodę dokładnie, tak jak ją stosowano. Niczego nie upiększyliśmy, ani o niczem nie zamilczeliśmy. Staraliśmy się też opisać wątpliwości i obawy, które miotały nami w tym czasie. Braki metody oświetliliśmy statystycznie. Powiedzmy tu raz jeszcze, że nie możemy całkiem stanowczo zaprzeczyć temu zasadniczemu pytaniu, czy metoda nasza nigdy nie zaszkodziła leczonym. Ale, jak to widzieliśmy już w II części tej rozprawki, ta wątpliwość odnosi się dzisiaj wogóle do metody Pasteurowskiej, a nietylko do metody wzmocnionej.

Z drugiej strony nie można zaprzeczyć, że metoda

---

[8]) „Medycyna“ 1903, p. 1108.

[9]) Prof. Bujwidowi dziękuję za pozwolenie ogłoszenia tego przypadku.

wzmocniona ma stanowczo i swoje dobre strony. Widzę je w zupełnem zapobieżeniu wybuchowi choroby później, niż w 2 tygodnie po opuszczeniu Zakładu. Jest to przecież wynik dotychczas niebywały. A tak dla lekarza, jak i dla leczonych jest z pewnością bardzo przyjemną rzeczą wiedzieć na pewno, że po 2 tygodniach po ukończeniu leczenia nie zagraża już żadne niebezpieczeństwo. W związku z tem widzę korzyść drugą: jest nią udowodniona możliwość skrócenia czasu leczenia. O tem pisałem już w pierwszej części tej rozprawki. Jednak szczepienia wzmocnioną metodą dowiodły, że możliwość ta staje się wprost pewnością. Przedewszystkiem, jest rzeczą zupełnie pewną, że w razie stosowania wzmocnionej metody czas leczenia 10—16 dni zupełnie wystarcza. Nie uchodzi zatem, trzymać obecnie pokąsanych 20—30 dni, jak to dzieje się jeszcze w wielu zakładach. Ale i czas leczenia używany już w zakładzie prof. Bujwida możnaby z pewnością skrócić. Naprzód do jakich 8—14 dni, a potem co pół roku jeszcze o jeden dzień, szczepiąc zawsze energicznie i 2 razy dziennie, dopókiby nie zjawiły się znowu spóźnione przypadki śmierci. Albowiem te właśnie późne przypadki po ukończeniu leczenia wskazują, że szczepienia były za słabe, że nie uodporniono dostatecznie pokąsanego. Tak postępowałbym, gdybym mógł. Równocześnie trzebaby się oczywiście postarać o surowicę wysokowartościową, ażeby zapobiedz i przypadkom śmierci w przeciągu pierwszego miesiąca po ukąszeniu. Jestem głęboko przekonany, że gdyby zastosowano obydwa te sposoby, to i czas leczenia według prof. Bujwida możnaby bardzo znacznie skrócić i to z bardzo dobrym wynikiem.

W końcu niech mi wolno będzie podziękować prof. Bujwidowi, że pozwolił nam przez czas dłuższy w swoim Zakładzie prowadzić szczepienia według wzmocnionej metody.

Oceny i sprawozdania.

Przekrwienie jako środek leczniczy.

Sprawozdanie poglądowe.

Zestawił

Dr Adolf Klęsk.

(Dokończenie.)

W leczeniu przekrwieniem jedno z głównych miejsc zajęła w ostatnich czasach gruźlica. Bier radzi w gruźlicy stosować przekrwienie bierne dość krótko, bo około 3 godzin. Stawów nie ustala, lecz wykonuje odrazu ruchy, pozostawiając potem kończynę w tutorze. Tworzące się często zimne ropnie radzi nacinać małem cięciem. Przetoki gruźlicze leczy się dobrze ssawkami; należy przytem zakładać bańki dość silnie. Manninger, będący zwolennikiem leczenia zastoiną w gruźlicy, leczy wszystkich i wszystko, a przeciwwskazaniami dla niego są tylko dwie rzeczy: położenie społeczne (ubogi musi być wyleczony szybko, a więc doszczętną operacyą) i większe zmiany w kościach lub tworzenie się martwaków.

Tenże autor nie radzi stosować przekrwienia wobec ropni zimnych, lecz najpierw je wyleczyć.

W leczeniu gruźlicy stawów zwykle co do stawu kolanowego osiąga się najgorsze wyniki. Ziarniny gruźlicze należy usuwać. Klapp obecnie radzi znów ziarniny w gruźlicy nie ruszać z obawy przed wtórorzędnem zakażeniem. Duże przyrządy ssące działają źle w gruźlicy. Bier leczy przekrwieniem zastoinowem tak gruźlicę otwartą, z przetokami, jak i zamkniętą. Frommer potwierdza spostrzeżenie Biera. Najgorsze wyniki miał również co do stawu kolanowego. Radzi stosować przekrwienie jako doleczanie po operacyach z przetokami, lecz dopiero w pewien czas po operacyi. Opaskę zakłada na czas krótki. Ruchomość po wyleczeniu zwykle dobra. Bardzo dobre wyniki osięgnął Manninger w leczeniu gruźlicy, posługując się opaską i ssawkami równocześnie.

W ostrych sprawach leczenie przekrwieniem stosowano na szeroką skalę.

Ssawki znalazły głównie zastosowanie w leczeniu wrzodzianek, czyraków, ropni, ropienia palców i pochewek ścięgien, dalej spraw ropnych sutka, gruczołów limfatycznych, wiewióra, ropni jam nosowych, ucha i t. d.

Przy wrzodziankach i czyrakach zakłada się ssawkę na 5 minut, potem przerwa 3 minuty, znowu ssanie 5 minut, całe posiedzenie do godziny. Czasem dołączyć należy do tego przekłucie ropnia z wierzchu lub wyciśnięcie ropy. Tomaszewskij stosował to leczenie w klinice petersburskiej w 22 przypadkach zwykłych czyraków, w 2 ciężkich czyrakach (*carbunculus*), w 14 ropniach, 5 ropowicach, w 5 zapaleniach sutka i w 5 ropowicach palców prócz innych drobnych. Dochodzi do przekonania, że stosowanie przekrwienia zastoinowego skraca znacznie czas leczenia; i tak czyrak leczy się tym sposobem w 3—5 dni, gruczoły zropiałe w 9 dni, ropienie sutka w 8 dni, podobnie ropienie palców. Przekłucie lub małe nacięcie skraca bardzo czas leczenia. Podobnie korzystne wyniki spostrzegali Jerusalem i Manninger. Baumbach poleca gorąco to leczenie w wojsku, jest ono bowiem niebolesne, nie zostawia blizn i żołnierze cały czas mogą przytem pełnić lekką służbę. Pezold chwali również ten sposób leczenia; po zdjęciu ssawki poleca przykładać plaster rtęciowy. Gorącym zwolennikiem leczenia zastoiną jest Ritter. Twierdzi on, że od $^3/_4$ roku nie przecina już zupełnie wrzodzianek i czyraków. Bestelmeyer z Monachium wspomina o 200 przypadkach, leczonych przekrwieniem zastoinowem. Opaskę trzymano około 20 godzin, ssawki godzinę. Zwykle dołączano małe cięcia. Nigdy nie tamponowano i zaraz zaczynano ruchy bierne i czynne. Bolesność znikała pod wpływem tego leczenia szybko, czas leczenia zupełnie się jednak nie skracał. Lexer twierdzi, że czas leczenia przez ssawki nawet się przedłuża i zostają potem zamiast blizn niemiłe stwardnienia.

Ropienia palców i pochewek ścięgien dają już mniej korzystne wyniki przy leczeniu przekrwieniem zastoinowem. Według Bestelmeyera przy ropowicach trzeba było zawsze wykonywać nacięcia dodatkowe, a w ropieniach pochewek ścięgien żadnego dodatniego wpływu nie spostrzegano, za to po zastosowaniu cięć przekrwienie zastoinowe pomagało bardzo leczeniu. W razie głębokiego ropienia radzi Lexer stosować przekrwienie zastoinowe po wykonaniu cięć, jako leczenie pomocnicze. Podobnie Lossen nie ufa przekrwieniu zastoinowemu w leczeniu ropienia pochewek ścięgien. Natomiast dobre wyniki uzyskali Heller, Ritter i Jerusalem. Jerusalem poleca szczególnie przekrwienie zastoinowe przy zapaleniu trzeszczącem ścięgien. W ropieniach sutka wyniki leczenia przekrwieniem zastoinowem bardzo pomyślne. Często udaje się sprawę zapalną w zarodku powstrzymać. Przy ropieniach wystarczają małe nakłucia, unika się przez to blizn, tak szkodliwych następstw dla gruczołu. Pokarm należy przedtem odciągnąć. Dzwon przyrządu powinien być większy od sutka (według innych znów przeciwnie: mniejszy). Czas leczenia wynosi podług Manningera 7 dni. Podobnie dobre wyniki daje leczenie przekrwieniem zastoinowem w zapaleniach okostnej zębów, dalej w ropieniach migdałów, gruczołu przyusznego i ucha środkowego. Co do zapaleń ucha, to Bier osiągnął tutaj przekrwieniem dużo wyleczeń bez operacyi, mimo wyraźnego obrzęku za uchem. Obok przekrwienia stosuje on co najwyżej małe cięcie poza uchem. O wynikach tych doniósł Keppler. Korzystne wyniki zauważyli także Heinl i Frommer. Przekrwienie głowy stosuje się 18—22 godzin zapomocą opaski, założonej na szyję. Leczenie trwa około 3 tygodni. Nie należy jednak przy tem zapominać o możliwości przebicia się ropy do opon lub zakrzepu zatok żylnych. Hasslauer posługiwał się przekrwieniem zastoinowem w 39 przypadkach ropienia ucha środkowego. W przypadkach przewlekłych wynik był mniej pomyślny, natomiast w przypadkach ostrego ropienia o wiele lepszy, a nawet powiodło mu się w kilku przypadkach wyleczyć cierpienie bez nacięcia błony bębenkowej. W 3 przypadkach stosował sposób Stengera, polegający na wydłutowaniu wązkiej przetoki w kierunku jamy sutkowej i użyciu ssawek obok stosowania opaski na szyję. Przypadki te zakończyły się pomyślnie, choć były bardzo ciężkie. Zauważył jednak Hasslauer przy leczeniu przekrwieniem zastoinowem jako częste powikłanie, zapalenie przewodu usznego. Fleischmann z kliniki Politzera donosi znów o złych wynikach leczenia ropienia ucha

przekrwieniem zastoinowem. Zaciera ono obraz chorobowy i przy tem łatwo przeoczyć chwilę odpowiednią do wkroczenia operacyjnego. Schwartze również nie pochwala leczenia przekrwieniem, zwłaszcza nie radzi go stosować w przypadkach ropienia, wywołanego przez dwoinki i w razie miażdżycy tętnic, przypuszczenia ropnia nadoponowego i zakrzepu zatok żylnych.

Przy leczeniu ostrego lub przewlekłego zapalenia szpiku kostnego dobre wyniki opisują Bier, Heller i Frommer; Bestelmeyer natomiast nie uzyskał żadnego wyniku, a my potwierdzić to możemy na mocy doświadczenia z kliniki krakowskiej. Manninger stosował także w przypadkach takich przekrwienie, ale zawsze dopiero po operacyi i sądzi, że przekrwienie przyspiesza oddzielanie się martwaków. Bardzo często dodatnie wyniki przy leczeniu rzekomego ostrego zapalenia szpiku kostnego polegają nie na czem innem, jak na pomyłce w rozpoznaniu, o czem sam Bier także wspomina.

Ssawkami leczono z dobrym wynikiem zapalenia okołoprostnicze (Bestelmeyer, Manninger) i zropienie gruczołów limfatycznych. W razie zajęcia naczyń limfatycznych, Bier zakłada na nie wprost opaskę. Czasem wystąpić mogą jednak groźne zakrzepy żylne (Heller, Lexer).

Na worku mosznowym stosowano przekrwienie przy przetokach gruźliczych z dość dobrym skutkiem (Chaput), natomiast przy stwardnieniach najądrza nie miało ono żadnego wpływu dodatniego.

W wiewiórze cewki także zastosowano leczenie przekrwieniem zapomocą ssawek, specyalnie do cewki sporządzonych (Jacoby, Meyer).

Bardzo korzystnie działa przekrwienie czynne lub bierne w wiewiórowem zajęciu stawów (Bum, Tillmans, Laquer, Manninger i t. d.). Usuwa szybko bolesność, wysięk ulega wessaniu, ruchomość pozostaje zupełna. Opaskę zakładać należy na 20—22 godzin. Przekrwieniem czynnem otrzymano tu również bardzo dobre wyniki.

Przy leczeniu przekrwieniem biernem w połączeniu z nacięciami nie trzeba sączkować, co najwyżej zakłada się po cięciu tampon na pierwszą dobę celem zatamowania krwotoku. Po zdjęciu opaski miejsce chore pokrywa się jałową gazą lub smaruje się waseliną. Tampon według Biera wysusza tylko tkanki i usposabia przez to do obumarcia. Przesięk, tworzący się przy przekrwieniu zastoinowem wypłukuje ranę i działa jako naturalna irrygacya. Inaczej jest jednak, gdy naciąć przy głębokiem ropieniu nie wykonamy. Wysięk tworzący się i rozpuszczona ropa muszą sobie gdzieś znaleźć ujście i nieraz (o ile energicznie z pomocą noża na czas ich się nie wypuści) przebijają się do jam sąsiednich. Zwraca szczególnie na to uwagę Lexer.

Przekrwienie bierne stosuje się także i przy utrudnionych już wskutek samej choroby warunkach krążenia. I tak Frommer polecił stosować je przy zgorzeli stopy. Bole przytem ustępowały szybko, obumarłe części oddzielały się dobrze. Z początku stosował przekrwienie przez kilka godzin, potem krócej. W jednym atoli przypadku zgorzeli stopy na tle cukrzycy u kobiety 60-letniej w 3 tygodnie wystąpiła ropowica goleni, a w 4 tygodnie zejście śmiertelne. Colley ostrzega przed stosowaniem leczenia zgorzeli przekrwieniem zastoinowem u chorych na cukrzycę; podobnie Lossen, a Manninger spostrzegał zejście śmiertelne przy stosowaniu przekrwienia w zgorzeli cukrzycznej stopy. Grube przeciwnie zachęca do stosowania przekrwienia zastoinowego u chorych na cukrzycę. Stosował on ssawki w przypadkach wrzodzianek i czyraków u takich chorych z bardzo dobrym skutkiem. Zgorzel stopy leczy przekrwieniem czynnem (ciepłota około 60°).

W złamaniach kości przekrwienie znalazło również zastosowanie lecznicze. Bier radzi n. p. w złamaniach kostek opatrunek gipsowy 10 dni, a potem gorące powietrze. Złamanie kości promieniowej leczy od pierwszego dnia przekrwieniem czynnem. Deutschländer stosował przekrwienie w złamaniach kości i bardzo je zaleca utrzymując, że usuwa ono bóle, przyspiesza znakomicie tworzenie się kostniny i zapobiega zesztywnieniu i zanikowi mięśni.

Cathcarf stosuje z dobrym skutkiem przekrwienie w leczeniu kilaków kości.

Eversmann i Frommer polecają przyrządy ssące do wyciągania wydzieliny ropnej z ran pooperacyjnych zamiast szerokiego otwierania następowego rany i tamponady.

Z innych zastosowań przekrwienia wspomnieć należy o leczeniu nerwobolów, krwiaków, zapalnych zakrzepów żył, skrzywienia i zesztywnienia kręgosłupa (Klapp), o leczeniu zapalenia opon mózgowordzeniowych, słoniowaciny, wrzodów żylakowych, nadmiernej otyłości, dny, ukąszenia owadów, odmrożeń, ropnicy połogowej i nieżytów przewlekłych macicy, chorób ocznych i t. d.

Są to wszystko dopiero próby, o których nic stanowczego dotąd nie wypowiedziano.

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. R. Baumstark. **Badania doświadczalne i kliniczne wpływu wód mineralnych homburskich na czynność wydzielniczą żołądka.** *(Archiv f. Verdauungskr.* T. XII. Z. 3). Doświadczenia wykonał autor na zwierzętach, którym zakładał przetoki sztuczne sposobem Pawłowa, badając wpływ wód solankowych homburskich i porównywając otrzymane wyniki z wynikami, stwierdzonymi przy stosowaniu zwyczajnej wody przekroplonej. Wzmożenie się wydzielania soku żołądkowego u zwierząt wynosiło po zastosowaniu którejkolwiek z solanek homburskich conajmniej 37%, a raz dosięgło nawet 129%. Powtarzając te doświadczenia u 23-letniej osoby z przetoką żołądkową (z powodu zwężenia przełyku), otrzymywał autor te same mniej więcej wyniki, co u zwierząt. B. jest zdania, że wody solankowe pobudzają nader silnie błonę śluzową zwierząt i człowieka do bardzo obfitego wydzielania soku żołądkowego i że działanie to jest średnio o 74·1% większe, aniżeli przy używaniu zwyczajnej wody przekroplonej. *Schudmak.*

Kumoji Sasaki. **Przyczynek kazuistyczny do porównawczych badań wpływu różnych wód mineralnych na wydzielanie w żołądku.** *(Archiv. f. Verdauungskr.* T. XII. Z. 3). Autor użył następujących wód do doświadczeń na zwierzętach ze sztuczną przetoką żołądkową: 1) wody solankowe (Wiesbadeńska, Kochbrunnen), 2) alkaliczno-słone (emska i selterska), 3) alkaliczno-solankowe (Karlsbadzka), 4) alkaliczne (Vichy), 5) gorzkie (Hunyadi Janos). Autor stwierdził, że wpływ wszelkich wód mineralnych odnosi się w pierwszym rzędzie do ilości soku żołądkowego, nie zaś do jego jakości i że zwłaszcza odsetek kwasu solnego bardzo nieznacznym podlega wahaniom. Najsilniej pobudzająco działają wody solankowe, woda emska i selterska pobudzają błonę śluzową dość silnie; woda karlsbadzka zajmuje pośrednie miejsce. Przeciwnie, t. zn. obniżająco, działają wody alkaliczne (Vichy), a w większym jeszcze stopniu wody gorzkie. *Schudmak.*

Reicher. **W sprawie chemizmu trawienia żołądkowego ze szczególnem uwzględnieniem próby „rakowej" H. Salomona.** *(Archiv. f. Verdaungskr.* T. XII. Z. 3). Usiłowania ostatnich lat, by wykryć pewne znamiona, umożliwiające bardzo wczesne rozpoznanie raka żołądka, nie doprowadziły dotychczas do żadnych dodatnich wyników. Do takich usiłowań zaliczyć można i próbę Salomona, polegającą na dokładnem oznaczaniu białka i azotu, zawartych w treści przepłuczynowej żołądka, wydobytej po dokładnem oczyszczeniu błony śluzowej fizyologicznym rozczynem soli kuchennej po przetrzymaniu chorego na płynnej, ściśle przez autora podanej dyecie. Przy zmianach nowotworowych ma błona śluzowa żołądka już bardzo wcześnie wytwarzać pewne ciała (według Salomona surowicę?) dzięki którym wydobyty z żołądka płyn zawiera stosunkowo wielką ilość białka oraz azotu, dochodzącego w typowych przypadkach do 70 mg. na 100 gr. wody. Gdy wszystkie dotychczasowe doświadczenia nad tą próbą ograniczały się tylko do strony klinicznej, to Reicher badał głównie jej stronę chemiczną, posługując się przy oznaczaniu białka (o co właśnie głównie chodzi) próbą tak czułą, jak odczynem precypitynowym. Za pomocą tej próby udawało się często otrzymywać dodatnie wyniki nawet w rozcieńczeniu 1:100,000, czego sposobem Esbacha oznaczyć już wcale nie można. Doświadczenia Reichera udowodniły, że przy próbie Salomona wchodzą głównie w rachubę nukleoproteidy i zasady purynowe (jądra ciałek białych?), a serumalbumina (surowica?) najmniejszą odgrywa rolę. Co do strony klinicznej, to stwierdza R., że próba Salomona w rozpoznaniu wczesnych okresów raka żołądka rozstrzygającego znaczenia mieć nie może. *Schudmak.*

P. Roethlisberger. **Nowe zapatrywania na istotę i leczenie dny.** *(Archiv f. Verdaungskr.* T. XII. Z. 3). Rozpatrzywszy wszystkie dotychczasowe zapatrywania, dochodzi autor do przekonania, że dna przewlekła jest cierpieniem, polegającem na zatrzymywaniu w ustroju kwasu moczowego jedynie z powodu niewydolności czynności nerek (Insuffiziente Nierenfunktion), zaś napady ostre, często z gorączką przebiegające, uważać należy za gościec zakaźny w ustroju, przepełnionym kwasem moczowym. Z tego

powodu w dnie przewlekłej powinno leczenie być skierowane i przeciw cierpieniu nerkowemu (Karlsbad), w ostrej zaś powinno się leczenie odbywać w sposób, zazwyczaj przy gośćcu stosowany.
Schudmak.

Aronson. **O leczniczem działaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej.** *(Deutsch. med. Wochft.* Nr 34, 1906). Publikacye o skutecznem działaniu surowicy autora mnożą się stale. W ostatnich czasach jednak Zangenmeister wystąpił przeciw niej; stosował ją zapobiegawczo w przypadkach zamierzonych operacyi brzusznych raka. Nie działa ona wtedy pomyślnie, a więc tembardziej nie może skutkować w razie już istniejącego zakażenia. Sądzi także Zangenmeister, że do leczenia potrzebaby ogromnych dawek. W odpowiedzi zaznacza Aronson, że surowica jego nie działa bakteryobójczo, lecz zmienia tak drobnoustroje, że ciałka białe łatwo mogą je potem pochłonąć; koniecznem więc jest, by ciałka białe miały żywotność, a u ludzi wyniszczonych, cierpiących na raka, tego oczekiwać nie można. Surowica autora jest wprawdzie wielowartościową, ale jest możebnem, że paciorkowce, wyhodowane z przypadków rakowatych, będą mieć inne cechy i tem też autor zamierza się zająć.
Klęsk.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Beer. **Spostrzeżenia co do żywotności krętka bladego.** *(Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr 30). W badaniach swoich, wykonanych w klinice Lessera, stwierdził autor, że krętki wykonują dwojakie ruchy: jedne obrotowe około osi podłużnej, drugie, zginania na całej długości ciała; następstwem tych ruchów jest zmiana położenia w kierunku osi podłużnej. Wolno płynący krętek wykonywa dość regularne ruchy, skoro jednak końcem przyczepi się do ciała stałego, którem może być komórka nabłonkowa lub ciałko krwi, wtedy wykonywa szybszy ruch obrotowy świdrujący, którym jakby stara się wejść w napotkaną komórkę. Rzeczywistego wejścia w komórkę nie udało się jednak autorowi stwierdzić. W świeżym preparacie znajdował autor krętki przeważnie przyczepione do komórek i na obwodzie krwinek czerwonych. Dopiero po kilku dniach, gdy znaczna część komórek uległa rozpadowi i znikła, widział autor krętki wolno płynące. Nieruchome krętki martwe dostrzegał autor głównie rozciągnięte prosto, bez zgięć. Sztuczne światło, jakoteż ciepło oddechu podczas długiego nawet badania zdaje się krętkom nie szkodzić. W płynie przesiękowym i jamy brzusznej w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, żyją krętki i są ruchome bardzo długo, bo autor jeszcze po trzech tygodniach spostrzegał ich ruchy.
Stopczański.

Biach. **O przeroście naskórka pod wpływem arsenu.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr 32). Przypadek, opisany przez autora, dotyczył 53-letniego robotnika, któremu przed 8 laty polecił lekarz zażywać rozczyn Fowlera po 2—10 kropli dziennie z powodu obrzęku gruczołów karkowych i pachowych. Już po trzech miesiącach tego leczenia zauważył chory poczynające się brunatne zabarwienie skóry, czem przerażony przerwał zażywanie arsenu. Ponieważ jednak gruczoły znowu zaczęły się powiększać, powrócił chory po dwuletniej przerwie znowu do tegoż leku i zażywał go przez cztery lata. Skóra w tym czasie znowu silniej brunatno się zabarwiła, a na skórze palców rąk i nóg, jak również na dłoniach i podeszwach powstały znaczne zgrubienia naskórka. Z polecenia lekarza przestał wówczas chory zażywać arsen; dolegliwości ze strony płuc i serca, coraz więcej się wzmagające, skłoniły go do pozostania w szpitalu. Tutaj stwierdzono następujące zmiany: Na błonie śluzowej wewnętrznej strony policzków pojedyncze, małe, blado-szarawe plamki. Skóra sucha, łuszcząca się, okazuje poczynający się zanik. Oprócz tego znajdują się w skórze rozległe przebarwienia żółtawo brunatne, pomiędzy któremi przebijają jaśniejsze małe pola, wskutek czego skóra wygląda centkowato. Na dłoniach i palcach oprócz brodawkowatych zrogowaceń widać rozlane znaczne zgrubienie naskórka. Na stopach najsilniej uwydatnia się zgrubienie i zrogowacenie naskórka w okolicy pięty, mniej na brzegu stopy. Gruczoły podszczękowe znacznie powiększone; nad obojczykiem tworzą powiększone gruczoły guz wielkości główki dziecka, który jednakże ani nie chełbocze, ani nie jest silniej zrośnięty ze skórą lub podstawą; inne gruczoły chłonne mniej lub więcej powiększone. W czasie pobytu chorego w szpitalu obrzęk gruczołów się zmniejszył, natomiast upadek sił i wycieńczenie wzmogły się. Przypadek ten budzi zajęcie ze względu na wczesne i po niewielkich i niedługo zażywanych dawkach arsenu powstałe zmiany barwikowe, które w owym przypadku poprzedzały zmiany, dotyczące naskórka.
Stopczański.

Vörner. **W sprawie przyczyn świerzbiączki** *(prurigo).* *(Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 30). W przypadku, spostrzeganym przez autora, niezwykłem zjawiskiem było wystąpienie świerzbiączki po raz pierwszy w 26. roku życia. Równocześnie z wystąpieniem wysypki chora cierpiała na nieżyt jelit. U dzieci zazwyczaj świerzbiączkę poprzedza pokrzywka, która pod względem anatomicznym jest zupełnie podobna do wykwitów świerzbiączki; w przypadku autora jednak chora nigdy przedtem nie zauważyła żadnej wysypki na ciele i tembardziej godnym uwagi jest związek między chorobą jelit, a wystąpieniem świerzbiączki. Autor przypuszcza na podstawie tego przypadku, że i u dzieci pokrzywka, będąca pierwszym okresem świerzbiączki, zwykle pozostaje w związku z cierpieniami przewodu pokarmowego, a brak spostrzeżeń w tym kierunku tłómaczy się tem, że nieznaczne zmiany w skórze wobec cięższego nieżytu jelit, zwykle u dzieci budzącego obawę o życie, uchodzą uwagi lekarza.
Stopczański.

Reines. **O połączonym sposobie leczenia tocznia promieniami Röntgena i resorcyną według Ehrmana.** *(Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr 35). Ostatnie dziesięciolecie dowiodło, że korzystniejsze wyniki, niż światłem Röntgena lub Finsena, można w leczeniu tocznia uzyskać przy pomocy innych sposobów, dawniej używanych, jak wyskrobania ostrą łyżeczką, maści pyrogalusowej, gorącego powietrza i t. d. Autor w szeregu przypadków tocznia zastosował sposób Ehrmana (połączone leczenie resorcyną i promieniami Röntgena). W każdym przypadku tocznia stosowano najpierw na miejsce zmienione 33 prc. pastę resorcynową. Ze względu na trujące własności resorcyny i opisywane dość liczne przypadki zatrucia przy działaniu resorcyny na większą powierzchnię, nie może powierzchnia, na którą ma działać resorcyna, przekraczać wielkości dłoni. Dlatego też należy przy toczniu rozleglejszym stosować pastę resorcynową częściowo, nie odrazu na całą zmienioną powierzchnię. Pastę resorcynową, rozciągniętą niezbyt grubo na kawałku płótna pozostawia się na 12 godzin, poczem powierzchowne warstwy skóry i guzków, obumarłe pod wpływem resorcyny, usuwa się ostrą łyżeczką lub gazą, napojoną rozczynem sublimatu. W ten sposób postępuje się przez 4—5 dni, poczem powierzchnię sączącą, pozbawioną naskórka, naświetla się promieniami Röntgena co tydzień, używając do tego rur średnio-miękkich, dających się regulować. Po krótszym lub dłuższym czasie leczenia tym sposobem, przy którym powierzchnia naświetlana powinna być ciągle pod działaniem resorcyny, aby nie mogła się w tym czasie pokrywać naskórkiem, następuje przerwa, w czasie której stosuje się dla wygojenia maść borową. Następnie, jeżeli guzki niezupełnie jeszcze są usunięte i pojawiają się po zagojeniu powierzchni leczonej, powtarza się ten sposób aż do całkowitego wyleczenia. Zaletą tego sposobu jest to, że działaniu promieni Röntgena nie przeszkadza naskórek; działają one tu bezpośrednio na tkankę chorobową i w ten sposób łatwiej ją niszczą. Autor sądzi, że sposób ten ze względu na szybsze wyniki, niż przy stosowaniu samego światła Röntgena lub Finsena, zasługuje na rozpowszechnienie i może w odpowiednich przypadkach tocznia, więcej na powierzchni się szerzącego, oddać wielkie usługi.
Stopczański.

CHIRURGIA. Kelling. **Nowy hemolityczny odczyn surowicy krwi przy nowotworach złośliwych (i złośliwych chorobach krwi), oraz rozpoznawcze i statystyczne zastosowania tego odczynu w chirurgii.** *(Archiv f. klin. Chirurg.* T. 80, Z. I). Uzupełniając swą fantastyczną teoryę nowotworów, podaje autor wyniki doświadczeń nad hemolitycznym odczynem surowicy krwi chorych na nowotwory złośliwe. Kelling, jak wiadomo, twierdzi, że komórki nowotworowe są pasorzytami ustroju, dostającymi się doń jako komórki z wyższych lub niższych zwierząt. Zakażenie temi komórkami odbywa się rozmaitą drogą, n. p. przez ukłucie owadów, spożywanie surowych jaj i t. d. Do doświadczeń swych używał autor krwi kury, owcy, woła i świni, i przekonał się, że surowica krwi chorych na nowotwory rozpuszcza najwięcej tylko jeden z wymienionych gatunków krwi. Odczyn ten idzie zupełnie w parze z odczynem precypitynowym; tak n. p. przy rozpuszczalności ciałek krwi kury i białko kurze strąca się. Po usunięciu nowotworu znika zwykle i odczyn, ale powraca w razie nawrotów. Odczyn ten nie zależy od siedziby i rodzaju nowotworu. Odczyn u zdrowego człowieka występuje głównie względem krwi owcy, potem kury, woła i świni, nie dosięga jednak nigdy takich stopni, jak przy nowotworach złośliwych. Wartości ponad 30 prc. powinny wzbudzać przypuszczenie nowotworu, a hemoliza ponad 50 prc. dowodzi już na pewno obecności nowotworu w ustroju. Wstrzyknięcie cząstek nowotworu innemu zwierzęciu wzbudza we krwi jego zaraz ten sam odczyn względem krwi jednego z 4 gatunków krwi, jaki był u osobnika, z którego nowotwór szczepiono. Surowica chorych na nowotwory zwykle nie wywołuje odczynu we krwi człowieka zdrowego. Najczęściej odczyn występuje względem krwi kurzej. W mniejszym stopniu występuje on przy złośliwych chorobach krwi. Kelling sądzi, że z pomocą odczynu można prawie na pewno rozpoznać nowotwory utajone.
Klęsk.

Kienböck. **Leczenie mięsaków promieniami Röntgena.** (*Fortsch. auf dem Geb. der Röntgenstr.* Bd. IX, Heft 5). Bezwątpienia wiele mięsaków wyleczono już naświetlaniem promieniami Röntgenowskimi i stwierdzono brak nawrotów. Najczęściej (w 70 prc.) następuje jednak tylko zmniejszenie się nowotworu. Najsilniej oddziaływają na takie leczenie nowotwory, niedawno powstałe, starsze opierają się leczeniu. Również i głębokość usadowienia nowotworu nie jest bez wpływu. Nowotwory powierzchowne leczą się lepiej. Naświetlac należy nie codzień i to nietylko nowotwór pierwotny, lecz i zajęte gruczoły. Promieniami wolno jednak leczyć tylko wtedy, gdy odkładanie operacyi zaszkodzić nie może, lub też, gdy nowotwór już się do operacyi nie nadaje. Tak samo próbować należy następowego naświetlania, gdy przy operacyi przekona się chirurg, że nowotworu doszczętnie usunąć nie zdoła. *Klęsk.*

Bornhaupt. **Zranienia postrzałowe stawów w wojnie rosyjsko-japońskiej 1904—1905 r.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 80, Z. I). Zranienia stawów, spostrzegane przez autora, stanowiły 7 prc. postrzałów. Jestto bardzo duża liczba. W innych wojnach odsetek ten był znacznie mniejszy (n. p. w roku 1870/71 4·1 prc., w wojnie amerykańskiej na Kubie 2·5 prc. i t. d.). Z postrzałów stawowych najczęstsze są zranienia stawu kolanowego (54 prc.), a dopiero potem łokciowego, barkowego, skokowego, biodrowego i nadgarstka. Najczęściej ropieje staw skokowy (obuwie, brudne szmaty, ziemia). Ropienie następuje prawie zawsze, gdy pocisk pozostanie w stawie. W razie wyjścia kuli ze stawu, radzi autor postępować tylko zachowawczo, ustalając kończynę, zwłaszcza do transportu. Po 5—6 dniach w razie braku odczynu rozpoczyna autor miesienie i kąpiele. Gdy przy miesieniu zjawia się gorączka, przerywa je zaraz. Na 157 zranionych, operowano 37, a mianowicie amputowano 14, odjęto kończynę w stawie 2. W razie ropienia stawów na tle zakażenia paciorkowcami, trwającego już pewien czas, można chorego ratować tylko amputacyą. Tak pouczyło autora doświadczenie kliniczne i bakteryologiczne. Nacięcia i wycięcia stawów dały 66·7 prc. wyleczeń. Śmiertelność postrzałów stawowych wynosiła 4·46 prc. *Klęsk.*

Prof. Beck. (N.-York). **Nowy sposób pokrywania ubytków czaszki.** (*Archiv f. klin. Chirurg.* T. 80, Z. I). Przy pokrywaniu ubytków czaszki chodzi głównie o to, by płat użyty nie zrastał się z mózgiem, leżącym wolno w ubytku, gdyż wtedy zamiast wyniku dodatniego, otrzymać możemy jeszcze padaczkę następową. Autor poleca przeto sposób, który zastosował z dobrym wynikiem u chorego na padaczkę Jacksonowską, u którego ubytek wynosił 3 × 1 cali. Po oddzieleniu skóry od mózgu w ubytku odpreparował autor część mięśnia skroniowego wraz z powięzią i okostną, płat ten obrócił i przyszył na ubytku. W ten sposób mózg został pokryty powięzią, nie mającą skłonności do zrostów, a okostna została odwrócona na wierzch. Po pewnym czasie z okostnej zaczęła się tworzyć kość i wróciły niejako stosunki prawidłowe, bo powięź zastąpiła oponę twardą, a okostna stworzyła nad nią kość. *Klęsk.*

Zeman. **Boczne przecięcie przełyku.** (*Časopis lékařů českých* 1906, Nr 24). W przeciągu krótkiego czasu jest to drugi przypadek, ogłoszony ze szpitala powiatowego w Młodym Bolesławiu. W obu przypadkach przeprowadzono operacyę z powodu uwięznięcia w przełyku połkniętego sztucznego uzębienia. Ostatni chory, 29-letni, połknął swoje sztuczne uzębienie w stanie niepoczytalnym; w szpitalu następnie stwierdzono przy pomocy prześwietlenia obecność obcego ciała w przełyku ponad otworem klatki piersiowej. Ponieważ próby wydobycia drogą ust zawiodły, dokonano przecięcia bocznego przełyku, przełyk otwarto zapomocą długich szczypczyków, wprowadzonych przez usta i wydobyto deszczułkę z 7 zębami i metalowym łącznikiem. Przełyk następnie zeszyto dwuwarstwowo, zewnętrzną ranę sączkowano. Po kilku atoli dniach pękł szew ściany przełyku, a spożyte pokarmy dostawały się przez ranę. Dlatego wprowadzono przez otwór do przełyku dren, zapomocą którego odżywiano chorego; po 14 dniach dren wyjęto, a pozostała przetoka już po 48 godz. tak się zasklepiła, że pokarm przez nią nie przechodził. Autor zaleca przeto przedewszystkiem założenie drenu przez ranę operacyjną do przełyku. *Schnurpfeil.*

Ritter (Berlin). **Nowa metoda doszczętnej operacyi ropni zatoki czołowej z zachowaniem przedniej ściany.** (*Deutsch. med. Wochft.*, Nr 32, 1906). Sposób autora ma za zadanie dozwolić doszczętnie zoperować ropienie jamy czołowej przy zupełnym następowym dodatnim efekcie kosmetycznym. Chcąc więc to uczynić, nie usuwa autor przedniej ściany zatoki, lecz od dołu dostaje się do niej od oczodołu cięciem łukowem, poprowadzonem od końca wcięcia nadoczodołowego do otworu gruszkowatego. Po odsunięciu okostnej, usuwa wyrostek czołowy szczęki górnej i tworzy połączenie zatoki i komórek czołowych z nosem. Potem na najwyższym punkcie zatoki czołowej cięciem pionowem nacina skórę i okostną, wydłutowuje wązki kanał i od góry wyczyszcza zatokę. Zatokę tamponuje od nosa, skórę zaszywa w całości. Szwy należy z obawy zropienia usuwać bardzo prędko (w 24—48 godzin), tampony w drugiej dobie. Często nie potrzeba już potem sączkować. *Klęsk.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Bromprotylin w chorobach układu nerwowego poleca Rebaudi (*Cron. della Clin. med. di Genova* 1906, Nr 3), przytaczając kilka bardzo starannie spostrzeganych przypadków z kliniki prof. Maragliano. U 15-letniego chłopca, cierpiącego na samorodną padaczkę, ustąpiły napady po 6 tygodniach i poprawił się stan ogólny. Cierpiąca na neurestanię i niedokrwistość 30-letnia kobieta wyzdrowiała po 2 miesiącach, podobnie 34-letni kolejowiec, neurastenik, wrócił po 6 tygodniach do zupełnego zdrowia i przybyło mu $2^1/_2$ klgr. wagi. *Hf.*

Tyreoidyna działa zbawiennie w przypadkach **obrzęku śluzowatego i choroby Basedowa.** Prof. Konrad Alt (*Münch. med. Wochs.* 1904, Nr 24) tłómaczy to działanie z jednej strony wzmożonem wydalaniem fosforu drogą moczu, z drugiej zaś wzmożonem przyswajaniem go w jelitach. Dlatego też podaje A. równocześnie **protylinę,** przetwór białkowy, obfitujący we fosfor, dodając 20—30 gr. dziennie do potraw. Doświadczenia dotychczasowe, połączone z badaniem wymiany materyi, przemawiają na korzyść tego sposobu leczenia. *Hf.*

Tigenol (Alberto del Monte, *Archivo di Ottalmologia, Vol XIII, fasc.* $^5/_6$) stosowano w klinice ocznej neapolitańskiej w przewlekłem zapaleniu woreczka łzowego w postaci 10 prc. roztworu, którym woreczek przepłukiwano. Prawie zawsze osiągano w krótkim czasie wynik dobry. W przypadkach zapalenia powiek stosowano maść (*thigenol, vaselin aa 5·0, cerae alb. 2·5*), która okazała się mniej drażniącą od maści precypitatowej. W opryszczkach spojówki i rogówki stosowano tigenol w maści 50—80 prc. lub też czysty. By usunąć uczucie palenia, dobrze jest znieczulić spojówkę poprzednio kroplą kokainy. *Hf.*

Perhydrol Mercka znajduje coraz szersze zastosowanie w lecznictwie. W dziedzinie chorób wewnętrznych polecają środek ten w przypadkach zapaleń gardła, błonicy, biegunek, cholery, duru brzusznego, niedowładu jelit, nieżytów żołądka i wrzodu żołądka. W chirurgii stwierdzono dobre jego działanie w sprawach ropnych, posokowatych i zgorzelinowych, obok tego przy przeszczepieniach i w chirurgii mózgu. Ginekolodzy stosują go chętnie w sprawach ropnych i w owrzodzeniach sromu, pochwy i części pochwowej. Również w zakresie chorób skórnych stwierdzono wpływ korzystny w znamionach barwikowych, łuszczycy, strupniu, owrzodzeniach kiłowych, wrzodach miękkich, wrzodach goleni, kilakach skóry, zgorzelinowych sprawach skóry, łuszczycy jamy ustnej i rtęciczem jej zapaleniu. Dobre usługi oddaje perhydrol także w przewlekłym nieżycie pęcherza i w wiewiórze ostrym i w przewlekłym. Lekarze chorób ocznych polecają go w ropnych sprawach spojówek i w owrzodzeniach rogówek, szczególnie pochodzenia urazowego. W zapaleniu ucha środkowego, szczególnie przewlekłem, stwierdzili już liczni autorowie skutek dobry. Dentyści używają go do odkażenia kanałów i wogóle do oczyszczenia pola operacyjnego, polecają go również jako wodę do płukania. *L.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 26 czerwca 1906.

Landau Anastazy odczytał rzecz pod tytułem: **„O leczeniu moczówki cukrowej jednostajną dyetą owsianą“.** Wprowadzoną przez Noordena dyetę owsianą w postaci nieco zmienionej (100 gr. mąki owsianej, 80 gr. roboratu, 100 gr. masła i 100 gr. smalcu) zastosował autor u dwu chorych na cukrzycę ciężką i umiarkowanie ciężką i wyniki tej metody leczenia zestawił z uzyskanymi przy dyecie ścisłej bez i z dodaniem alkaliów. L.

otrzymał wyniki zadowalniające: u chorego, dotkniętego ciężką postacią cukrzycy, tolerancya węglowodanowa nie uległa zmianie, natomiast dyeta owsiana wywarła bardzo dodatni wpływ na objawy zatrucia kwaśnego (znaczne zmniejszenie się amoniaku w moczu). U drugiego przy również wybitnym wpływie na acydozę zauważyć się dała i pewna poprawa tolerancyi węglowodanowej, znikł bowiem z moczu w okresie dyety owsianej cukier, którego chory nie przestawał wydzielać podczas dyety ścisłej. Dodatnie działanie mąki owsianej przy cukrzycy przypisuje L. odrębnej budowie chemicznej krochmalu owsianego w porównaniu z innymi gatunkami krochmalu. Wniosek swój autor wyprowadza przez analogię, opierając się na niejednakowej zdolności, z jaką ustrój chorego na cukrzycę spala inne węglowodany zależnie od ich budowy. *I. L.*

III. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dnia 1 kwietnia 1905 do d. 1 kwietnia 1906 r.

Ułożył

dr Kazimierz Dłuski.

Pozwalamy sobie podać do publicznej wiadomości trzecie z rzędu sprawozdanie z działalności Sanatoryum. Z przyczyn od nas niezależnych pojawia się ono w druku później od poprzednich. Sądzimy, że wzbudzi ono pewne zajęcie, jak i dawniejsze, nietylko wśród lekarzy polskich, lecz i wśród szerszej publiczności, gdyż działalność Zakładu dotyka zblizka najistotniejszej sprawy całego ogółu i każdej jednostki — zdrowia.

Ogólna liczba chorych w tym okresie wynosi 267 osób. Z tej liczby na Polaków przypada 244, na Rosyan 19, na inne narodowości 4 (1 Kroat, 1 Węgier i 2 Niemki). Ogólna liczba dni leczenia wynosi 23581; średnio na jednego chorego wypada 88,5 dni.

W tablicy, zawierającej wyniki leczenia, umieściliśmy tylko 229 chorych, strącając z ogólnej liczby (267) chorych 38, a mianowicie:

1) 28, których leczenie trwało mniej niż 30 dni, co stanowi czas minimalny dla wyrobienia sobie pojęcia o możliwych skutkach leczenia.

2) 9, którzy w dniu 1 kwietnia 1906 r. nie leczyli się jeszcze całych 30 dni w Sanatoryum.

3) nakoniec 1 »profilaktyk«.

Zaznaczyć tu wypada, że w ogólnej liczbie 229 chorych, będących przedmiotem naszego sprawozdania, mamy 24 osoby, które leczyły się w Sanatoryum po raz drugi i 4 osoby, które leczyły się po raz trzeci.

Metoda lecznicza, jaką wyłącznie się posługujemy od chwili otwarcia Sanatoryum, została stworzona przez Brehmera i Dettweilera i wydoskonalona przez ich szkołę. Do żadnych środków swoistych dotąd nie uciekaliśmy się. Jeszcze raz powtórzymy to, co już zaznaczyliśmy w poprzednich sprawozdaniach, że środki te nie są jeszcze dostatecznie wypróbowane. Dość powołać się na różnicę poglądów, jakie się przejawiły na ostatnim paryskim zjeździe, gdzie różne tuberkuliny lub surowice: Kocha, Denysa, Marmorka i innych, były kolejno zalecane, jako najlepsze środki w walce z gruźlicą, lub na świeżą monografię takiej powagi, jak prof. Sahli z Berna, który dowodzi, że wszelkie używane dotąd metody wstrzykiwania tuberkuliny Kocha i innych oparte były na błędnych zasadach i mogły przynieść chorym więcej szkody, niż pożytku. Sam zaś Sahli poleca tuberkulinę prof. Beranecka z Neuchatelu, ale w dawkowaniu znacznie mniejszem i ostrożniejszem[1]). Wobec tylu sporów w tej sprawie należy zachowywać się ostrożnie i nie poddawać chorych niepewnym próbom. Wychodząc z zasady: *primum non nocere*, pozostajemy dotąd na gruncie wyłącznego stosowania metody higieniczno-dyetetycznej, mającej za sobą pół wieku doświadczenia, obfitego w skutki, równie niezaprzeczalne, jak doniosłe pod względem lekarskim i społecznym. Liczby nasze dowodzą, że uzyskane u nas wyniki lecznicze są zupełnie zadowalniające[2]).

Mówić obszerniej o metodzie Brehmera-Dettweilera, jako powszechnie znanej, nie będziemy. Streszcza ją w ogólnych zarysach znany specyalista prof. Penzold w swej pracy »Behandlung der Lungentuberkulose« w następujący sposób: Środka swoistego, na podobieństwo rtęci w przymiocie, dla leczenia gruźlicy płuc nie posiadamy. Za najlepszy środek wedle zdania wszystkich, w sprawie leczenia gruźlicy doświadczonych lekarzy uważaną być musi metoda higieniczno-dyetetyczna. Obmyślona i zastosowana naprzód przez Brehmera, wydoskonalona przez Dettweilera, Drivera i innych, opartą została, zwłaszcza przez niemiecką szkołę, na podstawie leczenia w zamkniętych zakładach, w sanatoryach, jako jedynie dających pewność dokładnego jej wykonania. Polega ona, w krótkich słowach, na obfitem odżywianiu, jak najszerszem używaniu świeżego powietrza, spokoju i dokładnie oznaczonej ilości ruchu, hartowaniu ciała, wpływie psychicznym i unikaniu wszelkich szkodliwych dla zdrowia czynników«.

Metodę tę, wedle naszych sił i środków, staramy się stosować jak najlepiej dla dobra chorych. A więc dajemy im pożywienie zdrowe i obfite, składające się z 6 posiłków dziennie, oraz mleka na żądanie, co wynosi $1^1/_2$ litra na chorego dziennie. Oczywiście w układaniu pokarmów liczymy się bardzo z czynnościami trawienia, podlegającemi, jak wiadomo, w przebiegu gruźlicy płuc częstym zaburzeniom. Odpowiednia dyeta w połączeniu z klimatycznem leczeniem niejednokrotnie dają w krótkim czasie pomyślne wyniki, bez stosowania żadnych szczególnych leków. Naruszone czynności powracają do stanu prawidłowego, chory zaś, który się uskarżał na rozmaite dolegliwości żołądkowe i jelitowe, zaczyna w krótkim przeciągu czasu czuć się zupełnie dobrze i odżywiać, bez szczególnego wyboru pokarmów, w sposób prawidłowy.

Przy stałem używaniu świeżego powietrza uwzględnienie wielkiego spokoju, oraz dokładne oznaczenie ilości ruchu ma swe wielkie uzasadnienie w tem, że chorzy na gruźlicę bardzo łatwo tracą równowagę ciepłoty. Stosownie do stanu płuc i do pewnej wrażliwości nerwowej, ściśle związanej z samą istotą gruźlicy, chory bardzo łatwo ulega wzniesieniom ciepłoty, które ujemnie wpływają na przebieg leczenia.

Zgodnie więc z praktyką, wyrobioną w sanatoryach zachodnio-europejskich, spędzają chorzy w różnych odstępach czasu 6 godzin na leżeniu na werandach. Oprocz tego chorzy z ciepłotą prawidłową i przy dobrym stanie sił mają 2—3 godzin przechadzki w tych godzinach, w których nie leżą na werandach. Przechadzki jednak, pod nadzorem lekarskim, zaczynają się od krótkich 10—15-minutowych 2—3 razy dziennie i po równym terenie, zwłaszcza dla chorych, którzy świeżo do zakładu przybyli i jeszcze do wysokogórskiego klimatu się nie przyzwyczaili. Dopiero po dokładniejszem zapoznaniu się z chorym i przy należytem ocenieniu jego sił, dozwolone są przechadzki coraz dalsze i po ścieżkach z coraz większem wzniesieniem w parku zakładowym lub dalej poza jego granicami. Uważamy taki sposób postępowania za odpowiedni, gdyż chorzy niejednokrotnie przeceniają swe siły, zaś nadmiar ruchu często przynosi im szkodę, narażając na zbytnie zmęczenie lub wywołując powikłania niepożądane dla płuc lub opłucnej. Oczywiście chorzy gorączkujący leżą w łóżku aż do odzyskania prawidłowej ciepłoty i przy zezwalaniu na spacery są przedmiotem szczególnej ostrożności.

Nie mając innego »swoistego leku« bezpośrednio dla płuc, jak świeże powietrze, staramy się, aby chorzy korzystali z niego w jak najszerszych granicach, nietylko we dnie, lecz i w nocy, sypiając, stosownie do stanu pogody, przy otwartych całych oknach lub górnych szybach. Choć nie mogliśmy przeprowadzić obowiązkowego leżenia na werandach w godzinach wieczornych, jak to się dzieje w sanatoryach niemieckich, z tego powodu, iż Polacy z trudnością nałamują się do karności sanatoryalnej, a tembardziej do nudnego z natury swej leżenia na werandach — szczególniej ludzie przywykli do czynnego życia — jednak wielu chorych korzysta z tego »nieobowiązkowego« leżenia na werandach, zwłaszcza podczas sprzyjającej pogody, i nietylko latem, lecz i zimą.

---

[1]) Über Tuberkulinbehandlung, Basel 1906.

[2]) Oprócz powszechnie używanych w gruźlicy leków, stosownie do rożnych jej objawów, posługiwaliśmy się dla zwalczania niedokrwistości przetworami żelaza, dla podniesienia stanu ogólnego wstrzykiwaniami arsykodylu (w znacznej większości przypadków z dodatnim skutkiem), a także przetworami odżywczymi (somatoza, sanatogen i t. d.). Przeciw gruźlicy krtani stosowaliśmy 10 prc. oliwę mentolową, rozczyn Lugola, ortoform i t. d. i t. d. Dodajmy jeszcze, że przy bólach i kłuciu w suchem zapaleniu opłucnej robiliśmy naświetlania światłem fioletowem i mieliśmy bardzo zadowalniające wyniki w tych przypadkach, gdzie wszelkie inne zewnętrzne środki były bezskuteczne.

Celem zahartowania ciała i większego uodpornienia ustroju stosujemy nacierania wodą z wyskokiem lub czystą, jeżeli nie ma szczególnych przeciwwskazań. Chorzy z małymi wyjątkami znoszą je dobrze, lubią i odczuwają w krótkim przeciągu czasu dodatnie ich skutki, w pierwszym rzędzie większą wytrzymałość na zmiany ciepłoty. U chorych, nie mających skłonności do krwioplucia, a posiadających większą odporność, stosujemy z kolei natryski, z obniżającą się w ciągu 20—30 sekund ciepłotą od 35°—10° C.

Liczba chorych, która korzystała z nacierań, wynosi 173, z natrysków 41. Ale leczenie klimatyczne nie kończy się na używaniu świeżego powietrza, obfitem odżywianiu i hartowaniu ciała. Wszystko to dotyczy osoby fizycznej człowieka i sprawności poszczególnych części jego ustroju. Tutaj już zadanie lekarza jest bardzo złożone i wymaga ciągłej, nieustającej czujności, aby chorego uchronić od wszelkich szkodliwych czynników, na które, przy swej zwykłej lekkomyślności, tak łatwo może się narazić. Chodzi jeszcze o wpływ psychiczny, który słusznie podkreśla Penzold, — wpływ tak niezmiernie ważny, a nie zawsze w sanatoryach dostatecznie uwzględniony. Zbyteczna mówić, jak już u zdrowego człowieka stan psychiczny, odbijając się w pierwszym rzędzie na nerwach, wpływa przez nie na takie ważne czynności ustroju, jak łaknienie i trawienie z jednej, a sen z drugiej strony. A cóż dopiero u chorego na gruźlicę, który przez samą chorobę jest w stanie ciągłego napięcia nerwowego i przez lada błahą przyczynę może być z równowagi psychicznej wytrącony. Tutaj zadanie lekarza jest jeszcze mozolniejsze. Mając na swem sumieniu odpowiedzialność za pomyślny przebieg leczenia chorego, powinien znać dokładnie całe psychiczne »ja« chorego, wejść we wszystkie tajniki jego dręczonej nędzą cielesną duszy, zrozumieć dążenia i pragnienia, odczuć jego bole i radości, a wtedy zdoła zadzierzgnąć silny węzeł spójni, dający mu wielki wpływ na chorego. Z taką bronią w ręku dokona wiele. — Zadanie trudne. — Jeśli przysłowie o beczce soli stosuje się do człowieka zdrowego, to cóż powiedzieć o chorym, który z natury rzeczy jest skrytszym, podejrzliwszym, wrażliwszym, którego warunki życia są przez chorobę często w sposób bardzo przykry pogmatwane, a życie samo na czas dłuższy lub krótszy wykolejone. Tutaj ma się do czynienia z jednostką nieprawidłową, która, aby uzyskać jak najwięcej pożytku z leczenia, powinna być w stanie możliwie najprawidłowszym. Więc obowiązkiem lekarza jest oddziaływać ciągle na chorego tak, aby wszystkie nieprawidłowości jak najbardziej łagodzić, aby nie dopuszczać go do stanów zniechęcenia lub zwątpienia, podtrzymywać w nim stale wiarę w wyleczenie, jednem słowem utrzymywać go ciągle w równowadze duchowej. Wymaga to ze strony lekarza przedewszystkiem serdecznego zajęcia się stanem zdrowia i całą osobą chorego, a następnie dużej siły woli, wielkiej cierpliwości i wyrozumiałości. Przy takich warunkach zadanie, acz trudne, jest rozwiązalnem i rozwiązanem być musi.

Obok strony psychicznej uwzględnioną jest strona umysłowa chorych. Jestto z tego względu ważne, że zakład nasz, położony wśród czystego wiejskiego i leśnego powietrza, zdala od wszelkiego ogniska kulturalnego, daje największą gwarancyę pod względem higienicznym, ale czyni życie chorych jednostajnem i nudnem. Dla zaspokojenia swych potrzeb umysłowych mają na miejscu czytelnię i bibliotekę, zaopatrzone w sporą ilość pism i dzieł. Od czasu do czasu na scenie miejscowego teatrzyku odbywają się przedstawienia trup krakowskich lub lwowskich, koncerty przejezdnych artystów, wreszcie sami chorzy (oczywiście najsilniejsi) urządzają pod nadzorem lekarskim przedstawienia amatorskie, budzące zwykle wielkie zajęcie wśród całego grona leczących się. Tym sposobem chory, który na początku leczenia skarży się na ciężkie nowe warunki, na odcięcie go od rodziny i zwykłych zajęć, powoli przywyka do zakładu, do regularnego karnego trybu życia i wraca do równowagi psychicznej, a to wszystko wpływa dodatnio na cały przebieg leczenia.

(Dok. nast.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Warszawskie „Stowarzyszenie lekarzy polskich“ wobec tego, że ustawa jego została zatwierdzoną przez władzę 11 sierpnia 1906, rozpoczyna swoją działalność.

Zakres działania Towarzystwa, nie mającego żadnej barwy politycznej, jest nader obszerny, gdyż obok zadań, wypełnianych gdzieindziej przez Izby lekarskie i stowarzyszenia zawodowe, obejmuje także czynności na polu naukowem. § 2 ustawy wymienia następujące cele Towarzystwa: 1) omawianie i formułowanie potrzeb i życzeń w sprawach zawodowych, 2) strzeżenie godności stanu, 3) dążenie do wytworzenia Izby lekarskiej, 4) reorganizacya służby lekarskiej i szpitalnictwa w Królestwie polskiem, 5) opracowywanie, rozpatrywanie i przedstawianie władzom projektów reform w sprawach lekarskich, higienicznych i policyjno-lekarskich, 6) dążenie do wytworzenia Krajowej Rady zdrowia, 7) dopomaganie powstawaniu i rozwojowi szkolnictwa lekarskiego, 8) organizacya kursów lekarskich uzupełniających, 9) urządzanie zjazdów i wystaw lekarskich, 10) udzielanie zapomóg na cele naukowe, 11) zakładanie pracowni, muzeów, bibliotek i innych instytucyi naukowych, 12) wydawanie czasopism lekarskich, inicyatywa do ich wydawania i przekształcania, 13) wydawanie dzieł lekarskich, 14) zakładanie wszelakich kas zapomogowych, pożyczkowych i t. d., 15) pośrednictwo w poszukiwaniu posad i lekarzy, 16) wypracowywanie ustaw dla lekarzy fabrycznych, kolejowych, miejskich i t. d., 17) obrona praw i interesów materyalnych lekarzy, 18) pośredniczenie między władzami a lekarzami. — § 3 ustawy uprawnia Stowarzyszenie do sądów polubownych i do rozsądzania spraw z zakresu deontologii lekarskiej, a § 4 określa towarzyskie cele Stowarzyszenia (czytelnia, zebrania i t. p.).

Założycielami Towarzystwa, wymienionymi w ustawie, są drdr: Z. Sławiński, W. Horodyński, Wł. Bruner, K. Rzętkowski, W. Szumlański, Henryk Nusbaum, Bron. Sawicki, J. Jaworski, A. Gabszewicz, A. Ciechomski, Kazimierz Zieliński.

Członkiem rzeczywistym może być każdy lekarz bez różnicy płci i narodowości, przyjęty przez balotowanie na podstawie wniesionego przez siebie podania z opisem swego życia i powołaniem się na 2 członków Stowarzyszenia. Wkładka roczna wynosić ma przynajmniej rubli 6.

Siedzibą Zarządu (12 członków i 6 zastępców) Stowarzyszenia, mogącego tworzyć oddziały także na prowincyi, jest Warszawa.

Pisma lekarskie warszawskie z radością witają nowe Towarzystwo, wyrażając nadzieję, że przez gromadne wpisywanie się lekarzy i szybkie tworzenie oddziałów prowincyonalnych zyska Towarzystwo odrazu silną podstawę i niezwłocznie zabierze się do wypełnienia niektórych zadań, jak stworzenie stałego sądu koleżeńskiego, biura pośrednictwa i t. d. »Gaz. lekar.« kładzie nacisk na stworzenie dopełniających kursów lekarskich, powołując się na powodzenie takich kursów w Krakowie i we Lwowie, na opracowanie programu reform w sprawach lekarskich i sanitarnych w ramach przyszłego samorządu, na tworzenie oddziałów prowincyonalnych, któreby mogły wchłonąć w siebie istniejące już prowincyonalne Towarzystwa lekarskie, na tworzenie na prowincyi pracowni, bibliotek i t. d., wreszcie na założenie Kasy emerytalnej.

Z naszej strony życzymy Towarzystwu jak najpomyślniejszego rozwoju i jak najlepszych wyników czekającej je rozległej pracy na tylu, odłogiem dotąd leżących polach. *R.*

Sprawozdanie z czwartego kursu dla dezynfektorów we Lwowie. W bieżącym roku urządził fizyk miasta Lwowa czwarty bezpłatny kurs dla wykształcenia służby dezynfektorskiej, Na zaproszenie, wysłane za pośrednictwem c. k. Namiestnictwa. Wydziału Krajowego i głównego zarządu Kółek rolniczych, zgłosiły następujące gminy gotowość wysłania kandydatów na dezynfektorów. 1. Knihinin 2. Bilka królewska, 3. Rohatyn, 4. Podborce, 5. Tarnopol (dwóch), 6. Dobromil, 7. Czyżyków, 8. Chlebowice wielkie, 9. Ottynia, 10. Rymanów, 11. Hołosko wielkie, 12. Sokolniki, 13. Korolówka, 14. Hołosko małe, 15. Halicz, 17. Tustanowice, 17. Nowosiółki, 18. Zubrze, 19. Żydatycze, 20. Bilcze złote, 21. Brzuchowice, 22. Janów, 23. Honiatycze, 24. Kołomyja, 25. Biłohorszcze, 26. Glinna, 27. Podbrzezie, 28. Sroki, 29. Zimnowódka, 30. Kurdynce, 31. Krywcze, 32. Krasów, 33. Lubiana, 34. 1 wolontaryusz z Krakowa, 35. dwaj ze Lwowa — razem 37 osób. Oprócz tych wysłanników gmin wzięli udział w tegorocznym kursie, równie jak w ubiegłym roku, żandarmi, odbywający we Lwowie swą szkołę zwykłą, jakoteż szkołę na naczelników posterunków żandarmeryi w Galicyi. Przybyło 97 żandarmów, 1 oficer żandarmeryi i 3 oficerowie lwowskich pułków, którzy przysłuchiwali się wykładom z wielkiem zainteresowaniem się. Oprócz tego wydano w fizykacie 20 biletów wstępu osobom zgłaszającym się na wykłady, po naj-

większej części akademikom i urzędnikom rozmaitych działów. W liczbie biorących udział w tegorocznym kursie było 2 sekretarzy gminnych, 1 pisarz gminny, 11 członków gminnych straży policyjnych, 15 rolników, 4 oglądaczy zwłok, 1 funkcyonaryusz sanitarny, 1 służący szpitalny, 1 urzędnik prywatny, 1 służący pryw. Dla ułatwienia pobytu zamiejscowym przybyszom ofiarowała reprezentacya miasta Lwowa bezpłatny nocleg w szkole im. św. Antoniego, z którego też prawie wszyscy uczestnicy kursu korzystali. Tamże pozwoliło Prezydyum miasta używać tuszów zimnych, co ze względu na wielkie upały przyjęli uczestnicy kursu z wielką wdzięcznością.

Wykłady teoretyczne i demonstracye naukowe odbyły się w sali wykładowej profesora wszechnicy lwowskiej Dra Becka, za uprzejmem jego pozwoleniem. Ćwiczenia praktyczne odbywano w miejskim zakładzie dezynfekcyjnym. Kurs odbył się w czasie od 20 do 25 sierpnia i składał się z teoretycznych wykładów o chorobach zakaźnych i o dezynfekcyi, tudzież z praktycznych ćwiczeń wykonywania dezynfekcyi. Wykłady, wygłoszone przez fizyka miejskiego Dra Legeżyńskiego, obejmowały naukę o zarazkach chorobowych, jako istocie chorób zakaźnych, o sposobach szerzenia się chorób zakaźnych między ludźmi i zwierzętami, o sposobach, w jaki zaraża się człowiek zdrowy; szczegółowo omawiano niektóre choroby zakaźne jak: cholera, gruźlica, błonica, dur brzuszny i plamisty. Wykłady te były przeplatane wieloma demonstracyami. Pokazano mianowicie fotografie i modele bakteryi w 20—25 tysięcznem powiększeniu i doskonałe tablice do nauki bakteryologii, wydane przez zakład Pasteura w Paryżu, zakupione przez c. k. Ministerstwo spr. wewn. i oddane do użytku fizykatowi lwowskiemu, dalej okazano przy pomocy mikroskopów bakterye barwione i bakterye żywe w kropli wiszącej. Przedstawiono również roznoszenie bakteryi za pośrednictwem muchy (wpuszczono w oczach słuchaczy jedną muchę pod klosz szklany, pod którym rozmieszczono kilka czystych kawałków ziemniaków i jeden z hodowlą prątka krwawego *(bacillus prodigiosus)*; po upływie 24 godzin były ziemniaki zarażone bakteryami, jak o tem świadczyły czerwone plamy na czystych przedtem kawałkach). Dla przekonania słuchaczów, że przez użycie wody, mydła i t. d. można osiągnąć tylko względną czystość rąk, dopiero zaś za użyciem środka odkażającego właściwą czystość, wyhodowano w termostacie kolonie bakteryi, które przez dotykanie palcami osiadły na sterylizowanych płytkach Petriego, a których rozwój mógł każdy uczestnik kursu przez cały tydzień śledzić. W podobny sposób przedstawiano stopień zawartości bakteryi w pajęczynie, w pyle unoszącym się w sali wykładowej i t. p. Doświadczenia te, wykonane w oczach słuchaczy, utkwiły im głęboko w pamięci i ułatwiły im znakomicie zrozumienie istoty chorób zakaźnych. Obok sali wykładowej urządzono muzeum patologiczne, w którem przedstawiono spustoszenia w ustroju ludzkim i zwierzęcym, wywołane chorobami zakaźnemi. Do muzeum tego udzieliły swych zbiorów zakłady patologiczne prof. Obrzuta i prof. Grabowskiego. Wykłady o odkażaniu rozdzielono na dwie części, mianowicie: na naukę o odkażaniu w ogólności, którą objęto sposób odkażania za pomocą gorąca, przez palenie, gotowanie we wrzącej wodzie i użycie przyrządów parowych i za pomocą środków chemicznych, przez użycie wody karbolowej, (lyzolu) krezolu, mleka wapiennego, ługu, sublimatu i formaliny w przyrządach formalinowych (system Dlueggé'go, Zarewicza i berliński Berolina) i użycie odwaniacza amoniakowego. Wykład o odkażaniu szczegółowem obejmował odkażanie w czasie choroby zakaźnej, (urządzenie pokoju dla chorego, odkażanie jego osoby, przedmiotów zakażonych, wydzielin i środki ochronne dla służby, pielęgnującej chorego), odkażanie po skończonej chorobie zakaźnej, a mianowicie odkażanie osoby wyzdrowieńca lub zwłok, dorożki, którą chory jeździł do szpitala, odkażanie wychodka i w końcu mieszkania chorego, t. j. pokoju, sprzętów i ubrań. Szczegółowo wyłożono porządek czynności przy odkażeniu mieszkania za pomocą bielenia ścian i porządek czynności przy odkażeniu mieszkania za pomocą pary formalinowej. Jako podręcznika używali uczestnicy kursu, podobnie jak w roku ubiegłym, dziełka Dra Legeżyńskiego p. t. »Co to jest dezynfekcya i jak się ją wykonuje«?

Ćwiczeniami praktycznemi, które wypełniły resztę czasu, przeznaczonego na kurs, kierował lekarz miejski Dr. Kielanowski. Na ćwiczeniach tych nauczyli się dezynfektorzy w odpowiednio umeblowanych izbach odkażania mieszkania ludzi zamożnych, jak również mieszkania biednej ludności, przyczem uwzględniono przedewszystkiem sposoby najprostsze, najtańsze, a niezawodnie pewne.

Kurs zakończył się egzaminem publicznym w dniu 25 sierpnia, w którym w charakterze egzaminatora raczył wziąć udział krajowy inspektor sanitarny radca Dr. Józef Barzycki i jako słuchacze przybyli W. pp. prezydent miasta Michalski, wiceprezydent Ciuchciński dyrektor Mgtu, kilku radców Mgtu., kilku członków sekcyi sanitarnej Rady miejskiej i kilku lekarzy powiatowych z prowincyi. Egzamin ten udowodnił, że wszyscy uczestnicy kursu byli zupełnie przygotowani i wprawni w wykonywaniu wszelkich istniejących sposobów odkażenia, przyczem niektórzy, obdarzeni większą inteligencyą, udowodnili szczególną bystrość umysłu. Wedle wyniku egzamin zdał jeden kandydat z postępem znakomitym, 13 kandydatów z postępem bardzo dobrym, 15 z postępem dobrym, a 8 z postępem dostatecznym. Wszyscy otrzymali świadectwa uzdolnienia do wykonania odkażania wedle zleceń lekarskich.

Na dotychczasowych kursach, urządzanych przez Dra Legeżyńskiego we Lwowie, wykształcono na egzaminowanych dezynfektorów: w roku 1903 i 1904 po 35 osób, w r. 1905 — 70 osób i 197 żandarmów, w r. 1906 — 37 osób i 97 żandarmów, razem 177 wysłanników z różnych miejscowości w Galicyi i 294 żandarmów, ogółem 471 osób.

Lekarz obowiązany jest do zachowania tajemnicy zawodowej nawet i po śmierci chorego. Tak orzekł saski sąd kraj. wyższy, jak donosi: »Sächsisches Archiv für Rechtspflege«. Pewna dziewczyna zażądała od spadkobierców pewnego zmarłego pieniężnego wynagrodzenia na tej zasadzie, że zmarły zaraził ją i ciężko na zdrowiu uszkodził. Sąd nawet skłaniał się do przyznania odszkodowania, ale dla wydania korzystnego dla skarżącej wyroku trzeba było przeprowadzić dowód, że zmarły istotnie był chory na daną chorobę zaraźliwą. Zeznać to mógł tylko lekarz, który zmarłego leczył, ale lekarz odmówił zeznania, powołując się na tajemnicę zawodową. Pozostali bracia zmarłego nie chcieli zwolnić lekarza od zawodowego jego obowiązku. Na to podniosła skarżąca, że o złamaniu tajemnicy w danym razie nie możnaby mówić i że lekarz zeznając nie naraża się na karę, bo karanym mógłby być tylko na żądanie chorego, a ten zmarł. Sąd przyznał, że bracia nie mogliby skarżyć lekarza o niedochowanie tajemnicy, bo prawo skarżenia nie jest dziedziczne, jako prawo osobowe, a nie czysto rzeczowe; ale też tak samo nie mają bracia prawa zwolnić lekarza od tajemnicy zawodowej. Wprawdzie skarżąca znajduje się w bardzo trudnem położeniu, bo przez uchylenie się lekarza od świadectwa może nawet sprawę przegrać, ale interes jednostki nie wystarcza, by zwolnić lekarza od obowiązku milczenia i sąd nie może się zgodzić na to, żeby materyalny interes jakiejś strony uznać za ważniejszy od zawodowego obowiązku lekarza. Po śmierci chorego nie może lekarz już w ogóle być od tego obowiązku zwolnionym. Rozstrzygnięcie to ma zasadnicze znaczenie i w tych przypadkach, gdzie Towarzystwa ubezpieczeń pytają lekarza o przyczynę śmierci ubezpieczonego. *E. S.*

Związek austryackich organizacyi lekarskich zwołał zgromadzenie konstytuujące na 28 września 1906 do Wiednia, do sali wiedeńskiej Izby lekarskiej. *E. S.*

Ruch sanatoryalny w Niemczech odźwierciedla sprawozdanie głównego dla tych spraw komitetu za lat 10 (1896—1905). Liczba członków tego stowarzyszenia wzrosła przez ten czas z 400 do 1402, dochody w samym r. 1905 wynosiły pół miliona marek. Komitet zdołał w pierwszem dziesięcioleciu swego działania powołać w Niemczech do życia 85 uzdrowisk ludowych dla dorosłych z 2000 łóżek i 14 uzdrowisk dla dzieci z 500 łóżkami. Komitet wypłacił nadto przez ten czas $1^1/_2$ miliona marek subwencyi na budowę schronisk dla dzieci wątłych i zołzowatych. Schronisk tych jest obecnie w Niemczech 54. Dalej istnieje około 50 uzdrowisk leśnych, dla których komitet dostarczył 21 baraków Döckerowskich i wypłacił przeszło 130,000 marek. Obecnie komitet zwrócił swą działalność głównie ku zapobieganiu gruźlicy, zmieniając stosownie do tego swą nazwę na »Deutsches Zentral — Komitée zur Bekämpfung der Tuberkulose«. *R.*

Postanowienia dla systematycznego zwalczania wszelakich zatruć w przemyśle ułożyło biuro międzynarodowego związku dla ochrony robotników i przedłożyło je obecnie wszystkim rządom. Znajdujemy tam następujące projekty: Lekarze i szpitale mają być odtąd obowiązani donosić odpowiednim władzom sanitarnym o zatruciach w przemyśle, za co lekarzy należy osobno wynagradzać. W krajach, w których istnieje ustawowy obowiązek ubezpieczenia robotnika na przypadek choroby,

należy lekarzy tych przedsiębiorstw, które trucizny wyrabiają lub używają, uczynić zupełnie niezależnymi od właścicieli przedsiębiorstw. O wytwarzaniu i stosowaniu trucizn w przemyśle powinni być obowiązani ustawą donosić właściciele przedsiębiorstw. Zarządom kas chorych powinno się wyjaśniać, że w ich własnym interesie leży szczególnie baczyć na stosunki zdrowotne tych swych członków, którzy pracując stykają się z truciznami i że dlatego powinny władzom przedkładać szczegółowe tablice chorobowości w tych rodzajach przemysłu, a to w celu zwalczania przyczyn zatrucia. Powinno się kłaść nacisk już w czasie studyów lekarskich na naukę o zatruciach zawodowych, szczególnie pod względem zapobiegawczego działania. Doglądać i nadzorować przedsiębiorstwa, które trucizny wyrabiają lub używają, powinni obok lekarzy kasowych jeszcze i w higienie przemysłowej wykształceni urzędowi lekarze. Czas pracy robotników, narażonych na zatrucie, powinien być uregulowany wedle stopnia niebezpieczeństwa i ciężkości zatrucia. *E. Stahr.*

Szpital odpowiada za zawinienie służby, tak orzekł sąd krajowy w Essen. Wyrok taki wydał w sprawie, w której chodziło o wysoko gorączkującego i bredzącego parobka, chorego na zapalenie płuc, a przewiezionego do szpitala na zarządzenie lekarza. Chory w nieobecności posługacza wyskoczył oknem i zmarł później z powodu obrażeń, doznanych przy upadku. Wdowa i sieroty pozwały przed sąd szpital o odszkodowanie. Sąd przyznał pozywającej rodzinie odszkodowanie z następującem uzasadnieniem: Jeśli chory udaje się do szpitala i zostaje tam przyjęty, to między nim a szpitalem powstaje układ; gdy chory obowiązuje się uiścić umówioną zapłatę, to szpital obowiązuje się do udzielenia choremu pokoju, pożywienia, leczenia i opieki. Opieka jest najważniejszą częścią zobowiązania, a w danym przypadku szpital tego nie dopełnił. Lekarz zakładowy wydał ostre polecenie bacznie pilnować chorego, posługacz zatem nie powinien był się wydalać z pokoju. Za zawinienie posługacza odpowiada instytucya i dlatego musi pokryć całą szkodę. *E. S.*

Zdemaskowani przeciwnicy szczepienia. Od 2 lat powołują się przeciwnicy szczepienia w swych pismach i przytaczają na publicznych zgromadzeniach orzeczenie uniwersytetu charkowskiego, które przeciw szczepieniu stanowczo się oświadcza. Orzeczenie to stanowiło w wszystkich petycyach, »lekarzy naturalnych« i przeciwników wiwisekcyi najmocniejszy argument. Także i w dolnoaustryackim sejmie wniesiono interpelacyę przeciw szczepieniu, w której się na owo charkowskie orzeczenie powoływano. Niedawno jednak sprawa ta wzięła niespodziewany obrót. Prof. Paltauf z Wiednia, który nie mógł uwierzyć w autentyczność podobnego orzeczenia, zwrócił się przed kilku tygodniami do jednego z profesorów w Charkowie z prośbą o wyjaśnienie. Niedługo nadeszła ciekawa odpowiedź: Orzeczenie istnieje, ale z przed lat kilkudziesięciu. Z grona ówczesnych autorów orzeczenia zmarli już wszyscy, prócz dwóch. Ci dwaj jednak stali się tymczasem zwolennikami szczepienia. W całej Rosyi przepisuje obecnie ustawa szczepienie ospy i uniwersytet charkowski na pewno »wypędziłby« — jak się charkowski profesor drastycznie wyraża — »każdego lekarza do djabła«, któryby wątpił w naukowy pewnik, że szczepienie jest korzystne. *E. S.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 16 do 22 września 1906 doniesiono o nowych przypadkach ospy 2 w 1 gminie (m. Brody 2), duru plamistego 20 przypadków w 11 gminach, a mianowicie pow. Brzeżany (m. Brzeżany 1), Drohobycz (Raniowice 4), Jarosław (Dobcza 2), Jaworów (Jazów stary 2), Kałusz (Nowica 1, Ćwitowa 2), Przemyślany (Przegnojów 1), Śniatyn (Śniatyn 1), Stryj (Grabowiec str. 1), Zaleszczyki (Milowce 4), Złoczów (Złoczów 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 16 a 22/IX b. r. urodziło się dzieci żywo 58, nieżywo 4; zmarło osób 41 (obcych 14); z tego z gruźlicy 9 (3), zapalenia płuc 2 (1), błonicy 1 (1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 3 (—), innych chorób zakaźnych — (—), śmierci gwałtownej 2 (2).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. chemii lekarskiej dr Aleksander Stopczański, z okazyi przeniesienia go na własne żądanie w stały stan spoczynku, otrzymał tytuł radcy dworu; prof. nadzwyczajnego dra Leona Marchlewskiego zamianowano zwyczajnym profesorem chemii lekarskiej.

— Prof. Kazimierza Kostaneckiego mianował uniwersytet w Aberdeen z okazyi swego 400-letniego jubileuszu swym doktorem honorowym.

— Porządek dzienny XI. wiecu austryackich Izb lekarskich 16. i 17 października w Krakowie obejmuje: 1) Sprawozdanie Izby gospodarczej (zach.-gal.). 2) Sprawozdanie wydziału wykonawczego Izb i projekt regulaminu. 3) Referat Izby wiedeńskiej o projekcie reformy w sprawie recept. 4) Referat Izby wiedeńskiej o wykonywaniu miesienia przez laików. 5) Wnioski Izby wiedeńskiej w sprawie reformy lekarskich ubezpieczeń od wypadku i odpowiedzialności. 6) Referat Izby zach.-galicyj. o utworzeniu państwowego instytutu pensyjnego dla lekarzy, oraz ich wdów i sierót. 7) Sprawa umowy Izb z prywatnemi towarzystwami ubezpieczeń od wypadków. 8) Wniosek Izby morawskiej (sekcya niemiecka) o odniesienie się do ministerstwa skarbu w sprawie nieprawnego pobierania od lekarzy dodatku na rzecz Izb handlowych i przemysłowych. 9) Wniosek Izby wschod.-gal. w sprawie nagłej potrzeby wydania ustawy o tłumieniu epidemii. 10) Wniosek Izby wschod.-gal. o wprowadzeniu instytucyi lekarzy szkolnych dla szkół średnich i ludowych. 11) Wniosek Izby wschod.-gal., aby wiec Izb wyraził ponownie potrzebę utworzenia ministerstwa dla spraw sanitarnych. 12) Wybór Izby gospodarczej i wydziału wykonawczego na rok następny.

— Na wystawie higienicznej w Wiedniu otrzymał prof. dr Wincenty Łepkowski dyplom honorowy za swoje pomysły w dziedzinie techniki dentystycznej.

— Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galic. odbędzie się 2. października 1906 o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powsz. w Jarosławiu. Na porządku dziennym są odczyty drów: Fechtera, Rossbergera i Macha, oraz sprawy zawodowe.

— Nowy szpital XX. Bonifratrów w Krakowie otwarty zostanie 4 października b. r.

— Szpital w Tarnowie będzie gruntownie przebudowany, zaopatrzony w wodociągi, łazienki, kanalizacyę, na czem mu dotąd zbywało. Nadto wybudowany będzie nowy pawilon chirurgiczny na 50 łóżek. Wiadomość to tem pożądańsza, że z prowincyonalnych szpitali galicyjskich miał tarnowski niemal najgorsze pomieszczenie, a przebudowa była istotnie piekącą potrzebą.

Warszawa. Do Koła lekarskiego Polskiej Macierzy szkolnej zapisało się około 300 lekarzy, którzy złożyli gotówką około 2,000 rb. Koło otwiera wzorową szkołę elementarną przy ulicy Solnej Nr 17.

— Na sprawozdawcę z piśmiennictwa polskiego do miesięcznika »Internationales Centralblatt für die gesammte Tuberculose-Literatur« zaproszono dr Seweryna Sterlinga (Łódź), który prosi o nadsyłanie mu odbitek z prac polskich z zakresu gruźlicy.

Z różnych stron. Komitet gospodarczy XIV. międzynarodowego zjazdu higienicznego (23—27 września 1907) wybrał już przewodniczących i sekretarzy poszczególnych sekcyi. Przewodniczącymi sekcyi są: I (higieniczna mikrobiologia i parazytologia) prof. Flügge (Wrocław, Maxstrasse 4), II (higiena żywienia i fizyologia higieniczna) prof. Rubner (Berlin N. 4, Hessische Strasse 4), III (higiena dziecięctwa i szkoły) prof. Heubner (Berlin NW. 40, Kronprinzenufer 12), IV (higiena przemysłu) prof. Renk (Drezno, Münchenerstrasse 9), V (zwalczanie chorób zakaźnych i opieka nad chorymi) prof. Gaffky (Berlin N. 39, Nordufer), VIa (higiena mieszkań, miejscowości i wód) prof. Gruber (Monachium), VIb (higiena komunikacyi) dr Schwechter (Berlin W. 35, Derfflingstrasse 5), VII (higiena wojskowa, kolonialna i okrętowa) prof. Kern (Berlin NW. 7, Friedrichstr. 141), VIII (demografia) dr van der Borght (Berlin W. 10, Lützowufer).

— W Nr 37 »Deutsche med. Wochenschrift« znajduje się na stronie 1505 następująca uwaga: »Ulubionej przez niektórych pp. asystentów etc. uwagi, pomieszczanej na końcu prac, w której dziękują swym przełożonym za pomoc i za wskazówki wśród pracy, nie będziemy nadal drukowali. Rozumie się bowiem samo przez się, że pp. asystenci poczuwają się do wdzięczności wobec swych przełożonych, których zawsze wyraźnie w nagłówku pracy

wymieniamy: zaznaczanie tej wdzięczności za każdym razem uważamy zgodnie z wielu naszymi czytelnikami za zbyteczne. Redakcya«. *E. S.*

— Prof. Neisser z Wrocławia wyprawia się powtórnie do Batawii dla dalszych doświadczalnych badań kiły, na które rząd niemiecki udzielił mu 100,000 mk. (Dotychczas na swoje doświadczenia łożył przez 2 lata prof. Neisser z własnych funduszów). W wyprawie towarzyszyć będzie niemieckiemu badaczowi mikrobiolog dr Prowazek i dermatolog dr Bruck, a nadto zastanie prof. Neisser w Batawii 2 swoich asystentów, prowadzących jeszcze od pierwszej wyprawy w dalszym ciągu badania.

— Ku uczczeniu pamięci Schaudinna udzielanym będzie w każdą rocznicę jego śmierci medal jego imienia za wybitne prace z zakresu mikrobiologii, na co zebrano już fundusze.

— Następny zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Dreznie.

— W Stuttgardzie zawiązało się niemieckie Towarzystwo urologiczne; zjazdy tego Towarzystwa odbywać się będą co dwa lata, naprzemian w Wiedniu i Berlinie, pierwszy raz w 1907 r. w Wiedniu. Przewodniczącymi wybrano prof. Frischa i Posnera.

— Wiedeńska Akademia Umiejętności otrzymała od rządu austryackiego 10,000 klg. rudy uranowej z Joachimsthalu celem wydobycia radu i badań naukowych. Wartość wydobytego radu wyniosła około miliona koron. W Joachimsthalu ma być stworzony zakład leczniczy celem wyzyskania promieniotwórczości tamtejszych wód.

— Związek lekarzy belgijskich uchwalił, że do szpitali mają być przyjmowani tylko chorzy niezamożni — bezpłatnie. Za robotników, dotkniętych wypadkiem przy pracy, płacić ma pracodawca, o ile robotnik przyjęty został do szpitala przed upływem 6 miesięcy od wypadku. Lekarze szpitalni mają być tak wynagradzani, jak prywatni.

— W Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu ubiegać się mogą o stopień doktora w tym roku także kobiety. Podania wnosić należy do 1 października (s. s.).

— Napływ słuchaczek na otwarte w Moskwie żeńskie kursa lekarskie jest olbrzymi. Na 150 miejsc zgłosiło się około 1000 kandydatek.

— Do akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu przyjęto z 700 kandydatów tylko 93, wśród nich jednego izraelitę, a ten wyjątek jest podobno pierwszym od czasów istnienia akademii.

Mianowani: Doc. Ossipow z Petersburga profesorem psychiatryi w Kazaniu; doc. Port profesorem dentystyki w Heidelbergu. Dr Kazimierz Habicht sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Zmarli: Znany okulista prof. Cohn we Wrocławiu, zasłużony badaniami w zakresie higieny wzroku, zwłaszcza u dzieci szkolnych.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 36. Dzierzgowski: Przyczynek do teoryi działania sztucznych filtrów biologicznych. Jaworski J.: O miesiączce zastępczej słów kilka. — Ustawa stowarzyszenia lekarzy polskich. — Nr 37. Gabszewicz: Przypadek niezrośniętego złamania wewnątrzstawowego szyjki kości udowej: wyleczenie po usunięciu główki. Dzierzgowski (c. d.).

— *Medycyna* Nr 38. Landau A.: O stosowaniu jednostajnej dyety owsianej w moczówce cukrowej.

— *Tygodnik lekarski* Nr 38. Rencki: Polycythaemia myelopathica. Gońka (dok.).

— *Krytyka lekarska* Nr 9. Kramsztyk: Trudności w badaniu chorób przewlekłych. Peszke: Wycieczki historyczno-krytyczne w obrębie dziejów przymiotu. Bieliński: Gabinety i muzea wydziału lekarskiego królewskiego uniwersytetu warszawskiego.

— *Nowiny lekarskie* Z. 9. Dziembowski: Zwężenie odźwiernika u osesków. Noiszewski: Onanizm w świetle nauki o czuciu gruczołowem, z uwzględnieniem wpływu onanizmu na wzrok.

— *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych* Nr 7—8. Bukovsky: Zmiany patologiczne przy chronicznym tryprze cewki. Paschalisówna: Przypadek dziedzicznego przymiotu wątroby.

— *Časopis lekařův českých* Nr 38. Hynek: Tři případy chronického ikteru s tumorem sleziny bez bilirubinurie. Dvořak: Boj proti úmrtnosti kojenců vůbec a dětí nemanželských a nalezenců zvlášt. Müller (dok.). Pantovič (dok.).

— *Russkij Wracz* Nr 35. Rybaków: Główniejsze nerwopsychiczne składniki alkoholizmu w świetle statystyki. Bukojemski: O leczeniu wiewióra u niewiast błękitem metylenowym. Weber (dok.). Studziński. W sprawie częstości powiększenia śledziony u chorych i zdrowych. Poper: Przyczynek do kazuistyki torbieli limfatycznych biodra.

— *Semaine medicale* Nr 38. de Bovis: Samozakażenie połogowe z bakteryologicznego punktu widzenia.

— *Presse médicale* Nr 73. Alglave: O niedrożności jelit wskutek skrętu jelita cienkiego. Rey: Mieszkania. Konieczność reformy ich higieny. Langlois: Nowsze badania gorączki siennej. — Nr 74. Leduc: Nowe teorye rozczynów i ich stosunek do medycyny. — Nr 75. Jayle: Kraurosis vulvae. Guiart: Użycie tymolu jako środka czerwiogubnego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 38. Jaworski i Korolewicz: O utajonych krwawieniach w przewodzie pokarmowym. Spitzer: Dalsze przyczynki do etyologicznego leczenia kiły. Blum: O cięgotce. Brezina i Lazar: O wyzyskaniu suchego mleka Just-Hatmakera. Gioseffi: Epidemia duru brzusznego w Pola i okolicy w r. 1905.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 38. Kentzler: Trzy przypadki tężca urazowego, leczone surowicą. Moreschi: O wartości metody odchylania komplementu w dyagnostyce bakteryologicznej. Weyl: Nystagmus toxicus. Aldor: W sprawie patologii i terapii kamicy żółciowej. Ganz: Zewnętrzne leczenie wiewióra arhoviną. Argutinsky (dok.). Wohlberg: Klimat morza północnego i leczenie zimowe nad morzem północnem. — Nr 39. Westenhoeffer: Obecny stan wiadomoś i naszych o udzielającem się zapaleniu opon. Casper: O zwykłych krwotokach nerkowych. Weinstein: O leczeniu pooperacyjnych przetok jamy brzusznej przez leczenie krowianką według zasady Wrigtha. Rosenberg: Spostrzeżenie kliniczne i doświadczalne co do opadnięcia żołądka. Dunin: O pojęciu neurastenii. Wohlberg (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 38. Joseph: O wczesnem i zapobiegawczem działaniu przekrwienia zastoinowego na zakażone rany. Lindenstein: Doświadczenia co do przekrwienia zastoinowego. Aschoff: W sprawie tworzenia się cholestearyny w pęcherzyku żółciowym. Fleiner: Wskazania do wyboru wód mineralnych w leczeniu chorób narządu trawienia i wymiany materyi. Polano: Sztuczny poród przedwczesny w praktyce. Dührssen: O cięciu cesarskiem pochwowem. Busse: O łączeniu wstrzykiwań morfinowo-skopolaminowych ze znieczuleniem lędźwiowem przy operacyach ginekologicznych. Benjamin i v. Reuss: Promienie Röntgena a wymiana materyi. Fornet: Odczyn precypitatowy. Meyerstein: O wstępnej hodowli duru. Baldes, Heichelheim i Metzger: Badania wpływu większych wysiłków fizycznych na narząd krążenia, nerki i układ nerwowy. Heineke: Zatorowa martwica mięśni pośladkowych. Muscatello: Uwięznięcie przepukliny przydatków sieciowych i jego skutki. Siegert: Przypadek przeniesienia odry na wielką odległość przez zdrową osobę trzecią. Rommel: Nowa cieplarka dla dzieci przedwcześnie urodzonych i wątłych. Hocheisen: Porody w znieczuleniu skopolaminowo-morfinowem. Beck: Pomoc w San-Francisco.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 38. Bruns: O doszczętnej operacyi raka krtani zapomocą rozcięcia krtani. Romberg: Uwagi o neurastenii i jej klimatycznem i kąpielowem leczeniu. Curschmann: O naczynioruchowych stanach kurczowych przy prawdziwej dusznicy bolesnej. Müller: W sprawie badania czynności tętnic. Döderlein: Walka przeciwko rakowi macicy. Sarwey: Czy można zmniejszać guzy jajnikowe celem operacyjnego usunięcia? Baisch: Znieczulenie lędźwiowe w położnictwie i ginekologii. Schleich. O pierwotnych gruźliczych zmianach jagodówki. Schmidt: Przypadek przetoki trzustkowej po operacyi krwotocznego zapalenia trzustki. Schmidt: O obecności rtęci metalicznej w ciele ludzkiem.

Redakcya otrzymała: Bogdanik: O przetokach kałowych po przepuklinach uwięzniętych. 1906. Herman: 1) Nowy model gorsetu wyciągowego. 2) O zapobiegawczem zastosowaniu przekrwienia zastoinowego. 3) W sprawie całkowitego wypiłowania szczęki górnej z powodu nowotworów złośliwych. Odb. z „Tyg. lek.“ 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

„Vis vitae“ (Fürst, *Schmidts Jahrbücher der gesammten Medizin* 1906, Nr 7) jest przetworem odżywczym, doprowadzającym ustrojowi w postaci zgęszczonej, a ulegającej łatwo przyswojeniu, wszystkie składniki, potrzebne do równowagi ustroju, a więc zarówno składniki pochodzenia zwierzęcego, jak i roślinnego. Myśl tę uznać należy za trafną i szczęśliwą, a nazwa „Visvit“ ma określać energiczne działanie lecznicze przetworu.

Jestto żółtawy, delikatny proszek, o słodowym zapachu i wcale miłym smaku, nie wywołujący nawet przy dłuższem używaniu w mleku, kawie, herbacie, kakao lub rosole najmniejszego wstrętu. Łyżeczkę od kawy leku miesza się z małą ilością wody na papkę, do której dolewa się odpowiedniego napoju gorącego, ciągle mieszając. Żaden chory nie odmówił przyjęcia tego leku. Przetwór nie drażni żołądka, ani nerek, ponieważ nie zawiera istot wyciągowych. Skład jego (80·14 prc. białka, 15·26 prc. rozpuszczalnych węglowodanów, 1·85 prc. żelaza i białka hemoglobinowego, 0.24 prc. lecytyny, 1·34 prc. naturalnych soli odżywczych) wskazuje jasno, że zadaniem visvitu nie jest jedynie nagromadzanie tłuszczu, lecz także tworzenie krwi i mięśni, odradzanie tkanki nerwowej i wzmocnienie kośćca. Szczególnie nadaje się przetwór ten w przypadkach osłabienia i wycieńczenia u dzieci. Żelazo w naturalnem połączeniu nie obciąża żołądka, przeciwnie oddaje dobre usługi jako dodatek do mleka krowiego, nie zawierającego żelaza.

Doświadczenia swe streszcza F. następująco: w pierwszym rzędzie jest visvit środkiem odżywczym, oddającym dobre usługi przy podupadnięciu odżywienia, w gorączkowych wyniszczających chorobach, osłabieniu i ozdrowieniu. W drugim rzędzie daje visvit możność energicznego skrzepienia w przypadkach osłabienia po cielesnem i duchowem wyczerpaniu. *Hr.*

Cerolin, E. Toff, *Medizinische Klinik* 1906, Nr 29). Jest to przetwór, uzyskany z wyskokowego wyciągu drożdży (wyrób firmy „Boehringer und Söhne“ w Mannheim), w postaci pigułek, zawierających po 0·1 działającej substancyi. Ma miły zapach drożdży i może być podawany dzieciom. Dla osesków w postaci kołaczyków z cukrem mlecznym, zawierających po 0·025 ceroliny. Wskazania: *acne, folliculitis, furunculosis,* przewlekłe zaparcie stolca, cierpienia ginekologiczne (w postaci pręcików i gałek z masła kakaowego, zawierających po 0·05 ceroliny). Dawka 3—5 pigułek dziennie dla dorosłych. *Ll.*

Histosan, białkan gwajakolowy, wyrób fabryki Fehrlin, poleca Dr Rudnik (*Medizinische Blätter* 1906, Nr 34). Przetwór ten nietylko działa podobnie, jak gwajakol, lecz nadto podnosi zasadowość krwi, ulega wessaniu dopiero w jelitach, nie działa żrąco, ani trująco, może być przeto stosowany u dzieci; jestto połączenie wysokomolekularne białka, ulega łatwo przyswojeniu, działa bakteryobójczo, leczniczo i zapobiegawczo. Syrup histosanowy podaje się w ilości 3—4 łyżeczek kawowych dziennie dla dorosłych, dzieciom połowę.

R. streszcza swe doświadczenia następująco: Histosan pobudza apetyt, podnosi odżywienie, ze względu na smak nadaje się do stałego używania, nie działa ubocznie, działa bakteryobójczo i powstrzymuje gnicie, nie ulega zepsuciu. *Zr.*

Arhovinę, fabrykat firmy Dr Horowitz w Berlinie, stosował Dr Ernst R. W. Frank w Berlinie (*Berliner klin. Wochenschrift* 1806, Nr 31) w licznych przypadkach wiewióra wewnętrznie, a z osiągniętych wyników bardzo jest zadowolony. Dla przekonania się o działaniu bakteryobójczem moczu osób, leczonych arhoviną, podawał ją F. osobom zdrowym w ilości 6—8 kapsułek po 0·25 dziennie, a uzyskany z odpowiedniemi ostrożnościami mocz badano co do wpływu na rozwój hodowli paciorkowców i dwoinek. Próby te wypadły bardzo pomyślnie i świadczą o działaniu bakteryobójczem wytworów przemiany arhoviny w moczu. Takiego wyniku nie osiągnął Valentino z ol. sandałowym ani Frank z kopaiwą. Zewnętrznie stosował F. arhovinę do wstrzykiwań obok białkanów srebra, z których albarginę uważa za najskuteczniejszy. Piorkowski osiągał doskonałe wyniki, stosując miejscowo 2—3% roztwór arhoviny w oliwie. Podając arhovinę wewnętrznie podnosi Frank działanie jej łagodzące i kojące w stopniu wyższym, aniżeli to jest właściwe środkom balsamicznym, dalej zupełny brak działania drażniącego żołądek i nerki, mimo niekiedy długiego podawania tego środka, w czem znowu przewyższa on środki balsamiczne. W moczu nie spostrzegał nigdy ani śladu białka, nawet w tych przypadkach, gdzie dla doświadczenia podawał przez 3—4 dni po 10—12 kapsułek. Szczególnie dobre usługi oddaje arhovina przy zapaleniu tylnej części cewki i szyjki pęcherza. Ważnem jest również wzmożenie się kwasoty moczu po zażywaniu tego leku. *Hr.*

Rok XLV. Kraków 6 Października 1906. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Badania nad hodowaniem beztlenowców bezwzględnych w atmosferze powietrza.

Podał

Adam Wrzosek.

(Praca wykonana w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniw. Jagiell. Dyrektor: prof W. Klecki.)

I. Omówienie dotychczasowych prób hodowania beztlenowców bezwzględnych w atmosferze powietrza.

Przed rokiem ogłosiłem drukiem rozprawkę o hodowaniu beztlenowców bezwzględnych w pożywkach z wolnym dostępem powietrza („Przegląd lekarski“ 1905). W pracy rzeczonej podałem swoje spostrzeżenia, dotyczące rozmnażania się beztlenowców bezwzględnych w bulionie, zawierającym kawałek świeżej tkanki zwierzęcej i znajdującym się w atmosferze powietrza. Spostrzeżenia te, uczynione przed kilku laty, ogłosiłem dopiero w roku ubiegłym, pobudzony do tego pojawieniem się w druku rozprawy Tarozziego p. t.: „Ueber ein leicht in aërober Weise ausführbares Kulturmittel von einigen bis jetzt für strenge Anaëroben gehaltenen Keimen“ („Centralblatt für Bakteriologie“ I Abt. H. 5. Bd. XXXVIII. 1905). W rozprawie tej Tarozzi podaje nową metodę hodowania beztlenowców. Metoda ta różni się zasadniczo tem od wszystkich poprzednich metod, iż można nią hodować beztlenowce bezwzględne w pożywkach, do których dostęp powietrza, a więc i tlenu, jest wolny. Tarozzi mianowicie doszedł, że w zwykłych pożywkach, używanych do hodowania tlenowców, rozwijają się również dobrze i beztlenowce, jeżeli uprzednio włożyć do pożywki kawałek świeżego narządu zwierzęcego. Nie wszystkie jednak narządy zwierzęce nadają się do tego celu w równej mierze. Najlepiej rozwijają się beztlenowce, jeśli w pożywce znajduje się kawałek takiego narządu miąższowego, jak nerka, śledziona lub wątroba; gorzej cokolwiek, gdy znajduje się kawałek gruczołu chłonnego; jeszcze gorzej, gdy się włoży do pożywki kawałek mięśnia. Lecz beztlenowce bezwzględne rozmnażają się nietylko wtedy, gdy w pożywce znajduje się kawałek świeżej tkanki zwierzęcej. Owszem, mogą się one również rozmnażać w pożywce płynnej, n. p. w bulionie, w którem tylko przez kilka godzin znajdował się był kawałek świeżej tkanki zwierzęcej, a przed zaszczepieniem beztlenowców został zeń wyjęty.

Pożywki przygotowuje się, według Tarozziego, w sposób następujący: Po zabiciu zupełnie zdrowego zwierzęcia (królika, świnki morskiej, myszy białej) wycina się wyjałowionemi nożyczkami, po bezgnilnem otwarciu jamy brzusznej, kawałki narządów, wynoszące około 1 cm^3. Wycięte w ten sposób kawałki narządów przenosi się niezwłocznie do probówek z bulionem lub agarem skośnym, poczem probówki na jeden lub dwa dni umieszcza się w cieplarce w 37^0. Po upływie tego czasu wyrzuca się te pożywki, w których rozwinęły się mikroby, a do pozostałych, a więc jałowych, szczepi się beztlenowce bezwzględne. Rozmnażają się one znakomicie w takim bulionie, zawierającym kawałek świeżej tkanki zwierzęcej, lub w wodzie kondensacyjnej, znajdującej się na dnie probówki ze skośnym agarem i zawierającej kawałek narządu zwierzęcego. Beztlenowce rozmnażają się w pożywkach, w sposób powyższy przygotowanych i wtedy, gdy je zaszczepić do tych pożywek w pewien czas po ich przygotowaniu. Natomiast, zdaniem Tarozziego, beztlenowce nie rozmnażają się w pożywkach, w sposób wyżej wskazany przygotowanych, jeżeli przed zaszczepieniem ogrzewać pożywki do punktu wrzenia, co najmniej w ciągu 5 minut. Krótsze ogrzewanie nie wpływa tak szkodliwie na pożywki.

Na zasadzie powyższych danych wypowiada Tarozzi przypuszczenie, że w tkankach zwierzęcych, obfitujących w komórki, znajduje się substancya, która sprzyja rozwojowi beztlenowców w atmosferze powietrza. Substancya ta łatwo przenika do otoczenia, w którem znajduje się kawałek tkanki zwierzęcej, i łatwo ulega zmianie pod wpływem gorąca, zwłaszcza w obecności tlenu.

Wspomniane wyżej spostrzeżenia Tarozziego zgadzają się ze spostrzeżeniami, przezemnie zrobionemi przed kilku laty, podczas badań nad jałowością zdrowych tkanek zwierzęcych. Wtedy mianowicie zauważyłem, że można niekiedy z kawałka zdrowej tkanki zwierzęcej, umieszczonej, natychmiast po wycięciu, w probówce z bulionem, wyhodować beztlenowce bezwzględne. Nie robiłem jednak prób z przeszczepianiem beztlenowców do bulionu, zawierającego kawałek świeżej, jałowej tkanki zwierzęcej. Lecz po ogłoszeniu przez Tarozziego nowej metody hodowania beztlenowców zabrałem się niezwłocznie do systematycznego sprawdzenia jego metody. Doszedłem do takich samych wyników, do jakich doszedł Tarozzi, mianowicie, iż w zwykłym bulionie można hodować beztlenowce, jeśli się w nim znajduje niezbyt mały kawałek świeżej tkanki zwierzęcej. Sprawdziwszy ten główny wynik badań Tarozziego, doszedłem dalej, że beztlenowce bezwzględne rosną nawet wtedy w bulionie, gdy przed samem zaszczepieniem doń beztlenowców kawałek narządu zwierzęcego, który się uprzednio przez pewien czas w bulionie znajdował, z bulionu się wyjmie i bulion skłóci się silnie z powietrzem.

Po sprawdzeniu, że beztlenowce bezwzględne mogą rozmnażać się w zwykłym bulionie, w atmosferze powietrza, jeżeli tylko w bulionie znajduje się lub znajdował się kawałek świeżej tkanki zwierzęcej, wprost nasuwało się pytanie, czy beztlenowce również będą się rozmnażały w atmosferze powietrza w zwykłym bulionie, jeśli się w nim będzie znajdował, zamiast kawałka świeżej tkanki zwierzęcej, kawałek tkanki roślinnej. Gdym już kończył swoją pracę, dotyczącą tej sprawy, dowiedziałem się z dalszych rozpraw Tarozziego, ogłoszonych, o ile mi wiadomo, jedynie w języku włoskim, że się tem zagadnieniem już zajmowano. Mianowicie w ostatniej pracy Tarozziego, zawierającej dalsze badania hodowania beztlenowców w atmosferze powietrza („Osservazioni sulla natura dei fenomeni che determinano la esigenza anaerobica nelle culture dei germi anaerobici“), znalazłem kilkuwierszową wzmiankę o tem, że Ori w Sienie otrzymywał hodowle beztlenowców w bulionie, zawierającym kawałek tkanki roślinnej. Potem Tarozzi również zajmował się tą sprawą. Doszedł on atoli do wyników, które, jak się o tem niżej przekonamy, różnią się cokolwiek od wyników moich badań. Tarozzi wprawdzie twierdzi, że w bulionie, zawierającym kawałek tkanki roślinnej, mogą się beztlenowce rozwijać, lecz dodaje jednocześnie, że nie rozwijają się one w tych okolicznościach tak stale i tak bujnie jak w bulionie, zawierającym kawałek tkanki zwierzęcej. Gdy zaś Tarozzi zasiewał beztlenowce nie do bulionu, lecz do rozczynu soli kuchennej zawierającego kawałek tkanki roślinnej, prawie nigdy nie otrzymywał hodowli zaszczepionych beztlenowców. Natomiast otrzymywał on bujną hodowlę beztlenowców, gdy je szczepił wprost na tkankę zwierzęcą, albo do wody, zawierającej kawałek tkanki zwierzęcej, lub wreszcie do rozczynu soli kuchennej, w której był pogrążony kawałek narządu zwierzęcego. Stąd wnosi Tarozzi, że obecność tkanki roślinnej w pożywce tylko sprzyja rozwojowi beztlenowców, tkanka zwierzęca natomiast nietylko sprzyja rozmnażaniu się beztlenowców, lecz sama przez się stanowi wystarczające do ich hodowania podłoże.

Ori i Tarozzi, o ile mogłem dojść, nie wyjaławiali bulionu lub rozczynu soli kuchennej, zawierających kawałek tkanki roślinnej, przed zaszczepieniem do nich beztlenowców, lecz dodawali do pożywek kawałki świeżej tkanki roślinnej, podobnie jak poprzednio Tarozzi dodawał do pożywek kawałki świeżej tkanki zwierzęcej. Na okoliczność tę zwracam uwagę, gdyż może nam ona, jak się o tem niżej przekonamy, objaśnić różnicę w wynikach badań Tarozziego a moich. (C. d. n.)

Bakterye mleczne jako środek walki ze starością i niektóremi chorobami.

Napisał

Prof. dr Napoleon Cybulski.

(Ciąg dalszy).

To, co powiedzieliśmy wyżej, dotyczy wszelako tylko istot najniższych i elementów, mających na celu utrzymanie gatunku. Jeżeli istota żyjąca nie należy do tych najniższych, przeciwnie jeżeli posiada już pewną mniej lub więcej złożoną budowę i oprócz tych elementów posiada inne, które tworzą narządy niezbędne lub przynajmniej użyteczne do utrzymania życia osobnika, to te wszystkie narządy istotnie z czasem się zużywają, ulegają przekształceniom i zmianom, skutkiem czego z czasem stają się mniej lub więcej niezdolne do wypełniania swego zadania (jak n. p. zmiany w sercu, wątrobie, naczyniach it.d.). W takim razie zwykle osobnik, u którego te zmiany występują, staje się niezdolnym do życia, i gdy te zmiany dotyczą bardzo ważnych narządów, umiera. Wspomniałem już wyżej, że podobne zmiany mogą być wywołane w rozmaitych narządach za pośrednictwem pewnych czynników zewnętrznych; dlatego niewątpliwie wypada zadać sobie pytanie, czy w rzeczywistości zmiany w naszych narządach, występujące z wiekiem, są, jak przypuszczają fizyologowie i patologowie, naturalnem następstwem spraw, które w żyjących tkankach zachodzą, naturalnych czynności fizyologicznych, czy też są zawsze wywołane tylko jakimiś czynnikami szkodliwymi, pochodzącymi z zewnątrz, czy w końcu mogą tu działać, obie przyczyny razem.

Sprawie tej poświęcił znaczną część swojej książki „Etude sur la nature humaine“ prof. Miecznikow. Ze swej strony sprawę tę uważam za doniosłą dla higieny społecznej, a zaznajomienie się z treścią zapatrywań Miecznikowa za rzecz w wysokim stopniu pożyteczną.

Miecznikow nie zaprzecza nigdzie znanych fizyologicznych faktów, że każdy element ustroju wskutek swojego własnego życia wytwarza pewne substancye, które mniej lub więcej szkodliwie działają na niego lub na inne elementa, że rzeczywiście w każdym złożonym ustroju, wciąż powstają chemiczne wytwory, które mogą działać jako trucizny, lecz sądzi, że w prawidłowych warunkach ustrój ze względu na celowość wszystkich swoich urządzeń posiada sposoby usuwania tych czynników tak, że ich szkodliwe działanie albo się zupełnie nie ujawnia, albo, jeżeli i występuje, musi być bardzo powolne i nie powinno wywoływać tych zmian, które znamionują starość.

Wszystkie te czynniki więc, gdyby ustrój podlegał tylko ich wyłącznemu działaniu, nie mogłyby wywoływać także śmierci ustroju. I rzeczywiście fizyologia i patologia dostarczają dowodów, że w prawidłowych warunkach ustrój może się bronić od rozmaitych szkodliwych wpływów, t. zn. wytworów wymiany materyi za pomocą specyalnych narządów (płuca, nerki, wątroba, skóra, ślinianki). Nawet i w tych przypadkach, w których pewne szkodliwe czynniki dostają się z zewnątrz, ustrój może je usuwać i działanie ich zwalczać. Niektóre z tych substancyi szkodliwych usuwają te same narządy wydzielnicze, które służą do usunięcia wytworów wymiany, n. p rozmaite sole za pośrednictwem nerek, inne substancye za pośrednictwem wątroby i t. p. Inne znowu czyni ustrój nieszkodliwemi, wskutek wytworzenia osobnych substancyi, które powstają we krwi; są to tak zwane antytoksyny, dzięki którym ustroje stają się odpornymi, jak to się dzieje przy chorobach zakaźnych (dur brzuszny, ospa, błonica), lecz wszystkie te czynności ustroju są ograniczone i w razie wtargnięcia środka trującego w wielkiej ilości, mogą nie podołać, a w takim razie ustrój się zatruwa i ginie.

Jeżeli te naturalne siły ustroju nie wystarczają w życiu prawidłowem, jeżeli pewne ustroje mimo tych czynno-

ści, tych mechanizmów ulegają wcześniej, niżby wypadało, starzeniu się, śmierci, to według Miecznikowa trzeba szukać jakiegoś źródła, z którego wciąż do ustrojów przenikają szkodliwe czynniki oprócz tych, które one same wytworzą.

Zródło takie upatruje Miecznikow w przewodzie pokarmowym wyższych zwierząt, a w szczególności w jelicie grubem. Jeżeli się zastanowimy nad wiekiem rozmaitych zwierząt wyższych i będziemy przytem mieć na względzie jelita, a w szczególności jelita grube, to twierdzenie Miecznikowa musi nam się wydawać rzeczywiście bardzo prawdopodobnem. Wśród zwierząt wyższych, jak wiadomo powszechnie, ptaki żyją stosunkowo bardzo dlugo: gęsi, łabędzie, kruki, żyją lat przeszło 50, papugi przeszło 80, a o bocianach powiadają zoologowie, że żyją nawet dłużej, niż 100. Wszystkie te zwierzęta nie mają jelita grubego; jest jednakże jedno zwierzę wśród ptaków, które posiada jelito grube, a mianowicie struś. To też według pana Riviérea strusie żyją tylko najwyżej 35 lat. Zwierzęta ssące tak trawożerne, jak i mięsożerne, żyją zwykle stosunkowo krótko i mają wyraźnie występującą starość. Wszystkie też one mają także stosunkowo długi, szczególnie trawożerne, przewód pokarmowy i bardzo rozwinięte jelito grube.

Zródłem tedy dodatkowem szkodliwych czynników są bakterye, które w nieskończonej ilości żyją i rozwijają się w przewodzie pokarmowym, a w szczególności w jelicie grubem. W każdym więc ustroju zwierzęcym, oczywiście i w ustroju człowieka, z jednej strony wytwarzają się wytwory własnej wymiany materyi, z drugiej rozmaite drobnoustroje wywołują rozkład substancyi białkowych i innych w przewodzie pokarmowym i w ten sposób wciąż powstaje szereg takich wytworów, jak: kwasy: mleczny, masłowy, amidokwasy; siarkoetery, siarkowodór, wyskok itp., które z jelit dostają się do krwi i działają na ustrój jako mniej lub więcej silne trucizny. Wśród drobnoustrojów, żyjących w przewodzie pokarmowym najszkodliwsze są bakterye, wywołujące sprawy gnicia, wskutek których powstają także niewątpliwie trujące wytwory, jak ptomainy, a być może nawet i cytotoksyny.

Ilość bakteryi w przewodzie pokarmowym człowieka dochodzi według Strasburgera[1]) do 128,000,000,000,000. Oczywiście jest to liczba tylko przybliżona, lecz w każdym razie imponująca. Ilość drobnoustrojów, jak również i jakość ich nie są stałe. Wprawdzie przewód pokarmowy jest miejscem bardzo dogodnem dla rozwoju drobnoustrojów, przedstawia bowiem nietylko odpowiednią ciepłotę, ale często i środowisko chemiczne, bardzo odpowiednie dla rozwoju wielu gatunków drobnoustrojów. Jednak nie same tylko te warunki wpływają na ich ilość; wpływa tu także w wysokim stopniu pokarm, szczególnie pokarm surowy. Bakterye bowiem i inne niższe ustroje znajdują się stale na powierzchni liści rozmaitych roślin i owoców, w ten sposób dostają się do przewodu pokarmowego. Dlatego flora przewodu pokarmowego, jak to stwierdzili Macfadyen, Nencki i Sieberowa (u kobiety z przetoką kiszki) zmienia się zależnie od pokarmu. (C. d. n.)

[1]) Zeitschrift für klinische Medicin 1902 tom XLIV str. 434.

Oceny i sprawozdania.

Dr Hans Stadler: **Operacye bezgnilne w domu prywatnym.** (*Würzb. Abhandl.* 1906, str. 27, cena 75 fenigów).

Na mocy 300 operacyi, wykonanych bezgnilnie w najgorszych warunkach po domach prywatnych, zachęca autor gorąco lekarzy prywatnych do bezgnilnego wykonywania większych nawet zabiegów. Lekarz prowincyonalny powinien wykonywać nietylko małe zabiegi, ale nieść pomoc i w cięższych przypadkach, bo często nie można przewozić chorych do szpitali i klinik, albo też warunki operacyi po przewiezieniu stają się o wiele gorsze. Od operowania po domach odstrasza lekarzy prowincyonalnych brak wprawy, brak asysty, obawa odpowiedzialności, a zapewne i to, że nie mogą potem operowanych skrupulatnie doglądać i opatrywać. Obawa narkozy jest nieuzasadnioną, należy tylko używać zawsze czystego i zawsze świeżego chloroformu, a zwracając baczną uwagę na uśpienie, można narkozę oddać i w ręce laika.

Przyrząd potrzebny do operacyi bezgnilnych jest dość prosty. Autor poleca zestawić go sobie w ten sposób: 1) puszka blaszana, zawierająca narzędzia i opatrunki, 2) skrzynka z bielizną operacyjną i miednicami, 2) koszyk z maską do chloroformu, brzytwą, wacikami, mydłem, przyrządem do wlewań i płukania żołądka, narzędziami do tracheotomii, opaską Martina, jedwabiem, katgutem i małemi naczyńkami emaliowanemi. W skrzynce z miednicami znajdują się oprócz 5 miednic różnej wielkości, szczotki do rąk, naczyńko do czerpania wody, waciki, kompresy, gaza wyjałowiona i przeciwgnilna, batyst Mosetiga, 2 fartuchy z tego batystu i ręczniki. Skrzynkę całą w dniu operacyi napełnia się gorącą wodą i gotuje pół godziny. Przed operacyą nakrywa się stoły batystem Mosetiga i kładzie się na nich instrumenta i opatrunki, myje się siebie i chorego, co wszystko trwać może 35 minut. Woda do mycia rąk nie potrzebuje być przegotowaną, wystarczy źródlana, byle naczynie na wodę było czyste. W razie znieczulenia miejscowego przegotowuje się w probówkach rozczyn Schleicha lub kokainę i strzykawkę i wlewa następnie płyn do wygotowanego kubka. Po tych przygotowaniach można przystąpić i do najważniejszego zabiegu, do czego nie potrzeba, zdaniem autora, zbyt wielu narzędzi. Tak n. p. otworzenie czaszki wymaga z narzędzi tylko noża, szczypczyków, 3 zasuwek, podważki, młotka i dłuta.

Opony nie są, zdaniem autora, tak wrażliwe na zakażenie, jak powszechnie się sądzi. Przy tak gorliwem zalecaniu, by wykonywać nawet duże zabiegi, dziwnem musi się wydać, że autor odradza n. p. lekarzowi operacyi przy ropniaku wyrostka sutkowego, a to z obawy zranienia nerwu twarzowego lub zatoki poprzecznej.

Operacye w jamie brzusznej radzi autor wykonywać i po domach prywatnych, tylko przy tem należy być przygotowanym na podniesienie w razie potrzeby stołu z pomocą cegieł do położenia Trendelenburga. Przy tych operacyach golić należy miejsce cięcia skórnego skrupulatnie, nawet meszek na skórze, płukać żołądek, a do cięższych operacyi przygotować chorego środkami sercowymi, wlewaniem rozczynu soli kuchennej, przeczyszczeniem i t. d. Mebli z improwizowanej sali operacyjnej w dzień operacyi nie radzi autor usuwać, lecz zaleca tylko nakryć je prześcieradłami. Jeżeli jednak można je usunąć w przeddzień operacyi, to tem lepiej. Podłogę należy wytrzeć na mokro. W razie operacyi brzusznej należy chorego owinąć dokładnie flanelą. Do operacyi radzi autor przystępować tylko wtedy, jeżeli tętno jest dobre, i nie szczędzić kamfory. Po operacyi należy pozostać przy chorym jeszcze pewien czas (przynajmniej godzinę). Nie należy operować w razie wyrzutów skórnych lub wyprysków, w danym razie należy je przedtem podleczyć lub wyciąć. Autor opisuje niektóre typowe operacye. Opisuje też szczegółowo odkażanie pochwy i jamy macicy.

W końcu podaje autor najważniejsze wskazówki także do operacyi ocznych (operacye jaskry, zaćmy, zezu i wyjęcie gałki). Wogóle zaleca oprócz postępowania bezgnilnego, także i przeciwgnilne. Gazę jodoformową radzi autor przed operacyą włożyć na 5 minut do gotującej się wody, katgut wyjaławiać podług Olshausena (6—8 godzin rozczyn sublaminu 1:1000, potem 24 godzin rozczyn tegoż 1:2000, a potem przechowywanie w zgęszczonym wyskoku z dodatkiem gliceryny). Jedwab gotuje 10 minut w rozczynie sublaminu 1:100. Sprawy ropne radzi autor operować w rękawiczkach, dających się wyjaławiać.

Wątpić należy, czy ktokolwiek po przeczytaniu pracy autora nabierze zaraz ochoty do wykonywania większych bezgnilnych zabiegów po domach. Sposoby, podane przez autora, nie są wcale

bardzo »proste«. Jeżeli wielu lekarzy nie operuje, to chyba nie dlatego, by nie mogło sobie dać rady z opanowaniem postępowania przeciwgnilnego lub bezgnilnego, lecz chyba z innych, zrozumiałych zupełnie powodów. Praca autora nie zdoła wpoić przekonania, że lekarz praktyczny musi n. p. operować raka kiszki stolcowej, przyszywać macicę lub operować zez i zaćmę. Kto czuje się na siłach, to i bez wskazówek autora operować potrafi, a przyrząd aseptyczny sporządzi sobie sam i pewno nie gorszy od opisanego przez autora. *Klęsk.*

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Karakascheff. **Zachowanie się wysepek Langerhansa w cukrzycy.** (*D. Archiv f. klinische. Medizin* T. 87). Na podstawie badanych w zakładzie Marchanda szczegółowo pod względem histologicznym przypadków ciężkiej cukrzycy twierdzi autor, że nie same wysepki Langerhansa, — jak to w ostatnich czasach z wielu stron głoszono, — ale cały miąższ gruczołowy trzustki stoi w związku przyczynowym z cukrzycą pochodzenia trzustkowego. Przeważna część wysepek opiera się zwyrodnieniu, pozostaje nienaruszona i wytwarza nowe zraziki, które mają zastąpić zanikający miąższ gruczołowy. Wysepki Langerhansa uważać przeto należy raczej za części zapasowe, które przy zwyrodnieniu zrazików gruczołowych trzustki w cukrzycy mają za zadanie wytwarzać nowe zraziki. *Wilczyński.*

Doc. Curschmann. **W sprawie wczesnego rozpoznawania rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia.** (*Mediz. Klinik.* nr. 36). Cztery zasadnicze, podane przez Charcota objawy stwardnienia rozsianego: drżenie gałek ocznych, drżenie przy wykonywaniu ruchów (*Intentionstremor*), mowa skandowana i chód kurczowo-bezładny, należą do późnych objawów, kiedy już sprawa chorobowa wywołała znaczne zmiany w układzie ośrodkowym. Do najwcześniejszych, a zarazem i bardzo częstych (w 50—70% przypadków) należą zmiany brodawki nerwu wzrokowego i przemijające porażenia mięśni ocznych. Zblednięcie zanikowe skroniowych połówek brodawek n. wzrokowego spotyka się najczęściej, znacznie rzadziej zdarza się zblednięcie całych brodawek; czasem we wzierniku stwierdza się obraz pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego, natomiast wyjątkowo obraz zwykłego zapalenia nerwu wzrokowego, tarczy zastoinowej lub całkowitego białego zaniku tarczy, jak w wiądzie rdzenia. Z mięśni ocznych najczęściej przemijającem porażeniem dotknięte bywają mięśnie, zaopatrywane przez nerw odwodzący; trwałe, nie ustępujące porażenia mięśni przydarzają się dopiero w późniejszych okresach choroby. Do bardzo wczesnych objawów zaliczyć należy także udarowate napady tak, że u ludzi młodych w podobnych przypadkach zawsze myśleć trzeba o możliwości rozpoczynającego się stwardnienia rozsianego. Na długi czas, bo czasem i na kilka lat przed ukazaniem się zasadniczych objawów Charcota pojawiają się czasem podmiotowe zaburzenia czucia w kończynach (*paraesthesiae*), szybkie nużenie się kończyn, objaw Babińskiego, a odruch powłok brzusznych obustronnie znika, na co pierwszy zwrócił uwagę niedawno Strümpell. *Wilczyński.*

Doc. Joachim. **Białaczka z przewagą komórek tucznych.** (*D. Archiv. klin. Med.* T. 87). Opis 2 przypadków białaczki, pod wieloma względami zajmujących. 1) W obu znajdowała się we krwi niezwykle wielka ilość komórek tucznych; w pierwszym przy ogólnej liczbie krwinek białych 189·400 i stosunku białych do czerwonych 1:7,6, odsetka komórek tucznych wśród ciałek białych wynosiła 53·6%; w drugim przypadku wśród 237000 krwinek białych i stosunku ich do czerwonych 1:9·8 komórki tuczne stanowiły 56·4%. Największą dotychczas spostrzeganą odsetkę tucznych komórek w białaczce (4·7%) podał Lazarus w podręczniku Nothnagla. 2) W jednym przypadku pod wpływem leczenia promieniami Röntgena bezwzględna ilość komórek tucznych nie spadała w równej mierze z ogólną liczbą leukocytów, skutkiem czego powstał względny przyrost komórek tucznych, z czegoby wypadało, że ze wszystkich rodzajów leukocytów komórki tuczne mają najwięcej odporności wobec promieni Röntgena. 3) Przy rozkładzie krwi powstawało niezwykle wiele kryształów Charcot-Neumana; gdy więc dotychczas przyjmowaliśmy, że kryształy Charcot-Neumana stoją w związku przyczynowym z ciałkami eozynochłonnemi, to przypadki Joachima dowodzą, że kryształy te powstać mogą i z komórek tucznych. 4) Znalezione przy sekcyi ogniska martwicze z wielkiem prawdopodobieństwem odnieść należało do dłuższego naświetlania okolicy śledziony promieniami Röntgena. *Wilczyński.*

Stander. **Drgawki padaczkowate w przebiegu cukrzycy.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 35, 1906). Tak rzadko w cukrzycy napotykane drgawki padaczkowate zależą od zatrucia krwi acetonem. Nawet w tych przypadkach, w których aceton w przebiegu cukrzycy nie występował wcale, można go było bezpośrednio po drgawkach zawsze w moczu stwierdzić. Udało się też przez wprowadzanie zwierzętom do krwi acetonu sztucznie wywołać zupełnie podobny napad drgawek (Jaksch i Metzler). *Dr M. Godlewski.*

Marx. **O pojawianiu się wybroczyn na siatkówce w przebiegu gruźlicy prosówkowej.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 35, 1906). Jak stwierdzony badaniem pośmiertnem przypadek autora poucza, mogą się wyjątkowo i w gruźlicy uogólnionej pojawić wybroczyny na siatkówce, chociaż np. przy zakażeniu ropnem są one nierównie częstsze. Zupełnie pewne wnioski z badania wziernikiem wysnuwać możemy tylko wtedy, jeżeli na siatkówce dadzą się stwierdzić niewątpliwe gruzełki. *Dr M. Godlewski.*

Riebold. **W sprawie uleczalności i sposobu leczenia gruźliczego zapalenia opon.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 35, 1906). Że zejście gruźliczego zapalenia opon wyjątkowo może być pomyślne, dowodzi, prócz kilku innych ogłaszanych w ostatnich czasach przypadków, także spostrzeżenie autora. Rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości (prątki Kocha w płynie mózgowo-rdzeniowym; płyn ten wstrzyknięty do otrzewnej świnkom morskim wywołał u nich gruźlicę). Często, a nawet codziennie powtarzane nakłucie lędźwiowe uważa R. za dzielny środek leczniczy. *Dr M. Godlewski.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. F. Hehl. **W sprawie mechanicznego spędzenia płodu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 30). W zakładzie medycyny sądowej w Pradze wykonano sekcyę zwłok 20-letniej kobiety, zmarłej po poronieniu w V. miesiącu ciąży. Po wystąpieniu krwawienia nastąpiło nazajutrz poronienie płodu, łożysko zaś nie odchodziło. Lekarz, wezwany w 2 dni później, wydobył gnijące łożysko ręcznie, a stwierdziwszy objawy otrzewne, żółtaczkę itd. wyraził przypuszczenie poronienia sztucznego; chora zmarła nazajutrz. Sekcya stwierdziła zapalenie otrzewnej, a na przedniej ścianie macicy, blisko dna, ubytek otrzewnej na przestrzeni dwugroszówki, dokoła nasiąknięcie krwawe miąższu macicy; przy napełnianiu macicy wodą wydobywają się z miejsca ubytku bańki gazu, pomimo, iż od strony jamy macicznej drogi ku ranie zewnętrznej odszukać nie można; grubość ściany macicy w tem miejscu 1—1½ mm. Uszkodzenie narzędziem ostrem można wyłączyć, jak również uraz przypadkowy. Pozostaje skaleczenie od strony jamy macicy narzędziem długiem, tępem, które wywołało pęknięcie otrzewnej wskutek zbytniego rozciągnięcia ściany, lub też zadziałanie silnego urazu od zewnątrz (miesienie, gniecenie) celem wywołania poronienia. Uszkodzenie nie mogło powstać z winy lekarza, gdyż zastał już objawy otrzewne, a wydobycie zupełnie oddzielonego łożyska palcem nie sprawiało trudności. W każdym razie przypadek ten nie pozwala wydać zupełnie ścisłego orzeczenia. Drugi przypadek dotyczy 29-letniej mężatki, u której położna wprowadziła ostre narzędzie do pęcherza i przebiła przednią jego ścianę, w następstwie czego powstał ropień przed pęcherzem, zakażenie ogólne, poronienie i śmierć. Nie jest niemożliwem, iż spostrzegłszy pomyłkę położna ją poprawiła i przebiła pęcherz płodowy bez widocznych innych uszkodzeń, że więc wywołała poronienie w sposób bezpośredni. (Rysunki). *B. Wojciechowski.*

A. Zinsser. **O zaśniadzie krwawym Breusa.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 30). 37-letnia wieloródka straciła w lutym miesiączkę, czuła się w ciąży, lecz zauważyła, że ciąża nie postępuje. W lipcu wystąpiło jednodniowe krwawienie, potem stan dobry, w listopadzie zaś krwawienie obfite 8-dniowe, które skierowało chorą do kliniki. Tu urodziło się, po wytamponowaniu pochwy i szyi gazą, jaje 13:9:5 cm., którego łożysko mierzyło 13:9:1 cm., płód zaś wymokły odpowiadał 9—11 tygodniom. Badanie drobnowidowe jaja wykryło cechy, znamienne dla zaśniadu krwawego Breusa. Z. wysnuwa ze swego przypadku następujące wnioski: Zaśniad powstać może także przy płodach starszych, niż to wynika z zestawienia Taussiga, czyli że przyczyną przerwy w rozwoju ciąży nie jest wada w pierwotnem założeniu serca. Zbyt znaczny niestosunek pomiędzy jajem, a osłonami, nasuwa w danym przypadku myśl o nadmiernej ilości wód płodowych. Ogniska zapalne w obrębie błon płodowych uważa Z. za zjawisko odczynu na obumarcie jaja. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

R. Klien. **Uwagi do artykułu B. Credégo „Pelvioplastik“ w Nrze 22 t. p.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 30). K. przestrzega przed wymienioną operacyą (patrz ref. w Przegl. Lek. 1906, Nr 25), gdyż 1) przy miernie ścieśnionych miednicach jest ona zbyteczną, 2) przy silnie ścieśnionych miednicach nie wypełnia swego zadania, 3) przy obustronnem wykonaniu może uszkodzić całość i siłę pierścienia miednicy. *B. Wojciechowski.*

J. Wechsberg. **O stwierdzaniu acetonu przy ciąży zewnątrzmacicznej.** (*Wien. klin. Wochs.* 1906, Nr 31). Baumgarten i Popper stwierdzili wybitnie aceton w siedmiu przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej, a w jednym rozpoznawczo trudnym przypadku na podstawie ujemnego wyniku próby acetonowej wyłączyli ciążę zewnątrzmaciczną, co operacya potwierdziła. Powodem acetonuryi miały być według nich prawdopodobnie krwotoki do jamy brzusznej. Autor sprawdzał spostrzeżenia te na siedmiu przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej w klinice prof. Chrobaka w Wiedniu, w których badanie moczu ściśle przeprowadzono, a rozpoznanie dzięki operacyi nie ulegało wątpliwości. W pięciu badanych przypadkach nie znalazł ani śladu acetonu, a w dwóch wynik dodatni próby acetonowej był tak słabo zaznaczony, że nie można go było użyć w celach rozpoznawczych. Natomiast znajdował autor wielokrotnie aceton w moczu kobiet po operacyach, dokonanych w uśpieniu, w jednym przypadku raka macicy i w jednym przypadku ciąży zewnątrzmacicznej, połączonej z tężyczką. *Dr Blassberg.*

CHIRURGIA. Brentano. **Postrzały naczyń i ich leczenie.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 80, Z. II). Postrzały naczyń stanowią blizko 4 prc. zranień. Autor spostrzegał swoje przypadki w szpitalu w Charbinie w wojnie rosyjsko-japońskiej. Zranienia naczyń bywają poczwórnego rodzaju: 1) draśnięcia bez otwarcia światła, 2) draśnięcia z otwarciem światła, 3) przestrzelenie dziurowate, 4) rozerwanie. Naczynia nie usuwają się przed kulą zawsze, jak się to powszechnie sądzi, ale rany ich zatykają się prędko skrzepami i wskutek tego nie dają objawów. Chirurg spostrzega najczęściej trzy pierwsze rodzaje zranienia. Mimo zupełnego nieraz zatkania światła po postrzale, bardzo rzadko zdarza się zgorzel kończyn. Zranienia żył dają wskazania do operacyi jedynie przy równoczesnem zranieniu tętnic (żyłotętniaki). Krwotok tamują zwykle okoliczne tkanki, szczególnie powięzie i nerwy, przylepiając się do rany. Krew podbiega daleko pomiędzy mięśnie. Smierć z krwotoku należy do rzadkości. Objawami zranienia naczyń są krwiaki, tętnienia i szmery naczyniowe. Żyłotętniaki potrzebują pewnego czasu do rozwoju, najmniej 10 dni. Następowe krwotoki zdarzają się przy zakażeniu rany i złym transporcie. Autor spostrzegał przestrzelenie aorty, a chory żył potem 70 dni i zmarł po operacyi z powodu zapalenia otrzewnej. Oba otwory w przestrzelonej aorcie były szczelnie zatkane włóknikiem i ściągnęły się bardzo. Tamponada po zranieniu naczynia niewiele pomaga na polu bitwy, a jest główną przyczyną zakażenia. Najlepiej działa ucisk i opatrunek ustalający. Objawy nerwowe, wywołane uciskiem krwiaków, tworzeniem się tętniaków, lub wreszcie zranieniem nerwów, nakłaniają nieraz do operacyi. W każdym przypadku zranienia naczyń uprawnionym jest lekarz do operacyi z obawy przed następowym krwotokiem lub wytworzeniem się tętniaka. Najlepszą chwilą do operacyi jest ta, gdy krwiak zniknie, a tętniak jeszcze się nie wytworzył. Najstosowniejszą operacyą jest wycięcie naczynia w ranie, poprzedzone w danym razie przedtem uciskiem, celem wytworzenia krążenia ubocznego. Co do szwu naczyń, to szyć można draśnięcie bocznie lub nawet po wycięciu kawałka naczynia okrężnie, ale technika szwu okrężnego jest trudną i żmudną. Użyć jej można przy żyłotętniakach. *Klęsk.*

Goldhammer. **Doświadczenia z suchem leczeniem ran w południowo-zachodniej wojnie afrykańskiej.** (*Archiv für klin. Chir.* T. 80, Z. I). Zadanie lekarzy w południowo-zachodniej wojnie afrykańskiej było bardzo trudne. Przebywano w dzikich i odludnych okolicach, nieprzyjaciel zjawiał się niespodziewanie i nie zachowywał żadnych względów, transport chorych był bardzo utrudniony, a wody zaledwie do picia dostać było można. Brak wody zmusił autora z konieczności do suchego leczenia ran. Wody brakowało nieraz tak, że trzeba było kilka dni czekać, nim zdarzyła się sposobność umycia sobie rąk. Wobec tego nie mogło być nawet mowy o oczyszczaniu okolicy rany, lecz poprostu przykładano na wierzch płatek gazy jodoformowej i zalepiano plastrem. Wogóle można powiedzieć, że najgłówniejszą rzeczą w ranach, zadanych na wojnie (prócz naturalnie ich ciężkości samej przez się) jest rodzaj transportu zranionego, a opatrunek sam odgrywa tu podrzędną rolę. Tak n. p. przy ciężkich złamaniach kości, w razie dokładnego opatrunku gipsowego uzyskiwano zgojenie zupełnie dobre bez odczynu, w razie zaś transportu bez opatrunku ustalającego, (lecz z opatrunkiem zwykłym, nawet najjałowszym), następowały ropienia i 50 prc. śmiertelności. Opatrywanie suche okazało się znakomitem i dawało 85 prc. doraźnego zagojenia się rany. Ropiały tylko rany opatrywane mokro, opatrywane nie fachowo lub bardzo zanieczyszczone. Nieprzyjaciel strzelał kamieniami, śrubami, gwoździami, a nawet kawałkami puszek z konserw. Ponieważ jednak ładowano niewiele prochu, rany zwykle nie były ciężkie. Silny krwotok zdarzał się rzadko, a raczej zranionych takich nie znajdowano już przy życiu. Smierć z krwotoku stanowi zaledwie 1 prc. przyczyn śmierci. Bardzo trudno czasem odróżnić wejście kuli od wyjścia, zwłaszcza gdy pocisk trafia ciało skośnie, a wychodzi prostopadle. Najczęściej zranionemi bywają kończyny. Rany płuc przebiegają zwykle bez powikłań, lekko, podobnie zranienia mózgu. Rany jamy brzusznej dają gorsze rokowanie, a to z powodu, że często nie można odrazu otworzyć jamy brzusznej. Rany nerek goją się szybko, podobnie rany stawów, o ile nie są zakażone. *Klęsk.*

Löhrer. **W sprawie leczenia przykurczeń histerycznych kończyn dolnych znieczuleniem lędźwiowem.** (*Münch. med. Wochft.* Nr 32, 1906). Zapomocą wstrzyknięcia rdzeniowego 0,05 stowainy udało się autorowi wyleczyć zupełnie uporczywe przykurczenie histeryczne stopy. Podobne spostrzeżenie ogłosił przedtem Wilens (ref. Przegl. lek.). *Klęsk.*

Richard Mohschmann. **Kazuistyczne przyczynki do poznania osteomalacyi ze specyalnem uwzględnieniem zniekształtnień kręgosłupa i mostka.** (*Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie* 1906, Z. 4). Mohschmann podaje cztery przypadki osteomalacyi, przyłączając do nich własny, piąty, który dawał również obraz osteomalacyi i w którym to przypadku przy obdukcyi stwierdzono rozsianego raka kości. W pozostałych 4 przypadkach nie wykryto nic specyalnego. We wszystkich przypadkach szło o kyfotyczne formy, skrzywienia bocznego ze zmianami prawie takiemi samemi, jak przy skrzywieniu bocznem zwykłem, lub statycznem. *Doc. Chlumský.*

Georg Lohheisen. **Przepukliny urazowe.** (*Arch. für Ort. Mech. u. Unf.* 1906, Z. 4). Zdarza się często, że ludzie zwracają się do lekarza, prosząc o zbadanie, któreby wykazało, że u nich przepuklinę sprowadził nieszczęśliwy przypadek. Z żądaniem takiem spotykamy się szczególnie często teraz przy nadzwyczajnie rozpowszechnionym zwyczaju ubezpieczania się, ile że ubezpieczeni zyskują materyalnie, o ile dowiedzionem zostanie, że przepuklina powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku. Aż do najnowszych czasów większa część autorów przeczyła powstawaniu przepukliny, t. j. prawdziwej przepukliny na drodze urazowej. Lohheisen zebrał przypadki, które znał z literatury, jako przepukliny urazowe, poddał je dokładnej krytyce i doszedł do wniosku, że dotąd można z całą pewnością tylko sześć przypadków uznać za przepukliny urazowe. Pozostałe przypadki nie są pewne, a nawet wprost nie przedstawiają przepuklin urazowych. Jako urazowe oznacza on tylko takie przepukliny, przy których w związku z urazem lub wprost przez uraz powstaje prawdziwa przepuklina z workiem przepuklinowym, przyczem zewnętrzne powłoki brzuszne nie wykazują takiej zmiany, któraby zasługiwała na wzmiankę. Specyalnie zaś nie powinno być żadnej blizny zewnętrznej. Przepukliny, powstające w obrębie blizny, są przepuklinami bliznowemi, lub też, jak je Waldman nazywa, przepuklinami na podstawie urazowej. Takie przydarzają się bardzo często po operacyach (laparotomia). W innych przypadkach jelita występują, ale nie wypuklają otrzewnej, lecz przeciskają się przez lukę, w niej się znajdującą, na zewnątrz. Takie wypuklenie wewnętrznych narządów należy oznaczać jako wypadnięcie trzew, przyczem obojętnem jest, czy powłoki brzuszne ucierpiały na tem, czy też nie. Drugie pytanie, nad którem się tu L. zastanawia, polega na tem, jakie zachodzą stosunki, skoro przepukliny powstają po urazie, wysiłku etc. w miejscach predysponowanych. Podług niego, jak to było nadmienione, prawdziwa przepuklina urazowa ma tu powstawać bardzo rzadko. Przyznaje on jednak, że uraz lub wysiłek sprzyjają powstawaniu przepuklin i że dlatego ubezpieczeni w takich przypadkach mają pewne prawa do odszkodowania. Ale rozstrzygnięcie, czy przepuklina istotnie powstała po urazie, jest bardzo trudne, ponieważ zazwyczaj nie wiemy, czy przepuklina nie istniała już poprzednio i w tych przypadkach możemy polegać tylko na podaniu chorego. Lohheisen podaje rozmaite sposoby, jakby można dojść do właściwego rozpoznania, jest jednak zmuszony przyznać, że niema tu oznak pewnych. Radzi on, aby Towarzystwa ubezpieczeń podawały w tym względzie nową klauzulę, ażeby ten, kto się ubezpiecza od przepukliny, płacił wyższą premię. *Doc. Chlumský.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 4 września 1906 r.

1) Karwacki L. z okazyi spostrzeganego przez siebie przypadku przemawiał **w sprawie bakteryologicznego rozpoznawania przymiotu.** Chory uskarżał się oddawna na osłabie-

nie i bezsenność. Gdy środki skrzepiające zawiodły, zwrócił się do lekarza syfilidologa, który, przypuszczając kiłę, a nie mając dostatecznych podstaw klinicznych, zwrócił chorego do K. w celu zbadania bakteryologicznego. Według opowiadań chorego nie miał on nigdy owrzodzeń na prąciu, wysypki, ani wypadania włosów. Oprócz wybitnej bladości stwierdza się przy badaniu powiększone gruczoły w prawej pachwinie i nad prawym łokciem. Za pomocą strzykawki Pravaza nakłuł K. jeden z gruczołów pachwinowych, z wydobytego soku zrobił preparat i zabarwił go na krętki podług swojej metody. Znalazł na preparacie istną hodowlę krętka. Obok tworów typowych, były twory nitkowate różnej długości o skrętach nieregularnych mało stromych, a także ziarna z 2—3 biczykami, odpowiadające postaci »cytorrhyctes« Siegela. Jest to pierwszy przypadek przymiotu, rozpoznanego na podstawie badania bakteryologicznego. Fakt obecności w jednem polu widzenia postaci »cytorrhyctes« obok krętków wskazuje, że są to różne postacie rozwojowe jednego pasorzyta.

2) Karwacki L. pokazał preparaty i **hodowle paciorkowca śluzowatego z ropy, zebranej w jamie opłucnej.** Paciorkowiec ten na równi z dwoinkami Talamon-Fränkela i lasecznikami Friedländera wchodzi więc do parazytologii cierpień dróg oddechowych. Wywołuje on także nieraz zapalenie ucha środkowego i zapalenie opon. Cechę, wyróżniającą tę odmianę z pośród innych gatunków paciorkowca, stanowi śluzowaty rozrost na pożywkach stałych.

3) Janowski Wł. wypowiedział rzecz pt. »**Uwagi praktyczne w sprawie dawkowania kamfory, eteru i przetworów belladonny, oraz w sprawie stosowania morfiny**«. Sprawę stosowania i dawkowania wymienionych w tytule leków porusza J. ze względu na niezwykłą i niczem nieusprawiedliwioną ostrożność u naszych lekarzy w ich podawaniu, jak również z powodu rozpowszechnionej obawy przed większemi ich dawkami. Szczególnie ważne pod tym względem jest ujednostajnienie sposobu podawania kamfory. Jeszcze do końca roku ubiegłego nie była właściwie znaną dawka kamfory śmiertelna dla człowieka. Dopiero ogłoszone w grudniu r. 1905 badania doświadczalne Karola Happicha dowiodły, że dawką taką (przy wstrzykiwaniach do żył) jest 0,1 na 410 gramów wagi ciała zdrowego człowieka lub zwierzęcia. Stąd wynika, że śmiertelną dawką dla człowieka, licząc średnio około 60 kilo wagi, jest 15 gramów, liczby te jednakże możnaby jeszcze powiększyć ze względu na okoliczność, że wstrzykiwania zwykle bywają podskórne, a nie wśródżylne. Tak znaczna tolerancya ustroju względem kamfory tłómaczy się tem, że tylko niewielka część kamfory zostaje z ustroju wydaloną w stanie niezmienionym przez płuca, reszta zaś wiąże się z kwasami α i β glukuronowym i amidoglukuronowym. Powstałe stąd związki nie mają działania ani leczniczego, ani trującego. Ustroje, kwasów tych nie wytwarzające, mogą być zatrute nierównie mniejszemi dawkami kamfory. Ponieważ kwas glukuronowy powstaje z utlenienia dekstrozy, zjawisko to nastąpić może albo przy nieprawidłowem spalaniu cukru (cukrzyca, zatrucie wodnikiem chloralowym i t. p.), albo przy braku w ustroju cukru wskutek długiego jego głodzenia, albo wreszcie wobec braku tlenu, potrzebnego do utlenienia cukru, jak np. przy zatruciu tlenkiem węgla. Zjawiska te Happich stwierdził doświadczalnie. Opierając się na tych danych, J. za jednorazową dawkę kamfory, jeszcze nieszkodliwą dla człowieka wyniszczonego, uważa 2—3 gramów, dla ludzi zdrowych 3—5 gramów. J. stale używa do wstrzykiwań podskórnych wyłącznie 25% rozczynu kamfory, którego nieraz wstrzykiwał do 20 strzykawek w ciągu godziny ze zbawiennym skutkiem dla chorego. Jedynie tylko tak energicznemu stosowaniu kamfory zawdzięcza J. uratowanie życia wielu ze swych chorych, których wyprowadzał ze stanu ostatecznego, rozpaczliwego zapadu. Zarzut, słyszany nieraz, że działanie kamfory jest powolne, jest zupełnie niesłuszny; działa ona niewątpliwie w ciągu paru do kilku minut, jeżeli dawki właśnie nie są małe w stosunku do stopnia zapadu i jeżeli wstrzyknięta została głęboko pod skórę tułowia, a nie kończyn. Wewnętrznie podaje J. kamforę w dawce 0,12 i stosuje ją we wszystkich chorobach zakaźnych zapobiegawczo. Przy tak szczodrem stosowaniu kamfory J. nigdy nie spotykał żadnych objawów nerwowych i nigdy nie zauważył podrażnienia żołądka, o czem często wspomina wielu lekarzy. Oprócz przypadków zapadu i chorób zakaźnych, stosuje J. kamforę w chorobach nerek, gdzie tylko jaknajlepsze wyniki spostrzegał; zatrucia nie spostrzegał ani razu. Kamforą dobrze jest także podnieść działanie i innych środków sercowych.

Co się tyczy eteru, to stosuje go J. w dawce nie mniejszej, niż pięć strzykawek na raz, lecz działanie jego trwa znacznie krócej, niż kamfory. Pospolicie wstrzykiwana jedna strzykawka nie ma żadnego działania. Szczególnie dużo wstrzykiwać należy u opilców.

Podobne uwagi czyni J. i co do belladonny, atropiny i jej polimeru eumidryny. Przetwory te mają niezmiernie korzystny wpływ na przebieg niedrożności kiszek, kolki wątrobnej, oraz nerkowej i zapalenia wyrostka robaczkowego, trzeba je jednakże stosować w dużych dawkach. To też np. belladonnę przepisuje J. w ilości 0,05 kilka razy dziennie.

Przechodząc do omówienia stosowania morfiny, J. jak najenergiczniej przeczy mniemaniu, jakoby środek ten był przeciwwskazany przy cierpieniach serca, jak to utrzymują niektórzy. Właśnie w przypadkach gwałtownej senności, zależnej od niewyrównania serca, jak również przy dusznicy bolesnej nie ma lepszego środka, jak morfina zastosowana podskórnie wraz z kamforą. To samo dotyczy chorych nerkowych. Najodpowiedniejszą dawką jest 0,015. *J. L.*

Sekcya wadowicka Tow. lekarzy gal.

Posiedzenie w dniu 26 sierpnia 1906.

Obecnych członków 12.

1) Przyjęto sprawozdanie z ostatniego posiedzenia z dnia 18 marca 1906, również i

2) Sprawozdanie delegata na Walne zgromadzenie Towarzystwa lek. gal. we Lwowie, kol. Zawadzińskiego. Wnioski Sekcyi wadowickiej upadły, w szczególności wniosek o zmianę »Przeglądu lekarskiego« na dwutygodnik; wniosek zaś o polepszenie wynagrodzenia za szczepienie odesłano do załatwienia Radzie zawiadowczej.

W dyskusyi wyłoniły się nad tem sprawozdaniem delegata trzy wnioski: 1) aby wezwać inne sekcye Tow. lek. gal., aby się co rychlej zorganizowały celem łatwiejszego wzajemnego porozumienia się; 2) ażeby ogłaszać protokoły z posiedzeń w obu pismach lekarskich, 3) ażeby zgromadzenia odbywały się częściej. Przy tej sposobności wyrażono serdeczne podziękowanie kol. przewodniczącemu sekcyi Zawadzińskiemu za dotychczasowe bardzo gorliwe i energiczne zajęcie się zebraniami sekcyi.

3) Uchwalono zaproponować zmianę statutu Tow. lek. gal. w § 14 zamiast: »Tow. lek. lwowskie ustanawia sobie zarząd według własnego uznania«, — »Tow. lek. lwowskie i sekcye, posiadające więcej niż 30 członków, ustanawiają sobie zarząd według własnego uznania«.

4) Uchwalono uprosić Radę zawiadowczą o jaknajrychlejsze przeprowadzenie organizacyi wszystkich sekcyi Tow. lek. gal. i o to, aby skład biura sekcyi umieszczany był w sprawozdaniu Rady i mógł być znanym każdej sekcyi.

5) Uchwalono: Sekcya wadowicka uprasza Radę zawiadowczą Tow. lek. gal. o jaknajszybsze powiadomienie jej o wyniku rokowań z Izbami lekarskimi co do polepszenia i uregulowania wynagrodzenia za szczepienie dla lekarzy, a w szczególności dla lekarzy okręgowych.

6) Uchwalono prosić Radę zawiadowczą o nadesłanie należących się Sekcyi w myśl § 50 ustawy dwóch koron od każdego członka na potrzeby kancelaryjne sekcyi.

7) Nastąpiła obszerna dyskusya nad wnioskami kol. Bednarskiego z Alwernii, a mianowicie: a) aby w siedzibie lekarzy okręgowych utworzono szpitaliki dla chorych ubogich, a zwłaszcza w miejscach, oddalonych od szpitali powszechnych. Sprawę tę, wysoce humanitarną, natrafiającą jednak na przeszkody natury finansowej, gorąco polecono staraniom poszczególnych lekarzy okręgowych za pośrednictwem powiatowych komisyi zdrowotnych.

b) Usilnie starać się przez władze powiatowe i krajowe o dostarczenie lekarzom okręgowym większych przyrządów do odkażania mieszkań i bielizny po chorych zakaźnych. W sprawie tej uchwalono: Sekcya wadowicka uznając konieczną potrzebę odkażania po chorobach zakaźnych, proponuje, aby w każdym powiecie było kilka przyrządów odkażających, aby je zakupywała Rada powiatowa i oddawała albo do rąk lekarzy okręgowych, albo do rąk kierowników szkół.

c) Poprzeć przez Radę zawiadowczą Tow. lek. gal. i obie Izby lekarskie obie rezolucye deputowanego do Rady Państwa kol. Opydy, wniesione w parlamencie na posiedzeniu w dniu 5 marca 1902 r., a dotyczące zabezpieczenia wdów i sierót po lekarzach wolno praktykujących, jakoteż na wypadek ich nie-

zdolności do pracy i o podniesienie płacy lekarzy rządowych i zmniejszenie lat ich służby z 40 na 35 lat (Nr. 34 *Przegl. lek.*). — W sprawie tej postanowiono postarać się o współdziałanie wszystkich innych sekcyi Tow. lek. gal. a kol. Opydzie wyrazić gorące podziękowanie za podniesienie tych spraw w parlamencie.

d) Uchwalono prosić Izbę lekarską o zajęcie się tem, 1) aby władze sądowe nie wyzyskiwały lekarzy, wzywając ich w charakterze świadków, a nie rzeczoznawców; 2) aby w razie choroby lekarzy kolejowych, swego zastępcę opłacał nie chory lekarz, tylko odpowiednie korporacye; 3) aby Zakład ubezpieczeń od wypadków dla robotników we Lwowie płacił lekarzom za orzeczenie, tak jak to czynią podobne Towarzystwa w innych prowincyach; przy tej sposobności oświadczyła się Sekcya wadowicka za tem, ażeby najmniejsze wynagrodzenie wynosiło 10 koron; 4) aby sporządzono wzór kontraktu z Kasami chorych dla lekarzy Kas chorych.

8) Kol. Zawadziński polecił bardzo uwadze lekarzy budowę studzien w powiecie z kręgów cementowych wyrobu Józefa Jury w Wadowicach, których budowę rozpoczął Wydział powiatowy wadowicki w 12 gminach — i wiercenie studni głębszych sposobem kanadyjskim, które rozpoczął inżynier Zakładu hydrotechnicznego, p. Antoni Fleischmann ze Lwowa, w budynku sądowym w Wadowicach — poczem nastąpił:

9) wykład kol. Bukowskiego o **tętniakach urazowych** i przedstawienie **kamienia moczowego wydobytego na drodze bezkrwawej** z cewki moczowej — oraz

10) odczyt kol. Idzińskiego z Żywca: **»O urazach w brzuch«.**

Dr Stanisław Żędzianowski, sekretarz. *Dr Zawadziński*, przewodniczący.

III. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dnia 1 kwietnia 1905 do d. 1 kwietnia 1906 r.

Ułożył

dr Kazimierz Dłuski.

(Dokończenie.)

Leczenie zamknęliśmy w ramach liczb, które objaśniają najważniejsze szczegóły jego wyników. Należy się więc szereg wyjaśnień, aby wszystkie szczegóły dokładnie scharakteryzować.

Zaczniemy od obciążenia dziedzicznego. Już w poprzednich sprawozdaniach mówiliśmy, że nie wywiera ono wielkiego wpływu na przebieg i wyniki leczenia. Liczba obecna chorych, wolnych od wszelkiego obciążenia dziedzicznego, wynosi przeszło 51 prc., a więc jest nieco wyższą niższą w II. sprawozdaniu (48 prc.), w każdym razie znacznie niższą od liczby w I. sprawozdaniu (68 prc.).

Z kolei przechodzimy do wieku chorych, który w sprawie gruźlicy posiada pewną prawidłowość stale powtarzających się zjawisk, w związku z warunkami biologicznymi i socyologicznymi współczesnego życia, a więc posiada pierwszorzędne znaczenie.

Tutaj liczby są niemal zupełnie zgodne z liczbami z poprzednich lat. Liczba chorych w wieku 20—30 lat stanowi 46 prc. ogółu; na okres 30—40 lat przypada przeszło 25 prc., razem więc przeszło 71 prc.

Teraz przechodzimy do ostatecznych wyników leczenia, czyli do poprawy zdrowia naszych chorych. Tutaj zauważyć musimy, że, jak w poprzednich naszych sprawozdaniach, nie używamy określenia »wyleczenie«, gdyż od otwarcia sanatoryum nie upłynęło jeszcze całych 4 lat; czas więc zbyt krótki, aby mówić o pewnych i trwałych wynikach. Natomiast możemy śmiało mówić o poprawie, dającej się łatwo stwierdzić i sprawdzić. Rozróżniamy dwojaką poprawę: względną, czyli poprawę stanu ogólnego z zachowaniem tegosamego stanu w płucach, i poprawę wyraźną, gdzie przy podniesieniu najważniejszych czynności ustroju, spostrzegamy stopniowo idącą poprawę w płucach, dającą się uwidocznić zapomocą fizycznego badania, jak też i na podstawie podmiotowych objawów u chorego.

Wedle przyjętego zwyczaju dzielimy chorych zgodnie z podziałem Turbana na 3 okresy, aby tym sposobem przedstawić wyraźniej i szczegółowiej wyniki lecznicze. Już wspominaliśmy dawniej, że podział ten, mający za podstawę rozległość zmian w płucach bez uwzględnienia innych czynników, jest jednostronny, ale w braku lepszego, uważamy go, jako szemat kliniczny, za wystarczający. Otóż, jak nam wskazuje tablica II, uzyskaliśmy wyraźną poprawę u 155 chorych, co stanowi przeszło 67 prc. ogółu, względną u 29 chorych, czyli niemal u 13 prc. ogółu, razem około 80 prc. Ogólny wynik ten sam, co w poprzednich dwóch sprawozdaniach, ale w szczegółach przedstawia się pomyślniej, jak to poniżej zobaczymy. Zauważmy nadto, iż na 55 chorych w III okresie mamy wyraźną i względną poprawę u 26 osób, czyli przeszło 47 prc.

Z kolei przechodzimy do różnych szczegółów, objaśniających poprawę stanu ogólnego i miejscowego. Co się tyczy pier-

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1 kwietnia 1905 do 1 kwietnia 1906 r.

Narodowość		Płeć		Wiek lat	Wiek osób	Pochodzenie		Liczba dni leczenia		
Polacy . . .	243	mężczyźni 143	kobiety 124	1—10	1	Warszawa . . .	28	2399	Średnia pobytu jednego chorego w Sanatoryum 88,5	
Rosyanie . . .	19			10—20	40	Królestwo . . .	69	6986		
Inne narodowości . . .	5			20—30	116	Litwa				
				30—40	68	Wołyń				Opuściło Sanatoryum
				50—60	29	Podole	68	5161		osób 194
				40—50	12	Ukraina				zmarło 4
				>60	1	Rosya				pozostaje w leczeniu 69
						Galicya	92	8135		Razem 267
						Ks. Poznańskie i Śląsk pruski	6	480		
						Inne	4	420		
Razem	267				267		267	23581		

TABLICA II.

Wyniki leczenia 229 chorych za czas od 1 kwietnia 1905 do 1 kwietnia 1906 r.

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">Płeć</th><th colspan="2">Wiek chorych</th><th colspan="2">Obciążenie dziedziczne</th><th rowspan="2">Gorączka</th><th rowspan="2">Prątki Kocha</th><th colspan="4" rowspan="2">Waga obliczona na 100 dni</th><th rowspan="2"></th><th rowspan="2"></th></tr>
<tr><th>lata</th><th>? osób</th><th>ro-dzaj*)</th><th>? osób</th></tr>
<tr><td rowspan="7">mężczyźni 126</td><td rowspan="7">kobiety 103</td><td>1—10</td><td>1</td><td>0^1</td><td>49</td><td rowspan="7">przyjechało z gorączką osób 77
wyjechało » » 53
przyjechało bez gorączki osób 152
wyjechało » » 176</td><td rowspan="7">przyjechało z prątkami osób 126
wyjechało » » 97
przyjechało bez prątków » 193
wyjechało » » 132</td><td rowspan="7">167 osób przybrało średnio 7,6 kg.</td><td rowspan="7">12 osób straciło średnio 2,75 kg.</td><td rowspan="7">29 osób bez zmiany.</td><td rowspan="7">21 osób waga nieznana.</td><td rowspan="7">Ogólna liczba dni leczenia 22921.</td><td rowspan="7">Średnia liczba dni leczenia na osobę 100.</td></tr>
<tr><td>10—20</td><td>31</td><td>0^2</td><td>8</td></tr>
<tr><td>20—30</td><td>105</td><td>0</td><td>55</td></tr>
<tr><td>30—40</td><td>60</td><td>bez</td><td>117</td></tr>
<tr><td>40—50</td><td>28</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>50—60</td><td>8</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>> 60</td><td>1</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">229</td><td></td><td>229</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

Wyniki leczenia: okresy	poprawa: wyr.	poprawa: wzgl.	poprawa: bez zmiany	pogorszenie	śmierć
75 osób I. okresu	65	9	1		
99 osób II. okresu	70	14	10	5	
55 osób III. okresu	20	6	5	20	4
razem osób 229	155	29	16	25	4

*) 0^1 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców, — 0^2 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony obojga rodziców, — 0 oznacza obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

wszego, dotkniemy przyrostu wagi, który u poszczególnego chorego, mając na względzie osobną kategoryę gruźliczych, opisanych przez francuskich klinicystów pod nazwą *phtisiques gras*, nie może być ostatecznym dowodem poprawy, jednak przy większej ilości jest jej wymownym wyrazem. — Z liczb naszych wypada przyrost wagi u 167 chorych, co stanowi prawie 75 prc. ogółu; obliczony na 100 dni leczenia przyrost u jednego chorego wynosi średnio 7,6 kg. przyczem *minimum* wynosi 0,6 kg., *maximum* 22 kg. U 41 chorych przyrost wynosił 10 kg. i wyżej.

Z drugiej strony u 12 osób nastąpił ubytek wagi, średnio 2,7 kg.; *minimum* 0,5 kg. *maximum* 7,1 kg. Dodajmy do tego, że u 29 chorych waga pozostała bez zmiany; nieznana zaś u 21 chorych, którzy przez cały czas leczenia leżeli w łóżku.

Następnie wypada poruszyć inne znamienne objawy poprawy. Mamy na myśli w pierwszym rzędzie: ustąpienie gorączki i zniknięcie prątków Kocha w przebiegu leczenia. Z liczby 77 chorych, którzy przybyli do sanatoryum z gorączką, straciło ją podczas leczenia 24, czyli 31 prc. Jest to wynik gorszy, niż w poprzednich 2 sprawozdaniach (41 prc. i 48 prc.); natomiast mamy wyraźnie lepszy wynik co do prątków Kocha, które znikły zupełnie u 29 chorych na 126, czyli u 23 prc., gdy poprzednio zniknięcie to nastąpiło u 11 prc. i 14 prc.

Teraz przechodzimy do krwioplucia i krwotoków. Już w poprzednich sprawozdaniach zatrzymywaliśmy się obszerniej nad tą sprawą z tego powodu, iż klimat wysokogórski bywa uważany z góry za szkodliwy w takich razach, bez bliższego uwzględnienia stanu ogólnego i stanu miejscowego w płucach. Dość powiedzieć, że ktoś pluł krwią, aby usłyszeć nieuzasadnione zdanie, że już to samo jest przeciwwskazaniem do leczenia się w wysokogórskim klimacie. Pozwolimy sobie raz jeszcze przypomnieć statystykę prof. Eggera, dotyczącą 1613 chorych, leczonych w Arosie na wysokości 1850 metrów, wśród których krwotoki nastąpiły po raz pierwszy tylko u 2,5 prc. ogółu chorych. Statystyka ta jest zupełnie zgodna z naszą, gdyż na 157 chorych, którzy w wywiadach nie mieli ani krwioplucia, ani krwotoków, pokazały się one po raz pierwszy w sanatoryum u 3 chorych, czyli u 2 prc. Natomiast z liczby 72 chorych, którzy mieli krwotoki przed przybyciem do zakładu, powtórzyły się one u 18 (25 prc.), a nie pokazały się ani razu u 75 prc. Dodajmy do tego, że niektórzy chorzy właśnie z powodu obfitych krwotoków byli wysłani do zakładu i tu doznali znakomitej poprawy. Liczby te i fakty są dość wymowne i nie potrzebują żadnych objaśnień.

Również z góry przesądzanym bywa wpływ klimatu wysokogórskiego w stosunku do gruźlicy krtani. Często słyszy się zdanie, że kto jest dotknięty tem powikłaniem, powinien starannie unikać gór i leczyć się w ciepłym, a najlepiej w ciepłym morskim klimacie (Riviera). Nie ulega wątpliwości, że są takie postacie gruźlicy krtani, które nie nadają się do leczenia w górach i zamiast poprawy doznają pogorszenia. Ale to samo można powiedzieć o gruźlicy płuc wogóle. Stwarzać zaś ogólną regułę, że klimat wysokogórski działa szkodliwie w tym kierunku, jest błędem, stwierdzonym faktami. Nietylko w Zakopanem, lecz i w Davos, położonem o 500 m. wyżej, widzimy bardzo dodatnie wyniki przy stosowaniu miejscowem zwykłych środków odkażających, pod warunkiem jednakże, aby ogólny stan chorego się poprawił. Widzieliśmy już tutaj bardzo ciężkie wypadki owrzodzeń gruźliczych (powiedzmy nawiasem u chorych, przysyłanych przez bardzo znanych naszych laryngologów), które doznały znakomitej poprawy. Widzieliśmy z drugiej strony lekkie przypadki, które pozostawały bez zmiany. Mieliśmy 29 chorych, dotkniętych gruźlicą krtani. W tej liczbie 3 pogorszenia, 8 bez zmiany, a 18 mniejszych lub większych polepszeń, co stanowi 62 prc. Ogólny wynik jest więc zupełnie zadowalniający.

Z kolei wymienić winniśmy inne ważne powikłania, któreśmy spostrzegali w ciągu leczenia, a mianowicie: nieżyt jelit przyrody gruźliczej (11 przypadków), cukrzyca (1), ropień płuca (1), dychawica oskrzelowa (2), odma opłucna, (4), gruźlicze zapalenie otrzewnej (2), wysięki opłucne (3), białkomocz (1), ropne zapalenie ucha środkowego (4), ropne zapalenie wyrostka robaczkowego z nast. ropniem podprzeponowym (1).

Wspominamy wreszcie o spostrzeżeniach, przytoczonych w poprzednich sprawozdaniach, a dotyczących usadowienia się głównych ognisk gruźliczych w prawem płucu z tyłu od grze-

bienia do połowy łopatki i w lewem z przodu w II. i III. międzyżebrzu. Ogniska te w obecnem sprawozdaniu wynoszą niemal 18 prc., — nieco większą od zeszłorocznej (15 prc.), — i odznaczają się temi samemi właściwościami. Wyprzedzają one pojawienie się sprawy w szczytach, lub istnieją samodzielnie przy szczytach niezajętych, odznaczają się większem natężeniem, skłonnością do rozpadu, wreszcie, w razie pomyślnego przebiegu sprawy mniejszą skłonnością do poprawy w porównaniu ze szczytami. Gdzie leży przyczyna tego zjawiska, zwłaszcza co się tyczy II. i III. międzyżebrza, odpowiedzieć dokładnie trudno.

Dotykamy nakoniec sprawy suchego zapalenia opłucnej, które jak wiadomo, często się zdarza w przebiegu gruźlicy. W danym razie zwraca na siebie uwagę szczególnemi cechami, które już podkreśliliśmy dawniej i które zaznaczamy obecnie, jako znamienne z tego względu, że ogniska te częstokroć zjawiały się nawet w płucu zdrowem, odznaczały się wybitną przelotnością (tarcie i ból np. znikały w ciągu kilku godzin), szybko zmieniały miejsce, czasem zaś pojawiały się bez żadnych podmiotowych objawów i można je było wykryć dopiero zapomocą bardzo drobiazgowego badania. Takie znamienne suche zapalenie opłucnej spostrzegaliśmy u 12 prc. chorych.

Z porównania niniejszego sprawozdania z poprzedniem możemy wysnuć wniosek, iż wyniki lecznicze obecne są pomyślniejsze.

Popatrzmy na liczby. W III. okresie mamy wprawdzie obecnie 24 prc. ogółu chorych, gdy poprzednio mieliśmy tylko 18 prc., z drugiej jednak strony mamy wśród tej najcięższej kategoryi chorych 47 prc. ogółu polepszeń, przyczem wyraźna poprawa stanowi 36 prc., gdy dawniej mieliśmy 44 prc. polepszeń z wyraźną poprawą, wynoszącą 28 prc. Wynik więc lepszy i z tego względu dla nas ważny, że rzadziej, niż poprzednio, przyjeżdżają, — bądź z porady lekarskiej, bądź z własnego popędu, — do zakładu chorzy w rozpaczliwym stanie zdrowia. W tym kierunku prowadzimy nieustanną propagandę zarówno wśród publiczności, jak też wśród lekarzy, wskazując na szkodę i materyalną i moralną, jaka wynika dla chorego i jego rodziny, gdy chory ten bez żadnych widoków wyleczenia przyjeżdża do zakładu poto tylko, aby tam umrzeć. Przypadki takie, gdzie przywożą chorych na-wpół żywych, są coraz rzadsze. Mamy nadzieję, że zgodnie z interesami chorych, nie mówiąc już o interesach zakładu, będą coraz rzadsze.

Ale te liczbowe lepsze wyniki dotyczą nietylko chorych III. okresu, odnoszą się one do całego ogółu. Choć ogólna liczba polepszeń wynosiła i wynosi okrągło 80 prc., — liczbę wcale poważną — lecz teraz wyraźna poprawa wynosi 67 prc., gdy poprzednio wynosiła tylko 63 prc. Różnica wprawdzie niewielka, ale w każdym razie w bilansie leczenia stoi po stronie »ma«. Pod tą samą rubryką możemy zapisać nieco większy średni przyrost wagi, a co najważniejsza, spostrzegamy pokaźną już różnicę w zniknięciu laseczników Kocha pod wpływem leczenia. W poprzednich dwóch sprawozdaniach zniknięcie to wynosiło 11 prc. i 14 prc., obecnie zaś podniosło się do 23 prc.

Streszczając wszystkie szczegóły naszego sprawozdania, dochodzimy do pewnych ogólnych wniosków. Materyał kliniczny coraz lepszy, a więc przy stosowaniu niezmiennem tej samej metody wśród tych samych warunków klimatycznych i higienicznych wyniki leczenia muszą być lepsze. Jest to okoliczność bardzo pocieszająca. Pozwala ona przypuszczać, że zakład nasz odpowiada swemu zadaniu, że jest instytucyą pożyteczną i to z tego powodu, że przeznaczonym jest dla tej kategoryi chorych, którzy, mając widoki poprawy zdrowia, mogą być wróceni jako pożyteczne jednostki społeczeństwu. Wprawdzie wybór klimatu dla każdego z chorych i dla poszczególnych postaci gruźlicy jest rzeczą bardzo trudną i tylko spostrzeganie chorego, baczne śledzenie całego przebiegu jego choroby może doprowadzić do określonych wniosków, które niejednokrotnie zadają kłam pierwszym wrażeniom, opartym na początkowem, choćby i najbardziej dokładnem badaniu. Ale ta trudność maleje, skoro chodzi o ogólne wskazania dla ogółu chorych. Otóż materyał kliniczny, którym obecnie rozporządzamy — (zacząwszy od listopada 1902 r. do kwietnia 1906 r. 690 chorych) — pozwala nam na określenie pewnych ogólnych zasad. Do leczenia klimatycznego nadają się przedewszystkiem chorzy z niewielkiemi zmianami w płucach, w dobrym stanie odżywienia i z ciepłotą prawidłową, jednem słowem początkujące postacie gruźlicy. W takim razie klimat wysokogórski, podnosząc rozmaite podupadłe czynności ustroju, wywiera bardzo wyraźnie wpływ znakomity, częstokroć w krótkim przeciągu czasu. Ale nawet chorzy z gorączką, towarzyszącą rozleglejszym zmianom w płucach, doznają niejednokrotnie poprawy, pod warunkiem, aby ustrój nie był wyczerpany przez chorobę, aby najważniejsze czynności ustroju, jak łaknienie i trawienie, nie były ostatecznie zrujnowane, aby ustrój ten miał jeszcze dostateczny zapas sił do walki z zarazkiem i wyrządzonemi przez niego szkodami. W takich razach wyniki bywają zwykle zadowalniające. Natomiast nie może nawet być mowy o leczeniu w tych przypadkach, w których przy rozległych i głębokich zmianach w płucach są powikłania w zakresie jelit i nerek, gdzie ustrój jest podminowany u swych posad przez trawiącą go gorączkę wyniszczającą i jednocześnie zupełnie wyczerpany przez niemożność odżywiania. Wtedy wysokogórski klimat działa bez wątpienia ujemnie. Ustrój, niezdolny do żywszej wymiany materyi, jakiej wymaga od niego podniecające górskie powietrze, jeszcze prędzej się wyczerpuje i pada szybciej w nierównej walce z wrogiem. Bardzo jest pożądane, aby te ogólne wskazania lecznicze były należycie rozważane i zrozumiane. Leży to zarówno w interesie chorych, jak i Zakładu. Chory przyjeżdża do Zakładu dla jedynego celu, dla odzyskania zdrowia, ale powinien mieć warunki potemu; skoro zaś ich nie ma, Zakład nie może dać tego, co jest niepodobieństwem. Trzeba jasno zdać sobie sprawę z tego, że wysokogórskie powietrze, mając pierwszorzędne zalety lecznicze dla całej kategoryi chorych, o których wyżej wspominaliśmy, jest wprost szkodliwe dla innych. Trzeba należycie ocenić jego rolę i znaczenie. Tymczasem od klimatu naszego wymaga się rzeczy niemożliwych, aby ratował chorych, których nic już uratować nie może, aby dawał zdrowie tym, którzy już stoją u progu śmierci. Przesada, pochodząca z przeceniania czynników klimatycznych, która w błędnem rozumieniu rzeczy prowadzi do zgoła fałszywego wniosku, że po wyczerpaniu wszelkich środków pozostaje jedyne wyjście dla chorego: Zakopane. Tymczasem rzecz ma się wręcz przeciwnie.

Z drugiej strony widzimy krańcową przesadę w przeciwnym kierunku. Klimat tutejszy zostaje odartym ryczałtowo ze wszelkich zalet, pozbawionym bezkrytycznie wszelkiego znaczenia leczniczego, wszelkich cech dodatnich dla chorych. Choć składowe jego czynniki mogą być lub są zupełnie takiesame, jak klimatu wysokogórskiego na zachodzie, to klimat zachodni zawsze jest rzekomo lepszy, bo nie jest swojski, lecz zagraniczny. I tu czytamy cały akt oskarżenia przeciw Zakopanemu, że powietrze jest za ostre, że wilgoć na wiosnę lub w jesieni jest znacznie dolegliwsza, niż na nizinach, że wreszcie halne wiatry czynią stały pobyt tu niemożliwym. — Istotnie powietrze jest ostre w porównaniu z nizinami i to stanowi jego ważną zaletę, którą trzeba należycie ocenić, a wtedy można ją w odpowiedni sposób wyzyskać dla chorych. Jest i może być ono za ostre, ale nie samo przez się, lecz w stosunku do danej kategoryi chorych, i wtedy trzeba go unikać. Że nie jest wilgotniejsze na wiosnę lub w jesieni, niż w dolinach, tego dowodzić zbyteczna, gdyż przy stale mniejszem ciśnieniu jest zawsze suchsze, z tem zastrzeżeniem, że stopień wilgotności względnej waha się pod wpływem ciepła, prężności pary i innych czynników nietylko w różnych porach roku, ale w ciągu miesiąca, tygodnia i dnia. Co się tyczy halnych wiatrów, występujących w wybujałej wyobraźni w postaci postrachu dla chorych, nie ulega wątpliwości, iż stanowią one przeszkodę w leżeniu na werandach, ale działającą bardzo krótko, gdyż średnio wiatry te panują wedle meteorologicznych spostrzeżeń ledwo kilkanaście dni w roku. Tak krótki czas uniemożliwienia leżenia na werandach, wobec tego, że wogóle powietrze tu jest spokojne, nie może wpływać na ogólny przebieg leczenia. Więc z czynnikiem tym z punktu widzenia wskazań leczniczych liczyć się poważnie nie należy. Jest to już zadaniem miejscowych lekarzy w Sanatoryum chronić chorych od wszelkich szkodliwych czynników wogóle, a tem samem i od halnych wiatrów.

Streszczając raz jeszcze w kilku słowach wszystko, wyżej powiedziane, ośmielamy się przypuszczać, że Sanatoryum, jako placówka w walce z gruźlicą, stara się spełnić swe społeczne zadanie w miarę swych sił i środków. Dopomaga mu w tem zaufanie, jakie stopniowo zdobywa wśród ogółu naszego społeczeństwa, dzięki poparciu ze strony lekarzy polskich, a także dzięki dodatnim wynikom leczniczym, które coraz więcej dochodzą do wiadomości szerokich warstw publiczności. Zaufanie to będzie bodźcem dla dalszej pracy i zachętą do wytrwania na trudnem stanowisku. Tylko w takich warunkach praca może być prawdziwie owocną i pożyteczną. Sanatoryum połączone jest ścisłym węzłem moralnych interesów z całem społeczeństwem. W tej harmonii leży gwarancya jego rozwoju dla pożytku naszego kraju.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawa funduszu pensyjnego dla lekarzy.

Referat opracowany przez dra A. Langiego dla Wydziału Izby zachodnio-galicyjskiej na Wiec Izb w Krakowie 1906 r.

Upadek materyalny zawodu lekarskiego znany jest wszystkim, tem bardziej nam, w Izbach lekarskich pracującym, przez których ręce przechodzą rokrocznie te masy podań o zapomogi, będące jaskrawą, a bolesną upadku tego ilustracyą. Dlatego też nad założeniem tem, z którego wychodzę, przedkładając pewne zaradcze propozycye, — szerzej rozwodzić się nie będę. Przypomnę tylko, że od samego początku swego istnienia austryackie Izby lekarskie wzięły sobie za cel stworzenie instytucyi, któraby zabezpieczała byt materyalny lekarzom, ich wdowom i sierotom, niezależnie od różnych wahań, sprowadzających na stan nasz okresy materyalnego powodzenia i upadku.

Przedewszystkiem zadawano sobie w Izbach, zajmujących się tą sprawą szczególniej gorliwie (wiedeńska, morawska, dolnoaustryacka i wschodnio-galicyjska) pytanie, czy to ubezpieczenie na starość lekarzy, ich wdów i sierót ma być dowolne, czy przymusowe? Zgodzono się przeważnie, że tylko przymusowe ubezpieczenie odpowie w całości celowi swemu, ale zarazem tak postawiona rzecz napotkała na pewne trudności, wynikające stąd, że ubezpieczenie przymusowe może wejść w życie jedynie drogą uchwalonej przez ciało prawodawcze ustawy.

Nie zrażone niepowodzeniem, Izby nie przestały sprawy tak ważnej spuszczać z oka, a widząc, że doprowadzenie jej do pomyślnego rozwiązania sporo wymagać będzie czasu, postanowiły jako środek tymczasowy obmyślić na razie coś, coby choć w części złemu zaradzić zdołało. Stąd początek gromadzenia przez każdą Izbę funduszów na doraźne zaopatrzenie swych członków z oszczędności wkładek, z grzywien, z zapisów, z przelanych do Izb funduszów byłych gremiów chirurgicznych i t. p. I z biegiem lat niektóre Izby jak: wiedeńska, morawska, dolnoaustryacka, obie czeskie, styryjska, zdołały zebrać dość znaczne fundusze, inne, np. lwowska, utworzyła kasę dla chorych lekarzy, (obecnie dostępną i dla członków Izby krakowskiej), a zachodnio-galicyjska pobiera po 4 korony od członka na fundusz zapomogowy. W ostatnich zaś czasach niemal wszystkie Izby przystąpiły do wiedeńskiego »Instytutu zapomogowego dla wdów i sierot po lekarzach«.

Ale przy obecnem fatalnem położeniu przeważnej większości lekarzy wymienione sposoby nie wystarczają, bo pomijając już, że pomoc nie może być ani wydatną, ani stałą, to jeszcze w dodatku ma ona zawsze charakter jałmużny, co bardzo przykre i godności stanu uwłaczające. Dlatego też coraz natarczywiej odzywa się potrzeba i słychać tak w poszczególnych Izbach, jak w Towarzystwach lekarskich i w prasie zawodowej, głosy nawołujące do stworzenia jak najrychlej instytucyi, w którejby każdy lekarz mógł swoją i swojej rodziny przyszłość ubezpieczyć z możliwie najmniejszym wkładem, bo dużo wkładać nie ma z czego, a przecież z tą pewnością, że on sam w chwili krytycznej lub na starość, — a wdowa i sieroty po śmierci jego otrzymają pomoc wydatną i że otrzymają pomoc tę jako swe prawo w pewnej z góry oznaczonej wysokości, a nie jako jałmużnę i to niepewną. Dać zaś to mogą jedynie i wyłącznie przymusowe, obowiązkowe urządzenia asekuracyjne, bo wszystkie dotychczasowe dowolne ubezpieczenia lekarzy mogły może pomódz w poszczególnych wypadkach, ale nie zapobiegły widocznemu, ciągle postępującemu upadkowi materyalnemu naszego stanu, ani nie zdołały usunąć niedostatku, często wprost nędzy tylu owdowiałych żon lekarzy i sierót, pozostawionych bez żadnego zaopatrzenia. Dla poparcia przytoczę przykład, wyjęty ze sprawozdania: »Das erste Dezennium der Aerztekammern in Oesterreich«. W wiedeńskim instytucie: »Wittwen- und Waisensocietät des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums« założonym jeszcze w 1758 roku, ubezpieczonych jest zaledwie 419 lekarzy, — w podobnym pragskim tylko 118 lekarzy.

Chociaż więc uderzającą jest potrzeba przymusu dla zapewnienia losu tym, którzy sami o przyszłości swej myśleć nie chcą, czy nie umieją, — chociaż zrozumiały to Izby, jednak przez 10 lat swego istnienia nie zdołały zadania tego przeprowadzić, raz dla oporu, jaki wśród krótkowidzących lekarzy napotykały, powtóre dla obojętności, a nawet do pewnego stopnia nieprzychylnego stanowiska rządu, który dotyczące tego projekty, wniesione swego czasu przez Izbę wschodnio-galicyjską, później przez Izbę dolno-austryacką — odrzucał.

Ale niepowodzenia nie mogą dla Izb, co mają stać na straży interesów naszego zawodu, być powodem do zniechęcenia; niech raczej staną się bodźcem, aby tem energiczniej, tem natarczywiej domagać się tego, co potrzebne i konieczne. Opór można wytrwałością złamać, obojętność pobudzić do czynu, — a rządy w Austryi tak często się zmieniają! Wykażę też zaraz, jak usiłowania pewnej grupy lekarzy zdołały przecież do tego doprowadzić, że projekt ubezpieczenia nie został »a limine« przez rząd odrzucony, owszem znalazł nawet przychylne przyjęcie; — a że dotąd owoców nie przyniósł, wina już innych okoliczności, które wywołały dobrze zresztą znany zastój w pracach parlamentu austryackiego.

Wydział zawiązanego przed pięciu laty w Krakowie Towarzystwa Samopomocy lekarzy opracował szczegółowy projekt przymusowego ubezpieczenia lekarzy celem zapewnienia im odpowiedniej emerytury, jak również pensyi dla wdów i sierot. Dnia 12 marca 1902 r. wniosło prezydyum tegoż Towarzystwa odpowiednią petycyę do Rady państwa i do Rządu, a delegaci, którzy petycyę tę do Wiednia powieźli, uzyskali nie tylko przyjęcie jej, ale zapewnienie od bardzo wpływowych osób, że zajęcie się tą sprawą i jej przeprowadzenie jest konieczne.

Gdy jednak od owego czasu upłynęły cztery lata, a o dalszych losach petycyi nic nie słychać (prawdopodobnie z powodu ogólnego zastoju prac parlamentarnych), należy rzecz tę podnieść na nowo, a podjąć się tego powinny Izby lekarskie w myśl wyrażonego w »Sprawozdaniu z dziesięciolecia Izb« zapatrywania: »Die Kammer muss sich, von der Erkenntniss geleitet, dass sichere und radicale Abhilfe gegen den herrschenden und voraussichtlich noch zunehmenden Notstand nur auf dem Wege der obligatorischen Versicherung geschaffen werden kann, allen Tendenzen gegenüber ablehnend verhalten, die sich der Verwirklichung dieses Zieles, wenngleich »bona fide« entgegenstellen. Immer dringender, immer ungestümer wird das Verlangen nach Wohlfartsinstituten mit Zwangscharakter an die Tore der verwaltenden und gesetzgebenden Körperschaften pochen und seine Kraft nimmt zu, je tiefer der Wohlstand der Berufsgenossen sinkt«.

W tej myśli więc, że sprawa nie cierpi zwłoki, postanowiła Izba zachodnio-galicyjska wnieść rzecz na tegoroczny Wiec austryackich Izb lekarskich w Krakowie i w tym celu przedłoży tam odpowiednie wnioski.

Nie kuszę się o wypracowanie gotowego we wszystkich szczegółach projektu, bo zadaniem to będzie czy Wydziału wykonawczego Izb, czy osobnej umyślnie w tym celu wybranej komisyi, lecz przedstawić pragnę tylko zasady, na których najpraktyczniej zdaje się byłoby oprzeć ubezpieczenie lekarzy. Zasady te czerpię z gruntownie opracowanego projektu Towarzystwa Samopomocy lekarzy, który właśnie w postaci wspomnianej wyżej petycyi został już do Rady państwa i do Rządu wniesiony.

Zasady te są następujące:

1. Wszyscy lekarze, będący członkami Izb lek. austryackich obowiązani są do ubezpieczenia się w Zakładzie pensyjnym lekarzy austryackich, który w tym celu powstać ma jako nowa instytucya państwowa. Od obowiązku tego uwolnieni są tylko ci lekarze, którzy ze stanowiska swego urzędowego w służbie publicznej mają już zapewnioną emeryturę.

2. Ubezpieczenie nadaje prawo do emerytury w wysokości zapewnionej urzędnikom panstwowym co najmniej rangi X w odpowiednim stosunku pensyi wdowiej i dodatku dla sierot.

3. Ubezpieczenie nadaje prawo do renty na wypadek choroby i przejściowej niezdolności do zarobkowania, — na wypadek zaś stałej niezdolności do pracy otrzyma ubezpieczony dożywotnią rentę inwalida w wysokości odpowiedniego emeryturze procentu.

4. Wszystkie wymienione renty, pensye wdowie i emerytury wypłaca administrujący funduszem pensyjnym c. k. centralny Zakład pensyjny lekarzy austryackich, czynności pośredniczące załatwiają Izby.

5. Fundusz pensyjny tworzy się: a) z opłat uiszczanych przez ubezpieczonych lekarzy w postaci stałej premii rocznej; b) z dochodu, pochodzącego ze stempla receptowego; c) z opłat wnoszonych przez zakłady, władze i instytucye, które z usług lekarzy stale korzystają bez zapewnienia im emerytury.

Jak z powyższego wynika, opiera się projekt ten na zasadzie ubezpieczenia przymusowego, oraz na zasadzie wciągnięcia

do współudziału w stworzeniu i zasilaniu funduszu pensyjnego, także sfer pozalekarskich a więc ogółu leczących się i instytucyi zatrudniających lekarzy.

Zasada pierwsza t. j. przymus nie wymaga chyba bliższego uzasadnienia po tem, co na wstępie powiedziano. W zakładach asekuracyjnych dowolnych ubezpieczają się przeważnie ci, których stać na to, a cała większość lekarzy niezamożnych, a więc najbardziej ubezpieczenia potrzebujących, — nie ubezpiecza się właśnie z powodu niemożności opłacania wysokich premii.

Za drugą zasadą przemawiają znów następujące względy: Już w uchwalonej przez Radę państwa ustawie o ubezpieczeniu urzędników prywatnych wychodził rząd z zapatrywania, że pracodawca winien umożliwić swemu urzędnikowi nie tylko byt (przez stosowną płacę) w czasie, gdy z pracy jego korzysta, ale nadto przyczynić się do zapewnienia mu bytu także i na ten czas, gdy zdrowie urzędnika podupadnie i gdy wskutek lub przynajmniej przy pracy, spełnianej dla pracodawcy, siły jego się strawią. Odpowiednio do tego w ustawie tej nałożono na pracodawcę, względnie służbodawcę, obowiązek wnoszenia opłat i to nawet znacznie większych od tych, które sam ubezpieczony uiszcza.

Dla lekarza pracodawcami są poprostu chorzy, którym poświęca on swój czas, swą wiedzę, pracę, zdrowie, często życie. Objawem widocznym usługi, wyświadczonej przez lekarza choremu, bywa najczęściej recepta, dlatego sądzę, że ostemplowanie recept kosztem chorych z przeznaczeniem kwot, stąd uzyskanych, na uzupełnienie funduszu pensyjnego byłoby najsprawiedliwszą formą, w jakiej społeczeństwo winno być pociągniętem do współudziału w ubezpieczeniu lekarzy. Co więcej byłoby ono formą, najłatwiejszą do przeprowadzenia.

I drugi jeszcze motyw, już praktycznej natury, przemawia za wciągnięciem do współudziału tego sfer pozalekarskich. Wszystkie dotychczasowe projekta ubezpieczenia lekarzy napotykały główną trudność w tem, że premie, które musieliby opłacać lekarze sami, byłyby stosunkowo zbyt wysokie; jest bowiem rzeczą smutną, choć prawdziwą, że wielu bardzo nie mogłoby poprostu premii takiej opłacać. Premia więc składana corocznie przez lekarza, musi być możliwie niską, a brak stąd powstały, uzupełnić trzeba kosztem tych, co ze świadczeń lekarzy korzystają.

Zaproponować przeto należy ustawowe wprowadzenie stempli receptowych po cenie bardzo niskiej. Powinny one być na składzie w każdej aptece i pod grozą kary pieniężnej wzbronionem byłoby wydanie lekarstwa na receptę bez stempla. Stempel mógłby przylepiać aptekarz na recepcie przyniesionej przez chorego, wpisywałby w rachunek za lekarstwo koszt stempla i w ten sposób ściągał wartość jego.

Nie jest to myśl nowa, gdyż ostemplowanie recept proponowano już na pierwszych wiecach Izb lekarskich i wtedy, co prawda, projekt ten nie doznał należytego poparcia. Przytaczano przeciw wywody dość błahe, a z biegiem czasu i ich siła znacznie osłabła. Obecnie zmieniło się nieco zapatrywanie przeciwników tej myśli, czego dowodem choćby liczne głosy poważnych kół lekarskich w Wiedniu, gdzie np. dr Stricker przypomniał w roku bieżącym znów stempel receptowy i gorąco za wprowadzeniem go wystąpił.

Co więcej, my w Galicyi, możemy wywodom, snutym przy zielonym stoliku, przeciwstawić fakta, na praktycznem oparte doświadczeniu. Oto Towarzystwo Samopomocy lekarzy, nie oglądając się na nic, zaprowadziło od 2 lat dobrowolne stemplowanie recept przez chętnych tej myśli lekarzy znaczkami po 4 halerze. Stemple te, a raczej znaczki (bo nie są jeszcze urzędowemi markami), na które z początku wielu kolegów patrzyło jakoś niechętnie, rozpowszechniają się coraz bardziej, a ze strony publiczności nietylko nie spotkały się z żadnym oporem, przeciwnie wielu bardzo chorych żąda od lekarza przylepienia znaczka na recepcie, wiedząc, że drobna kwota, którą za to uiści, idzie na cel humanitarny. Przez ubiegłe 2 lata uzyskano z rozsprzedaży znaczków receptowych 12,571 koron, a uzyskanoby niewątpliwie więcej, gdyby nie to, że tylko gorliwsi koledzy o nich pamiętają, że wielu nie używa ich przez lenistwo lub zapomnienie. Temu zaradziłby przymus stemplowy, a jak znaczne ze źródła tego płynęłyby kwoty, gdyby każda recepta w całej Austryi musiała być ostemplowaną, dowodzić chyba jest rzeczą zbyteczną.

Mógłby ktoś zrobić zarzut, że takie przymusowe stemplowanie recept to nowy podatek, — rzecz, zwłaszcza w Austryi, niezbyt sympatyczna. Tak jest, ale ten podatek będzie tak mały (bo cena stempla wynosićby nie powinna więcej jak 1—2 halerzy), że chory niemal go nie odczuje, gdyż nie zrobi mu to różnicy, czy za lekarstwo zapłaci koronę, czy 101 halerzy. Przeciw zarzutowi, skąd ubodzy wezmą pieniędzy na opłacenie stempla — odpowiedź prosta: stąd, skąd biorą na lekarstwo. Przecież i teraz ubogim nie wyda aptekarz za darmo leków, lecz pobiera zapłatę, którą uiszcza albo jakaś instytucya, lub prywatna osoba, opiekująca się ubogim chorym. Z tego samego źródła znaleść się będzie musiał ów halerz więcej za stempel receptowy.

Niewątpliwie wprowadzenie stempli obciąży nieco wszystkie kasy dla chorych i z ich strony, a nie ze strony ogółu publiczności, należałoby się spodziewać opozycyi. Wobec jednak znanego faktu, jak nędznie wynagradzają kasy te swych lekarzy, wobec faktu, że nie zapewniają im nawet po najdłuższych latach ani emerytury, ani renty na wypadek choroby, obciążenie kas tych na rzecz lekarzy nie byłoby rzeczą niesłuszną, przeciwnie: zupełnie sprawiedliwą.

Zresztą nie należy z zaprowadzenia stempli robić »kwestyi gabinetowej«; niech tylko znajdzie się inny sposób stworzenia dostatecznych funduszów pensyjnych, a przy stemplach receptowych nikt upierać się nie będzie; lecz z drugiej strony z całą świadomością wyrażam przekonanie, że innego sposobu tak szybko, pewnie i pokaźnie zasilającego fundusz pensyjny znaleźć nie łatwo, wszak szukano go już, a nie znaleziono i dlatego też odzywają się coraz liczniejsze głosy: że wrócić należy do dawnej myśli stemplowania recept.

Już z tego źródła, łącznie z premią, opłacaną przez samego lekarza, da się osiągnąć bardzo pokaźne kwoty, jak dowodzi rachunek, sporządzony przez zawodowego rachmistrza jednej z poważnych instytucyi asekuracyjnych (rachunek zamieszczony w petycyi Tow. Samop. lek.), ale ten sam rachunek wskazuje zarazem, że kwoty te jeszcze cokolwiek nie wystarczają, brak mianowicie pewnego procentu pełnej emerytury dla każdego ubezpieczonego. I ten to właśnie brak pokryćby musiały — w myśl przyjętej raz zasady, — stałemi premiami i opłatą za stemple receptowe te zakłady i instytucye, które lekarzy zatrudniają, nie zapewniając im żadnej emerytury. Mam na myśli: kasy chorych wszelakiego rodzaju, zarządy kolejowe, zarządy miejskie, rady powiatowe, fabryki, towarzystwa asekuracyjne, wreszcie sądy i inne instytucye rządowe. Wszystkie te instytucye powinny przyczyniać się do zasilania funduszu pensyjnego dla lekarzy przez wnoszenie jako stałych premii pewnego procentu od wynagrodzenia wypłacanego lekarzom, oraz przez opłacanie stempli na recepty, dla członków tych instytucyi zapisywane. Już na II. Wiecu Izb postawił delegat Izby Kraińskiej wniosek w tym duchu, opiewający: »Bei der Bildung des Pensions- und Altersversorgungsfondes soll in erster Linie der Staat, in zweiter das Publikum und erst in letzter der Arzt selbst herangezogen werden«, uzasadniając go tem, że wogóle zanadto odwołuje się do samopomocy lekarzy, chociaż żaden inny stan nie świadczy tyle usług tak państwu, jak i publiczności, i to w wielu razach bezpłatnie, po większej zaś części za nieodpowiedniem do nakładu pracy, stopnia wiedzy i połączonych z pracą tą niebezpieczeństw wynagrodzeniem — z pobudek li tylko humanitarnych.

Postawiona wyżej zasada centralizacyi funduszu była już też przedmiotem dyskusyi na Wiecach Izb. Roztrząsano obszernie, czy ma być utworzony jeden centralny fundusz dla wszystkich lekarzy, należących do różnych Izb, czy też powinno się dążyć do decentralizacyi. Już wtedy podniesiono, że za centralizacyą przemawia ten wzgląd, że okręgi różnych Izb są różne i niektóre tak małe, że zadaniu temu ze względów finansowych sprostaćby nie mogły.

Rzecz jasna, że skreśliłem tutaj tylko szkic ogólny przyszłej ustawy, szkic, który posłużyć ma za drogowskaz przy obszernych badaniach, jakie przedsięwziąć będą musieli ci, co zajmą się opracowaniem szczegółów. Zaznaczam jednak wyraźnie, że zasady te, zaczerpnięte ze wspomnianej już kilkakrotnie petycyi Tow. Samopomocy lekarzy, opierają się na realnej matematycznej podstawie, — zwracam nadto uwagę, że tylko w ten sposób projekt mógłby być przeprowadzonym bez nadmiernego obciążenia wszystkich czynników, powołanych do współdziałania w utworzeniu funduszu pensyjnego.

Oto w ogólnych zarysach uzasadnienie wniosków konkretnych, jakie Izba zachodnio-galicyjska zgłosić ma na tegorocznym Wiecu Izb lekarskich w Krakowie.

Bardzo ciekawą skargą przeciw lekarzowi zajmuje się teraz, jak donosi »Die Zeit«, austryackie ministerstwo sprawiedliwości. A mianowicie prokuratorya oskarżyła znanego wiedeńskiego lekarza, dra E., o oszustwo dlatego, że leczył listownie

na choroby weneryczne różne po za Wiedniem mieszkające osoby i przyjmował za to honoraryum. Prokuratorya chce w ten sposób przeciwdziałać coraz bardziej rozpowszechniającemu się nadużyciu i użyła w tym celu bardzo elastycznego paragrafu o zbrodnię oszustwa. W obecnej sprawie dostała prokuratorya do swych rąk leki, które pewien chory z Niemiec otrzymywał pocztą od lekarza wiedeńskiego, a których rozbiór chemiczny stwierdził, że się składają z jedynego składnika — z cukru. Lekarz oskarżony broni się wprawdzie twierdzeniem, że do cukru domieszał jakiś lek homeopatyczny. Prokuratorya ocenia poszkodowanie chorego na kilkaset marek. Lekarz został w sądzie krajowym zasądzony; obecnie odwołał się do ministerstwa. *E. S.*

Skarga przeciw dentyście. Sąd krajowy cywilny w Wiedniu zajmował się niedawno sprawą, blizko obchodzącą ogół lekarzy. Inżynier Józef K. wniósł skargę przeciw dentyście dr Jakóbowi Z., który mu w uśpieniu usunął kilka zębów z końcem czerwca 1905. Skarżący twierdzi, że kiedy obudził się po operacyi z uśpienia, zauważył w ranie resztkę niewyjętego korzenia. Dentysta, któremu skarżący zwrócił na to uwagę, zbył go zapewnieniem, że to, co czuje, nie jest korzeniem zęba, ale odsłoniętą szczęką. Niedługo potem zaczął skarżącemu znowu ząb dokuczać, a wtedy dentysta, zapytywany listownie, znowu go uspokajał, że rana się wkrótce zagoi, bo nic w ranie nie zostało. Skarżący, polegając na tem zapewnieniu, nie zwracał się więcej do nikogo, chociaż bole stawały się coraz dokuczliwsze, a nawet przeszkadzały mu w pracy zawodowej. Dopiero w lutym 1906 roku udał się do dra S., który stwierdził, że w ranie tkwi pozostawiony korzeń, który sprawia bole i uniemożliwia gojenie się rany. Dr S. usunął korzeń. Obecnie skarży K. dentystę Z. o 7,176 koron, jako zwrot kosztów leczenia, za stratę zarobku i za ból. Oskarżony podnosi w obronie, że leczył skarżącego wedle prawideł sztuki i że przestrzegał ściśle wszelkich ostrożności. I najwytrawniejszy lekarz nie mógłby zaraz po operacyi rozpoznać, czy w ranie tkwi resztka zęba. Po przesłuchaniu znawcy, dra T., że w pozostawieniu korzenia zęba nie można dopatrywać błędu lekarskiego, oddalił sąd skarżącego ze skargą. *E. S.*

Kwiatek etyczny. Niejaki dr Hajòs, właściciel sanatoryum na wyspie Lussinpiccolo, miał czoło, prosząc jednego z wybitnych lekarzy krakowskich listownie o poparcie swego zakładu, napisać dosłownie: »Ich erlaube mir unter strengster Discretion mitzutheilen, dass ich nach jedem Kranken (któregoby adresat do zakładu skierował) ein Ehrenhonorar im Betrage von 40 Kronen zukommen lasse«. List z tak pięknem zakończeniem powędruje oczywiście do odpowiedniej Izby lekarskiej. *R.*

Reformę „sprawy recept“ uchwaliła wiedeńska Izba lekarska na podstawie referatu dra Grüna przedstawić na najbliższym Wiecu Izb. Izba uczyni następujące propozycye: Każda recepta traci ważność po trzech latach; recepta, która zawiera środki silnie działające, już po roku, o ile lekarz nie dopisał na niej »ne repetatur«. Na każdej recepcie należy, o ile tylko możliwe, napisać nazwisko i wiek chorego. O ludziach, podejrzanych o morfinizm, należy donieść gremium aptekarskiemu, aby zwróciło uwagę poszczególnym aptekom na możliwość podstępnego uzyskiwania morfiny. Izby powinny się wystarać u rządu o przedstawicielstwo w najwyższej radzie zdrowia, a to celem przeprowadzenia tych reform na drodze ustawodawczej i administracyjnej. Izby austryackie powinny prosić rząd, by wyraźnie zwrócił uwagę aptekarzom, że ustawa nie zezwala na wydawanie leków na recepty obcokrajowych lekarzy. *E. S.*

Międzynarodowa konferencya przeciwgruźlicza, niedawno odbyta w La Haye, zajmowała się między innemi kilku sprawami wielkiej doniosłości. Pierwszą z nich była sprawa szerzenia się gruźlicy i sposobu, w jaki ustrój się zakaża. Calmette bronił swego twierdzenia, iż ustrój ludzki zakaża się niemal wyłącznie przez przewód pokarmowy, przeciwko zarzutom Flüggego i Sproncka. Francuska prasa lekarska utrzymuje, że Calmette odniósł nad swymi przeciwnikami zwycięstwo. Konferencya uchwaliła następujący wniosek Calmettea: »Konferencya wyraża życzenie, aby rządy, nie ustając zapobiegać szerzeniu się gruźlicy bydlęcej, zorganizowały na drodze ustawodawczej walkę przeciw zakażaniu się ludzi gruźlicą ludzką, a to, nie tracąc z oczu tej okoliczności, że największą odporność może w końcu pokonać szereg ponawiających się zakażeń, — i że walka przeciw rozsiewaniu się prątków gruźliczych, w szczególności przeciw dostawaniu się ich do przewodu pokarmowego, jest o wiele donioślejszą, niż walka przeciw terenowi, mogącemu być zakażonym gruźlicą«. — Następnie roztrząsano sprawę donoszenia o przypadkach gruźlicy. Za obowiązkiem donoszenia przemawiali Schrötter z Wiednia i lekarze szwedzcy. Konferencya uchwaliła w końcu wnioski Hansena (z Bergen) i Savoire (z Paryża), stwierdzając pożytek obowiązkowego donoszenia, które w kilku już krajach wprowadzono bez trudności i prosząc rządy o zaprowadzenie obowiązkowego donoszenia o przypadkach śmierci z gruźlicy i o chorych, mogących być źródłem zakażenia drugich osób. — W końcu zajmowała się konferencya sprawą swoistego leczenia gruźlicy. Maragliano wywodził, że możliwe jest leczenie wczesnych okresów gruźlicy, nie usuwające jednak już powstałych zmian. Behring zgotował członkom konferencyi rozczarowanie, gdyż nadesłane przez niego sprawozdanie otacza taką tajemnicą prowadzone doświadczenia i wymaga takich zobowiązań od lekarzy, dopuszczonych do doświadczeń z nowymi środkami Behringa, że wzbudziło ogólną niechęć. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 23 do 29 września 1906 doniesiono o 27 nowych przypadkach duru plamistego w 9 gminach, a mianowicie w pow. Czortków (Czortków 1), Jarosław (Dobcza 2), Jaworów (Zawadów 3), Kałusz (Nowica 2, Ćwitowa 2), Nadwórna (Łanczyn 5), Stryj (Grabowiec str. 1), Tarnopol (Chodaczków w. 1), Zaleszczyki (Beremiany 10). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 23 a 29/IX b. r. urodziło się dzieci żywo 54, nieżywo 5; zmarło osób 36 (obcych 13); z tego z gruźlicy 8 (2), zapalenia płuc 2 (1), błonicy — (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 2 (2), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 5 (—), innych chorób zakaźnych — (—), śmierci gwałtownej — (—).

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 16/IX do 22/IX b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 8 (obcych 2), krztuśca 5 (—), ospy — (—), płonicy 7 (1), odry 2 (—), duru brzusznego 1 (5), czerwonki 8 (—), gorączki połogowej 1; w tymże czasie zmarło: z błonicy 1, z duru brzusznego 1, z gorączki połogowej 1.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Komisya higieniczna Towarzystwa lekarskiego odbyła d. 3. października pod przewodnictwem radcy dw. prof. Jordana posiedzenie organizacyjne, na którem przewodniczący i sekretarz dr Bier przedstawili program działalności komisyi, poczem uchwalono zaprosić do udziału w pracach komisyi przedstawicieli kół technicznych, pedagogicznych i administracyjnych, a wreszcie uchwalono zająć się przedewszystkiem sprawą walki z gruźlicą, nie pomijając jednak innych nasuwających się do pracy.

— Na otwarcie nowego szpitala w dniu 7 b. m. o godz. 9 rano otrzymało od OO. Bonifratrów zaproszenie Towarzystwo lekarskie krakowskie, o czem zawiadamiamy niniejszem członków Towarzystwa.

Otwarcie nowego szpitala ma, szczególnie w naszych stosunkach, w kraju, cierpiącym na wielki jeszcze niedobór łóżek szpitalnych w stosunku do zaludnienia, — wielkie znaczenie społeczne. Toteż, wyrażając szczery podziw dla tych, którzy zdołali stworzyć piękny, nowocześnie zbudowany szpital istotnie z niczego, jedynie przez swoją niestrudzoną energię i pracę, przejęci jesteśmy szczerą radością ze szczęśliwego dokonania dzieła, któremu życzymy jak największego rozkwitu i jaknajowocniejszej działalności.

— Prof. dr Ludomił Korczyński mianowany został prymaryuszem szpitala krajowego w Sarajewie. Żegnając wieloletniego współpracownika naszego pisma i członka tegorocznej komisyi redakcyjnej, życzymy mu powodzenia na nowym terenie pracy, nie wątpiąc, że oddalenie nie osłabi węzłów, łączących go ze swojskiem piśmiennictwem.

Lwów. We Lwowie ma z inicyatywy starostwa powstać zakład dla nieuleczalnych powiatu lwowskiego, pod który to zakład uzyskano już grunt i materyał budowlany. Na cel zakładu byłyby obrócone t. zw. fundusze ubogich gminne, powstałe z rozmaitych kar pieniężnych.

Z różnych stron. Tegoroczny sezon kąpielowy wypadł, wedle »Przewodnika kąpielowego« (Nr 12), dla zdrojowisk polskich niepomyślnie. Szczególnie odczuły zdrojowiska w Królestwie i na Litwie wpływ obecnych stosunków politycznych, nie doliczając się — prócz Ciechocinka — ani połowy swej zwyczajnej frekwencyi, a najwięcej ucierpiała Połąga. Zdrojowiska

galicyjskie ściągnęły mniej chorych z za kordonu, niż zazwyczaj, mimoto Krynica i Rabka zgromadziły nieco więcej gości, niż w latach poprzednich. Frekwencya Szczawnicy obniżyła się.

— Ukończony właśnie 78. Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Stuttgardzie odznaczał się przez to, że powiodło się urządzić z pożytkiem liczne posiedzenia zbiorowe (kilku sekcyi razem), poświęcone sprawom ogólniejszego znaczenia (n. p. wyniki nowszych badań kiły, leczenie operacyjne nowotworów mózgu i rdzenia i t. d.), a zmniejszyć rozpraszanie się zjazdu na drobne działy.

— Pomnik Semmelweisa został uroczyście odsłonięty w Peszcie 30 września b. r.

— W Stuttgardzie zawiązało się grono lekarskie, zajmujące się sprawami higieny społecznej.

— Drugi cykl wykładów i ćwiczeń w seminaryum medycyny społecznej w Berlinie odbędzie się 10—31 października b. r. na temat »Ubezpieczenie od nieszczęśliwych przypadków w teoryi i praktyce«. Zgłoszenia z napisem »Seminar für sociale Medizin« należy nadsyłać do dra A. Peysera (Berlin C. 54, Hackescher Markt 1).

— W Petersburgu powstaje zakład sanitarno-techniczny, mający opracowywać naukowo zagadnienia z zakresu zaopatrywania miast w wodę, kanalizacyi, higieny, mieszkań i miejskich urządzeń dobroczynnych.

— Wszystkie uniwersytety w Rosyi rozpoczęły prawidłową działalność, prócz warszawskiego. Napływ słuchaczy na wszystkie wydziały, nie wyłączając lekarskiego, jest niebywały.

— Statystyka inspektoratów lekarskich w Rosyi za r. 1903 podaje przy ogólnej liczbie ludności 115 milionów, urodzeń 5,4 mil., śmiertelność 3,3 mil. Lekarzy było 17,633 (jeden na 7,930 mieszkańców), felczerów 20,000, położnych 11,000, dentystów 3,500; szpitali przeszło 6,400 z 146,000 łóżek. Wydatki na pomoc lekarską wyniosły 59 milionów rubli, z czego połowę pokryły ziemstwa, 20 prc. miasta, 15 prc. instytucye prywatne, a rząd tylko 10 prc. (»Kraj« Nr 37).

Mianowani: Dr Loevenhart profesorem farmakologii i chemii fizyologicznej w Baltimore; dr Paton profesorem fizyologii w Glasgowie.

Powołani: Prof. Kretz z Wiednia na katedrę anatomii patol. w Pradze (po Chiarim).

Zmarli: Prof. ogólnej patologii i terapii Högyes, redaktor [illegible]ma „Orvosi Hetilap“ w Peszcie; prof. anatomii i chirurgii H. P. [illegible]oper w Atlanta College of. Phys. and. Surg.; były profesor oku[illegible]ki w Kazaniu Emil Adamiuk, ur. w r. 1839 w Bielsku gubernii [illegible]leńskiej.

Dr Zdzisław Hejdukowski w Piotrkowie; dr Antoni Emilian Żaboklicki, lekarz powiatu łukowskiego, w 64 r. ż. w Łukowie; dr Waleryan Jastrzębski w 45 r. ż. w Sieniawie w Galicyi.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr 39. Flatau i Koelichen: Nowotwór śródpiersia i rdzenia. Sterling (dok.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 39. Daum: Przypadek przetoki pęcherzowo-pochwowej, powstałej skutkiem kamienia moczowego. Rencki (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr Z. 18. Sędziak (dok.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 12. Korczyński: Kilka uwag ogólnych o urządzeniu Szczawnicy.

— *Głos lekarzy* Nr 19. Mikołajski: Sprawa majsterskich kas chorych w Radzie Państwa. Żeleński: Sprawozdanie z pierwszego roku działalności instytucyi „Kropla mleka“ w Krakowie. Mikołajski (c. d.).

— *Zdrowie* Zesz. 9. Chodecki: Nerwowość a higiena życia domowego. Biehler Matylda: W kwestyi lekarzy domowych. Lande: Dobre i złe skutki lecznictwa domowego.

— *Kronika dentystyczna* Nr 3. Goldberg: O szynach kauczukowych przy złamaniu szczęk. Krakowski (c. d.).

— *Časopis lekařův českých* Nr 39. Schöbl i Placak: O zánětu blan mozkových. Dvořak (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 36. Omelczenko: W sprawie krętków w kile. Gramenicki: W sprawie leczenia zastoiną sposobem Biera. Kłodnicki: Znaczenie bakteryologicznego badania moczu w rozpoznawaniu Abelman: Leczenie choroby Basedowa surowicą Moebiusa Dawydow: Torbiel bąblowcowa nerki z pęknięciem do miedniczki.

— *Presse médicale* Nr 76. Leduc: Nowe teorye rozczynów i ich stosunek do medycyny. Raymond: Czucie wątrobne. Delaunay: Rola fizyki i chemii w medycynie. — Nr 77. Jeannin: Jaja bliźniacze. Pelissard i Benhamou: Wstrzykiwania izotonicznej wody morskiej w krwawiączce noworodków.

— *Semaine medicale* Nr 39. Aubertin. Białaczka a radyoterapia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 39. Fischer: Poprzednicy Semmelweisa. Löwy: Znaczenie odczynu nastoju naparstnicy ze względu na jego skuteczność. Urbanschitsch: O padaczce „odruchowej“. Teleky: Świertelność z gruźlicy w Austryi (1873—1904). Rethi: Ozena, a leczenie zastoiną. Joachim: O wylewach rzekomo mleczystych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 39. Quincke: Hydrops toxicus. Mayer i Milchner: Topograficzne opukiwanie serca u dzieci. Saito: Doświadczalno-krytyczne badania odczynu desmoidowego Sahliego. Funck: Przyczynek do wytłómaczenia poprawy w białaczce wskutek wbieżnych zakażeń. Dinger: W sprawie leczenia jaglicy radem. Woestenhoeffer (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 39. Heilbronner: O odosobnionej agrafii apraktycznej. Kelling: O niedokrwistości złośliwej i białaczce. Sticker: Samorodne i pooperacyjne nowotwory przez przeszczepienie. Cramer: Przeszczepienie jajników ludzkich. Pfeiffer: O mięsaku zielonawym *(chloroma)* czaszki. Schreiber i German: O działaniu lampy rtęciowo-kwarcowej. Joseph (dok.). Fleiner (dok.). Voelcker: Otwarcie zakładu doświadczalnego badania raka w Heidelbergu.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 39. Horstmann: Leczenie chorób spojówki. Peschel: Nowy aseptyczny kroplomierz. Schirbach: Doświadczenia kliniczne co do proponalu. Müller (dok.). Neisser i Sachs: Uwagi co do pracy Uhlenhutha o odchyleniu komplementów. Klieneberger: W sprawie saprofityzmu prątków hemoglobinofilnych. Dunger: O zastąpieniu odczynu dwuazowego próbą z błękitem metylenowym według Russo. Werner i Lichtenberg: W sprawie wpływania na ciążę przez wstrzykiwania choliny. Baratyński: O postępowaniu z ranami pęcherza po cięciu nadłonowem. Eichel: Dwa przypadki ran kłutych przepony. Schlesinger: Gorset Glénarda.

Redakcya otrzymała: Browicz: Topografia dróg żółciowych śródzrazikowych w wątrobie ludzkiej. Rozpr. Akad. Um. 1906. — Sędziak: 1) O stanie laryngologii, rynologii i otyatryi w Polsce w XIX wieku. Odb. z „Nowin lek.“ 1906. 2) The etiology and treatment of mycosis occurring in the upper respiratory tract. Odb. z „Ann. of. otol. etc.“ 1905. — Klecki K.: Badania nad sztuczną czasową odpornością jamy brzusznej na zakażenie mikrobami jelitowymi. Ak. Um. 1906. — XIII Sprawozdanie wydziału związku polskich gimnastycznych Towarzystw sokolich za rok 1905/6. Lwów.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLV. Kraków 13 Października 1906. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O nerwobólu międzyżebrowym *(neuralgia intercostalis)* głównie ze stanowiska skarg chorego.

Podał
Władysław Janowski
docent Akademii i ordynator szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Mianem nerwobólu międzyżebrowego oznaczamy, jak wiadomo, ból w obrębie rozgałęzienia dwunastu par nerwów grzbietowych.

Oprócz gałązek ruchowych, które nas tym razem nie obchodzą, wspomniane nerwy grzbietowe oddają cały szereg gałązek czuciowych, unerwiających okolicę nadramieniową, całe plecy, lędźwia, aż do grzebienia kości biodrowej, oraz boczną i przednią powierzchnię klatki piersiowej i brzucha. Nadto, o czem nie należy nigdy zapominać, pierwszy nerw grzbietowy prawie sam wyłącznie tworzy nerwy skórne ramienia: wewnętrzny większy i mniejszy *(nn. cutaneus brachii internus major et minor)*, a drugi i trzeci nerwy grzbietowe dają szereg gałązek czuciowych do skóry dołków pachowych.

Z powyższego wynika, że nerwobólem międzyżebrowym nazywamy ból, powstający w wyliczonych częściach tułowia i rozszerzający się na okolicę pachową i na wewnętrzną powierzchnię ramion.

I.

Jest rzeczą wprost uderzającą, jak często cierpienie to, tak elementarnie proste co do rozpoznania, jest u nas zapoznawanem lub rozpoznawanem, jako coś zupełnie innego, o czem później będę miał wielokrotnie sposobność wspominać To właśnie nadzwyczaj częste nierozpoznawanie nerwobólu międzyżebrowego skłoniło mnie do zwrócenia na niego uwagi w niniejszej pracy. Robię to zaś tem śmielej, że na zasadzie poszukiwań w piśmiennictwie przekonałem się, że według wszelkiego prawdopodobieństwa cierpienie to pozostaje często nierozpoznawanem nie tylko u nas, ale i na zachodzie. Przemawiają za tem bardzo skromne liczby odnośnych spostrzeżeń, podawane w podręcznikach. Dość powiedzieć, że w klasycznej i bardzo obszernej monografii o nerwobólach wogóle, liczącej z górą 730 str. druku, wydanej w roku 1841-ym przez słynnego Valleix, liczba opisanych przez niego przypadków nerwobólu międzyżebrowego wynosi 25 [1]). Cytowany przez niego Bassereau opisał przypadków omawianego cierpienia 37. Eulenburg opiera swoje doświadczenie na własnych 27 przypadkach Bernhardt [2]) zaś spostrzegał ich 45. Tymczasem ja na 2906 zapisków, dotyczących bywających u mnie w ciągu ostatnich kilku lat chorych przychodnich, znalazłem 258 razy rozpoznany nerwoból międzyżebrowy. Wprawdzie chorzy z podobnemi skargami przychodzą przeważnie do lekarza do domu, sądzę jednak, że nie będzie przesady, jeżeli powiem, że pomiędzy chorymi w mieście oraz w prowadzonym przezemnie oddziale szpitalnym widziałem przynajmniej drugie tyle przypadków nerwobólu międzyżebrowego, zwłaszcza postaci ciekawszych, omówionych poniżej w grupach, objętych znakiem II B. Wynika stąd, że osobiście spostrzegałem co najmniej 500 przypadków tego cierpienia. Jest to liczba tak rażąco większa od tych, które posłużyły za podstawę powyżej wyliczonym autorom, iż śmiało na jej zasadzie wypowiedzieć mogę przypuszczenie, że i na zachodzie cierpienie to jest nierównie częstszem, niżby to z książek sądzić można.

Tu spieszę dodać, że (poza wnioskami o rokowaniu i leczeniu) w dalszym ciągu niniejszej pracy opierać się będę wyłącznie na wymienionych 258 przypadkach z mojej klienteli domowej, gdyż zapisków o chorych w mieście nie prowadzę, w szpitalu zaś nerwoból międzyżebrowy spostrzegam prawie zawsze, jako cierpienie dodatkowe, towarzyszące temu, które sprowadziło chorego na oddział przytem najczęściej szybko wyleczone. Wskutek tego zostaje ono, przy wypisywaniu chorego z oddziału, zanotowane na karcie szpitalnej, obok rozpoznania głównego, stosunkowo tak rzadko, iż dla otrzymania liczby ścisłej musiałbym przejrzeć całkowity tekst kart szpitalnych z lat 10, od których oddziałem zarządzam. Nie miałoby zaś to celu, zwłaszcza zważywszy, iż mój materyał domowy jest w tym kierunku tak obfity, że sam do wniosków aż nadto wystarcza i że on właśnie najciekawsze moje spostrzeżenia zawiera.

Zastrzegam się również, że pomiędzy wspomniane 258 przypadki nie został wciągnięty żaden taki, w którym nerwoból międzyżebrowy był objawem wtórnym, np. tętniaka aorty, nowotworu lub próchnienia kręgów, nowotworu kanału kręgowego, zapalenia opon mózgowych, wiądu lub zapalenia rdzenia kręgowego lub innej sprawy podstawowej, do której rozpoznania nerwoból posłużył mi tylko jako jeden z mniej lub więcej ważnych objawów. Przeciwnie, ma-

[1]) Valleix: Traité des nevralgies. Paris. J. B. Baillère 1841. Str. 333—430.

[2]) M. Bernhardt: Die Erkrankungen der peripherischen Nerven. Nothnagel's Spec. Pathol. u. Ther. Band XI. II Theil (2 Hälfte). Str. 318—333.

teryał mój składa się wyłącznie z takich przypadków, w których nerwoból sam przez się był cierpieniem podstawowem, lub w których przynajmniej wyleczenie jego stanowiło o końcu skarg chorego, bez względu na pierwotną przyczynę jego powstania.

Skoro częstość nerwobólu międzyżebrowego jest tak znaczna, iż spostrzegałem go aż 258 razy na 2906 chorych, czyli u 8·8% leczonych przezemnie osób, zachodzi pytanie, dlaczego cierpienie to w tak znacznej, ale to olbrzymiej części przypadków nie zostaje rozpoznanem. Przekonałem się o tem wielokrotnie, zwracając na nie uwagę u chorego, który już od dłuższego czasu (nieraz lat kilka, o czem niżej), wskutek błędnego rozpoznania, leczył się z rzekomego cierpienia serca, żołądka, gośćca, zrostów po zapaleniu opłucnej, kamieni nerkowych, ruchomej nerki i t. d.

Powodów do tego jest kilka: 1) Przedewszystkiem tedy znamienne dla każdego nerwobólu przerwy w bólu zdarzają się przy nerwobólu międzyżebrowym częściej i trwają dłużej, niż przy każdym innym. Jeżeli do tego dodamy, że nawet w napadzie ból bywa czasem nie dość określonym, to zrozumiemy, że chory może często nie wiedzieć o swoim nerwobólu i wskutek tego, zasięgając porady z innego jakiegoś powodu, zapomina czasem nawet powiedzieć jednocześnie i o tej swojej dolegliwości, któraby kazała lekarzowi odrazu szukać nerwobólu międzyżebrowego. Ostatnimi czasy (od lat 3) błędu tego staram się uniknąć, zapytując o ból w boku każdego chorego, co do którego, przy zbieraniu wywiadów, widzę, że idzie o dnę (artrytyzm), neurastenię lub pierwszy okres gruźlicy płucnej, w których przebiegu nerwobóle międzyżebrowe zdarzają się szczególnie często. Dawniej zaś zdarzało mi się często, że chory mówił mi o dawno doznawanym bólu w boku dopiero przy jednej z następnych porad. Rzecz jasna, że, o ile leczenie z powodu cierpienia, sprowadzającego chorego do lekarza, jest bardzo krótkie lub dolegliwość wogóle przemijająca, nic łatwiejszego, jak przeoczyć przytem nerwoból międzyżebrowy dlatego, że chory o nim na razie nie wspomniał.

2) Nerwoból międzyżebrowy istotnie bardzo rzadko występuje w jednem tylko miejscu. Najczęściej chory ma kilka lub nawet cały szereg punktów bolesnych w różnych częściach kilku międzyżebrzy. Że zaś, jak tylko co wspomniałem, ból często znika, i to czasem na dłuższy okres czasu, przeto chory nieraz wspomina o tym bólu, jako o rzekomym objawie innego cierpienia, którego istnienie sam przypuszcza, najczęściej gośćca, cierpienia płuc (!) albo opłucnej, lub nawet wiatrów w kiszkach albo zaparcia stolca, stosownie do siedziby bólu. O ile tedy uwaga lekarza prześliźgnie się nad taką skargą chorego, nie maca on międzyżebrzy, ograniczając się przy badaniu klatki piersiowej do jej opukania i osłuchania. Jest to główne źródło popełnianych błędów rozpoznawczych, które poprawiałem już bardzo i bardzo wiele razy nawet u chorych, którzy się już dawno leczyli.

3) Stosunkowo często skargi chorych, choć bardzo wybitne, są jednak tego rodzaju, że, o ile lekarz nie pamięta specyalnie, że mogą one zależeć od nerwobólu międzyżebrowego, nie przejdzie mu nawet przez myśl cierpienia tego przy badaniu przedmiotowem poszukać, ew. żebra starannie obmacać. Mam tu na myśli cały szereg skarg chorego, rzekomo na cierpienia serca wskazujących, które poniżej omówię obszerniej, a nadto skargi na mdłości, oraz na taki ból w bokach, który, o ile jest odnośnie usadowiony, łudząco naśladować może kamienie żółciowe, nerkę wędrującą, cierpienia jajników i t. p. O ile lekarz nie pamięta specyalnie, że objawy te zależeć mogą i od odnośnie umiejscowionych punktów bolesnych w przebiegu nerwobólu międzyżebrowego, nie zada sobie wtedy trudu pedantycznego obmacania międzyżebrzy. Prowadzi to do błędów zasadniczych w rozpoznaniu, nieraz bardzo przykrych w następstwach, o czem niżej.

4) Czasami wreszcie chorzy, niewiedzący o tem, że cierpią oddawna na nerwoból międzyżebrowy, dostają naraz znamiennego dla wszelkich nerwobólów napadu szalonego bólu. Ale ból ten albo jest:

a) tak umiejscowiony, że mało doświadczonego lekarza naprowadzi na myśl o każdem innem cierpieniu, tylko nie o nerwobólu. Mam tu na myśli błędne rozpoznanie kamieni żółciowych, ostrego zapalenia opłucnej i gośćca mięśniowego wskutek odnośnego usadowienia się i gwałtowności bólu;

b) może być tak rozlany i gwałtowny i prowadzić może do takiego rozdrażnienia chorego, że chory nie umie o bolu swym istotnie nic takiego powiedzieć, coby wskazywało, że jest on neuralgicznym. Mam tu na myśli nerwobóle, występujące u bardzo nerwowych osób lub u dotkniętych dną (artrytyków) po niedawno przebytem zakażeniu lub zaziębieniu. Na lekarza, niedostatecznie obeznanego z nerwobólem międzyżebrowym, chorzy tacy sprawiają wrażenie, że jest to gościec mięśniowy, dusznica lub rzekoma dusznica bolesna, ew. że są to skargi czysto histeryczne. Dopiero staranne obmacanie międzyżebrzy wskazuje, że idzie o liczne nerwobóle u osobników bardzo nerwowych lub też nerwowych i dnawych (artrytycznych), lub histerycznych.

5) Piąte i ostatnie źródło błędów tkwi w tem, że choremu dolega w pewnem miejscu ciała ból lub inna przykra dolegliwość, która zależeć może od innego cierpienia, n. p. od dusznicy bolesnej, zapalenia opłucnej, wady serca, kamieni żółciowych i t. d., a jednocześnie ma chory też w tem samem miejscu lub w pobliżu jego i nerwoból międzyżebrowy. Lekarz nie wyszukuje go dlatego, że pierwsze rozpoznanie w zupełności go zadowolniło, jako pozornie wszystkie skargi chorego tłómaczące. Dopiero ujemny wynik leczenia, i to nieraz długiego, kieruje takiego chorego do innego lekarza, i ten dopiero, po starannem obmacaniu żeber, pytanie rozpoznawcze rozwiązuje i dolegliwość usuwa.

II.

Uniknięcie powyższych błędów jest możliwe dopiero wtedy, jeżeli ma się w pamięci te **skargi chorych**, które mogą zależeć od szeregu innych spraw chorobowych, a jednak występują, i to dość często, wyłącznie jako objawy nerwobólu międzyżebrowego. Omówienie tych właśnie skarg stanowi cel niniejszej pracy. Dla pełności muszę tu jednak omówić pokrótce i zwykłe objawy zajmującego nas cierpienia.

A. Skargi pospolite.

1. Najmniejsze znaczenie dla nas mają ci chorzy, których skargi są typowe dla nerwobólu międzyżebrowego. Skarżą się oni tylko na ból w międzyżebrzach, tępy, cisnący, lub rwący, strzelający, opasujący całą pierś na pewnej wysokości, czasem głuchy, czasem gwałtownie promie-

niujący w plecy, pas, lędźwie, ramię, czasem znów idący tylko w jednym kierunku — z przodu ku tyłowi lub odwrotnie. Taki typowy ból jest często o tyle silny, że krępuje chorych nietylko w kaszlu, kichaniu, śmianiu się, ale nawet w drobnych ruchach, jak pochylenie się, n. p. nad stołem do pisania, zapięcie lub odpięcie ubrania, dociśnięcie, n. p. spodni lub spódnicy i t. d. O ile powyższe skargi są wybitne, innych dolegliwości nie ma, a chory potrafi wskazać nawet miejsca, które go bolą najbardziej, rozpoznanie jest bardzo łatwe. Taki bowiem ból naprowadza lekarza odrazu na myśl obmacania międzyżebrzy, przyczem okazuje się najczęściej, że chory ma po 2 lub 3 punkty bolesne w 6-em, 7-em, lub 8-em międzyżebrzu, lub w dwu z nich, albo i we wszystkich trzech.

Ale podobne przypadki, proste przez swoją typowość, stanowią rzadkość. Biorąc nawet już chorych, skarżących się tylko na ból w boku[3]), czyli tem samem podsuwających lekarzowi odrazu myśl o nerwobólu międzyżebrowym, chorzy przez to, że wiążą powstanie swego bólu z przebytem zaziębieniem, i przez to, że im najczęściej ból ten mało dolega lub wydaje się rozlanym i wyłącznie z ruchami tułowia związanym, suggestyonują lekarzy, że cierpią na gościec mięśniowy. Co gorsza, często lekarz wierzy choremu pod tym względem i razem z nim błąd rozpoznawczy i, co za tem idzie, i leczniczy popełnia. Poprawiłem go już wiele razy i u wielu chorych tylko dzięki temu, że nigdy nie zaniedbuję pedantycznego obmacania **wszystkich** międzyżebrzy, ilekroć chory skarży się na ból w boku, chociażby skarga ta była najbardziej przelotna. To jedno chroni mnie od tej tak pospolitej pomyłki. Macanie bowiem międzyżebrzy wykrywa w takich przypadkach, że ból wzmaga się przy ich uciskaniu, że trzyma się ściśle linii nerwu, występuje wyłącznie w pewnych, bardzo ograniczonych punktach, t. zw. punktach bolesnych **Valleixa**, w stopniu bardzo silnym, czasem tak kolosalnym, że chory wprost wyrywa się z rąk badającego lekarza. Powyższe punkty znajduje się zwykle w dwóch lub trzech międzyżebrzach, a czasem w jeszcze większej ich liczbie. Poza tymi punktami bolesnymi macanie międzyżebrzy nie sprawia choremu żadnej przykrości. — Przeciwnie, ból gośćcowy wzmaga się mało przy uciskaniu międzyżebrzy, lecz za to bardzo się nasila przy najmniejszym ruchu odpowiedniej grupy mięśni, następnie mięśnie są wtedy równomiernie bolesne, nie dając żadnych t. zw. bolesnych punktów.

Nawiasem mówiąc, doświadczenie moje zbiega się przy tem z ogólnie przyjętem zdaniem, że dolne międzyżebrza cierpią częściej od górnych. Najczęściej spotykałem, mianowicie, punkty bolesne w 6 em, 7 em i 8-m międzyżebrzu, t. j. tak, jak to podają **Valleix** oraz **Henle**[4]). Dotyczy to obydwu połów ciała, mianowicie, o ile idzie o części ich **nazewnątrz** linii żebrowo-obojczykowej. Na niej bowiem i na linii pachowej przedniej i tylnej znajdowałem najczęściej punkty bolesne w wymienionych międzyżebrzach. Na kącie żebra spotykałem punkty bolesne prawie tak samo często. Przeciwnie na linii, znajdującej się o 3—4 palce od kręgosłupa, wymacywałem t. zw. punkt bolesny kręgowy stosunkowo rzadko, w przeciwieństwie do zdania kilku dawniejszych autorów. Punktu na samym kręgosłupie nie znalazłem ani razu, co również nie zgadza się ze zdaniem n. p. **Valleixa**. Co do części ciała **nawewnątrz** od linii żebrowo-obojczykowej muszę rozpowszechnione zdanie, jakoby dolna połowa nerwów międzyżebrowych cierpiała znacznie częściej od górnych, uznać za błędne. Dość gdy nadmienię, że widziałem 68 chorych, którzy skarżyli się na różne dolegliwości ze strony serca dlatego, że mieli punkty bolesne między 2-em a 5-em międzyżebrzem, o czem niżej obszerniej pomówię. Na tej wysokości nerwobóle zdarzają się, według mego doświadczenia, prawie jednakowo często po obu stronach, przyczem najczęściej na linii sutkowej, po której idą, co do częstości, linia przymostkowa i mostkowa.

Wracając do skarg chorych, zaznaczam, że bywają one czasem bardzo dziwaczne. Podczas n. p., gdy nieliczni tylko chorzy te swoje urywane — że tak powiem — bardzo pod względem drogowskazu niepewne skargi co do bólu odnoszą wprost do boku, inni mówią, że boli ich łopatka, coś około łopatki, że są złamani w pasie, że ich boli przód klatki piersiowej. Dwanaście nawet moich chorych mówiło mi, że ich bolą płuca, względnie lewe płuco; dwie chore mówiły mi, że mają w lewym boku coś, co się przelewa ku tyłowi, wywołując bardzo dla nich przykre rozdrażnienie — powtarzam: „rozdrażnienie", a nie ból. Trzy mówiły mi, że mają ból w mostku. Innej skargi nie miały, a skardze tej odpowiadały punkty bolesne w 2-em, 3-em i 4-em międzyżebrzu na linii przymostkowej i w 3-em na linii mostkowej. Skargi te mogą kombinować się w rozmaity i wprost nieprzebrany sposób z innemi, dotyczącemi rzekomo serca lub ramienia, albo i żołądka. Pamiętać o tem należy stale i nie zaniedbywać pedantycznego obmacywania międzyżebrzy przy najmniej chociażby typowych skargach chorego na ból w którémkolwiek miejscu tułowia. Czasami wynik takich poszukiwań wyrazi się jako 2 lub 3 punkty przy skardze dość jasnej; innym zaś razem można znaleźć 6, 8 albo i znacznie więcej punktów bolesnych. Niedawno, n. p. u chorej, która powiedziała mi tylko, że miewa latające bole w krzyżu i w piersiach, znalazłem po 2 punkty bolesne o 3 palce w bok od obu stron kręgosłupa, a nadto 2 bardzo czułe punkty bolesne w 3-em i 4-em międzyżebrzu na lewej linii sutkowej, oraz 3 punkty bolesne na prawej linii sutkowej w 2-em, 3-em i 4-em międzyżebrzu. Podobnych niespodzianek można mieć mnóstwo, jeżeli się tylko nie bierze lekko żadnej z powyżej wymienionych skarg, często, zwłaszcza na widok kobiety bardzo nerwowej, zakrawających istotnie na ból tak zwany „urojony". Często zdarzało mi się słyszeć gorące wyrazy wdzięczności od podobnych osób, którym zawsze na ich żalenie się na nieokreślone bole odpowiadano, że sobie ból uroiły. Niektóre z moich chorych miały swoje bolesne punkty miesiące i lata, tak, że nie miały nietylko nadziei wyzbycia się ich, ale nawet śmiałości podkreślenia tych swoich dolegliwości. Dopiero, gdy je, po uważnem zebraniu wywiadów, wyszukałem i oznaczyłem, mówiły mi, ile się z tego powodu wycierpiały i pojąć nie mogły, dlaczego, wobec tylokrotnych ich skarg, nikt nie zadał sobie trudu uważnego obmacania ich międzyżebrzy. Coprawda, w duchu sam tego pojąć nie mogłem. Wszak nic prostszego, jak obmacać wszystkie międzyżebrza starannie, jeżeli chory skarży się na ból w boku, a wynik opukania i osłuchania

[3]) Takich chorych mam wynotowanych 128.

[4]) J. Henle: Handbuch der rationellen Pathologie. II Bd. Specieller Theil. Braunschweig 1804. Dopisek do str. 136 i 137.

chorego jest ujemny. Jest to prosty i jedyny sposób uniknięcia nie określonego bliżej rozpoznania „bolów nerwowych“ oraz t. zw. „pleurodynii“.

Dla tego ostatniego rozpoznania żywię wprost nienawiść. Nigdy bowiem ani w domu, ani w mieście, ani w szpitalu nie byłem jeszcze zmuszony go postawić. Zawsze szło tu o nerwoból międzyżebrowy, i to najczęściej o umiejscowiony z tyłu w 8-em i 9-em lub 9-em i 10-em międzyżebrzu. Dwa razy mam nawet zapisany u rzekomych „pleurodyników“ nerwoból w 10-em i 11-em międzyżebrzu. — Rozpoznaniu pleurodynii, spotykanemu, niestety bardzo często, a stosunkowo często nawet w szpitalnej praktyce przychodniej należy wypowiedzieć śmiertelną wojnę. Nie mówi ono bowiem nic, pojmuje się, jako niby histerya, niby gościec, a jest zawsze nerwobólem międzyżebrowym nierozpoznanym, a przez to też i nie leczonym. Ponieważ zaś, jak to niżej omówię, nerwoból międzyżebrowy jest cierpieniem prawie zawsze uleczalnem, przeto nierozpoznanie jego nie jest błędem akademickim, lecz grubo praktycznym.

W zwykłych warunkach życia chory, jak mówiłem, swój ból z boku lub u dołu klatki piersiowej nosi długo, bo znieść go też przy pewnej cierpliwości można, o ile nie obostrza się często do stopnia napadu, aż znajdzie się w końcu ktoś, kto sprawę rozpozna i przykre cierpienie zażegna.

Czasami jednak ból w tylnej i bocznej części klatki piersiowej występuje u osób dotąd zdrowych odrazu w postaci napadu, i to w stopniu tak gwałtownym, że nierozpoznanie jego niezwłoczne może wywołać bardzo przykre nieporozumienie z chorym i przerażoną jego rodziną, nie mówiąc już o tem, że wystawia cierpliwość chorego na nadludzką i przytem zgoła zbyteczną próbę. Nigdy nie zapomnę jednego z bliżej mnie obchodzących kolegów, do którego zostałem wezwany w dość alarmujących warunkach, a który nie tylko ruszyć się nie mógł na łóżku, ale i oddychał z tak wielkim trudem, że przeraził całą rodzinę i czuwającego już przy nim w chwili mego przybycia drugiego kolegę. Rozpoznanie nerwobólu międzyżebrowego, z następczem wstrzyknięciem morfiny (innej rady nie było wobec stopnia cierpienia) ukoiło chorego i uspokoiło całą rodzinę. Innym razem musiałem tak samo pod względem leczniczym postąpić u pewnej rosyanki, u której ból w lewym boku u dołu był tak straszny, że z trudem oddychała i drżała jak liść, co naśladowało dreszcze. Sprawiała wrażenie osoby w najpierwszym okresie zapalenia płuc. Ujemny jednak wynik opukiwania i osłuchiwania, przy prawidłowej ciepłocie naprowadziły mnie dopiero na właściwą myśl i postanowienie lecznicze.

Zaznaczywszy tak silnie potrzebę uważnego liczenia się z każdą skargą chorego na ból w boku i bezwzględną konieczność w każdym podobnym przypadku obmacania wszystkich międzyżebrzy na całym ich przebiegu, podkreślić jednak muszę i konieczność unikania w tym kierunku przesady. Obmacanie bowiem żeber i stwierdzenie niewątpliwych, wybitnie bolesnych i ściśle ograniczonych punktów znamiennych dla nerwobólu międzyżebrowego nie uprawnia lekarza bynajmniej do zaprzestania dalszych poszukiwań w klatce piersiowej. Dla uniknięcia zmanierowania się w tym kierunku mogę usilnie doradzić stale przezemnie stosowaną zasadę obmacania chorego dopiero po opukaniu go i osłuchaniu.

Po osłuchaniu jednak nie należy nigdy zaniechać obmacania międzyżebrzy nawet wtedy, jeżeli poprzednie badanie fizyczne wykazuje zapalenie opłucnej lub jeżeli cierpienie to jest chociażby w wywiadach, tłómacząc pozornie ból w boku ew. starymi zrostami. Pomiędzy moimi bowiem chorymi znalazłem nerwoból międzyżebrowy, jako jedyny powód bólu w boku u sześciu takich osób, które przebyły przedtem wysiękowe zapalenie opłucnej po tej samej stronie, po której dolegały im bole. Jedna z nich (kobieta 24 l.) przyszła do mnie w 9 miesięcy po zachorowaniu na wysięk w lewej opłucnej; znalazłem u niej 6 punktów neuralgicznych. Druga (kobieta 23 l.) przybyła do mnie w 11 miesięcy po przebytym wysięku również w lewej opłucnej. Znalazłem u niej 4 punkty neuralgiczne. Inna, 44-letnia kobieta, przyszła do mnie z 2 punktami bolesnymi w 7-em prawem międzyżebrzu w 3 lata po prawostronnym wysięku. Czwarty chory (32-letni oficer gwardyi) przyszedł do mnie ze skargą na gwałtowny ból w prawym boku w 12 lat po prawostronnym wysięku. Piątym był pewien urzędnik (42 l.), u którego znalazłem 3 wybitne punkty neuralgiczne w prawem 7-em i 8-em międzyżebrzu w 13 lat po prawostronnem suchem zapaleniu opłucnej. Wreszcie szósta chora (38-letnia) miała 4 punkty neuralgiczne w 6, 7 i 8-em międzyżebrzu lewem w 14 lat po przebyciu lewostronnego zapalenia opłucnej. Wszyscy ci chorzy zgłosili się do mnie, twierdząc, że mają ten ból bardzo często, i że tłómaczono go im zawsze, jako zależny od „niedających się rozerwać“ zrostów w opłucnej po przebytem jej zapaleniu. U wszystkich tych chorych brakowało wszelkich objawów osłuchowych, skłonny jednak jestem przypuścić, że istotnie dolegający im ból stał w związku z przebytem zapaleniem opłucnej, tylko, że zależał stanowczo od powstałego wskutek niego nerwobólu. Inaczej nie byłby powierzchownym, nie dałby się stwierdzić tak wyraźnie palcem i nie dałby się odrazu usunąć.

Wszyscy wreszcie dawni autorowie, począwszy od samego Nicod[5]) i Siebołdta, z którymi, jak sądzę niesłusznie Valleix pod tym względem polemizuje, są tego zdania, że dawne zrosty po zapaleniu opłucnej mogą wywołać, przez wytworzenie trudności w krążeniu żylnem, nerwobóle w przyległych nerwach. To też zanim się choremu powie, że ma bole nieuleczalne, wskutek zrostów „opłucnej z płucem“, jak zwykle chorzy powtarzają, należy sprawdzić, czy nie cierpi poprostu na nerwoból międzyżebrowy. Widzimy zaś chociażby z mojego materyału, że czas wystąpienia podobnego nerwobólu po zapaleniu opłucnej może się wahać w granicach bardzo szerokich, jak w moich przypadkach od 9 miesięcy do 14 lat.

Tu zastrzedz się muszę, że, aczkolwiek nie ulega dla mnie wątpliwości, że stare zrosty po dawnem zapaleniu opłucnej są stosunkowo częstym powodem nerwobólu międzyżebrowego, to jednak, w pewnej części analogicznych przypadków nie można wyłączyć i przypadkowego zbiegu okoliczności: osobnik, który miał niegdyś zapalenie opłucnej, może przypadkowo dostać z czasem nerwobólu po tej samej stronie, pomimo braku zrostów. Zupełnie ściśle niepodobna

---

[5]) Valleix: l. c. str. 392.

tego w każdym poszczególnym przypadku wykazać. Za tem przypuszczeniem przemawia jednak, n. p., taki szczegół, że pośród moich chorych mam zanotowane dwie kobiety, (jedna 21 l., druga 31 l.), które przebyły suche zapalenie opłucnej lewostronne — jedna przed 5 tygodniami, a druga przed 2 laty, — a które przyszły do mnie z powodu bolu w prawym boku Pierwsza z nich miała 2 punkty wybitnie bolesne na linii pachowej przedniej w 6-em i 7-em międzyżebrzu, druga zaś — 4 punkty bolesne, po 2 w 6 i 7-em międzyżebrzu, a mianowicie na linii sutkowej i żebrowo-obojczykowej.

2. Ażeby skończyć z bolami w klatce piersiowej, a mianowicie z tymi z nich, które innego cierpienia prócz t. zw. pleurodynii, gośćca mięśniowego i histeryi z rozlanymi bolami nie naśladują, zaznaczyć muszę, że zdarzały mi się nieraz przypadki, w których chorzy przychodzili do mnie ze skargami, dającemi się odrazu wytłómaczyć nerwobólem w szeregu nerwów międzyżebrowych *(neuralgia multiplex intercostalis)*, w których jednak rozpoznać to mogłem dopiero przy drugiem ich widzeniu i zbadaniu. Podobnych spostrzeżeń mam 6. Wskutek, mianowicie, dłuższego trwania nerwobólów i ich mnogości, chorzy ci byli tak rozdrażnieni przez często powtarzające się bóle i ich promieniowanie, że mieli skórę tułowia bolesną wszędzie. Uniemożliwiało to niezbędne dla skuteczności leczenia ścisłe wyszukanie punktów bolesnych. W tych przypadkach zalecałem chorym używanie w ciągu 6—10 dni bromu z antypiryną i letnie kąpiele z najlepszym pod względem leczniczym i rozpoznawczym skutkiem. Gdy, mianowicie, widziałem ich poraz drugi, mogłem u nich wyszukać i zupełnie ściśle oznaczyć punkty bolesne — po 4, 6, a nawet 8 jednorazowo. U jednej z tych chorych wyszukałem przy dwóch następnych badaniach aż 16 punktów. Tylko jednej z tych chorych, i to z powodu jej wstrętu do pryszczydeł, nie udało mi się doprowadzić do zupełnego wyleczenia. Okoliczność tę podkreślam, ażeby tem łacniej przypomnieć, że trzeba przypuszczenie nerwobólu międzyżebrowego wyłączyć z zachowaniem powyżej wskazanej ostrożności, zanim się chorego uzna za histeryka, który sobie bole wyobraża. Zdaniem mojem, jest wprost przeciwnie. Powstałe, mianowicie, na jakiemkolwiekbądź tle (o tem poniżej) nerwobóle mogą osobnika nerwowego, zwłaszcza kobietę, tak rozhisteryzować, że bliższe porozumienie się z nimi, ew. wyszukanie nerwobólów, które je do tego stopnia rozdrażniły, możliwem jest dopiero po uprzedniem leczeniu kojącem ogólnem.

W podobnych przypadkach znajdowałem punkty bolesne nietylko wzdłuż klatki piersiowej, lecz i wzdłuż lędźwi, ale to wkracza już w dziedzinę tych skarg, które przy braku doświadczenia kierują umysł lekarza pierwotnie w stronę inną, niż nerwoból międzyżebrowy z pospolitymi objawami, o którym mówię dotychczas.

B. Skargi mało pospolite.

Do skarg mało pospolitych zaliczam te, przy których chory żali się na takie objawy, iż lekarz, mniej z wielobarwnością nerwobólu międzyżebrowego obznajomiony, nie wpadnie odrazu na myśl szukania go. Skargi takie mogą dotyczyć rzekomo poszczególnych narządów lub być ogólniejszego charakteru.

Rozpatrzmy je po kolei:

3. Chory skarży się na ból w barku, mianowicie we wszystkich 6 moich spostrzeżeniach na ból w lewym barku, nie pozwalający mu swobodnie poruszać stawem barkowym, czesać się, unosić cięższych rzeczy, ubrać się w palto, poruszać karkiem. Ból ten we wszystkich sześciu przypadkach zależał od nerwobolu z siedliskiem punktu bolesnego o 3—4 palce na zewnątrz od kręgosłupa i $1^1/_2$ palca poniżej górnego brzegu mięśnia kapturowego. W dwu z nich drugi punkt bolesny znajdował się nadto na samym brzegu mięśnia kapturowego, również o 3 palce nazewnątrz od kręgosłupa. Rzeczone punkty bolesne odpowiadają t. zw. punktowi kręgowemu 1 ego nerwu grzbietowego, są jednak na to zbyt powierzchowne, tak, że sądzę, iż w przypadkach tych ból udziela się z wymienionego nerwu na przechodzącą tu właśnie jedną z gałązek nerwu nadłopatkowego, mających połączenia z 1-ym nerwem międzyżebrowym i unerwiających całą okolicę stawu barkowego. Tylko w dwóch przypadkach wymienioną skargę wypowiedziała mi chora, u której znalazłem nadto dwa inne punkty bolesne, mianowicie w 1-em i w 2-em międzyżebrzu na linii żebrowo-obojczykowej. W pozostałych 4 przypadkach innych punktów bolesnych nie było. Rozpoznanie to postawiłem naturalnie, wyłączywszy cierpienia stawu barkowego, stawów kręgowych i obocznych mięśni. We wszystkich tych przypadkach chorzy suggestyonowali mnie w kierunku gośćca. Obok siedziby bolu, szybki wynik leczenia przekonał mnie ostatecznie o słuszności mego rozpoznania. Jest to skarga bardzo mało znana. Przynajmniej nigdzie wzmianki o niej nie znalazłem. Dlatego zwracam na nią szczególną uwagę.

4. Chory skarży się na ból w ramieniu, nie mając żadnej innej dolegliwości. Takich chorych widziałem pięciu, z których tylko jedną kobietę. Dokładne badanie stwierdziło, że chorzy ci mieli bardzo bolesne punkty na linii pachowej przedniej, trzech w 1-em, 2-em i 3-em międzyżebrzu, a dwóch aż w 4 międzyżebrzach. Z powodu na wstępie niniejszej pracy wskazanych pobieżnie stosunków anatomicznych, ból ten promieniował w ramię, we wszystkich przypadkach w lewe. Z chorych tych trzech leczyło się już czas dłuższy na gościec bezskutecznie, u czwartego zaś i piątego rozpoznawano dusznicę bolesną, gdyż ze względu, widocznie, na ich wiek i tuszę u jednego i na dawną kiłę u drugiego, nie przypuszczano, by ból w ramieniu mógł być u niego innego pochodzenia. Wszyscy wyzdrowieli po przyłożeniu pryszczydeł na punkty bolesne, przyczem tylko u 2 z nich musiałem zabieg ten po ośmiu dniach powtórzyć, co w przypadkach długotrwałego nerwobólu stanowi prawie prawidło, jak to przy leczeniu omówię.

5. Czasami chory przychodzi ze skargą na silny ból w piersi, a mianowicie w lewej. Takich chorych widziałem 5, z których tylko 2 kobiety. Badanie wykryło w 2 przypadkach, że ból ten zależał od punktów bolesnych neuralgicznych w 3 em, 4-em i 5-em międzyżebrzu na linii sutkowej wyłącznie, w 3 zaś pozostałych wymienionym punktom towarzyszyły analogiczne na linii przymostkowej i pachowej przedniej Chorzy ci cierpieli na swój ból oddawna, przyczem obie kobiety od lat kilku brano z tego powodu za pospolite histeryczki, którym już nic na ten ich rzekomo urojony ból pomódz nie można. Na ogólną ilość 258 spostrzeżeń tylko pięć osób, skarżących się na ból w piersiach, jest liczbą bardzo małą. Zależy to od tego, że

liczę tu tylko tych chorych, którzy zwrócili się do mnie wyłącznie z tą skargą, pomijam zaś bardzo znaczną liczbę takich osób, przeważnie kobiet, u których, przy wyszukaniu punktów neuralgicznych, znajdowałem je, obok innych, i w okolicy piersi, przyczem chore te przyznawały się wtórnie do dolegającego im czasem bardzo ostrego bólu w piersiach. Gdyby brać w rachubę wszystkich takich chorych, zarówno kobiety jak i mężczyzn, to ból w piersiach, opisywany w obszernych podręcznikach (Erb, Bernhardt), oddzielnie, jako mastodynia, uważačbym musiał za bardzo pospolity. Miana tego jednak nie używam, gdyż t. zw. mastodynia jest tylko jednym z licznych objawów podmiotowych nerwobólu międzyżebrowego. Gdyby zaś na każdy z nich wymyśleć osobne miano *(dynia)*, to szybko zbrakłoby pomysłów etymologicznych.

6. Do szeregu najciekawszych chorych, cierpiących na nerwoból międzyżebrowy, należą tacy, u których cierpienie to przejawia się jako szereg dolegliwości ze strony serca. Podkreślam, że idzie tu o chorych, którzy zwrócili się do mnie wyłącznie ze skargami „na serce“, niczem uwagi mojej w kierunku nerwobólu nie zwracając. Chorych takich widziałem dotąd 64. Z powodu rodzaju skarg muszę ich podzielić na sześć grup.

a) Chory skarży się na bicie serca. Jest ono napadowe, czasem odczuwane przez chorych wprost jako niemiarowość, którą też tak po imieniu nazywają. Inni skarżą się na bicie serca z jego „przystawaniem“, któremu towarzyszy czasem „chęć nieoddychania“, lub, przeciwnie, wykonywania szczególnie głębokich ruchów wdechowych. Takich chorych spostrzegałem 24, z których 16 kobiet i 8 mężczyzn. Zaznaczają oni, że bicie serca występuje po fizycznem zmęczeniu się chodzeniem rzadko, najczęściej zaś przy kładzeniu się, i to głównie przy kładzeniu się na lewy bok. U niektórych objaw ten wzmaga się znacznie dopiero w pewien czas po położeniu się na lewy bok, przy usypianiu. Zrywają się wtedy w najwyższym niepokoju z uczuciem niemal równem „umieraniu“. 4 z pomiędzy moich chorych tej grupy (3 mężczyzn!) mówiło mi, że z powodu dostawanego w łóżku tak fatalnego uczucia w okolicy serca, boją się poprostu łóżka. Inni chorzy twierdzili, że bicie serca i niemiarowość jego uderzeń odczuwają przy pracy, siedząc. Dokładniejsze wywiady wykrywały, że chorym takim szkodzi poprostu najmniejsze oparcie się o stół, lub lekkie uderzenie się w okolicę serca o cokolwiek. Prawdopodobnie dlatego właśnie silniejsze oparcie przednią powierzchnią lewej połowy ciała o łóżko przy zasypianiu przyprawia tych chorych o silny napad bicia serca i wprawia ich w takie przerażenie. Na 24 tych chorych tylko jeden zauważył sam i powiedział mi bez pytania, że silny ucisk okolicy serca przynosi mu ulgę prawie niezwłoczną, ale na czas krótki. Wymienione objawy powstawały u rzeczonych 24 chorych wskutek nerwobólu międzyżebrowego z punktami bolesnymi istotnie w okolicy serca. Najczęściej znajdowałem punkty bolesne w 4-em i 3-em, niekiedy zaś i w 2-em międzyżebrzu na linii przymostkowej i sutkowej. lub wyjątkowo na jednej tylko z tych linii. Było ich więc zwykle 4—6, wyjątkowo 3, a nawet tylko 2. Bardzo często, obok wymienionych już 4—6 punktów bolesnych, znajdowałem jeszcze po jednym punkcie na linii sutkowej w 5 em międzyżebrzu. Kombinowanie się tych punktów bywa rozmaite, tak, że raz przeważają w 2-em i 3-em międzyżebrzu, innym znów razem w 4-em i 5-em. Występują, jak mówiłem, najczęściej na linii przymostkowej i sutkowej, czasami jednak znajdowałem, obok nich, wybitne punkty bolesne na linii pachowej przedniej — najczęściej w 2-em i 3-em międzyżebrzu, ale nieraz i w 4-em Kilka razy znajdowałem też punkty bolesne przy samym lewym brzegu mostka *(p. sternalis)* w 3-em i 4-em lub w 2-em i 3-em międzyżebrzu. Nie podaję tu tabliczki rozmaitych kombinacyi według dotychczasowych moich spostrzeżeń, gdyż nie ma to zupełnie wartości, jako rzecz przypadkowa. Faktem jest tylko jedno, że ile razy chory skarży się na bicie serca, należy, poza pedantycznem zbadaniem serca opukowem i osłuchowem u chorego stojącego i leżącego (ostrożność, by serce badać także u chorego leżącego jest, jak wiem od chorych, w praktyce ambulatoryjnej dziwnie zaniedbywana), dokładnie obmacać wszystkie międzyżebrza, i to co najmniej od mostka aż do średniej linii pachowej. Tylko w ten sposób można uniknąć przeoczenia nerwobólu międzyżebrowego, który, jak w powyższych 24 przypadkach, był jedynym powodem wszystkich skarg sercowych moich chorych. Pomijam tu na razie przypadki (o których mówić będę w końcu pracy), w których omawiany nerwoból był jedynym szczegółem, zwracającym uwagę chorych na istotnie chore serce, o którego cierpieniu później, po wyleczeniu nerwobólu, zapominają, o ile im lekarz nie powiedział, że, oprócz nerwobólu międzyżebrowego, mają i organiczne cierpienie serca. — Zwracam tu jeszcze uwagę, że z pomiędzy moich chorych, skarżących się na bicie serca, większość leczyła się już przedtem na tę dolegliwość w rozmaity sposób u kolegów, których uważali za specyalistów w chorobach sercowych lub, co rzadziej, nerwowych. Przynosili mi więc mnóstwo recept, opowiadali o odbytych bezskutecznie podróżach i t. d., a wszystko to dlatego, że byli leczeni jako chorzy sercowi, albo jako zwyczajni neurastenicy, na których skargi sercowe, pomimo wielokrotnych nalegań z ich strony, lekarze odpowiadali im tylko, że jestto ból urojony.

O ile chory cierpiał na bicie serca zwrotne wskutek nerwobólu międzyżebrowego powstałego niedawno, znajdowałem punktów bolesnych nie wiele — od 2 do 5 — i jednorazowe lub 2-krotne przystawienie na te miejsca pryszczydła chorych uleczało. Ponieważ jednak niektórzy z nich, zanim do mnie przyszli, cierpieli już po lat 2, 3, a jeden nawet lat 8, więc liczba znajdowanych punktów bolesnych była znaczna. Wyszukiwałem je wtedy w 3 lub 4 posiedzeniach kolejno, szukając coraz nowych, o ile stare boleć przestały, aż w końcu żadnego znaleźć nie mogłem. Zaznaczyć jednak muszę z naciskiem, że pomimo, iż już po wygojeniu pierwszej grupy punktów najboleśniejszych chorzy przestają zupełnie lub prawie zupełnie odczuwać tak niepokojące ich bicie serca, wraca ono jednak, o ile chory, uradowany pierwszym tak dla niego efektownym skutkiem leczenia, zaniecha stawienia się dla wyszukania następnych punktów, aż do zupełnego ich wytępienia. Zawsze o tem chorych uprzedzam, i dla tego tylko 2 z pomiędzy nich zjawiło się u mnie z nawrotem cierpienia. Jeden z nich, wyższy urzędnik handlowy, 43-letni mężczyzna, zjawił się u mnie przed 2 laty, będąc poprostu zrozpaczony stanem swego serca, które „bardzo biło“ lub „przestawało bić“ nietylko przy chodzeniu, leżeniu, oparciu się o stół, ale i przy najmniejszem zmartwieniu, od lat 4

Po przystawieniu pierwszych 6 pryszczydeł doznał odrazu takiej ulgi, że spał już spokojnie, a po ponownych 4 pryszczydłach uważał się już za wyleczonego. W mniemaniu tem upewnił się ostatecznie, gdy po znalezieniu u mnie przy następnych dwóch bytnościach 4, resp. 2 punktów, sam, macając się potem dokładnie, nic już w okolicy serca wyczuć nie mógł. Jednakże po 7 miesiącach wrócił do mnie przerażony, że od tygodnia znowu ma bicie i zamieranie serca. Nalegałem, by pozostał tym razem w mojej obserwacyi, dopóki sam mu nie oświadczę, że punktów bolesnych nie znajduję. Jakoż istotnie znalazłem za pierwszym razem 5 punktów, za drugim tylko 3, a za trzecim już nic. Chory ten, jak dotąd (11 miesięcy), żadnej dolegliwości ze strony serca nie ma. Nawiasem mówiąc, ze smutnego, zrozpaczonego neurastenika, który zrezygnował już ze wszystkiego w życiu, stał się wesołym, dzielnym i tak pewnym siebie, że zapytał się mnie, czy, wobec tego, że ma serce zdrowe, może się żenić. Pozwoliłem i chory istotnie się ożenił.

Podobnie, mniej więcej, przedstawiała się znaczna część moich przypadków ze skargami nietylko na bicie serca, ale i na inne dolegliwości ze strony tego narządu, o których poniżej pomówię. Powyższy przypadek przytoczyłem dla przykładu, aby wskazać, jak konsekwentnie należy traktować podobnych chorych i jakim czynnikiem wytycznym w ich życiu staje się wykrycie istotnej przyczyny ich dolegliwości i, co za tem idzie, właściwe rokowanie.

A przecież niezawsze chory skarży się, wskutek nerwobólu w okolicy serca, tylko na bicie serca. Czasami dolegliwości są jeszcze przykrzejsze, o rokowaniu pozornie zupełnie wątpliwem, nawet złem, dokładniejsze zaś dopiero zbadanie chorego wykrywa, że skargi jego zależą od cierpienia tak niewinnej natury, jak nerwoból międzyżebrowy. Mam tu przedewszystkiem na myśli:

b) skargi chorego na b ó l w o k o l i c y s e r c a. Takich chorych spostrzegałem 20, z których 14 kobiet i 6 mężczyzn. Chorzy ci przyszli do mnie wyłącznie z tą skargą, mówiąc, że cierpią na ból w okolicy serca bądź tępy, bądź palący, bądź kłujący. Część ich dodawała, że gdy podobny napad bólu serca trwa dłużej, dostają też bicia serca oraz uczucia jego zamierania, któremu znowu towarzyszy z kolei uczucie duszności. Aczkolwiek część chorych twierdziła, że ból w sercu dokucza im „zawsze, stale“, udawało mi się jednak wywiedzieć, że ból ten przychodzi zwykle napadowo, tylko że napady bywają u jednych chorych rzadkie, a bardzo silne, u innych zaś silne i częste lub bardzo częste, choć lżejsze, tak że chorym się wydaje, iż cierpią ciągle. Najczęściej chory twierdzi, że boli go samo serce; inni powiadają, że mają ból pod sercem, ściśle go pod sutkiem oznaczając; jeszcze inni wskazują odrazu sami, jako miejsce owego „bólu w sercu“, drugie lub trzecie międzyżebrze. Jedna chora (28-letnia) wskazała mi przytem sama, jako miejsce najbardziej bolesne, lewy brzeg mostka w 3-em międzyżebrzu. Dla rozpoznania jest rzeczą ważną, że u większości takich chorych daje się ustalić drogą wywiadów nietylko niewątpliwe przerwy w cierpieniu, ale dość rozległe promieniowanie bólu, gdy się nasila. Kilku z takich chorych skarżyło mi się na promieniowanie bólu w okolicę stawu barkowego lub w ramię, co działo się wyłącznie w takich przypadkach, w których znajdowałem punkty bolesne w 2-em i 3-em międzyżebrzu, i co, jak wiemy, znajduje wytłómaczenie w stosunkach anatomicznych. Od większości jednak tych chorych mogłem się dowiedzieć, że gdy ból serca jest bardzo silny, promieniuje w bok lub nawet pod łopatki. Nawiasem mówiąc, tylko u 5 z pomiędzy 20 chorych tej grupy, udało mi się stwierdzić punkty bolesne na linii pachowej, przyczem u 2 z nich znajdowały się one jednocześnie, jako pojedyńcze i przy kręgosłupie w typowem miejscu. Jak widzimy więc, w $^3/_4$ przypadków tego rodzaju punkty trzymały się wyłącznie okolicy serca. W fakcie tym tkwi chyba źródło tak częstego nierozpoznawania omawianego cierpienia. Tem silniej go tu jednak podkreślam.

Co do siedziby i oznaczenia punktów bolesnych i konieczności cierpliwego ich szukania i konsekwentnego tępienia, to muszę tu powtórzyć dosłownie to samo, co obszerniej omówiłem w poprzednim rozdziale o biciu serca. Tu powtórzę tylko, że punktów tych bywa zwykle po 3 do 7, i że raz tylko widziałem 24-letnią chorą, która skarżyła się na silny ból w okolicy serca, mając istotnie tylko jeden punkt bolesny w 5-em międzyżebrzu na linii sutkowej. (C. d. n.)

Uwagi o wydawaniu orzeczeń lekarskich w sprawach t. zw. wypadkowych.

Napisał

Dr Bronisław Skałkowski,

lekarz Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków dla Galicyi i Bukowiny we Lwowie.

Ruch społeczny, jaki w ostatnich dziesiątkach ubiegłego stulecia silnie w społeczeństwie się zaznaczył, znalazł widomy swój wyraz w prawnych, ustawowych postanowieniach, mających na celu dobro klas pracujących. Powstały kasy chorych, dające bezpłatną opiekę lekarską swoim członkom, zakłady ubezpieczenia robotników od nieszczęśliwych wypadków; ciała ustawodawcze pracują nad nowemi ustawami, mającemi na celu zabezpieczenie istnienia pojedynczych pracowników, którzy się stali niezdatnymi do pracy lub wreszcie osiągnęli pewien wiek, dający prawo do przejścia w zasłużony stan spoczynku.

Stosunki prawne, jakie się wytworzyły na podstawie nowych ustaw między robotnikiem a pracodawcą, dały powód do powstania obszernego piśmiennictwa i prawniczego i lekarskiego, lekarzom bowiem w znacznej mierze przypada wydawać orzeczenia w poszczególnych wypadkach, a nawet mogę twierdzić, że w znacznej części spraw bez orzeczenia lekarskiego, oświetlającego sprawę, dodatnich wyników osiągnąćby się nie dało. Idąc za uprzejmem wezwaniem Szanownej Redakcyi „Przeglądu lekarskiego“, odważyłem się spisać szereg uwag, jakie mi się nasuwają z powodu mego kilkunastoletniego zajęcia, jako lekarza przy Zakładzie ubezpieczenia robotników od nieszczęśliwych wypadków dla Galicyi i Bukowiny. Sądzę, że niepomierny wzrost czynności tego Zakładu usprawiedliwi moje wystąpienie i jakkolwiek praca niniejsza nie może być doskonałą, to sądzę, że doświadczenie moje, zebrane w ciągu szeregu lat, niejednemu z kolegów może w danym razie oddać pewną przysługę.

Nie będę się bawił w statystyczne wykazy wzrostu czynności samego Zakładu, wspomnę tylko, że w pierwszym roku mej czynności, wezwany do wydania opinii lekarskiej w przypadkach więcej powikłanych, wydałem orze-

czeń 15, gdy dziś od pierwszego stycznia do końca czerwca b. r., t. j. przez sześć miesięcy, wydałem ich 650. Sądzę, że się nie pomylę, twierdząc, że w obecnych czasach nie ma już lekarza, któryby w danym razie nie był już wzywany do wydawania orzeczenia w sprawach wypadkowych, czyto jako lekarz prywatny, czy jako lekarz kasy chorych, nie mówiąc o lekarzach rządowych, ci bowiem do tego w pierwszym rzędzie są powołani.

W krótkości nadmienię tylko o celu Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków i o sposobie, jak w praktyce rzecz ta jest przeprowadzoną. Nie wszystkie kategorye pracy podlegają ubezpieczeniu i nie wszystkie są jednakowo klasyfikowane co do wysokości niebezpieczeństwa, z jakiem pewne zawody są połączone; jestto jednak sprawa opłat i ta nas na razie nie obchodzi.

Każdy wypadek, jaki zaszedł w obrębie przedsiębiorstwa, podlegającego obowiązkowi ubezpieczenia, musi być zgłoszonym przez przedsiębiorcę do Zakładu ubezpieczenia i do władzy politycznej, t. j. do odpowiedniego c. k. Starostwa, a we Lwowie i Krakowie do magistratu, które to urzędy są dla tych miast starostwami. Jeżeli skutkiem wypadku nastąpiła niezdolność do zarobkowania, trwająca dłużej, niż pięć tygodni, sprawa przechodzi do Zakładu, który ma obowiązek uszkodzonemu płacić pełną, najwyższą 60% rentę na czas leczenia, następnie odpowiednio wyznaczoną rentę na czas częściowej przemijającej lub stałej niezdolności do pracy, lub wreszcie dbać, jeżeli wypadek śmiertelnie się zakończył, o pozostałych członków rodziny uszkodzonego w stopniu i mierze, ustawą przewidzianych.

Czynność lekarza, wezwanego do wydania orzeczenia w danym wypadku, ograniczać się będzie do stwierdzenia, czy sprawa chorobowa musi być uważaną za następstwo wypadku, dalej do stwierdzenia, czy okres leczenia trwa jeszcze, czy już zakończony, i do wyjaśnienia, czy wypadek w danym razie pociągnął za sobą trwałą lub przemijającą niezdolność do pracy, a jeżeli tak, to w jakim stopniu i na jak długo. Z powyższego zdawałoby się, że sprawa ta jest całkiem jasna i niepowikłana, a przecież w praktyce wyłaniają się bardzo wielkie trudności, jeżeli orzeczenie lekarskie ma być całkiem sprawiedliwe, oparte na wyniku dokładnych badań i spostrzeżeń, liczące się z okolicznościami ubocznemi, jak rodzajem pracy wykonywanej przez uszkodzonego, jego inteligencyą, wiekiem, ogólnem zdrowiem itd., a przedewszystkiem orzeczenie, nie faworyzujące w danym razie ani jednej, ani drugiej strony, więc ani uszkodzonego, ani Zakładu ubezpieczenia. Sprawa to bardzo ważna, mająca głęboki wpływ nawet, że tak powiem, na wychowanie i umoralnienie warstw pracujących. Przytoczę tylko jeden przykład. Renta niesłusznie pobierana przez robotnika, zdolnego w zupełności do pracy tak, jak każdy inny, który nie uległ wypadkowi, n. p. po zupełnem wygojeniu złamanej kończyny, staje się przedmiotem zazdrości wszystkich innych współtowarzyszy. Wypadek zaczyna być uważanym nie za nieszczęście, ale za coś dobrego, na czem można zrobić interes, złe instynkta ludzi budzą się, powstają spekulacye z zmyślaniem wypadków; objawy nieznaczne, jakie niektórzy uszkodzeni mają, bywają przedstawiane w świetle gorszem; powstaje cały szereg kłamstw, procesów celem uzyskania renty; ta *sacra auri fames* z instytucyi humanitarnej chce zrobić źródło nieprawych dochodów.

Z kolei przychodzi nam się zastanowić nad tem, co rozumieć należy przez wypadek. Wypadkiem nazwać można gwałtowne zadziałanie siły obcej, a więc uraz zewnętrzny, wywołujący stan chorobowy całego ustroju lub jego części i w następstwie zupełną lub częściową niezdolność do pracy. Do najczęstszych i najprostszych wypadków zaliczymy przeto stłuczenia, zwichnięcia i złamania kończyn lub poszczególnych kości, jak żeber, kości głowy itd., rany skóry mięśni, ścięgien, we wszystkich odmianach, jako rany ze stłuczenia, darte, cięte, kłute i t. d. Wyliczanie tych spraw zająłoby za wiele czasu i miejsca; sądzę, że raczej należy omówić inne przypady, które mogą być podciągnięte pod pojęcie wypadku.

Wstrząs psychiczny może sprawić w danych okolicznościach szkodliwe dla zdrowia następstwa. Nagły przestrach, n p. przy zesuwaniu się z dachu, choć do wypadku nie doszło skutkiem szczególnych okoliczności, n. p. zaczepienia się odzieży i t. p., może wywołać zaburzenia, szczególnie w sferze psychicznej. Mogą powstać t. z. wyobrażenia poniewolne *(Zwangsideen)*: uszkodzony myśli ciągle o doznanym przestrachu, kombinuje, coby było zaszło, gdyby był n. p. rzeczywiście spadł; sen może być przerywanym, taki chory budzi się często, śni mu się, że spada w przepaść i t. p. Do podobnych wstrząsów psychicznych można zaliczyć widok nadjeżdżającej lokomotywy, którą jednak na czas jeszcze wstrzymano i cały szereg innych niespodzianych, a grozą przejmujących wydarzeń, których doniosłość i możliwość szkodliwego wpływu na zdrowie pewnego osobnika, musi być w każdym poszczególnym wypadku przedmiotem dokładnych badań i dokładnego zastanowienia się. Dalszych przykładów, w których przestrach, jako wypadek, może być dla Zakładu ubezpieczenia przedmiotem odszkodowania, nie ma chyba potrzeby przytaczać.

W ostatnich czasach zaczęły się mnożyć wypadki wskutek tak zwanego „zawiania“. Otóż zazwyczaj są to przewlekłe cierpienia gośćcowe, albo bole na tle skazy moczanowej, które wrzekomo uszkodzeni podają jako następstwo wypadku. Tak samo bywa z bolami wskutek rwy kulszowej. Przewiewu powietrza, nagłego wichru, a nawet burzy, dla ludzi pracujących pod otwartem niebem nie można uważać za wypadek; ludzie ci, narażeni na zmiany atmosferyczne, mogą podpadać rozmaitym słabościom, jak szczególnie nieżytom dróg oddechowych, ale trzeba być bardzo ostrożnym w przyjęciu zawiania jako wypadku. Na przykładzie rzecz się objaśni łatwiej. Zakład przyznał odszkodowanie urzędnikowi pocztowemu, pracującemu w pokoju bardzo ogrzanym i szczupłym Skutkiem burzy rozbiło się parę szyb w oknie, a przez otwarte drzwi powstał tak silny przeciąg, iż urzędnik, który skutkiem gorąca siedział bez zwierzchniego ubrania, doznał częściowego porażenia. Podobny wypadek byłby u palacza, zajętego przy maszynie parowej, któryby n. p. skutkiem raptownego pożaru musiał rozebrany wybiedz na mróz.

Odmrożenie, zazwyczaj palców u nóg i rąk, lub nosa i uszu, wyjątkowo tylko może być uważane za wypadek. Ludzie bowiem, pracujący w takich warunkach, w których odmrożenie nastąpić może, więc robotnicy leśni, tracze itp., muszą być przygotowani na zmiany atmosferyczne i odpowiednio zabezpieczyć się przeciw odmrożeniu. W wyjątkowych razach możnaby nagłą zmianę ciepłoty uznać za wypadek; okoliczność ta musiałaby jednak dokładnie być stwierdzoną.

Niemiecki zakład ubezpieczeń przyznał odszkodowanie kominiarzowi, który skutkiem zawiei śnieżnej odmroził ręce; zawieja zaskoczyła go nagle w jego ubraniu skórzanem, a zatem źle od zimna chroniącem, i to nie w miejscu jego zamieszkania, tak, że nie mógł się cieplej ubrać.

Udarów mózgowych, zdarzających się skutkiem porażenia słonecznego, nie należy również uważać za wypadek, gdyż możliwość przerwania pracy i schronienia się w cień w dniach nadzwyczajnej spiekoty, prawie zawsze istnieje. Należałoby np. przyznać odszkodowanie w przypadku następującym. Blacharz pracował na szczycie wieży nad poprawieniem dachu, a drabina, po której się tam dostał, została usunięta, lub zerwała się tak, że w skwarny dzień, zanim pospieszono mu z pomocą, był wystawiony na działanie promieni słonecznych i poniósł skutkiem tego uszkodzenie w postaci przekrwienia mózgu, zapalenia skóry itp.

Uderzenie piorunu, sprawiające częściowe porażenia lub oparzeliny, a najczęściej śmierć, nie może być w żadnym razie osądzone jako wypadek i odszkodowane, gdyż uderzenie piorunu przedstawia zwyczajne niebezpieczeństwo dla życia, chyba że stwierdzono, iż wskutek zajęcia ktoś był więcej narażonym na uderzenie piorunu, np. pracował na wieży. Sama praca pod otwartem niebem nie wystarcza dla uznania rażenia piorunem za nieszczęśliwy wypadek. Do innej kategoryi należą mnożące się obecnie przypadki uderzenia prądem elektrycznym u ludzi, zajętych przy instalacyi lub naprawie przewodów elektrycznych.

Wpływ gazów trujących i zatrucie niemi, jak n. p. u kanalarzy, musi być uważany za wypadek. Zakład lwowski odszkodował kanalarza, który skutkiem oberwania się ziemi przy kopaniu wystawiony był przez dłuższy czas na wdychiwanie szkodliwych gazów i u którego wywiązało się charłactwo mimo braku wszelkich obrażeń cielesnych.

Aby osądzić, czy w danym razie chorobę należy uważać za „wypadek", czy nie, może być konieczną wiadomość o rozmaitych towarzyszących okolicznościach. I tak napadu udarowego wśród pracy nie należy uważać za wypadek, choćby śmierć bezpośrednio nastąpiła, znaną jest bowiem z codziennego doświadczenia rzeczą, że udary mózgu lub porażenia serca zdarzają się całkiem bez związku z wykonywanem zajęciem, przy zwykłem chodzeniu, siedzeniu, we śnie itp.

Z drugiej strony, jeżeliby udowodniono, że u człowieka chorego na serce skutkiem nagłego, niespodziewanego wysiłku nastąpił napad sercowy, należy uznać go za wypadek. Np. kilku robotników dźwiga razem większy ciężar, ale przy jego podnoszeniu przypadkiem nierównomiernie podchwytują tak, że ciężar chce się zwalić w kierunku jednego. Jeżeli teraz ten robotnik, chory na serce, ratując się przed zgnieceniem, wytężeniem wszystkich sił swoich ciężar ten podtrzymał, a potem zachorował, to możemy w tym razie przyjąć, że zaszedł wypadek. Do pojęcia przeto wypadku trzeba, aby wywołująca go siła zadziałała w czasie, którego trwanie ściśle się da oznaczyć. Z tego wynika dalej, że urazy czysto fizyczne, a powtarzające się stale, jak to przy pewnych zajęciach się zdarza, nie mogą być podciągnięte pod pojęcie wypadku, a jeżeli mają szkodliwe następstwa, mogą być raczej przyczyną chorób zawodowych (Gewerbekrankheiten). Dreszcze, które wystąpiły śród pracy, a były zapowiedzią włóknikowego zapalenia płuc, rozpoznanego w parę dni później, mogły wystąpić również kiedyindziej, przed lub po skończonej pracy, zapalenie płuc przeto nie jest następstwem wypadku, jak w danym razie chory mógłby twierdzić (skutkiem „zawiania, przeciągu" i t. p.).

Jeżeli do rany skórnej przyłączy się zakażenie, to sprawa ta jest ogólnie uważana za wypadek. Nieznaczne zdarcie naskórka, jeżeli potem nastąpiło zapalenie tkanki łącznej, uważać należy za wypadek. Do tej kategoryi należy zakażenie wąglikiem, jakkolwiek wąglik uważany jest w wielu podręcznikach za chorobę zawodową. Chorób zawodowych istnieje cały szereg w postaci n. p. przewlekłych zatruć, jak ołowiem, rtęcią, fosforem, nie tu jednak miejsce roztrząsać tę sprawę dokładniej.

Do bardzo częstych chorób, które wrzekomo uszkodzeni chcą jako następstwa odniesionego wypadku przedstawić, należą przepukliny i przewlekła gruźlica, która wrzekomo u całkiem zdrowego człowieka po lekkim urazie klatki piersiowej zaczyna się rozwijać. Nie ulega wątpliwości, że pewna część przepuklin powstaje skutkiem gwałtownego urazu, którym zazwyczaj nie jest uraz, dotyczący powłok brzusznych, jak kopnięcie w brzuch, upadek z wysokości; najczęstszą przyczyną powstania przepuklin jest raczej raptowne i bardzo silne napięcie tłoczni brzusznej, jak to dzieje się przy raptownem podźwignięciu ciężarów. Objawy jednak, jakie towarzyszą nagłemu powstaniu przepukliny u zdrowego człowieka, są wogóle tak ciężkie, że nie mogą ujść uwadze otoczenia. Ból, zapad ogólny, wymioty, oto objawy, towarzyszące powstaniu ostrej przepukliny urazowej. Zeznania świadków, jakie w przypadkach rzekomo urazowych przepuklin stale w protokołach dochodzeń się znajdują, są poprostu śmieszne. Zeznaje n. p. X. Y. prosty robotnik, że N. N. nie miał przepukliny, ale ją nabył w dniu krytycznym. Podobne są zeznania żony uszkodzonego. Zawsze znajdują się w zeznaniach gotowe rozpoznania, zamiast, żeby dochodzenia wykryły, jak wypadek się odbywał, jakie było zachowanie się uszkodzonego po doznanym urazie i t. p. Zważywszy dalej, że uszkodzeni z wrzekomego wstydu nie chcą zaraz po wypadku przyznać się, że mają przepuklinę, dojdziemy do przekonania, że tylko bardzo mała część przepuklin może być uważaną za następstwo wypadku. Trudniej jest ocenić sprawę, jeżeli uszkodzony twierdzi, że istniejąca przepuklina skutkiem wypadku znacznie się powiększyła i chociaż mu dawniej nie zawadzała, to obecnie czyni go niezdolnym do pracy. Uwzględnienie wszystkich możliwych okoliczności pozwoli i w takich razach zdać sobie sprawę z istotnego stanu rzeczy. Kazuistykę możnaby tu podać ogromną; dla przykładu przytoczę tylko niektóre przypadki. Robotnik, który się wrzekomo podźwignął, przerywa pracę i idzie 14 kilometrów piechotą, zabawia się na chrzcinach; potem zachorowuje obłożnie: żona wzywa lekarza, który stwierdza przepuklinę uwięźniętą. Robotnik ten umiera. Wdowa żąda renty z powodu wypadku. W tym wypadku odmówiono renty, gdyż trudno było przypuścić, aby z przepukliną uwięźniętą mógł ktoś iść 14 kilometrów. Przepuklina uwięzła prawdopodobnie skutkiem libacyi na chrzcinach i jeszcze wtedy nawet nie sprawiała większych dolegliwości, gdyż lekarza wezwano dopiero w ostatecznej chwili.

72-letni drukarz (zecer) cierpi od r. 1883 na przepuklinę lewostronną. Przy zajęciu niezwykłem (składaniu anonsów) dźwignął większy ciężar i w tej chwili wystąpiła prze-

puklina po prawej stronie. W tym razie przyznano odszkodowanie.

Operacyjne leczenie przepuklin sposobem n. p. Bassiniego może przywrócić zdolność do pracy; jeżeli jednak przepuklina powstała skutkiem wypadku, a następnie operacyjnie usuniętą została, to zdaniem mojem Zakład obowiązany jest płacić niewielką rentę, którąby pokrywała koszta paska przepuklinowego i pozwalała uszkodzonemu choćby chwilowo wstrzymać się od zbyt natężającej pracy.

Oczywiście po operacyjnem usunięciu przepuklin może z biegiem czasu nastąpić pogorszenie, najczęściej skutkiem rozluźnienia się blizny i wysuwania się tutaj jelit. Rzadszą postacią pogorszenia, ale może dla uszkodzonego dokuczliwszą, jest znaczne stwardnienie blizny pooperacyjnej i skutkiem tego ucisk na sznurek nasienny, który wtedy staje się bardzo wrażliwym i może sprawiać bole, sięgające w głąb brzucha i utrudniające cięższą pracę.

Co się tyczy ocenienia, czy w danym przypadku przepuklina jest świeższej daty, czy stara, to rzecz tę trzeba oceniać ze stanowiska chirurgicznego. Rozluźnienie moszny, szerokość kanału pachwinowego, łatwość odprowadzenia przepukliny, łatwość jej wypadnięcia, zgrubienie worka przepuklinowego, ślady zabarwienia (pigmentacyi) skóry po dłuższem noszeniu paska przepuklinowego, zanik jądra po stronie przepukliny, silnie rozwinięte żylaki, lub wodniak jądra, będą przemawiać za dawnem istnieniem przepukliny. Świeżą urazową przepuklinę możnaby poznać po podbiegnięciach krwawych, bolesności, sprawy te jednak wyjątkowo tylko będzie można spostrzegać.

Co się tyczy gruźlicy, to nie ulega wątpliwości, że w pewnych warunkach odniesiony uraz może istniejący stan pogorszyć i osobnika, który mimo gruźlicy zdolnym był do zarobkowania, uczynić niedołężnym kaleką. W pierwszej linii chodzi tu o urazy, tyczące się samej klatki piersiowej, więc uderzenie, zasypanie ziemią, złamanie żeber i t. d. Sprawy te są tem ważniejsze, im same przez się są sprawą chorobową cięższej przyrody. Złamanie żebra zwykle może się wygoić bez śladu w ciągu kilkunastu dni, o ile opłucna nie będzie zadrażniona i nie nastąpi zapalenie opłucnej. Ale i urazy, dotyczące nie wprost klatki piersiowej, mogą wpływać ujemnie na przebieg już istniejącej gruźlicy. Szczególnie chodzi tu o złamania kończyn dolnych, przy których występuje gorączka skutkiem powikłań miejscowych i które zmuszają uszkodzonego do dłuższego leżenia w łóżku.

Urazy, jakie się zdarzają, mogą dotyczyć całego ciała, jak upadki z wysokości, wstrząśnienia podczas jazdy koleją, przysypanie ziemią i t. p. lub też dotyczyć poszczególnych części ciała, jak rąk, nóg, głowy.

Przy zastanawianiu się nad urazami, dotyczącymi całego ustroju, wysuwa się na pierwszy plan nerwica urazowa, spostrzegana początkowo po urazach, odniesionych przy wypadkach kolejowych, t. zw. „Railway-spine“, o której wkrótce się jednak przekonano, że wiele innych przyczyn może wywołać zbiór objawów, upoważniających nas do rozpoznania nerwicy urazowej.

Nie ulega wątpliwości, że nerwica urazowa należy do bardzo ciężkich i często nieuleczalnych chorób, bo oprócz zaburzeń w działalności poszczególnych narządów przyczynia się, właśnie skutkiem tego, do ciężkich zaburzeń psychicznych. Z drugiej jednak strony nie ulega, mojem zdaniem, najmniejszej wątpliwości, że w kołach lekarskich postępowano w tych przypadkach bardzo nieoględnie i dzieje się to i nadal: po lada urazie, szczególniej dotyczącym głowy, stwierdza się nerwicę urazową. Wszak nie są to tak dawne czasy, jak przy bójkach rozbijano sobie głowy, a rany, choć nie zaopatrzone przeciwgnilnie, goiły się bez śladu; czyż dziś najmniejszy uraz głowy lub karku, kawałek gruzu, spadający na głowę, miałby wywoływać zawsze nerwicę urazową? Nie sądzę, aby ludność cała miała tak przeczulone nerwy, że najmniejszy uraz może je wyprowadzić z równowagi; jestem natomiast przekonany, że chęć zysku i pobierania renty naprowadziła na tę myśl całe szeregi wrzekomo uszkodzonych. Wiedzą bowiem ci ludzie doskonale, że podmiotowe dolegliwości, na które się skarżą, jak bole głowy i zawroty, badaniem przedmiotowem nie dadzą się z całą pewnością ani wyłączyć, ani zaprzeczyć, tak, że orzeczenie lekarza w wielu przypadkach musi się kończyć zastrzeżeniem: „że jednak twierdzenie uszkodzonego może być prawdziwe“. To też uwaga Thiema w całości jest zupełnie słuszna. Powiada on: „Istotnie zadziwiającem jest, że od czasu istnienia prawa o nieszczęśliwych wypadkach, ani zwichnięcie stawu barkowego, ani złamanie obojczyka i t. p. nie chce się już wyleczyć, lecz zawsze pozostawia ciężkie zaburzenia czynnościowe. Dlaczego dawniej było inaczej, dlaczego i dziś jeszcze inaczej pośród ludzi, którzy nie mogą liczyć na odszkodowanie?“

Dlatego lekarz, mający wydawać orzeczenie w przypadkach nerwicy urazowej, musi być jeszcze ostrożniejszym, niż w innych przypadkach. Musi się strzedz przedewszystkiem, aby nie zostać oszukanym; z drugiej strony, mimo najgorszych doświadczeń, jakie mógł zebrać co do swych klientów, musi ciągle o tem pamiętać, że nie każdy musi być symulantem.

Difficile est satyram non scribere. Zdarzyło mi się, że jadąc tramwayem w dzień Sylwestra, słyszałem, jak dwaj kolejarze, życząc sobie dobrego Nowego Roku, życzyli sobie „wesołego Unfallu“. To też szczególnie w kołach robotników kolejowych nerwica urazowa stała się chorobą endemiczną. A jednak jakkolwiek każdy z tych ludzi, którzy się o rentę starają, przesadza na każdym kroku, niemniej są to ludzie pożałowania godni.

Trzeba bowiem znać całe postępowanie przy przyznaniu renty. Jeżeli zdarzył się wypadek i nie pociągnął za sobą zaraz poważnych następstw, a uszkodzony powrócił do pracy, zamyka sobie drogę do jakiegokolwiek odszkodowania, gdyż powróciwszy do pracy po wypadku, stwierdził przez to, że był zdrowy. A wszak nieraz skutki wypadku występują dopiero później. Jeżeli znów uszkodzony przerwał zaraz pracę, to tem samem stwierdza, że jest ciężko chory, a powrócić do pracy po kilku tygodniach niezawsze łatwo, gdyż lekarze fabryczni i kolejowi niechętnie przyjmują ludzi, chcących pracować, ale zgłaszających się tylko do lżejszej pracy. Cóż się więc dzieje? Robotnik, nieprzyjęty do roboty, a do cięższej pracy naprawdę niezdolny, zaczyna naprawdę chorować. Brak zarobku wywołuje braki w domowem gospodarstwie, nierzadko wkrada się nędza. Wszystko zatem zależy od tego, czy renta za wypadek zostanie przyznaną, czy nie, i czy z nią zawita ten wymarzony dobrobyt, niestety, muszę dodać, dobrobyt z renty bez pracy. Następuje szereg badań lekarskich, protokołów, spo-

strzeżeń, narad chorego z kolegami, którzy już uzyskali rentę i t. p., jednem słowem cały szereg czynności i okoliczności, który na psychiczną sferę uszkodzonego działa ujemnie i w ten sposób z lekko chorego po kilku miesiącach dojrzewa wybitny, ciężki neurastenik. Sądzę, że dobrze uczyni lekarz w lżejszych przypadkach uszkodzeń, jeżeli zwróci uwagę badanego, iż istniejące u niego objawy są tego rodzaju, że w przyszłości o większej rencie myśleć nie może, aby przeto mostów za sobą w oczekiwaniu renty nie palił i nie zrywał swoich obecnych zarobkowych stosunków. Do najczęstszych objawów, z jakimi spotkać się można przy nerwicy urazowej, należą podmiotowe uczucia zawrotów głowy, szumu w uszach, kręcenia się w koło. Sprytniejsi mówią o podwójnem widzeniu, ale to wychodzi z mody, gdyż to łatwiej się daje przez badanie oczu stwierdzić. Jak u wszystkich symulantów, tak i w przypadkach nerwicy urazowej znamienną rzeczą jest przesada. I im uszkodzony jest mniej inteligentny, tem więcej chorobowych podaje objawów; nie ma prawie okolicy ciała, którąby mu nie dolegała; wszystko go boli, a jak nie boli, to słabe. Mało inteligentni ludzie, którzy chcą udawać nieistniejące stany chorobowe, lub nieznaczne jakieś dolegliwości przedstawić jako bardzo wielkie, biorą się do tego zazwyczaj bardzo niedołężnie i postępując trochę tylko sprytniej, można ich z łatwością zdemaskować. N. p. robotnik, który cierpiał na bole gośćcowe po zawianiu, które również chce jako wypadek przedstawić, twierdzi, że rękę ma zupełnie porażoną i nic nią robić nie może. Następuje scena rozbierania się, przy której pomaga kalece żona; ręka zwisa bezwładnie obok ciała, ale, bacznie się przypatrując, widzieć można pewien przymus i pewne napięcie mięśni, aby rękę w danem położeniu utrzymać. Zresztą dalszy rzut oka na silne i jędrne mięśnie budzi podejrzenie, jeżeli nie udawania, to przesady. Wezwany do wykonania jakichkolwiek ruchów, twierdzi uszkodzony, że nic zrobić nie może. Oto i pierwszy taktyczny błąd z jego strony, wiadomo bowiem, że takie zupełne porażenia należą do wyjątków, więc jeżeli nie nerw ramieniowy, to łokciowy, pośrodkowy lub sprychowy powinienby pewną sprawność zachować. Bierne zginanie ręki i palców odczuwa badany jako ból, co znowu nie odpowiada nawet zupełnemu porażeniu. Podnosząc rękę uszkodzonego od tułowia, można czuć opór, który jest tem silniejszy, im wyżej się rękę podnosi. Jeżeli uszkodzonemu podnosi się symetrycznie obie ręce, a równocześnie zagaduje go i odwraca jego uwagę od tego, co się robi, można schwycić odpowiednią chwilę i usunąwszy prędko własną rękę, choć na chwilę, stwierdzić, że ta wrzekomo bezwładnie zwisająca ręka teraz trzyma się sama w powietrzu. Uzyskanie tego, choćby na chwilę, stwierdza ponad wszelką wątpliwość udawanie choroby i badany daje za wygraną. Odniosłem nawet wrażenie, że tacy, przekonani o udawaniu uszkodzeni nie mają tego lekarzowi za złe, jeżeli odkrył ich podstęp, poprostu inteligencya cudza imponuje im bezwzględnie. Udawanie chorób ocznych jest dziś prawie niemożebne i zawsze odkryte zostanie; badanie takich uszkodzonych musi być powierzone specyaliście, jako wymagające dużo czasu i szczególnych wiadomości. Udawanie głuchoty jest stosunkowo rzadkie. Dotychczas badałem takich kilku symulantów, między nimi jednego, który udawał, że jest głuchy, jak pień i z którym, zanim przyszedłem do bióra, przez parę godzin męczono się, udawał bowiem, że nie słyszy. Taka bezwzględna głuchota wydała mi się podejrzaną; całkiem spokojnie przemówiłem do niego, wchodząc do bióra: „mógłbyś Pan spodnie sobie pozapinać.“ Ruch ręką do spodni zdradził go nieodwołalnie tak, że się przyznał do wszystkiego: słyszał doskonale. Przygotowany był na próby uszu i tu udawał dobrze; gwałtowne hałasy, za nim robione, nie przerażały go; ale uderzony w sferę psychiczną, wstydliwą, nie potrafił chwilowo zapanować nad sobą i zdradził się. W trudniejszych przypadkach trzeba będzie udać się o pomoc do specyalistów, którzy rozporządzają szeregiem sposobów, jak Webera, Rinnego, Schwabacha, Stengera, L. Müllera i t. p.

Prawdziwie głuchy odczuwa n. p. trzaśnięcie drzwiami jako wstrząśnienie i obraca się w tym kierunku; symulant tego nie uczyni, sądzi bowiem, że w ten sposób się zdradza.

Udawanie sztywności pewnych stawów bywa także czasem praktykowane, jednak napięcie odpowiednich grup mięśni dostrzedz stosunkowo łatwo. Badanie prądem elektrycznym co do objawów zwyrodnienia, badanie wreszcie Röntgenem może wykryć prawdę. Pewien uszkodzony cierpiał na ból nerwowy jądra wskutek tkwiącego tam wrzekomo kawałka żelaza. Badanie przedmiotowe nie zdołało niczego wykryć, jednak jądro stale bolało. Dopiero promienie Röntgena, o których badany nie wiedział, stwierdziły, że żelaza w jądrze nie ma i prawdopodobnie nigdy nie było.

Najtrudniej przedstawia się sprawa wobec skarg na objawy podmiotowe, jak zawroty głowy. Wiadomo, że zawroty mogą uczynić kogoś zupełnie niezdolnym do pracy jużto pod względem psychicznym, gdyż taki, na zawroty cierpiący chory myśli zebrać nie może, jużto pod względem fizycznym, gdyż nieraz ludzie tacy nie mogą utrzymać się na nogach. W takich poważnych przypadkach zawsze będzie można stwierdzić zmiany przedmiotowe n. p. zez, brodawkę zastoinową, objawy poraźne pewnych grup mięśni i t. p. Sprawa jest trudniejsza, jeżeli uszkodzony chodzi, rozmawia, nawet pewne czynności spełnia, twierdzi tylko, że skutkiem zawrotów po doznanym wypadku do pełnej pracy w dawnym wymiarze i nasileniu nie jest zdolnym i za to żąda odszkodowania.

Doświadczenie poucza, że zawroty głowy mogą istnieć bez zmian przedmiotowych, a przynajmniej takich, jakie wykazaćby można. Może zaburzenia w krążeniu krwi w mózgu wywołują zawroty; zatrucia ostre, np. wyskokiem mogą wywołać uczucie zawrotu, przy takich zawrotach widać jednak przyczynę. Chwilowe zawroty, sprawiające krótkie chwilowe niedomagania, mogą być poważną przeszkodą w zarobkowaniu, jeżeli n. p. chodzi o ludzi pracujących na rusztowaniach i t. p., którzy przez to narażeni są na spadnięcie. Zawroty takie często łączą się z następowem biciem serca; okoliczność ta mogłaby przedmiotowo potwierdzać podmiotowe objawy, podawane przez badanego. Za istnieniem zawrotów przemawiać mogą okoliczności, wśród jakich uraz powstał. Ciężkie stłuczenie głowy z zagięciem czaszki cegłą, spadającą z wysoka, prawdopodobniej przemawia za istnieniem zawrotów, niż uderzenie w głowę małym odłamkiem gruzu. Można przypuszczać istnienie zawrotów, jeżeli pobudliwość nerwów naczynio-ruchowych jest wielką. Jeżeli u badanego po kilkakrotnem schyleniu się raz po raz ku ziemi powstanie silne nastrzykanie spojówek, zaczerwienienie twarzy, czasem niezbieżność gałek ocznych, wtedy można

przyjąć, że zawroty głowy rzeczywiście istnieją. W tych jednak przypadkach, w których uraz był nieznaczny, od urazu upłynęło wiele czasu, badany wygląda wogóle zdrowo, a istnieją tylko podmiotowe skargi, trzeba je przyjmować bardzo ostrożnie. Wogóle przy wydawaniu orzeczeń lekarskich, błędnem byłoby stanowisko tego lekarza, któryby sądził, że orzeczenie jego musi być w każdym przypadku bezwzględnie dodatnie albo ujemne, to jest rozstrzygać każdą sprawę w sposób stanowczy. Tak, jak w orzeczeniach znawców przed sądem podnieść trzeba często pewne okoliczności, przemawiające za rozstrzygnięciem sprawy w tym lub owym kierunku, przez użycie przykładów sprawę wyświetlić, jak również przez postawienie sprawy *a contrario* starać się ją wyjaśnić, tak i w sprawach wypadkowych w niektórych razach orzeczenie musi się zakończyć oświadczeniem, że wprawdzie nie wiele przemawia za tem, iżby twierdzeniom badanego zupełną dać wiarę, że jednak z drugiej strony nie ma dowodu, iż twierdzenia badanego są zupełnie bezpodstawne. Wreszcie doświadczenie w bardzo wielu przypadkach rozstrzygnie, czy badany jest symulantem, czy prawdziwie chorym. Robotnik poważny, szanujący siebie i swą pracę, niezawsze ulegnie pokusie, aby dla szczupłej nieraz kwoty pieniędzy narażał się choćby na posądzenie o udawanie. Okoliczności uboczne, jak sposób zarobkowania przed i po wypadku, mogą także w pewnych sprawach posłużyć do wyjaśnienia sprawy. N. p. po stosunkowo nieznacznym urazie, który nie zostawił żadnych zmian, porzuca uszkodzony swoje zajęcie i jako właściciel roli osiada na niej, a przy badaniu sprawia wrażenie zupełnie zdrowego człowieka, który tylko wrzekomo ma zawroty. Jeżeli renta, jaką pobiera, jest stosunkowo duża, wiele przemawia za tem, że chce on pobierać ją dalej, jako walną pomoc przy pracy na roli, rzucił przeto dawne zajęcie jedynie w chęci zysku.

Ponieważ uwagi moje niniejsze odnoszą się do orzeczeń lekarskich, nie mogę szczegółowiej roztrząsać poszczególnych objawów różnych chorób, gdyż w ten sposób odbiegłbym od zakreślonego celu. Nie mogę jednak wstrzymać się od uwagi, że nerwicę tak zwaną urazową rozpoznaje się za często i to nieraz bezpośrednio po wypadku, kiedy właśnie prawdziwe nerwice urazowe zazwyczaj są objawem późniejszym; rozpoznaje się je przytem często na podstawie dość błahych przypadów, jak wzmożenie odruchów kolanowych i dermatografia. Dermatografia w szczególności nie jest objawem swoistym nerwicy urazowej, a według mego doświadczenia jest ona objawem bardzo częstym, prawie że codziennym. Nie mówiąc już o kobietach, które mają delikatniejszą skórę, bardzo często widzi się pasma przekrwionych naczyń włoskowatych w skórze po najlżejszem dotknięciu, jak n. p. przy opukiwaniu. *Erythema pudicitiae* sądzę, że należy także tu zaliczyć, a przecież o nerwicy urazowej zaraz się nie myśli. Natomiast za mało uwagi zwracają badający na zaburzenia w sferze czucia. Zdarzało mi się odkryć na ciele badanych całe obszary, zupełnie znieczulone na bardzo silne ukłucia igłą; o tem znieczuleniu badani zgoła nie wiedzieli. Jakkolwiek więc badania takie są dość żmudne, to jednak w wielu przypadkach są one nieodzowne.

Jestem wogóle przekonany, że najbliższe lata przyniosą cały szereg zmian w kierunku praktycznego przeprowadzenia dochodzeń w sprawach wypadkowych. Jak z początku zaznaczyłem, zakres działania Zakładu wzmaga się olbrzymio, tak że lekarz Zakładu czynnościom swoim tylko z największem natężeniem podołać może, co wreszcie w przyszłości będzie się musiało odbić na dokładności orzeczeń, jeżeli są dnie, w których kilkunastu uszkodzonych trzeba zbadać, często przypadki niejasne, umyślnie do Lwowa do Zakładu z prowincyi sprowadzane. Wiem, że inne Zakłady mają po kilku lekarzy, specyalnie wykształconych w röntgenowaniu, okulistyce, chorobach nerwowych i t. p., a nawet szpitale, w których ważniejsze przypadki ściśle są spostrzegane. Szpitale te w Niemczech co prawda nie cieszą się popularnością u uszkodzonych, uważane są bowiem więcej za zakłady śledcze, a nie lecznicze. Ale przeprowadzenie samego protokolarnego dochodzenia powinno uledz zmianie, a przedewszystkiem zyskać na szybkości. Co bowiem warte orzeczenie lekarskie, wystawione w kilka miesięcy po wypadku? jak wybrnąć z tego, jak długo trwał okres leczenia, jaka była następnie częściowa niezdolność do pracy? Wszystko to pytania, na które przy biurokratycznym ustroju wszelkich urządzeń w Austryi musi się jak najściślej odpowiedzieć, a najczęściej bez żadnych danych podstaw. Zdarza się, że uszkodzony dawno o wypadku zapomniał, gdy raptem spada nań większa suma pieniężna w lat kilka, bo dopiero odpowiednie papiery mogły być zebrane i dochodzenia ukończone. Z drugiej strony Zakład, nie dając zapomogi bezpośrednio po wypadku, naraża się na utyskiwania uszkodzonych w czasie, kiedy oni najwięcej potrzebują zapomogi. Słuszność każe przyznać, że sprawy wypadkowe w Zakładzie są niezwłocznie załatwiane, ale ze strony starostw ciągłe są spóźnienia. Nasze galicyjskie starostwa, jak skądinąd wiadomo, przeciążone są pracą, jak rekrutacyą, administracyą, nie mówiąc już o wyborach, sprawy przeto wypadkowe spychane są na ostatek z krzywdą uszkodzonych, często ze szkodą Zakładu, a najczęściej z uszczerbkiem sprawy samej, gdyż orzeczenia lekarskie są spóźnione i nie dają poglądu na stan uszkodzonego bezpośrednio po wypadku.

W ogólnych zarysach z powyższych uwag możnaby osądzić, kiedy zaszedł wypadek w pojęciu ustawy. Weźmy dalszy przykład, których praktyka dostarcza lub każdej chwili dostarczyć może. Robotnik, zatrudniony przy pracy, dławi się kawałkiem kości, znajdującym się w przyniesionem jedzeniu i umiera. Czy w danym razie nie zaszedł wypadek, za który Zakład byłby obowiązany płacić odszkodowanie? Wypadek zaszedł niewątpliwie i zakłady ubezpieczenia od wypadków, które istnieją w poważnej liczbie jako przedsiębiorstwa prywatne, przyznałyby odszkodowanie. Zakład jednak ubezpieczenia robotników od wypadków nie odpowiadałby w tym razie, gdyż do pojęcia wypadku według ustawy należy jeszcze pojęcie wypadku, zależnego od wykonywanej pracy (Betriebsunfall, durch den Betrieb verursacht).

Przeszliśmy pokrótce choroby przyranne, jak róża, ropowica, tężec i t. p., które wikłając lekkie nawet obrażenia mogą wywołać poważne następstwa, a nawet śmierć i które ocenilibyśmy jako następstwo wypadku. Poruszyliśmy ogólne następstwa wypadku, jak nerwice urazowe i wpływ wypadku na już istniejące stany chorobowe. Musimy jeszcze poruszyć wpływ chorób, już przed wypadkiem istniejących, na przebieg chorób, wywołanych przez wypadek i rozpatrzeć, jak się trzeba zachować, jeżeli w czasie leczenia sprawy wypadkowej dołączą się choroby, nie stojące z wypadkiem

w żadnym związku. Przykład objaśni tę rzecz. Robotnik, posiadający jedno oko (drugie stracił w dzieciństwie), wykonywa swą pracę tak, jak każdy inny. Skutkiem wypadku traci lub uszkadza sobie to pozostałe oko. Oczywista, że utrata siły wzroku na tem oku będzie daleko więcej znaczyć, niż gdyby posiadał drugie, robi go bowiem zupełnym kaleką. To samo odnosi się do częściowej utraty palców u rąk, do częściowych zesztywnień stawów po wygojonem próchnieniu kości w młodości i t. p.

Do grupy chorób, nie stojących w związku z wypadkiem, ale które się przyłączyły następnie, możnaby zaliczyć tętniaki urazowe (Kaufmann przytacza 6 przypadków), zapalenie szpiku innych kości po zgnieceniu pojedynczych części, gruźlica ogólna i miejscowa, — miejscowa najczęściej występująca szczególnie po zgnieceniu drobnych kości śródręcza i śródstopia, — nowotwory, jak mięsaki, raki itp. Pogorszenie istniejących objawów kiły wskutek wypadku lub wystąpienia objawów kiłowych w miejscu uszkodzenia muszą być odszkodowane. Należą tu n. p. przypadki kiłowego zapalenia rogówki, po jej urazie występujące. Dla orzeczenia, czy nowotwór, jak n. p. mięsak, jest następstwem wypadku, trzeba wymagać podwójnego sprawdzianu. Musi być udowodnionem, że uraz zaszedł w pewnym ściśle oznaczonym czasie, a po drugie, że uraz był tego rodzaju i takiej siły, że zmusił uszkodzonego do niezwłocznego przerwania pracy. Jeżeli ktoś zwichnął nogę, która nawet opuchła, a w rok potem zachoruje na gruźlicę stawu lub mięsaka goleni, to sprawa ta nie może być uznaną za następstwo wypadku.

Pominąwszy już nerwicę urazową, która właściwie jest zbiorem rozmaitych stanów neurastenicznych, histerycznych, hypochondrycznych lub melancholicznych, mogą jako następstwo wypadku wystąpić choroby umysłowe i nerwowe, ściśle biorąc porażenie postępujące (*paralysis progressiva*, *dementia paralytica*), wiąd rdzenia, drżączka poraźna (*paralysis agitans*), syryngomyelia urazowa, wreszcie padaczka i urazowa cukrzyca, a w końcu i inne stany chorobowe, o których dopiero specyalne badania miałyby orzec, czy je za następstwo wypadku uważać należy, n. p. białaczka. Już sama ustawa orzeka, że za uszkodzenia, wywołujące niezdolność do pracy, trwającą niżej pięciu tygodni, Zakład nie płaci odszkodowania; w orzeczeniu lekarskiem przeto musi być podanem, czy okres leczenia skończył się, czy trwa dalej i jak długo prawdopodobnie potrwa. Przez leczenie rozumiemy wszystko to, co sprawia lub przyspiesza powrót do stanu prawidłowego, to jest do zdrowia, lub też do stanu, możliwie zbliżonego do tego, jaki istniał przed wypadkiem. Do leczenia zaliczymy przeto wszystkie operacye, mające na celu połączenie n. p. rozdartych części, opatrunki ustalające złamania, wreszcie miesienie, leczenie elektrycznością, kąpielami i t. p. Leczenie musi trwać dopóty, dopóki spodziewanem jest polepszenie istniejącego stanu rzeczy; w przeciwnym razie należy uważać je za skończone. Z tego wynika, że w orzeczeniu naszem nieraz okres leczenia uznamy za skończony mimo tego, że właściwie tak nie jest. Chodzi tu o te przypadki, w których uszkodzony właściwemu odpowiedniemu leczeniu poddać się nie chce, a zmusić go do tego nie można. N. p. istniejącą przepuklinę urazową (bo o tych tylko mowa) można przez odpowiednią operacyę usunąć. Tymczasem uszkodzony nie godzi się na żaden taki zabieg. Wobec tego byłoby niesłusznem płacić uszkodzonemu najwyższą rentę, jaką ustawa za czas leczenia przewiduje, t. j. 60%, tylko stosownie do ustawy należy go uznać nie za wyleczonego, bo takim w istocie nie jest, tylko za uszkodzonego, u którego okres leczenia się skończył i wyznaczyć odpowiednią do wynikłej niezdolności do pracy rentę, a dokładniej biorąc oznaczyć odsetkowo istniejącą niezdolność do pracy, rentę bowiem oblicza i przyznaje Zakład odpowiednio do procentu niezdolności.

Żadnemu ciężko choremu nie powinno się ukrócać okresu leczenia, któryby go zmuszał do wcześniejszego podjęcia pracy. Owszem ja osobiście przy trochę poważniejszych uszkodzeniach zawsze oznaczam z góry dłuższy, bo miesiące trwający okres leczenia, jak to zresztą jeszcze poniżej uzasadnię. Jednak w interesie uszkodzonego leży nieraz skrócenie okresu leczenia. Szczególnie należą tutaj sprawy, utrudniające ruchomość pojedynczych części, jak palców u rąk lub stawów. Wiemy bowiem, że jeżeli n. p. skutkiem rany na jednym palcu i inne są dłuższy czas zabandażowane, to palce te sztywnieją, a ruchy ich stają się bolesne, tak, że początkowe nieznaczne uszkodzenie może przejść w gorsze. Otóż zmuszanie uszkodzonego do lżejszej pracy zastąpi czynność leczenia w postaci miesienia lub elektryzowania. To samo odnosi się do zesztywniałych stawów po złamaniach, zwichnięciach i t. p. Trwanie okresu leczenia zależeć będzie od rodzaju uszkodzenia, zaszłych powikłań, wieku uszkodzonego, ogólnego stanu zdrowia i innych okoliczności. Okres leczenia złamań kończyn powinien być z góry zakreślony na czas dłuższy, conajmniej pół roku, może jednak, jeżeli nastąpią powikłania, i na lata całe się rozciągnąć Jakkolwiek wiemy, że odłamki po kilku tygodniach są już zupełnie zrośnięte, to jednak nie możemy uznać okresu leczenia za skończony, póki czynność danego narządu nie wróci do prawidłowego stanu. Złamanie jeszcze i po zrośnięciu się odłamków nie jest wyleczonem, jeżeli istnieje bolesność kostniny, obrzęki, dowodzące zaburzeń w krążeniu, zaburzenia w unerwieniu przez ucisk od opatrunku i t. p. Za regułę przyjąćby należało oznaczać okres leczenia stosunkowo długo, a z nim pobieraną najwyższą rentę dawać równie długo, następnie zaś stopniowo rentę obniżać i w miarę poprawiania się czynności uszkodzonego narządu nawet zupełnie zamykać Nie widzę bowiem żadnego słusznego powodu, aby ktoś, kto doznał złamania uda, które się wygoiło z nieznacznem skróceniem i z dobrem ustawieniem odłamków, po latach jeszcze pobierał rentę, kiedy sprawność takiej złamanej nogi po kilku latach nie pozostawia nic do życzenia. Dlatego stałą niezdolność do pracy należałoby określać bardzo ostrożnie. Jeżeli się latami całymi śledzi los chorych uszkodzonych, to stwierdza się olbrzymie zmiany na lepsze, a szczególnie co do wzmożenia się czynności pojedynczych narządów. Naturalnie najłatwiej przyjdzie nam ocenić odsetek niezdolności do pracy przy obrażeniach kończyn. To też oddawna ustalił się zwyczaj dzielenia ciała ludzkiego na części i stosownego oprocentowania. Wiele Towarzystw ubezpieczeń podaje na policach, w jakiej wysokości będą pewne utraty wynagradzane: i tak utrata prawej ręki 60%, utrata palca u nogi 3%, zupełna niezdolność 100%; w tych granicach są podane rozmaite tabelki, mniej więcej się zgadzające. Tak jednak w rzeczywistości nie można postępować. N. p. skaleczenie palca, które

pozostawiło znieczulenie opuszki z zatrzymaniem ruchomości palca, zwykłemu robotnikowi nie przeszkadza zgoła w zupełnem zarobkowaniu; jeżeli jednak to dotyczy zecera, który już nie może tak szybko składać, ponieważ nie czując, którą stroną czcionka jest obrócona, powolniej pracuje, to niezdolność do pracy może być stosunkowo wysoka. Ustawa obecna wprawdzie tego jeszcze całkiem dokładnie nie uwzględnia, ale same Zakłady ubezpieczeń przy wymierzaniu rent uwzględniają zawodowe zajęcie uszkodzonego. Zawodowy strzelec i hodowca bażantów z braku posady wziął się do innej pracy, przy której skaleczył sobie palec wskazujący prawej ręki, za czem poszło upośledzenie ruchów tegoż palca. Każdego innego robotnika byłbym uznał już obecnie, to jest w rok po wypadku, za zupełnie zdolnego do pracy, w tym przypadku jednak przedłużyłem pobieraną rentę na rok, gdyż twierdzenie uszkodzonego, że musi się przy strzelaniu posługiwać trzecim palcem, wydało mi się wiarygodnem. Z chwilą, kiedy palec trzeci nabędzie odpowiedniej wprawy, renta zostanie zamkniętą. Przykłady takie możnaby mnożyć w nieskończoność. Wspomnę obecnie tylko o ważniejszych skaleczeniach, wywołujących stałą częściową niezdolność do pracy. Na czele tego szeregu stoją wszelkie utraty członków lub ich części, więc ręki, nogi, palców, oka, a nawet zębów. Złamanie żuchwy z utratą zębów może doprowadzić do charłactwa skutkiem złego odżywiania się. Złamania kończyn nie powikłane, ale przez ustalenie odłamków w złem położeniu źle wygojone, są powodem poważniejszej niezdolności do pracy wtedy, jeżeli skrócenie przenosi 5 ctm. Skrócenia nawet 3—4 ctm. po kilku latach są powodem zaledwo nieznacznej kulawizny. Gorsze są złamania takie, po których nastąpiło zapalenie tkanki łącznej z następowym zanikiem mięśni i zesztywnieniem pewnych stawów. Sztywność stawu biodrowego po złamaniu miednicy jest kalectwem bardzo ciężkiem, albowiem znacznie utrudnia chód, a również i siedzenie. Sztywność kolana i stawu skokowego jest dla robotników znaczną przeszkodą w pracy, ale różną według ich zajęcia. Murarz o sztywnem kolanie łatwiej pracuje, niż cieśla. Utrata wszystkich palców u ręki jest równomierną prawie z zupełną utratą całej ręki. Ale uszkodzony, posiadający rękę bez palców, z dłonią, w lepszem jest położeniu, niż ten, któremu odjęto ramię. Znam jednego kolonistę pod Lwowem, który jedną ręką wszystko robi, nawet kosi, przytrzymując zachowanym łokciem drugiej ręki kosę. Z utraty palców najważniejszą jest utrata kciuka, gdyż ręka traci swoją chwytność. Jednak utrata dwóch tylko członków kciuka jest mniejszą stratą, niż równoczesna utrata kości śródręcza. Zachowana kość śródręcza może po latach ćwiczenia sprawić, że chwytność ręki stosunkowo jest dosyć znaczną. Utrata końcowego lub średniego członka pojedynczych palców z biegiem czasu posiadaczowi takiej ręki nie daje się zupełnie odczuwać, szczególniej jeżeli jest skrócony jeden lub najwyżej dwa palce. Cięższem skaleczeniem jest utrata palca n. p. trzeciego lub czwartego z odpowiednią kością śródręcza, gdyż wtedy ustawienie palców pozostałych jest wadliwe i czynność ręki niedokładna dla braku dłoni szerokiej.

Utrata tylko końcowego członka kilku nawet palców po upływie kilku lat zgoła nie przeszkadza zwykłemu robotnikowi w możności pełnego zarobkowania i pobierane renty powinny być zamknięte. Szczególną uwagę trzeba zwracać na wykształcenie mięśni, porównując kończynę uszkodzoną ze zdrową. Zanik mięśni, ich wiotkość, dowodzi osłabienia kończyny. Zanik taki może jednak dopiero po dłuższym czasie wystąpić. W jednym przypadku po naruszeniu nerwu ramieniowego przez cięcie w pasze, zanik mięśni glistowatych ręki można było spostrzedz dopiero w półtora roku.

Złamania obojczyka po kilku latach nie pozostawiają zazwyczaj żadnych śladów, oprócz może schodowatego zaklęśnięcia i ręka co do czynności jest prawidłowa. Złamania żeber, o ile nie było powikłania ze strony opłucnej, goją się bez pozostawienia żadnych śladów w ciągu kilku tygodni. Gorsze od złamań co do utrzymywania się bolesności przez czas dłuższy są zwichnięcia stawów i naciągnięcia więzadeł, n. p. w kostce, które mogą się wikłać ze złamaniem kości. Zdarzało się, że uszkodzeni chodzili ze złamaną nogą. W jednym przypadku rozpoznano tworzący się guz nowotworowy, najprawdopodobniej mięsak, gdy w rzeczywistości była to narastająca kostnina. Dziś po zastosowaniu promieni Röntgena rozpoznanie nie sprawiałoby takich trudności, jak to było przed laty dwudziestu, a przecież i w tym przypadku rozpoznano w końcu dobrze. Rzekomy nowotwór z czasem znikł. Szczególnie zgniecenia krótkich kości, jak nadgarstka, śródstopia, są bolesne bardzo długo, nieraz lata całe. Jeżeli złamania kości były powikłane i pozostały blizny z kością trwale zrośnięte, można przypuszczać, że bolesność utrzymuje się w większym stopniu.

Przy takich z kością zrośniętych bliznach istnieją zazwyczaj zaburzenia krążenia w postaci obrzęków, zasinienia, wyprysków lub znieczuleń pewnych części. Jeżeli uszkodzony opisuje nerwobole w przebiegu takim, jaki odpowiada anatomicznej budowie ciała, należy twierdzenie jego uznać za słuszne, n. p. przy urazach głowy bolesność nerwu trójdzielnego, bolesność nerwu potylicznego po złamaniu podstawy czaszki i t. p., jeżeli przebieg bolesności opisze uszkodzony szczegółowo. Bardzo często uszkodzeni podają wrzody goleni jako następstwo wypadku. Wiemy, że owrzodzenia te są skutkiem zaburzeń krążenia na tle żylaków, goją się bardzo powoli i powstają na nowo przy lada sposobności. Niektóre jednak wrzody goleni można trwale wyleczyć, a ciągle ropiejące rany spotyka się tylko u bardzo pod względem czystości zaniedbanych osobników.

Otóż te wrzody goleni, od najdawniejszych czasów znane jako plaga szpitali, dawały bowiem ich właścicielowi patent na przyjęcie, są i dziś jeszcze dla ich właścicieli atutem, który przy złamaniach kończyn bywa bardzo często wygrywanym. Nie można zaprzeczyć, że przez złamanie goleni z następowym obrzękiem i utratą części miękkich mogą powstać owrzodzenia, których dawniej nie było, albo istniejące znacznie się pogorszyć, ale z drugiej strony istnienie wrzodów żylakowych na nodze po zwichnięciu nogi lub lekkiem jej stłuczeniu nie może być brane tak dramatycznie, jakby to zawsze chcieli uszkodzeni przedstawić. Jeżeli na obu nogach są żylaki, a jedna z nich została stłuczoną, przyjąć można, że wrzody istniały na pewno już przed wypadkiem. Jeżeli jednak n. p. jedna goleń wygląda całkiem prawidłowo, a na drugiej złamanej są obrzęki, zasinienie i owrzodzenia żylakowe, to można przyjąć, że między niemi a złamaniem zachodzi ścisły związek. Że widok takiej nogi owrzodziałej może sprawiać wstrząsające wrażenie, szczegól-

nie na nie lekarzy, więc n. p. na członków Sądu rozjemczego, nie ulega wątpliwości; trzeba jednak wiedzieć, że żylaki takie i wrzody mniejszą są przeszkodą w pracy, niż n. p. sztywność jednego z większych stawów lub rwa któregoś z nerwów obwodowych. Do dalszych objawów, które uszkodzeni chętnie podnoszą, należą trzeszczenia stawów, a szczególnie kolan. Otóż takie trzeszczenie może się zdarzać u najzdrowszych nieraz osób, które nigdy ani uszkodzone nie były, ani żadnych dolegliwości nie odczuwają. Ważniejszą okolicznością są wysięki w kolanie, nieraz długi czas się utrzymujące, wtedy atoli nie ma trzeszczenia. Wysięki takie utrudniają chód, a cała noga cięży choremu, jakby coś do niej było przywiązanem. Wogóle wysięki kolana po stłuczeniach mogą się długo utrzymać.

Nie ulega wątpliwości, że uszkodzeni używają rozmaitych środków celem poparcia swych twierdzeń o wrzekomo istniejących bolach, n. p. w złamanych przed laty żebrach. Do takich środków należą: obstawienie klatki piersiowej bańkami suchemi lub pomazanie się nalewką jodową, co bardzo dekoracyjnie wygląda. Ale i stawianie pryszczydeł na kończynach celem wywołania wyprysku i podwiązywanie przepaską elastyczną ręki lub nogi celem wywołania obrzęku, są to znane i zupełnie pewnie stwierdzone manipulacye. Postępowanie Zakładów ubezpieczeń w przypadkach udawania jest niesłuszne. Nie dość bowiem na tem, że w danym przypadku odmówi się renty; mojem zdaniem należałoby iść dalej i osobnikom takim wytoczyć proces o oszustwo. Błędem ustawy jest mojem zdaniem także to, że nie daje jednorazowej odprawy tym, którzy o to proszą. Jednorazowa odprawa w pewnej większej sumie, oczywiście odpowiednio obliczonej, mogłaby posłużyć do założenia sklepu, warsztatu, do zakupna roli, na którejby nawet poważniej uszkodzony mógł pracować dodatnio nawet bez całej ręki, nie mówiąc o utracie końcowego członka palca, kiedy dziś, pobierając rentę miesięcznie, i od czasu do czasu będąc badanym, podsuwa badającemu lekarzowi palec pozbawiony paznokcia i twierdzi, że nic zapracować nie może. Że pewien pessymizm musi opanować lekarza, codziennie stykającego się z uszkodzonymi, nie może nikogo dziwić, jeżeli n. p. przy opukiwaniu klatki piersiowej mężczyzna o mięśniach atlety, który doznał przed rokiem stłuczenia klatki piersiowej, wije się z bolu, jakby go kto nożem żgał. A jednak ciągle trzeba pamiętać o tem, że przecież niekażdy musi być symulantem.

Do najczęściej udawanych objawów należy chwianie się po zamknięciu oczów. Jeżeli taki badany tylko zamknąwszy oczy zaczyna się chwiać, sprawa jest bardzo podejrzaną. Niektórzy padają nawet na ziemię, ale w tych przypadkach zawsze widzi się pewien przymus, niezgrabność i strzeżenie się przed dotkliwszem uderzeniem. Jeden uszkodzony padał zawsze na obok stojącą sofę pomimo tego, że stawiałem go twarzą raz ku oknu, a raz przeciwnie do pokoju. Symulanci wiedzą także o wzmożeniu odruchów kolanowych. Nieraz uderzenie zamierzone, ale nie wykonane, tylko powstrzymane przed samem ścięgnem, wywołuje podrzucenie nogi w powietrze. Tak „wzmożone“ odruchy są oczywistym dowodem symulacyi.

Powyższe uwagi znacznie dałyby się rozszerzyć, a szczególnie objaśnić opisem zaszłych wypadków, przebiegu sprawy, orzeczeń wydanych przez sądy rozjemcze lub przez uznane lekarskie powagi. Wtedy jednak ramy obecnej pracy mogłyby się rozszerzyć do rozmiarów kilkotomowego dzieła, których już nie brak. Nie mówiąc o wielkich niemieckich podręcznikach, wspomnieć muszę o doskonałej pracy polskiej dra Mączkowskiego: „O udawaniu (symulacyi) objawów nerwowych“. Kolegom, pragnącym się z całą sprawą dokładniej zapoznać, mogę polecić dzieło Kaufmanna: „Handbuch der Unfallverletzungen“ 1897.

Bakterye mleczne jako środek walki ze starością i niektóremi chorobami.

Napisał

Prof. dr Napoleon Cybulski.

(Ciąg dalszy).

Obecność stała rozmaitych drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym prawie u wszystkich zwierząt z wyjątkiem niektórych owadów i ich poczwarek jak n. p. larw molów, których przewód pokarmowy bakteryi nie zawiera, nasuwała pytanie, czy te drobnoustroje nie są dla życia niezbędne; czy one nie spełniają tu jakiejś roli, dzięki której ustrój łatwiej przyswaja pokarm, słowem, czy ustroje wyższe nie tworzą współżycia (symbiozy) z ustrojami niższymi, a pozbawione ich byłyby niezdolne do życia. I takie zapatrywanie, zdawało się, potwierdzają niektóre doświadczenia. Tak Schottelius[2]) pierwszy usiłował wylęgnąć z jajek kurczęta w wylęgarniach, urządzonych w ten sposób, ażeby do piskląt, wylęgających się z jajek, nie mogły się dostać żadne drobnoustroje. Pokarm wylęgłych kurcząt również był w ten sposób sporządzony, że w nim nie było ani bakteryi, ani ich zarodników. Tak karmione i hodowane kurczęta żyły kilka tygodni i nie zawierały w swoim przewodzie pokarmowym żadnych niższych ustrojów, żadnych bakteryi, lecz pomimo pobierania pokarmu nie przybierały na wadze, chudły i wyglądały bardzo nędznie. Gdy autor do pokarmu dodał bakteryi lub począł kurczęta karmić pokarmem niewyjałowionym, wówczas te same, znajdujące się już w ostatnim stopniu charłactwa pisklęta poprawiały się i wracały do stanu prawidłowego. Podobne doświadczenie przeprowadziła pani Miecznikow[3]) nad kijankami. I w tym przypadku, gdy pokarm był zupełnie wyjałowiony, zwierzątka wprawdzie żyły w ciągu kilku miesięcy, lecz zupełnie się nie rozwijały.

Jednakże przeciwko tym doświadczeniom przemawiają doświadczenia Nutalla i Thierfeldera[4]), którym powiodło się wyhodować nowonarodzone morskie świnki, karmione mlekiem i pokarmami roślinnymi, dokładnie wyjałowionymi tak, iż w przewodzie pokarmowym tych zwierząt nie było żadnych drobnoustrojów i mimo to, zwierzęta te rozwijały się zupełnie prawidłowo i były wciąż w dobrym stanie. Doświadczenia więc Nutalla i Thierfeldera dowiodły w sposób niewątpliwy, że obecność bakteryi i innych drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym nie jest konieczną i że w poprzednich doświadczeniach hodowanie kur-

[2]) Archiv für Hygiene 1898, tom XXXIV, str. 210, 1902, tom LXII, str. 48.

[3]) Annales de l'Institut Pasteur, 1901, str. 630.

[4]) Zeitschrift für physiologische Chemie, 1895, str. 109.

cząt lub kijanek nie udawało się dlatego, że albo pokarm, albo wogóle warunki, wśród których te zwierzątka żyły, nie były odpowiednie.

Zresztą, że obecność drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym człowieka nie jest warunkiem jego istnienia. wskazuje także ta zmienność rozmaitych gatunków, które w przewodzie pokarmowym się znajdują. Przy zmianie pokarmów u noworodków karmionych piersią, ilość bakteryi nie jest, według Tissiera, obfitą; wśród nich w największej ilości występuje *bacillus bifidus*. U tych samych dzieci flora w przewodzie pokarmowym stawała się znacznie obfitszą i występowały inne gatunki, kiedy dzieci karmiono mlekiem krowiem. Najbardziej urozmaicają i powiększają florę, jak już zaznaczyłem wyżej, pokarmy surowe. U człowieka, o ile spożywa pokarmy gotowane, oczywiście pokarmy te drobnoustrojów nie zawierają i tylko wyjątkowo pewne zarodniki. Dlatego też gotowanie mleka lub wody do pewnego stopnia zapobiega wprowadzeniu bakteryi; tem się tłómaczy dobry wynik, który stwierdzono powszechnie przy stosowaniu u dzieci mleka gotowanego, jak n. p. z zakładów „Kropli mleka“. Jednakże dorosły człowiek, chociażby ostrożność posuwał bardzo daleko, nie może uniknąć wprowadzenia drobnoustrojów do przewodu pokarmowego. Bakterye same i ich zarodniki znajdują się w powietrzu, osiadają z kurzem na naczyniach, na pokarmach, chociażby ugotowanych, lecz oziębionych i w ten sposób najrozmaitsze ich gatunki, obojętne i szkodliwe, trafiają do naszego ustroju.

Prawda, że ustrój sam posiada pewne środki, które niszczą rozmaite drobnoustroje; i tak wiadomo, że niektóre z nich zabija sok żołądkowy (dzięki obecności kwasu solnego) i strawia, również sok trzustkowy Jednakże dotyczy to tylko pewnych gatunków i przytem zwykle nie działają na zarodniki, a ta okoliczność sprawia, że nawet przy zachowaniu największej ostrożności i używaniu nawet pokarmów wyjałowionych nie możemy zapobiedz na pewno wnikaniu do naszego przewodu pokarmowego rozmaitych drobnoustrojów, nie tylko obojętnych, ale także chorobotwórczych i szkodliwych.

Pomijając nieulegającą wątpliwości szkodliwość bakteryi chorobotwórczych, jak n. p. cholery, duru brzusznego, moru, czerwonki, które tylko podczas epidemii lub w pewnych ogniskach zarazy mogą się dostawać do naszego ustroju, są i wśród zwykłych warunków bardzo szkodliwe gatunki, których nie możemy uniknąć, jak n. p. bakterye gnilne, bakterye fermentacyi masłowej lub rozmaite gatunki drożdży (*mycoderma aceti*, *cerevisiae* i t. p.). Wśród pewnych zmian, które zachodzą w czynności gruczołów wydzielniczych przewodu pokarmowego, mogą łatwo powstać warunki, wskutek których już nawet w żołądku mogą się wytwarzać najrozmaitsze rodzaje fermentacyi, wywołane przez te drobnoustroje. Fermentacye te same przez się wywołują ostre zaburzenia i pogorszają stany chorobowe. Oprócz fermentacyi w takich przypadkach najłatwiej i prawie stale znajdują także warunki rozwoju bakterye gnilne. Zresztą głównem miejscem rozwoju tych drobnoustrojów jest jelito grube. Szkodliwość zaś wytworów, które powstają wskutek działania tych bakteryi, chyba nie ulega wątpliwości. Wszak powszechnie znane są przypadki zatrucia zepsutem mięsem, rybami, a nawet takimi przetworami, jak szynka, kiełbasa. W niektórych okolicach Rosyi wskutek zatrucia rybami powstają całe epidemie. Ale nawet w kraju „porządku, sprawiedliwości i bojaźni Bożej“, w Prusach opisują epidemie n. p. Gaffky i Paak w Rohrdorf (Prusy), wywołane zepsutemi kiełbasami, podczas której zmarło kilkadziesiąt osób[5]). Wprawdzie można dziś spotkać się ze zdaniem, że nie zawsze zepsute, gnijące przetwory spożywcze są szkodliwe, lecz zdanie to opiera się prawdopodobnie na tej okoliczności, że szkodliwe działanie pokarmów gnijących zależy od okresu gnicia, od ilości bakteryi i od ilości trucizn, które te bakterye wytwarzają. Doświadczenia w tym względzie są wogóle szczupłe, można jednakże wskazać na spostrzeżenia podróżników, którzy w dzikich, bezludnych stepach lub pustyniach z głodu spożywali niekiedy padlinę i bardzo często stawali się ofiarą swego apetytu. Tak Foa[6]) podaje, że gdy karawana jego, złożona przeważnie z negrów, od kilku dni już strasznie wygłodzona, znalazła pewnego dnia na drodze padlinę słonia, która zupełnie gniła i gdy pomimo jego zakazu trzech z jego ludzi spożyło mięso tego słonia, wszyscy trze. w strasznych męczarniach z objawami silnego ostrego zapalenia przewodu pokarmowego zginęli w ciągu jednej doby. Zatrucia się pokarmami zepsutymi wskazują stanowczo, że nawet wtedy, gdy nie same bakterye, lecz tylko ich wytwory dostają się do ustroju, działają one zawsze szkodliwie i wywołują mniej lub więcej długotrwałe zaburzenia.

Skoro więc wśród innych bakteryi, bakterye gnilne znajdują się w przewodzie pokarmowym, skoro ich wytwory rozkładu są dla ustroju szkodliwe, skoro warunki dla rozwoju tych drobnoustrojów są w jelitach zupełnie odpowiednie, zachodzi więc pytanie, czy te wytwory rzeczywiście powstają w przewodzie pokarmowym i czy one w tym przypadku mogą działać również szkodliwie.

Wieloletnie doświadczenie ludzkości i spostrzeżenia naukowe, tak lekarskie, jak i fizyologiczne, dały twierdzącą odpowiedź na oba te pytania i wyjaśniły, że sprawy te zachodzą przeważnie w jelitach grubych. Już od bardzo dawna wiadomo, że takie wytwory rozkładu substancyi białkowych jak siarkowodór, fenol, krezol, indol, skatol, zawsze w większej lub mniejszej ilości można wykryć w kale. Wszystkie te substancye są silnemi truciznami i oczywiście skoro się już wytworzyły w jelicie grubem, mogą uledz wessaniu, i w ten sposób w mniejszym lub większym stopniu zatruwać cały ustrój. Ustrój walczy z temi wytworami i wyrabia w sobie przynajmniej względem niektórych, zdolność zobojętniania ich działania. I tak, w wątrobie powstają związki krezolu i fenolu z kwasem siarkowym, inne ulegają pewnemu przekształceniu. Powstające nowe związki, jak kwasy siarkofenolowe, siarkokrezolowe, indykan i t. p., łącząc się z zasadami, dają związki obojętne, lecz to nie niweczy w zupełności ich szkodliwego działania. Według Miecznikowa pobudzają one do czynności fagocyty i obniżają odporność wyższych komórek ustroju, n. p. nerwowych i gruczołowych. Że te substancye powstają w jelicie grubem, na to już przed laty przytaczał dowody Baumann, a nie braknie ich i w nowszych czasach; i tak Ewald przytacza badania u kobiety, u której po operacyi uwięźniętej przepukliny powstał odbyt sztuczny w jelicie grubem. Przez cały czas, dopóki jelito grube nie działało, w moczu tej osoby nie

[5]) Arbeiten d. k. Gesundheitsamtes, vol. IV, 1890.

[6]) Du cap au lac Nyassa, Paris 1897.

można było wykryć, ani indolu, ani fenolu. Gdy następnie po nowej operacyi jelito cienkie połączono z grubem, obie te substancye zjawiły się ponownie w moczu. Substancyi tych wcale nie znajdujemy w moczu ptaków, które, jak nadmieniliśmy wyżej, nie posiadają jelita grubego.

W tych sprawach rozkładowych w jelitach, a w szczególności w jelicie grubem, w tych wytworach, powstających wskutek działania drobnoustrojów, a w szczególności bakteryi gnilnych, upatruje Miecznikow główne źródło szkodliwych wpływów na tkanki ustroju, główne czynniki, które przyspieszają zmiany starcze w tkankach: zanik pierwocin miąższowych, a w szczególności komórek nerwowych i gruczołowych, rozwój tkanki łącznej, obniżenie spraw wymiany materyi i odkładanie się w tkankach składników mineralnych (zwapnienie tętnic w miażdżycy), a w końcu ogólne zmniejszanie się odporności ustroju na rozmaite wpływy szkodliwe, co jest także jedną z cech zmian starczych. (C. d. n.)

Badania nad hodowaniem beztlenowców bezwzględnych w atmosferze powietrza.

Podał

Adam Wrzosek.

(Praca wykonana w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniw. Jagiell. Dyrektor: prof K. Klecki.)

(Ciąg dalszy).

II. Badania własne hodowania beztlenowców w atmosferze powietrza, w bulionie, zawierającym kawałek tkanki roślinnej.

Do hodowania beztlenowców używałem bulionu zwykłego, zawierającego 1% wyciągu mięsnego Liebiga, 1% peptonu i 0,5% soli kuchennej. Do bulionu tak przygotowanego wkładałem kawałek tkanki roślinnej i szczepiłem doń beztlenowce. Do badań używałem trzech gatunków beztlenowców, a mianowicie laseczników szelestnicy, obrzęku złośliwego i kiełbasianych (*b. botulinus*). Po zaszczepieniu dwóch lub trzech oczek bulionowej hodowli rzeczonych mikrobów do probówek z bulionem, zawierającym kawałek tkanki roślinnej, umieszczałem zaszczepione pożywki w cieplarce w 37° C. Gdy bulion zaszczepiony zmętniał i cuchnął, przeszczepiałem zeń zawsze do bulionu zwykłego oraz do bulionu, znajdującego się w probówce pod warstwą stałej parafiny po dwa lub trzy oczka. Bulion, znajdujący się pod warstwą parafiny, zawierał prawie zawsze 0,2% cukru gronowego. Prócz tego, w razie zmętnienia zaszczepionego bulionu, często badałem go w kropli wiszącej i w preparatach zabarwionych. Jeżeli bulion zawierający kawałek tkanki roślinnej i zaszczepiony beztlenowcem zmętniał i cuchnął; jeżeli przeszczepiony do bulionu cukrowego pod parafiną i do bulionu zwykłego, w pierwszym wytwarzał gazy i wywoływał jego zmętnienie, gdy bulion zwykły pozostawał przezroczysty; jeżeli dalej w kropli wiszącej można było zauważyć dużo poruszających się laseczników, a w preparacie zabarwionym sporo laseczników z zarodnikami lub bez nich, wtedy uważałem, że zaszczepiony beztlenowiec rozmnożył się w bulionie z kawałkiem tkanki roślinnej.

Z początku zamierzałem próbować hodować beztlenowce tylko w bulionie, do którego uprzednio włożyłem niewyjałowiony kawałek ziemniaka. W tym celu wyjałowionemi nożyczkami lub nożem wycinałem ze środka ziemniaka kawałki rozmaitej wielkości, wkładałem je do probówek, zawierających bulion i umieszczałem w cieplarce w 37°, aby się przekonać, czy wycięty kawałek ziemniaka był jałowy. Ponieważ jednak w znacznej części probówek bulion mętniał, a badanie drobnowidowe stwierdzało obecność licznych prątków, przeto postanowiłem spróbować hodować beztlenowce nietylko w bulionach, zawierających niewyjałowiony kawałek ziemniaka, lecz również w bulionach, które wraz z kawałkiem ziemniaka przed zaszczepieniem do nich beztlenowców wyjaławiałem w autoklawie w 120° w ciągu 15 minut. Zaraz pierwsze próby dały mi całkiem nieoczekiwany wynik. Okazało się bowiem, że w bulionach, wyjałowionych wraz z kawałkiem ziemniaka, beztlenowce lepiej się rozwijały, aniżeli w bulionach, zawierających niewyjałowiony kawałek ziemniaka. Buliony, wyjałowione wraz z kawałkiem ziemniaka i umieszczone w cieplarce w 37°, rychlej i silniej mętniały po zaszczepieniu do nich beztlenowców, aniżeli buliony, zawierające kawałek ziemniaka niewyjałowiony i zaszczepione takimi samymi mikrobami. Dalej okazało się, że beztlenowce, zaszczepione do bulionu wyjałowionego wraz z kawałkiem ziemniaka, rozmnażając się, przechodzą wszystkie okresy rozwoju, kończąc na wytwarzaniu zarodników; natomiast beztlenowce, zaszczepione do bulionu z kawałkiem ziemniaka niewyjałowionym, rozmnażając się tam, zwykle zarodników nie wytwarzały, a przynajmniej rzadziej, aniżeli beztlenowce, hodowane w bulionach wyjałowionych wraz z kawałkiem ziemniaka. Wobec tego później szczepiłem beztlenowce tylko do bulionów, wyjałowionych wraz z ziemniakiem w 120° w ciągu 15 minut.

Lecz i w bulionach, zawierających kawałek ziemniaka wyjałowiony i zaszczepionych beztlenowcami, niezawsze hodowla była jednakowo bujna. Raz bulion bardzo rychło i silnie mętniał, drugi raz słabiej lub tylko w warstwie dolnej. Gdy zwróciłem na tę okoliczność uwagę, spostrzegłem, że beztlenowce rozwijają się lepiej w tych bulionach, które zawierają większy kawałek ziemniaka, niż w tych, które zawierają mniejszy. W celu dokładniejszego określenia, jaka ilość ziemniaka jest niezbędna w bulionie, aby można w nim było hodować beztlenowce, zaszczepiłem beztlenowce do kilkudziesięciu probówek z bulionem, zawierających kawałki ziemniaka. We wszystkich probówkach była mniej więcej jednakowa ilość bulionu, wynosząca około 10 cm^3. Do probówek z bulionem powkładałem dokładnie ważone ilości ziemniaków młodych, tegorocznych lub starych, zeszłorocznych, poczem buliony wraz z kawałkami ziemniaków wyjałowiłem w 120° w ciągu 15 minut. Do tak przygotowanych pożywek zaszczepiłem mikroby zaraz po wyjałowieniu i ostudzeniu pożywek. Okazało się, że ilość znajdującego się w bulionie ziemniaka odgrywa niemałą w tej sprawie rolę. Albowiem jeżeli w probówce znajdowało się tylko 0,1, 0,2 lub 0,3 gr. ziemniaka — wszystko jedno czy młodego czy starego — to zaszczepione beztlenowce nigdy się nie rozmnażały. Gdy bulion zawierał ziemniaka więcej, np. 0,4 lub 0,5, to niekiedy beztlenowce rozmnażały się w nim. Natomiast zawsze można było otrzymać hodowle beztlenowców w bulionie, zawierającym 1,0 ziemniaka lub więcej (tablica I). Zawartość cukru w bulionie nie odgrywa tu widocznej roli, gdyż otrzymałem jednakowe wyniki, szcze-

piac beztlenowce do zwykłego bulionu z ziemniakiem, lub do bulionu cukrowego, zawierającego kawałek ziemniaka.

Po stwierdzeniu tego nasuwało się zaraz nowe pytanie, a mianowicie, czy ilość bulionu nie odgrywa również pewnej roli w tej sprawie. Aby to pytanie rozwiązać, szczepiłem beztlenowce do kilku szeregów probówek, zawierających różne ilości bulionu, a jednakowe ziemniaka. Okazało się, że i ilość bulionu nie jest bez znaczenia. Gdy bowiem w probówkach, zawierających po 10 cm³. bulionu i po 0,3 gr ziemniaka nigdy nie otrzymywałem hodowli beztlenowców to natomiast w niektórych probówkach, zawierających po, 0,3 gr. ziemniaka, lecz mniejsze ilości bulionu, nie przekraczające 6 cm.³, otrzymywałem hodowle (tablica II).

Tablica I.

L. porz.	Pożywka	Mikrob zaszczepiony	Wynik szczepienia	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?
1	Bulion zwykły z 0,1 gr. ziemniaka starego	Lasecznik obrzęku złośliwego	0	—
2	„ „ 0,1 „ „	„	0	—
3	„ „ 0,2 „ „	„	0	—
4	„ „ 0,2 „ „	„	0	—
5	„ „ 0,3 „ „	„	0	—
6	„ „ 0,4 „ „	„	+	1
7	„ „ 0,5 „ „	„	0	—
8	„ „ 0,5 „ „	„	+	1
9	„ „ 1,0 „ „	„	+	1
10	„ „ 2,0 „ „	„	+	1
11	„ „ 0,1 „ z. młodego	„	0	—
12	„ „ 0,2 „ „	„	0	—
13	„ „ 0.3 „ „	„	0	—
14	„ „ 0,4 „ „	„	0	—
15	„ „ 0,5 „ „	„	0	—
16	„ „ 1,0 „ „	„	+	1
17	Bulion cukr. (0,2%) „ 0,1 „ z. starego	„	0	—
18	„ „ 0.2 „ „	„	0	—
19	„ „ 0,5 „ „	„	+	2
20	„ „ 1,0 „ „	„	+	1
21	Bulion zwykły „ 0,1 „ z. młodego	Lasecz. kiełbasiany	0	—
22	„ „ 0,2 „ „	„	0	—
23	„ „ 0,3 „ „	„	0	—
24	„ „ 0,4 „ „	„	0	—
25	„ „ 0,5 „ „	„	0	—
26	„ „ 1,0 „ „	„	+	1
27	„ „ 3,0 „ „	L obrzęku złośl.	+	1
28	„ „ 3,0 „ z. starego	„	+	1
29	Bulion cukr. (0.2%) „ 3,0 „ „	„	+	1
30	Bulion zwykły „ 0,1 „ z. młodego	Lasecz. szelestnicy	0	—
31	„ „ 0,2 „ „	„	0	—
32	„ „ 0,3 „ „	„	0	—
33	„ „ 0,4 „ „	„	0	—
34	„ „ 0,5 „ „	„	0	—
35	„ „ 1,0 „ „	„	+	4
36	„ około 1,0—1,5 „	„	+	8

Dalej nasunęło mi się nowe pytanie: czy prócz ilości ziemniaka i bulionu, nie odgrywa w hodowaniu beztlenowców pewnej roli także głębokość warstwy bulionu, a zarazem wielkość powierzchni bulionu, stykającej się bezpośrednio z powietrzem. Aby to pytanie rozwiązać, używałem do hodowania beztlenowców nie zwykłych bakteryologicznych probówek, jakich używałem był w poprzednich szeregach doświadczeń, lecz probówek takiej samej wysokości, atoli posiadających conajmniej dwa razy mniejsze światło. Okazało się, jak to widać z tablicy III, że w takich probówkach, zawierających bulionu od 1 do 6 cm.³ i po 0,1 gr. ziemniaka już się niekiedy beztlenowce rozmnażały, ale stale otrzymywałem hodowle, gdy probówki takie zawierały tyleż bulionu, lecz 0,2 gr. ziemniaka. Dodać należy, że do wszystkich pożywek, wyszczególnionych w tablicach II i III, szczepiłem beztlenowce niezwłocznie po wyjałowieniu i ostudzeniu pożywek.

Dalej należało zbadać, czy wszystkie tkanki roślinne w jednakowej mierze sprzyjają rozmnażaniu się beztlenowców w zwykłym bulionie. Jak to można było poniekąd już z góry przewidzieć, nie wszystkie tkanki roślinne nadają się do tego celu, jak to widać z tablicy IV. Obecność w bu-

Tablica II.

L. porz.	Pożywka	Wysokość warstwy bulionu w probówce w cm.	Mikrob zaszczepiony	Wynik szczepienia	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?
1	1 cm.³ bul. zwykł. z 0,1 gr. ziemn. młod.	1,2	Lasecznik obrzęku złośliwego.	0	—
2	2 „ „ „ 0,1 „ „ „	1,5		0	—
3	3 „ „ „ 0,1 „ „ „	1,7		0	—
4	4 „ „ „ 0,1 „ „ „	2,3		0	—
5	5 „ „ „ 0,1 „ „ „	3,4		0	—
6	6 „ „ „ 0,1 „ „ „	3,6		0	—
7	1 „ „ „ 0,2 „ „ „	1,1		0	—
8	2 „ „ „ 0,2 „ „ „	1,5		0	—
9	3 „ „ „ 0,2 „ „ „	2,2		0	—
10	4 „ „ „ 0,2 „ „ „	2,5		0	—
11	5 „ „ „ 0,2 „ „ „	3,1		0	—
12	6 „ „ „ 0,2 „ „ „	4,0		0	—
13	1 „ „ „ 0,3 „ „ „	1,0		+	2
14	2 „ „ „ 0,3 „ „ „	1,6		+	2
15	3 „ „ „ 0,3 „ „ „	2,3		0	—
16	4 „ „ „ 0,3 „ „ „	2,8		0	—
17	5 „ „ „ 0,3 „ „ „	4,0		0	—
18	6 „ „ „ 0,3 „ „ „	3,8		+	2

Tablica III.

L. porz.	Pożywka	Wysokość warstwy bulionu w probówce w cm.	Mikrob zaszczepiony	Wynik szczepienia	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?
1	1 cm.³ bul. zwykł. z 0,1 gr. ziemn. młod.	3,0	Lasecznik obrzęku złośliwego.	0	—
2	2 „ „ „ 0,1 „ „ „	3,4		0	—
3	3 „ „ „ 0,1 „ „ „	4.6		0	—
4	4 „ „ „ 0,1 „ „ „	7,5		+	2
5	5 „ „ „ 0,1 „ „ „	7,5		0	—
6	6 „ „ „ 0,1 „ „ „	8,3		0	—
7	1 „ „ „ 0,2 „ „ „	1,7		+	1
8	2 „ „ „ 0.2 „ „ „	3.6		+	1
9	3 „ „ „ 0,2 „ „ „	4,0		+	1
10	4 „ „ „ 0,2 „ „ „	4,3		+	1
11	5 „ „ „ 0,2 „ „ „	7,7		+	1
12	6 „ „ „ 0,2 „ „ „	7,1		+	2
13	1 „ „ „ 0,3 „ „ „	1,7		+	1
14	2 „ „ „ 0,3 „ „ „	3,4		+	1
15	3 „ „ „ 0.3 „ „ „	4,0		+	1
16	4 „ „ „ 0,3 „ „ „	6,0		+	1
17	5 „ „ „ 0,3 „ „ „	6,0		+	1
18	6 „ „ „ 0,3 „ „ „	6,0		+	1

lionie kawałka buraka lub kalarepy bezwarunkowo sprzyjała rozwojowi beztlenowców, natomiast rzodkiewka, jabłko, pomarańcza, wpływu takiego nie wywierały. I do pożywek, w tablicy IV wyszczególnionych, szczepiłem beztlenowce niezwłocznie po wyjałowieniu pożywek wraz z kawałkiem tkanki roślinnej.

Prawie wszystkie buliony po wyjałowieniu wraz z kawałkiem tkanki roślinnej były całkiem przeźroczyste. Gdy się w nich rozwijała hodowla zaszczepionych beztlenowców,

wtedy buliony mętniały, zaczynały cuchnąć, przyczem około kawałka tkanki roślinnej pojawiały się pęcherzyki gazów. Badanie w kropli wiszącej wykrywało zwykle bardzo wielką liczbę szybko poruszających się laseczników z zarodkami lub bez nich W preparatach, zabarwionych barwikami anilinowymi, znajdowałem w tych przypadkach zawsze wielką mnogość laseczników bez form inwolucyjnych, a obok tego prawie zawsze zarodniki w rozmaitej liczbie.

Tablica IV.

L. porz	Pożywka	Mikrob zaszczepiony	Wynik szczepienia	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?
1	Około 10 cm.³ bulionu zwykłego z 3,0 gr. buraka czerwonego starego	L. obrzęku złośliwego	+	2
2	" " " " " 3,0 " "	L. szelestnicy	+	2
3	" " " " " 3,0 " pastewnego starego	L. obrzęku złośliwego	+	1
4	" " " " " 3,0 " "	L. szelestnicy	+	1
5	" " " " " 3,0 " kalarepy młodej	L. obrzęku złośliwego	+	1
6	" " " " " 3,0 " "	L. szelestnicy	+	1
7	" " " " " 3,0 " buraka czerwonego młodego	L. obrzęku złośliwego	+	4
8	" " " " " 3,0 " "	L. szelestnicy	+	2
9	" " " " " 3,0 " rzodkiewki młodej	L. obrzęku złośliwego	0	—
10	" " " " " 3,0 " "	L. szelestnicy	0	—
11	" " " " " 3,0 " jabłka starego	L. obrzęku złośliwego	0	—
12	" " " " " 3,0 " "	L. szelestnicy	0	—
13	" " " " " 3,0 " pomarańczy	L. obrzęku złośliwego	0	—
14	" " " " " 3,0 " "	L. szelestnicy	0	—
15	" " " " " 3,0 " skórki pomarańczowej	L. obrzęku złośliwego	0	—
16	" " " " " 3,0 " "	L. szelestnicy	+	1

Z powyższych spostrzeżeń można wysnuć wniosek, że w probówce z bulionem, zawierającej pewną ilość ziemniaka, odpowiednią do ilości bulionu, zawsze można otrzymać hodowle beztlenowców (lasecznik kiełbasiany, obrzęku złośliwego i szelestnicy), jeśli się zaszczepi je do bulionu niezwłocznie po wyjałowieniu go wraz z ziemniakiem. Sądzę, że Tarozzi dlatego nie stale otrzymywał hodowle beztlenowców w bulionie, zawierającym kawałek tkanki roślinnej, że nie uwzględniał stosunku ilości bulionu do ilości zawartej w nim tkanki roślinnej, oraz że przed zaszczepieniem beztlenowców wkładał do bulionów kawałki tkanki roślinnej niewyjałowionej, a raczej nie poddawanej działaniu pary o wysokiej ciepłocie. (Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

O zapaleniu wyrostka robaczkowego.

(Sprawozdanie z rozpraw Tow. lekarskiego berlińskiego na posiedzeniach z d. 18 i 25 lipca i 1 sierpnia 1906).

Streścił

Dr E. Stahr.

W zagajeniu wywodzi Bergmann, że dziś co raz więcej przyjmuje się w kołach nawet laików zapatrywanie, iż każdy chory na zapalenie wyrostka robaczkowego powinien być operowany w ciągu pierwszej doby. Dlatego jest niezmiernie doniosłą rzeczą dla lekarza, by wiedział, po czem może rozpoznać zapalenie wyrostka. Drugą bardzo ważną sprawą jest pytanie, czy wyrostek robaczkowy należy zawsze usuwać po raz przebytym napadzie. Na podstawie badań Riedla powszechnie przyjmują, że ostry napad poprzedza przewlekłe zapalenie narządu, t. z., że nigdy nie powstaje odrazu napad ostry. Mowca sądzi jednak, że w wielu przypadkach poprzednio zupełnie zdrowy wyrostek robaczkowy ulega nagłemu zapaleniu z powodu wniknięcia doń bakteryi.

Kraus uważa za niemożliwe ścisłe rozpoznanie rodzaju zmian anatomicznych w zapalonym wyrostku na podstawie klinicznego obrazu. Jest zwolennikiem niezwłocznego zabiegu w każdym przypadku, gdyż pierwotnie lekkie zapalenie może nagle się pogorszyć. Rozpoznanie ostrego napadu nie sprawia zwykle żadnych trudności; spotykamy się z niemi dopiero w przypadkach poronnych. Mowca godzi się na zapatrywanie, że nigdy napad ostry nie powstaje bez poprzedzającego przewlekłego zapalenia wyrostka, które to zapalenie przewlekłe znamionuje się od samego początku przewlekłemi zaburzeniami trawienia i bolami w różnych okolicach brzucha. Przyczyną tego jest ogólny nieżyt okrężnicy *(enterocolitis)*, w przebiegu którego zapada wreszcie wyrostek robaczkowy i nieraz nagle po gwałtowniejszym ruchu zjawiają się wzdęcie okolicy ślepej kiszki i miejscowy skurcz mięśni brzusznych *(défense musculaire)*. Wzdęcie spotykamy naturalnie i w toku innych spraw, n. p. wzdęcie ślepej kiszki gazami w przypadkach opadnięcia żołądka. Tu jednak nie ma bolów dla zapaleń wyrostka znamiennych. A bole te mają różne przyczyny. Zapalenie podnosi parcie i uszkadza tkanki. Zapalenie wywołuje bole odruchowe w innych narządach, jak żołądek, jelito cienkie, jelito grube. Podobne są bole przy gruźliczych wrzodach w jelitach, ale są one więcej rozlane i odpowiednia dyeta ma na nie wpływ. Szczególnie znamiennym dla zapalenia wyrostka jest ból otrzewny i miejscowa przeczulica na ucisk. Bole, towarzyszące napadom kolki, są rozleglejsze i promieniują w kierunku ud. Ból wśród zapalenia wyrostka ma stalszą siedzibę i jest bardziej ograniczony, chociaż niezawsze w punkcie Mac Burneya. Wstrząsanie brzucha, nawet opukiwanie sprawia choremu przykry ból, zmiana miejsca również potęguje bole. Nierzadko spotykamy biegunkę, natomiast kolce towarzyszy zaparcie. U kobiet należy zawsze pamiętać o chorobach części rodnych, ale wtedy stwierdza się punkty, bolesne na ucisk, głębiej leżące, a nadto zaburzenia w miesiączkowaniu. Rozstrzyga wreszcie badanie ginekologiczne. Podobne objawy mogą zdarzać się i w histeryi, ale wtedy nie spotykamy ani gorączki, ani leukocytozy. Nadto badanie wykryje i inne cechy histeryi *(stigmata hysterica)*. Dieulafoy zwrócił uwagę na przeczułą na ból okolicę, odpowiadającą 12 odcinkowi grzbietowemu. Wspomnianych objawów można nie spotkać wśród ciężkich zakażeń, przebiegających z zapadem. Zanim się zjawia napad ostry, zapada chory od czasu do czasu na lekkie podrażnienie ślepej kiszki, bez gorączki, bez wymiotów, przyspieszenia tętna, utrzymują się tylko bole i miejscowa wrażliwość na dotyk. Objawy te trwają zwykle 12—36 godzin, nagle jednak może się rozwinąć napad ostry. Utrudnia rozpoznanie nieprawidłowe ułożenie wyrostka; tylko objawy podrażnienia otrzewnej zwracają wtedy uwagę na wyrostek robaczkowy. Mowca zaleca wszystkie przypadki podrażnienia wyrostka oddawać w ręce chirurga. Jeżeli napad minie, to zabieg nie jest bezwzględnie wskazany, chociaż nieraz należy go polecać ze względów ochronnych (zapobiegawczych). Śmiertelność wynosi średnio u dzieci 40—50, u dorosłych 10—20%. Dotychczas zebrane statystyki nie dowodzą wcale dobrych wyników z leczenia wewnętrznego. Należy także rozważyć, że z objawów klinicznych nie możemy zupełnie wnosić o zmianach anatomicznych i nie możemy powiedzieć, czy dana zmiana anatomiczna wymaga zabiegu. Leukocytoza dowodzi tylko, że ustrój posiada pe-

wną odporność na zakażenie. Także i siły ochronne otrzewnej są osobniczo bardzo różne, nie dadzą się one z góry w każdym poszczególnym przypadku obliczyć.

Heubner podnosi trudności, na jakie napotyka rozpoznanie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci. Główny objaw, napięcie powłok, nie ma u dzieci żadnego znaczenia, bo dzieci zawsze przy obmacaniu brzucha napinają powłoki. W jednym przypadku rumienia gośćcowego nagle podniosła się gorączka i zjawiły się bole w okolicy ślepej kiszki. Tętno z 76 podskoczyło na 106. To przyspieszenie tętna kazało myśleć o zapaleniu wyrostka i dlatego zalecono niezwłoczny zabieg, który wykonano w 6 godzin po zjawieniu się pierwszych objawów. Znaleziono 11 cm^3 jałowego, mętnego wysięku w otrzewnej, wyrostek wolny, bez zrostów. Był to zatem ostry napad bez poprzedzającego zapalenia. Gojenie się przebiegało prawidłowo.

Orth zdaje sprawę z badań histologicznych, dokonanych na około 400 wyciętych wyrostkach przez swego poprzedniego asystenta Aschoffa. Dla uniknięcia błędów powinno się dokonywać badania co rychlej po wyjęciu wyrostka, aby zapobiedz łatwo później powstającym ubytkom w nabłonku. Budowa wyrostka jest bardzo różnorodna. Osobnicze wahania okazuje mnogość grudek limfatycznych. W ich otoczeniu spotykamy w warunkach prawidłowych naciek komórkowy, który trudno odróżnić od drobnokomórkowego nacieku zapalnego i dlatego trudno pociągnąć ścisłą granicę między prawidłowym, zasobniejszym w komórki naciekiem, a sprawą chorobową. W 9—10% przypadków badanie drobnowidowe stwierdzało stosunki prawidłowe, mimo, że w klinice rozpoznano zapalenie wyrostka. Przeważnie dało się stwierdzić przewlekłe zapalenie, które poprzedzało napad ostry, w innych jednak przypadkach badanie przemawiało za tem, że wyrostek, do ostatniej chwili zupełnie prawidłowy, nagle uległ zapaleniu. Często stwierdzano wybroczyny w błonie śluzowej wyrostka, należy je jednak po części odnosić do operacyi, bo znajdowano je i w zupełnie zdrowych wyrostkach, usuniętych przez zabieg. Często zmiany anatomiczne zupełnie nie odpowiadają objawom klinicznym. Bezwątpienia mogą i bardzo ciężkie zapalenia wyrostka wygoić się same. Mowca sądzi, że operacya niezawsze jest wskazana.

Israel nie może dać ogólnej odpowiedzi na pytanie, czy po przebytem zapaleniu wyrostka należy operować w przerwie wolnej od napadu, bo rozstrzyga tę rzecz w każdym przypadku z osobna wedle osobniczych stosunków. Najważniejszem w tym wypadku jest rozstrzygnięcie, czy napad pozostawił ślady, czy też minął bez pozostawienia zmian. Do resztek, pozostałych po napadzie, należą przypadłości, wychodzące z wyrostka robaczkowego, tkliwość na ucisk z wzdęciem lub bez niego, ze zgrubieniem lub bez zgrubienia wyrostka, naciek całej okolicy kątniczej i przetoki. W tych przypadkach, gdzie napad pozostawił po sobie ślady, mogą dolegliwości żołądkowojelitowe, które łatwo pomieniać z chorobami żołądka lub kamieniami nerkowymi, być usunięte tylko przy pomocy operacyi. W drugiej grupie przypadków wskazanie do operacyi zależy od czasu, jaki upłynął od napadu. Jeśli minęły trzy miesiące, a choremu dolegają jeszcze jakie przypadłości, należy zabieg polecić. W trzeciej grupie przypadków należy bardzo ostrożnie rozstrzygać o operacyi. Zrosty nadzwyczaj utrudniają zoryentowanie się w polu operacyjnem, łatwo wtedy skaleczyć jelito. Najlepiej wtedy poczekać. Z czasem wolnieją zrosty — a wtedy można pomyśleć o wyłączeniu części jelita przez enteroanastomozę. Jeśli zostały przetoki, to mogą one być wewnętrzne i zewnętrzne. Przy pierwszych nie ma się co spieszyć z operacyą, gdyż istnieje skłonność do samorodnego wygojenia się; przy zewnętrznych jest zabieg natychmiast wskazany: wygojenie bez usunięcia przyczyny choroby czyli bez wyłuszczenia kikuta wyrostka, podtrzymującego ropienie, nastąpić nie może. Jeśli po operacyi nic choremu nie dolega, to chodzi o operacyę ochronną przed możliwem niebezpieczeństwem. Nie możemy jednak na pewno przewidzieć, czy przyjdzie nawrót. W tej sprawie tyle można powiedzieć: 1) Jeżeli zapalenie przebiegało z ropieniem, to w przebiegu gojenia się wyrostek zarasta (*obliteratio*), a niebezpieczeństwo nawrotu jest małe. Zdarza się to ledwo w 5% przypadków. 2) Nieprawdopodobny jest nawrót po 2 latach po ostrym napadzie. 80% nawrotów wydarza się w pierwszym roku po napadzie, 90% w pierwszych 2 latach. W obu razach nie należy operować w przerwie wolnej od napadu.

Czy w innych przypadkach należy zasadniczo operować, czy należy czekać nawrotu, a czy wtedy należy dokonać operacyi wcześnie, już w pierwszych 48 godzinach? Nawroty są częste, wydarzają się w połowie przypadków. Nieprawdą jest, że nawroty są zawsze cięższe, niż pierwszy napad. Wedle statystyki wynosi śmiertelność po operacyach, wykonywanych w przerwach 0,5%, po operacyach wczesnych 2%. Widoki operacyi w przerwie nie są zatem o wiele lepsze od widoków operacyi wczesnych. Nadto chirurga rzadko wzywają do nawrotu tak wcześnie, by mógł operować już w pierwszych 48 godzinach. Im dłużej trwa choroba, tem rokowanie gorsze, tem korzystniejsze są stosunkowo widoki operacyi, wykonanej w przerwie, a przemawiają za nią i niektóre inne okoliczności: niedocenianie niebezpieczeństwa choroby przez publiczność, spóźnione wzywanie lekarza, trudności rozpoznania u dzieci, łatwość pomieniania sprawy u kobiet i dziewcząt z dolegliwościami miesiączkowemi i przedmiesiączkowemi, brak chirurgów w małych miasteczkach i na wsi, w podróży i t. d., ciąża albo spodziewana ciąża. Rokowanie wśród towarzyszącej ciąży jest bardzo niekorzystne. Za operacyą w przerwie mogą przemawiać i względy ekonomiczne: można ją wykonywać w czasie dla chorego dogodniejszym. Wreszcie w każdym przypadku, w którym chorego trapi ciągła obawa nawrotu, jest zabieg wskazany.

Operacya w przerwie (*Intervalloperation*) jest zatem niepotrzebna, jeśli od napadu minęły 2 lata, a nie było ropienia. Jest zaś bezwzględnie potrzebna tam, gdzie są zewnętrzne przetoki, albo przewlekłe dolegliwości, wychodzące z wyrostka, albo po kilkakrotnych nawrotach u dzieci i ciężarnych. Operacya jest względnie wskazaną przy przetokach wewnętrznych, przy tkliwości na ucisk w okolicy ślepej kiszki. Należy ją polecać tam, gdzie można się spodziewać ciąży, tam, gdzie wśród nawrotu możliwość wczesnej operacyi jest wątpliwą, u śledzienników, bojących się nawrotu i ze względów ekonomicznych.

Krause nie uważa operacyi w przerwie za zasadniczo potrzebną, jeśli nie ma dolegliwości, jeśli nie ma żadnych danych przedmiotowych, a miniona choroba była lekką. Operacya jest pilnie potrzebną, jeśli było ropienie. Operacyę w przerwie powinno się wykonywać szczególnie u tych ludzi, których zawód jest fizycznie ciężki, u podróżujących, którzy w chwili zapadnięcia mogą się znaleźć w wielkiej odległości od pomocy chirurgicznej. Zasadniczo powinno się wykonywać operacyę u zresztą zdrowych dzieci, gdyż u nich ciężkie nawroty należą do reguły. U ludzi starych należy postępować bardzo ostrożnie, nawet jeśli dolegliwości są małe, a równocześnie są inne zboczenia. Osoby zresztą zdrowe należy do operacyi nakłaniać, nawet jeśli nie mają żadnych dolegliwości. (Dok. nast.)

Doc. dr Ignacy Lemberger i doc. dr Stanisław Droba: **Komentarz do ósmego wydania farmakopei austryackiej.** Kraków 1906. Nakładem Gal. Tow. farmaceutycznego »Unitas«. Zeszyt 3, 4, 5, 6.

Dalszy ciąg tego bardzo pożytecznego dzieła, którego wydaniem towarzystwo »Unitas« rzeczywiście zasłużyło się zarówno kołom farmaceutycznym, jak i lekarzom urzędowym, wychodzi w ten sposób, że równocześnie z częścią pierwszą, ogólną, drukuje się druga, zawierająca szczegółowe objaśnienia w tym porządku, jaki zachowany jest w farmakopei.

W zeszycie III rozpoczęto druk części bakteryologicznej, która, ciągnąc się w zeszycie IV i V, objęła dotąd: morfologię i ogólny podział bakteryi, ogólny zarys biologii bakteryi łącznie z treściwem przedstawieniem współczesnych teoryi odporności, dalej rozdziały o mikroskopijnych grzybach i pierwotniakach, oraz początek szczegółowo i praktycznie opisanych metod badania.

Dotychczas wydane rozdziały części bakteryologicznej odznaczają się jasnem i ścisłem przedstawieniem rzeczy, umiejętnem dostosowaniem do przeznaczenia książki, uwzględnieniem najnowszych wyników badań i poglądów, przytem — pominąwszy drobne usterki[1]) — dobrym językiem. To też pragnąć należy, aby autor, rozszerzywszy i uzupełniwszy obecną pracę, wydał ją w przyszłości jako samoistny, całkowity podręcznik bakteryologii.

W zeszycie VI rozpoczęta druga część komentarza obejmuje w alfabetycznym porządku środki od *acetanilidum* do *axungia porci* z niezmiernie sumiennie opracowanemi objaśnieniami. *C.*

---

[1]) »rodzaji« zamiast »rodzajów«, »zezwala porównanie« zam. »na porównanie« lub »porównać«, »zapobiegać przed zakażeniem« zam. »zakażeniu« i t. p. *lapsus calami.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Prof. Borst M. **O istocie i przyczynach nowotworów.** (*Würzburg. Abhandl.* 1906 VI. 8/9). Przeglądając różne przemiany w życiu ustrojów, widzimy, że wiele z nich przebiega z obrzmieniem i powiększaniem się tkanek. Należą tu: przekrwienie, przesięk, wysięk, ziarnina, torbiele i t. d. Z innych wspomnieć należy o przeroście, obrzmieniach zapalnych i t. p. Przy odnawianiu tkanek wypełnia się ubytek tkanką nową. To wypełnienie może być fizyologiczne lub patologiczne i to patologiczne pierwotnie lub następowo. Takie patologiczne odnawianie się utraconych tkanek widzimy n. p. w ziarninach zbyt wybujałych, kostninach (*callus*) i nerwiakach poamputacyjnych. Nie są to jednak jeszcze nowotwory. Przerost narządów może też sprawiać wrażenie nowotworu. Przerosty zapalne przedstawiają często utkanie prawidłowe, lecz wzrost ich wskutek stanu zapalnego jest bardzo przyspieszony, np. w polipach śluzowych. Do grupy przejściowych tworów należą też tak zwane zakaźne ziarniniaki (*infect. Granulome*). Przypominają też one nowotwory choćby z tego powodu, że mają skłonność do rozpadu, tworzą rzekome przerzuty i podkopują ogólne odżywienie. Niektóre z nich leżą już nawet na pograniczu nowotworów, jak np. przymiotowe mięsaki i tak zwane złośliwe guzy limfatyczne (*malign. Lymphome*). Różnica jednak da się wykazać. Wspomniane schorzenia mają wybitną przyczynę zakaźną i są odczynem ustroju na zakażenie drobnoustrojami. Co do tworzenia przerzutów, to i tu różnica jest wybitną. W nowotworach przerzut polega na zawleczeniu cząstek tegoż w inne miejsce i guz rozwija się tylko z tychże, w zakaźnych zaś ziarniniakach przeniesionym zostaje tylko zarazek, a guz powstaje z tkanki otaczającej. Guzy nowotworowe, nawet łagodne, są zupełnie niezależne od ustroju, w którym żyją i dlatego też zapewne przy ogólnem wyniszczeniu i chudnięciu osobnika tłuszczaki n. p. nie znikają, choć reszta tkanki tłuszczowej ulega rozkładowi. Nowotwory i pod względem unaczynienia wykazują swą odrębność. O nerwach ich dotąd nic nie wiemy. Guzy łagodne (chrząstniaki, mięśniaki i t. d.) tworzą też czasem przerzuty drogą krwi lub limfy, co dowodzi ich wspólności ścisłej z guzami złośliwymi. Guzy nowotworowe są zwykle jednostajnej budowy, czasem tylko potworniaki mają budowę złożoną, imitującą całe tkanki lub narządy. Nowotwory mają też swoją zupełnie odrębną przemianę materyi. Wydzieliny ich szkodzą ustrojowi, a rzadko wytwarzają fizyologiczne soki lub wytwory np. kolloid, żółć, śluz, tkankę rogowatą, chrząstkową, kostną lub i krwinki (śródbłoniaki). Produkta te nie mogą dla ustroju nic zdziałać, albowiem brakuje nowotworom przewodów odprowadzających. Czasem nowotwór, rozwijający się w pewnym ustroju, może ustrojowi o tyle pomódz, że znosi i ubezwładnia inną chorobę, w danem miejscu już istniejącą. Widzimy to n. p. w znikaniu cukrzycy przy raku trzustki, znikaniu choroby Addissona przy raku nadnercza i t. p. Nowotwory nie mają też innych fizyologicznych zdolności, właściwych tkankom prawidłowym, nie mogą np. tworzyć ziarniny i pokrywać się nabłonkiem, a rzadko tylko widywano w nich inne czynności, jak pochłanianie barwika, ciał obcych, drobnoustrojów, krwinek białych itd. Niektóre z nowotworów zachowują pozornie utkanie i czynność fizyologiczną, np. naczyniaki, włókniako-gruczolaki sutka itd. Do niedawna nowotwór uważano jako taki za pasorzyta ustroju, lub twór powstały ze złych soków ustroju.

Przechodząc do przyczyn powstawania nowotworów, zajmuje się autor przedewszystkiem sprawą urazowego ich powstawania. Jednorazowy uraz, jako przyczyna powstania nowotworu, da się czasem wykazać, ale jedynie tylko co do mięsaka, co do raka zaś nikt o tem dotąd nie wspomniał. Natomiast przewlekłe urazy i drażnienie tkanek wywołują zdaje się czasem nowotwory rakowe. Naprzykład przytacza autor mięsaki kości złamanych, tłuszczaki, włókniaki po uderzeniach, raka i mięsaka w jądrze zatrzymanem w kanale pachwinowym, raka członka przy stulejce, raka języka i policzka po odleżynach zębowych, raki sutka od ucisku gorsetu, raki woreczka żółciowego, nerek, pęcherza moczowego wskutek kamieni, raki ujść przewodu pokarmowego i miejsc węższych przejściowych (przełyk, wpust, odźwiernik, jelito ślepe, kiszka odchodowa). Znane są też raki jako choroby zawodowe: raki robotników w fabrykach parafiny, teru i u kominiarzy, dalej raki pęcherza i nerek u robotników w fabrykach aniliny, raki płuc u robotników w fabrykach wyrobów metalowych, tkalniach i fabrykach cygar. Należą tu też raki powstałe na tle przewlekłych wyprysków (Paget, Darier), wrzodów, (żołądek, goleń), przetok, blizn, nieżytów i zapalnych przerostów (łuszczyca, polipy itd). Wolf opisał przypadek niezwykle usadowionego raka przełyku, powstałego z ucisku przez schorzałe kręgi (*spondylitis deformans*). Podobnie u zwierząt spostrzegano nowotwory wskutek przewlekłego drażnienia (konie, psy, karpie, liny, rumienice itd.). W ostatnich czasach nieraz widziano raki po naświetlaniu promieniami rentgenowskimi. Cała ta sprawa powstawania urazowego nowotworów jest jednak wątpliwą i wiele rzeczy bierze się tu za przyczynę zamiast za skutek. Nadto zostaje do rozstrzygnięcia pytanie, dlaczego tylko w małej liczbie te urazy wywołują nowotwory, w większej liczbie zaś nie. Hansemann tłómaczy to sobie nietypowem dzieleniem się jąder komórek, Beneke zmianą życia wewnętrznego komórek, Marchand zmianą fizyologicznej równowagi i nagromadzeniem trujących substancyi, Rössle kładzie nacisk na nierównomierne starzenie się komórek ustroju, Ribbert zwraca główną uwagę na zmiany tkanki łącznej i stosunek jej do nabłonka. Wszystko to tylko jednak przypuszczenia, nie tłómaczące niczego zupełnie. Teorye pasorzytnicze nowotworów także silnych podstaw nie mają. Doyen znajdował w nowotworach mikroby, inni same komórki nowotworu uważali nawet za pasorzyty (Adamkiewicz, Pfeiffer, Korodneff). Obecnie szuka się przyczyny nowotworów między pierwotniakami Kelling stwarza swą fantastyczną hypotezę, uważając komórki nowotworowe za twory, pochodzące z niższych lub i wyższych zwierząt. Przeszczepienie guzów nie dowodzi zupełnie ich zaraźliwości, raka np. wtedy moglibyśmy uważać za zaraźliwy, gdybyśmy mogli wywołać go sztucznie materyałem, niezawierającym żywych komórek nowotworowych. Przenieść nowotwór z człowieka na zwierzę bardzo trudno, najłatwiej z jednego zwierzęcia na drugie (tego samego gatunku). W najnowszych czasach Loeb, Apolant i Ehrlich mieli obserwować przemianę zaszczepionego mięsaka w raka i naodwrót raka w mięsaka. Byłoby to bardzo ważną rzeczą w nauce o nowotworach. Za zakaźną naturą nowotworu nic nie przemawia. Liczne nowotwory na miejscach odpowiadających sobie, dowodzą tylko przeszczepienia, a rzadkie zresztą schorzenia *cancer à deux* są rzeczą przypadku. Szuka się także zaraźliwości raka przy pomocy statystyki (przyrost ciągły chorych, endemie rakowe, łączność występowania raka z położeniem rzek i dopływów). Przyrost chorych rakowych jest pozorny, a mały procent (1—22) odnieść należy do tego, że wskutek zmniejszonej śmiertelności na choroby zakaźne więcej ludzi obecnie dosięga późniejszego wieku. Łączność występowania raka z położeniem wód odnosi Feinberg do tego, że według niego pasorzyt raka potrzebuje do rozwoju swego pośrednika (*Zwischenwirt*), a ten żyje we wodzie. Podobnego zdania jest i Czerny. Ten jednak przyjmuje większą ilość rodzajów pasorzytów. Endemie nowotworowe obserwowano często u zwierząt. Loeb i Hanau widzieli je na sromie białych szczurów jako raki i jako mięsaki w gruczole tarczowym. Borel wspomina o endemii raka u myszy w pewnej klatce, i o endemii raka na mięsku oka u wołów. Endemicznie występujące raki charakteryzuje: ścisłe umiejscowienie w jednem i temsamem miejscu, ta sama budowa i występowanie u zupełnie podobnych zwierząt (np. tejsamej maści, Voges). Gdyby rzeczywiście nowotwory występowały na tle zakaźnem, trzebaby przyjąć logicznie tyle zarazków, ile jest rodzajów nowotworów, niechcąc znów szukać nowych »dlaczego«? Jak tłómaczyć jednak przytem dziedziczność nowotworów, występowanie w pewnym wieku życia, łączność z przewlekłemi zapaleniami, występowanie przerzutów itd.? Beneke sądzi, że zarazki raz tylko nachodzą ustrój, a podrażnienie to powoduje już dalej jałowy samoistny wzrost guza. Dziedziczność nowotworów występuje w kilku formach: 1) ten sam guz występuje w tem samem miejscu i u potomków; 2) guz jest innej budowy, lecz w tym samym narządzie zjawia się u potomka co i u rodzica; 3) istnieje zupełna rozmaitość co do formy i usadowienia guzów. Guzy występują albo tylko w linii męskiej, albo w żeńskiej lub mieszanie. Według wielu dziedziczy się »skłonność« do występowania nowotworów, co ona jednak znaczy, nie wiemy. Skłonność ta powoduje np. występowanie nowotworów w systemie pewnych narządów np. w narządach symetrycznych, w nerwach i t. d. Nowotwory dziedziczne nie rzadko rozwijają się w życiu płodowem. Dziedzicznemi są też pewne zboczenia ustroju i nierzadko w nich właśnie usadawiają się nowotwory np. mięsaki w plamach wrodzonych, nerkach torbielowatych, rozszczepach kręgosłupa itd. Takie nowotwory usadawiają się często w resztach szpar skrzelowych, w dodatkowych nadnerczach. W innych dodatkowych zaś narządach nowotwory należą znów do wielkiej rzadkości, np. w dodatkowych śledzionach, gruczole tarczowym, trzustce, mięśniach prążkowanych i chrząstkach. Tkanki, przeniesione w ustroju ze swego miejsca w inne, nie ulegają zmianom nowotworowym, lecz zwykle zanikają. Często też całe grupy komórek łożyska

dostają się drogą krwi do płuc i nie powodują nowotworu, a innym razem znów wytwarza się guz złośliwy. Rindfleisch obwiniał w rozwijaniu się nowotworów wpływy nerwowe, a nawet starano się po przecięciu nerwów wywoływać guzy złośliwe. Autor przyjmuje dla powstawania nowotworów pierwotną ku temu skłonność samych komórek ustroju. Inne przyczyny uważa za uboczne, usposabiające lub budzące nowotwór do życia. Często w komórkach nowotworu spotyka się atypowe dzielenie się jąder, skąpszą ilość chromosomów. Podobne dzielenie się jąder osiągnąć można działaniem niektórych czynników (n. p. eteru) na komórki. Według autora wszystkie nowotwory są wrodzone, i to jedne dziedzicznie, inne zaś nabywa się w czasie rozwoju płodowego. Różne zmiany w komórkach tłómaczą różne rodzaje nowotworów. U roślin i najniższych zwierząt spotykamy ogromną zdolność regeneracyi. Z pojedynczych części ich tworzyć się mogą całe ustroje. Im zwierzę wyższe, tem zdolność regeneracyi jest mniejszą i tem częściej występują też tam nowotwory. *Klęsk.*

Schultze. **Czy może drogą przewodu pokarmowego powstać pylica w płucach?** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 35). Autor sądzi, że wywody autorów francuskich (Vansteenberghe i Grysez), jakoby pylica płuc powstawać miała nie przez wdychiwanie pyłu węglowego, ale przez zaniesienie go z przewodu pokarmowego drogą krwi do płuc, nie wytrzymują krytyki. Pył lub tusz chiński, wstrzykiwany zwierzętom do jamy otrzewnej, znajdował wprawdzie autor w płucach, ale równocześnie obficiej nawet w wątrobie i śledzionie. Przy karmieniu zwierząt pokarmami, zawierającymi cząstki tuszu, węgla lub cynobru, znajdowano wprawdzie owe ciała jedynie w płucach, inne narządy ich nie zawierały, autor jednak tłómaczy to aspiracyą w czasie karmienia; u zwierzęcia bowiem, któremu wprowadzano owe ciała wprost do żołądka przez przetokę żołądkową, płuca ciał tych wcale nie zawierały. Sprawa ta ma wielką wagę nietylko ze względu na powstawanie pylicy, ale ze względu na analogię z powstawaniem gruźlicy płucnej. Autor przestrzega, aby bezkrytycznie nie wysnuwać wniosków z doświadczeń Calmettea, który, wprowadzając przez zgłębnik do żołądka kozy prątki gruźlicze, znajdował następnie jedynie w płucach gruźlicze zmiany. Nawet używanie zgłębnika żołądkowego nie wyłącza zdaniem S. możliwości aspiracyi. *Dr M. Godlewski.*

PEDYATRYA. Kephallinós. **O objawie Westphala w przebiegu dławcowego zapalenia płuc u dzieci.** (*Münch. medizinische Woch.* Nr 30). Autor uważa na podstawie swych spostrzeżeń objaw Westphala za ważny objaw rozpoznawczy, towarzyszący już od samego początku tej chorobie. *L.*

Brandenberg: **O ostrej białaczce u dzieci.** (*Corresp. Bl. f. schweizer Ärzte* 1906, Nr. 8). W 3 przypadkach, w których z początku rozpoznawano plamicę Werlhoffa z gwałtownym przebiegiem, stwierdziło dokładne badanie i krytyczny rozbiór — białaczkę ostrą. Podobnież przypadek Osswalda ze szpitala kantonalnego w Winterthur rozpoznawano za życia jako plamicę, a dopiero sekcya wykryła białaczkę. Podobieństwo objawów łatwo wiedzie do pomyłek, od których może uchronić tylko dokładne badanie krwi za życia. Wogóle nie należy nigdy zaniedbywać badania krwi, jeżeli są wybroczyny na skórze i błonach śluzowych; wtedy wiele przypadków można będzie wszędzie rozpoznać jako ostrą białaczkę, a nieuniknione przy niej zejście śmiertelne mniej zaskoczy lekarza i rodzinę, bo z góry napewno będzie można źle rokować. *Dr Marceli Lauterbach* (Wiedeń).

Comby: **Gorączka histeryczna u dziecka.** (*Arch. de Méd. des Enf.* 1906, VI). Autor opisuje ciekawe spostrzeżenie u dziewczynki 13 letniej, u której przed 3 laty przypuszczano z powodu bolów (prawdopodobnie niesłusznie) zapalenie gruźlicze otrzewnej, a u której pojawiały się przeszło przez miesiąc wzniesienia gorączkowe, dochodzące do 42—44, a nawet 45°, przerywane spadkami do ciepłoty prawidłowej. Równocześnie występowały drgania w przedramionach, podobne do wstrząśnień elektrycznych. Stan ogólny był bardzo dobry, chora nie utraciła humoru, ani siły i mogła odbywać przechadzki 10-kilometrowe. Przypadek skończył się wyzdrowieniem. Autor przytacza podobne przypadki z piśmiennictwa i kończy wnioskiem, że lekarz, który stwierdzi ciepłotę 44—45°, nie powinien się tym objawem przerażać, jeżeli tylko objaw ten jest odosobniony, jeżeli nie ma żadnych zmian w narządach, żadnych cięższych zboczeń ogólnych, jeżeli chory jest wesoły. Podejrzenie powinno się w takich razach zwrócić w kierunku histeryi, należy szukać znamion histerycznych, wyłączyć inne sprawy, a leczniczo zastosować poddawanie i zawijania wilgotne. *Lewkowicz.*

Acuna. **Białaczka ostra u dzieci.** (*Arch. de Méd. des Enf.* 1906. VI). Autor podaje opis trzech spostrzeganych przez siebie przypadków. Wszystkie miały przebieg podobny do przebiegu ostrej choroby zakaźnej: początek nagły, rozwój szybki, bardzo wysoka gorączka, znaczna niedokrwistość, ogniska zgorzelinowe, obfite krwotoki ze skóry i błon śluzowych (nos, jama ustna), powiększenie się narządów chłonnych i krwiotwórczych (gruczoły, śledziona). Zejście zawsze było śmiertelne, etyologia nieznana. Badanie hematologiczne nie stwierdza w niektórych przypadkach (na początku choroby) znaczniejszego wzrostu ilości krwinek białych i dopiero później ilość ta szybko się wzmaga. W innych przeciwnie razach ilość ta, wysoka na początku, w dalszym przebiegu opada. *Lewkowicz.*

Thomesco i Graçoski: **Zapalenie mięśnia sercowego, naśladujące zbiór objawów Hutinela.** (*Arch. de Méd. des Enf.* 1906, V). U chłopca 8-letniego, który miał przebyć jakąś chorobę zakaźną (dur brzuszny), rozwijają się stopniowo różne dolegliwości: bole głowy, zawroty, potem duszność, która zmusza chorego położyć się do łóżka, powiększenie brzucha, obrzęki kończyn dolnych, bole w podżebrzu prawem. Badanie stwierdza znaczne powiększenie i bolesność wątroby. Uderzenie końca serca nie jest macalne. Rozpoznanie kliniczne brzmi: zrost osierdzia na tle zapalenia gruźliczego. Sekcya wykrywa jako przyczynę zapalenie mięśnia sercowego. *Lewkowicz.*

Terrien: **Słodowanie polewek w żywieniu małych dzieci, cierpiących na niestrawność.** (*Archiv. de Méd. des Enf.* 1906, V). Autor starał się przez ścisłe badanie i doświadczenie dociec, od czego zależą dobre lub złe wyniki przy stosowaniu polewek słodowych. Znajdujemy na nie w piśmiennictwie wiele przepisów, wszystkie jednak są nieścisłe. Według autora chodzi o to, żeby skrobia pod wpływem dyastazy słodu uległa tylko rozpuszczeniu, żeby zaś nie doprowadzić do przeprowadzenia jej w cukry (dekstryny, maltoza); osiąga się to najlepiej przy słodowaniu w ciepłocie 80°. Najlepiej używać jako dyastazy naparów ze słodu, sporządzonych przy 55—60°. Skrobi, najlepszej mączki ryżowej, bierze się na litr polewki 70—80 gr., rozgotowuje się ją dokładnie na klajster, poddaje działaniu dyastazy przy 80°, dodaje mleka $^1/_3$ część, cukru 50 gramów. Wartość kaloryjna wynosi 761, równa się zatem wartości mleka. *Lewkowicz.*

Pater: **Żywienie bezchlorowe w płonicy.** (*Revue des mal. de l'enf.* 1906. IV). Żywienie to składa się z chleba bez soli, papki z ziemniaków, ryżu na mleku, legumin, jaj, wszystkiego w przyprawie na maśle, mleku lub cukrze bez dodatku soli, z konfitur na deser i około $^1/_2$ litra mleka. Autor stosując się do doświadczeń Widala i jego uczniów w zapaleniach nerek i różnych obrzękach i spostrzeżeń Doptera w płonicy, stosował tę dyetę w 9 przypadkach płonicy, mianowicie natychmiast, jak tylko spadła gorączka. Ilość pokarmu stosuje się do łaknienia. Skutek leczenia śledzono conajmniej przez 30 dni, 6 innych przypadków służyło do porównania. Okazało się, że w żadnym przypadku nie pojawił się białkomocz, zatem żywienie to chroni równie dobrze od zapalenia nerek, jak dyeta mleczna ścisła. Korzyści zaś są następujące: Pożywienie jest przyjemniejsze dla chorego, ale, co ważniejsza, wywołuje podnoszenie się ciężaru ciała zaraz po rozpoczęciu tej dyety tak, że chory wchodzi w okres ozdrawiania, wyrównuje swe utraty, podnosi odporność względem zakażeń wtórorzędnych zaraz po ukończeniu się okresu gorączkowego. *Lewkowicz.*

Fischl: **Wymioty acetonemiczne i histerya dziecięca.** (*Revue des mal. de l'enf.* 1906, VII). Istota wymiotów, występujących u dzieci w napadach, połączanych z wybitną acetonemią i acetonuryą, nie jest dotychczas wyjaśnioną. Autor oświadcza się za zapatrywaniem Hutinela, że chodzi tu, przynajmniej w pewnych przypadkach, o objaw histeryi dziecięcych. Napad wymiotów ma wszystkie cechy napadu histerycznego, przedewszystkiem zaś daje się przerwać zapomocą poddawania, jak tego dowodzi trzeci przypadek autora. Autor zapowiedział dziecku, że musi wyjąć kłaczek z gardła, aby wymioty ustały: wykonał zabieg tamponem z waty z pewną brutalnością i wymioty rzeczywiście natychmiast ustały, a dziecko wkrótce zasnęło. *Lewkowicz.*

Marfan. **Ropienia stawowe i pozastawowe we wrzekomem porażeniu noworodków kiłowych.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.* 1906, V). Na podstawie wyników badań w swoim przypadku i wyniku leczenia, dochodzi autor do wniosku, że wymienione ropienia nie koniecznie muszą być wynikiem zakażenia mieszanego i mogą zależeć od sprawy kiłowej niepowikłanej. *Lewkowicz.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Bruck K. **O swoistych substancyach ochronnych w wiewiórze.** (*Deut. med. Wochs.* 1906, Nr 34). W b. r. ogłosili Müller i Oppenheim pracę, w której wskazali na istnienie swoistego niwecznika przeciw wiewiórowi w surowicy chorego na wiewiórowe zapalenie stawu. Autor badał różne przypadki wiewióra miejscowego i ogólnego

właśnie kierunku i przyszedł do wniosku, że w niepowikłanych przypadkach wiewióra nie można wykryć ciał ochronnych. Stwierdza dalej, że niweczniki, istniejące w surowicy chorych zakażonych wiewiórem i powstające w surowicy zwierząt, uodpornianych dwoinkami wiewiórowemi, są amboceptorami. Jeżeli do uodpornienia używa się wodnych wyciągów dwoinek, to nie można znaleść aglutynin, a otrzymuje się surowicę o wysokiej zawartości amboceptorów. Jeżeli zaś uodpornia się króliki żywemi hodowlami dwoinek, uzyskuje się surowicę, mającą silne własności aglutynujące, ale mało amboceptorów. Z tego wynika, że powstawanie aglutynin dwoinek wiewiórowych nie zależy od tworzenia się w surowicy amboceptorów. Dlatego stosowanie tych surowic, szczególnie z większych zwierząt, dla celów leczniczych musi budzić wielkie zajęcie. *Krzyształowicz.*

Prof. Greeff i Clausen. **O krętku bladym w doświadczalnie wywołanem zapaleniu miąższowem rogówki.** *(Deut. med. Wochft.* 1906, Nr 36). Autorowie szczepili materyał kiłowy w oczy królikom i małpom. Po kilku tygodniach spostrzegali na brzegu rogówki w głębi zmętnienie podobne, jak w zapaleniu rogówki, które znacznie się rozszerzało. W przypadkach daleko posuniętych nie znaleziono krętków, ani w wydzielinie, ani w skrawkach. W przypadkach początkowych zaś stwierdzono je w skrawkach wyłuszczonego oka przy pomocy metody Levaditiego. G. i C. zaznaczają jednak, że dla wykrycia krętków trzeba robić skrawki równoległe do powierzchni (Flächenschnitte), gdyż krętki leżą w przestworach chłonnych między blaszkami rogówki i dlatego nie widać ich na przekrojach poprzecznych. Autorowie twierdzą zatem, że krętki rozwijają się w rogówce, a giną wtedy, gdy pojawiają się ciałka wysiękowe, które toczą z nimi walkę; dlatego w największej ilości znajdują się krętki w rogówce jeszcze przezroczystej, chociaż niezupełnie prawidłowej. *Krzyształowicz.*

Schulze W. **Krętki, powstałe przez napojenie tkanki przetworem srebra (Silberspirochaete).** *(Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr 37). W ostatnich czasach stwierdzano w tkankach kiłowych obecność krętków zapomocą metody impregnacyjnej srebrem (Levaditi, Bertarelli). Autor, nie przekonany o istnieniu krętków podawanymi obrazami, próbował, czy i w tkankach prawidłowych nie uzyska się podobnych obrazów. W tym celu poddawał działaniu przetworów srebrowych wedle przepisu Cajal-Levaditiego nadnercze i trzustkę królika i na mocy swoich preparatów stwierdza, że obok czarnych smug tkanki łącznej występują w tych narządach po takiem postępowaniu i drobne włókienka, świderkowato zwinięte, bardzo podobne do krętków. Następnie powtórzył S. doświadczenie Bertarellego, który opisuje bardzo wielkie ilości krętków w rogówce królika po przeszczepieniu miazgi z wrzodu pierwotnego. W tym celu szczepił autor w rogówkę i komorę przednią oka nieco kurzu ulicznego i wywoływał przez to zapalenie ropne *(hypopyonkeratitis)*, które po trzech tygodniach znacznie się zmniejszało. W wyjętych w tym czasie oczach znalazł autor około wrzodów rogówki bardzo wielką ilość krętków różnej długości, niektóre o 100 skrętach. (Bertarelli wspomina o 80 skrętach). Autor nie wypowiada stanowczego sądu o znaczeniu tego rodzaju tworów, ale wyłączając pasorzyty, przypuszcza, że kręte linie mogą oznaczać włókna nerwowe, albo granice blaszek rogówki, albo granice komórek. Doświadczenia te stara się S. wyzyskać przeciw Schaudinnowi, twierdząc, że, skoro stwierdzane dotychczas w tkankach krętki są tylko rzekomymi, znaczenie ich etyologiczne upada; natomiast autor przypisuje znaczenie etyologiczne znajdowanym przez siebie zawsze tworom Siegla. *Krzyształowicz.*

Friedenthal H. **O znalezieniu krętków w raku i kile.** *(Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr 37). Autor zwraca się ze zjadliwą krytyką przeciw pracy Schaudinna o krętku bladym, podnosząc, że krętek miał inaczej wyglądać w pierwszej, niż w drugiej pracy odkrywcy. W dalszym ciągu krytykuje metodę srebrzenia, używaną przez Levaditiego i podaje rysunki tkanki rakowej, w której znajdują się osady rtęci w postaci krętków. Nie podaje jednak F. sposobu, w jaki osad ten powstał. *Krzyształowicz.*

CHIRURGIA. Cohn. **Przypadek zwężenia tchawicy i nagłej śmierci wskutek obrzmienia grasicy.** *(Deut. med. Wochs.* Nr 35, 1906). Wielu zaprzecza, by grasica mogła tak uciskać tchawicę, by ją zwężić lub nawet wywołać uduszenie. Autor opisuje przypadek nagłej śmierci dziecka, u którego przedtem spostrzegał kilka napadów duszności, gorączkę i rytmiczne dobywanie się nad mostkiem grasicy. Na zabieg rodzice zgodzić się nie chcieli. Przy sekcyi znaleziono duży ropień grasicy i zrosty z osierdziem. *Klęsk.*

Reunert. **Śmierć z uduszenia przez oddzielony gruczoł oskrzelowy.** *(Deutsch. med. Wochs.* Nr 35, 1906). Dziecko zupełnie przedtem zdrowe zapadło na nieżyt jelit. Potem lekarz stwierdził obrzmienie gruczołów szyjnych. Pewnego wieczora dziecko nagle zerwało się z łóżka i zaraz potem padło nieżywe. Sekcya wykryła przebicie gruczołu zserowaciałego do prawego oskrzela blizko rozgałęzienia i zatkanie tchawicy masami serowatemi. Przebicia takie nie należą do rzadkości. Najczęściej następują one do prawego oskrzela. Gruczoły zwykle są zmienione pylicowo, rzadziej gruźliczo. *Klęsk.*

Heineke i Läwen. **Doświadczenia nad znieczulaniem lędźwiowem stowainą i nowokainą ze szczególnem uwzględnieniem objawów ubocznych i następowych.** *(Beitr. zur. klin. Chir.* T. 50. Z. 2). W jednej z poprzednich prac oświadczyli się autorowie za stosowaniem nowokainy do znieczulenia lędźwiowego. Obecnie jednak zmienili swe zdanie, albowiem doświadczenie nauczyło ich, że nowokaina ma silne uboczne działanie, a zwłaszcza wywołuje o wiele silniejsze bole głowy, niż stowaina. Objawy uboczne występują przy obu środkach prawie w połowie przypadków. W klinice lipskiej nie wypuszcza się płynu mózgowo-rdzeniowego (bo autorowie nie zauważyli żadnej szczególnej korzyści przy wypuszczaniu). Nie stosuje się również i ułożenia chorych miednicą do góry, albowiem uspasabia ono do występowania objawów ubocznych. Ułożenie to stosuje się tylko wtedy, gdy znieczulenie nie sięga dostatecznie wysoko. Nowokaina wywołuje często zwolnienie czynności serca. Zapady zdarzają się przy obu środkach jednakowo często. Nigdy nie należy wyjaławiać przetworów nadnercza wspólnie ze środkami znieczulającymi, gdyż rozkładają się i wywołują czasem groźne następstwa. *Klęsk.*

Läwen. **Porównawcze doświadczalne badania miejscowego działania nowych środków znieczulających na ruchowe pnie nerwowe.** *(Beitr. zur klin. Chir.* T. 50. Z. 2). Badania swe przeprowadzał autor ze stowainą, nowokainą i alypiną na nerwach kulszowych żab i doszedł do następujących wyników: Środki te zmniejszają pobudliwość nerwu kulszowego żaby mniej więcej w tym samym stopniu o 40%, natomiast przy kokainie następuje obniżenie pobudliwości o 32%. Najwcześniej ustępuje zatrucie z nerwu przy nowokainie (w 3 godziny), przy alypinie w 6 godzin, przy stowainie zaś czasem pobudliwość nie wraca już w pełnym stopniu, co należy może odnieść do kwaśnego jej oddziaływania i niszczenia przez to substancyi nerwowej. Stowainy więc trzeba używać ostrożnie. *Klęsk.*

Mühsam. **Porażenia mięśni ocznych po znieczuleniu lędźwiowem.** *(Deutsch. med. Wochs.* Nr 35, 1905). Porażenia mięśni ocznych w następstwie znieczulenia lędźwiowego zaczynają obecnie coraz więcej zajmować lekarzy. Autor (okulista) spostrzegał 2 przypadki na oddziale chirurgicznym Sonnenburga. W jednym, po operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego, wykonanej w nowokainie (0,15) z adrenaliną, wystąpiło porażenie nerwu odwodzącego 10. dnia po silnych bolach głowy. W drugim (operacya kamicy żółciowej i zapalenie wyrostka robaczkowego w stowainie 0,08) 4. dnia. Porażenia te występują stale dopiero w pewien czas po operacyi, ale w czasie, gdy chorzy jeszcze leżą w łóżku. Porażenia te przypominają porażenie akkomodacyi po błonicy i pochodzą zapewne z trującego działania środków znieczulających. *Klęsk.*

Lang. **Porażenia po znieczuleniu lędźwiowem nowokainą i stowainą.** *(Deutsch. med. Wochs.* Nr 35, 1906). Do powiększającej się ciągle statystyki porażeń po znieczuleniu lędźwiowem dodaje autor jeszcze nowe przypadki: Porażenie obustronne nerwu odwodzącego (nowokaina 0,15) po operacyi uwięźniętej przepukliny udowej i porażenie lewostronne tegoż nerwu (nowokaina 0,15) po operacyi przepukliny pachwinowej wolnej. Porażenia rozpoczęły się w 11 dni po operacyi niedowładem; obecnie stan się poprawia, ale niedowład jeszcze istnieje. Autor utrzymuje, że porażenia te są bezwarunkowo natury toksycznej, a w nerwach ocznych zdarzają się najczęściej dlatego, że najłatwiej rzucają się w oczy. Jednak i inne nerwy mogą uledz takiemu porażeniu i tak Dr Sänger powiadomił ustnie autora o podobnem porażeniu nerwu strzałkowego po znieczuleniu lędźwiowem, a w szpitalu znajduje się jeszcze chory z niedowładem kończyn z tegoż powodu. Sam środek znieczulający, jako taki, nie ma wpływu; porażenia występują tak po stowainie, jak i po nowokainie. *Klęsk.*

Prof. Allen Staro. **Obecny stan chirurgii mózgu.** *(Wien. klin.-therap. Wochs.* Nr 36, 1906). Praca to z tego względu godna uwagi, że pisze ją neurolog, a nie chirurg, i że uwzględnia prawie jedynie spostrzeżenia autorów i klinik amerykańskich. W pierwszym rzędzie omawia autor sprawę operacyi padaczki. Do operacyi według autora nadają się jedynie przypadki, w których bywają wybitne zwiastuny *(aura)* napadu lub przypadki urazowego pochodzenia, a stanowi to zaledwio 2% wszystkich przypadków padaczki, a z tych jeszcze zaledwie w 20% osiąga się wyleczenie. Zwykle po operacyi wyniku dodatniego nie ma, co najwyżej poprawa, a potem znowu nawroty. Otwieranie czaszki z powodu ropni święci za to

tryumfy, bo według statystyki, zebranej przez autora (500 przypadków) zapewnia ono 60% wyleczeń. Objawy ropnia są zwykle dość typowe: bóle głowy, zawroty, wymioty, zwolnienie tętna, zmiany psychiczne, zwolniony tok myśli, podrażnienie, tkliwość głowy, nierówne źrenice, nieraz tarcza zastoinowa. Przy zapaleniu opon przytem ciałka ropne w płynie mózgowo-rdzeniowym, niekiedy i drobnoustroje, a w końcu silnie powiększenie się ilości ciałek białych (silniejsze, niż przy ropniu ograniczonym). Nowotwory mózgu rozpoznajemy po bolach głowy, wymiotach, nasilających się po przebudzeniu, i tarczy zastoinowej, braku równowagi ciała i t. d. Około 10% nowotworów mózgu nadaje się do operacyi, a z tego w 5% można liczyć na pomyślny wynik. Często jednak mimo nieznalezienia nowotworu przez samo otwarcie czaszki osiągnąć można choć chwilową poprawę. Objawy niejasne, nie umiejscowione, nie wróżą pomyślnego wyniku operacyi. Zachodzi pytanie, czy należy i można operować przy udarze mózgowym. Harvey Cushing radzi postępować tak: gdy ciśnienie krwi, mierzone przyrządem Riva-Rocciego, dosięga 250 mm, tętno 50 uderzeń, należy przypuszczać, że chory sam do zdrowia nie wróci i należy operować. Cushing twierdzi, że dążyć trzeba wprost ku sferze ruchowej, często naciąć mózg i skrzep ze środka wydobyć. Choć czasem skrzepu ani krwotoku się nie znajdzie, to i tak dobroczynny wpływ operacyi nie da się zaprzeczyć. Tenże autor radzi też operować noworodki, zrodzone w okresie zamartwiczym. Zwykłe sposoby cucenia tu nie pomagają, bo przyczyną choroby jest krwotok śródczaszkowy. Należy więc nożyczkami otworzyć czaszkę w linii szwu kostnego, a skrzep nieraz się znajdzie i dziecko uratować można. Często krwotok (żylny) powstaje zwolna, a nakłucie lędźwiowe stwierdza płyn krwawo zabarwiony. W takich przypadkach objawem znamiennym jest zwolna występujące porażenie (3—4 dni). Należy wtedy operować, a wyniki są wcale niezłe, jak świadczy o tem doświadczenie Mac Burneya. Co do operacyi przy chorobach umysłowych wrodzonych i nabytych, to dotychczasowe próby nic pewnego ani zachęcającego nie dały, to też autor nie radzi w tych przypadkach próbować operacyi.

Klęsk.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. E. Pollak. **O nakłuciu lędźwiowem przy drgawkach porodowych.** *(Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 31). Nawiązując do pracy, jaką Thies w tej sprawie ogłosił (patrz spr. w *Przegl. Lek.* 1906, Nr 30), a w której dochodzi do wniosku, iż tylko w pewnej części przypadków rzucawki spostrzedz można wpływ korzystny nakłucia lędźwiowego, podaje P. do wiadomości wyniki żmudnych badań histologicznych ośrodkowego układu nerwowego dziesięciu osób zmarłych z powodu drgawek porodowych. Badania te stwierdziły wyraźne zmiany w komórkach nerwowych jako następstwo wzmożonego ciśnienia, zmiany różnych odcieni, od najlżejszych do najcięższych, tłomaczące aż nadto bezsilność zabiegów leczniczych w wielu przypadkach. Zły wpływ nakłucia lędźwiowego, spostrzegany niekiedy przez T., tłomaczy P. w ten sposób, że raczej w tych przypadkach sięgały zmiany w układzie ośrodkowym takiego stopnia, iż żadne leczenie, a więc i nakłucie, nie mogło już wywołać poprawy. Badanie ośrodków mimicznych (*nn. oculomotorius, trochlearis, abducens, facialis, trigeminus, hypoglossus*) stwierdziło, jak się spodziewać należało, bardzo poważne zmiany, podobnie badanie ośrodków oddechowych.

B. Wojciechowski.

H. Palm. **W sprawie operacyi Alexandra Adamsa.** *(Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 31). Z artykułu Freunda (patrz spr. w *Przegl. Lek.* 1906. Nr. 26) zdawałoby się wynikać, że nad operacyą tą zaczyna się przychodzić do porządku dziennego. Tymczasem tak nie jest. Wielu wybitnych ginekologów zalicza się dotąd do stanowczych jej zwolenników, a to, że się mniej o niej dzisiaj pisze, dowodzi tylko, iż nabyła prawo obywatelstwa. Także P. jest zdania, wypowiedzianego przez F., że o wartości metody sądzić należy z liczby nawrotów po porodach. Z tego punktu widzenia musi właśnie P. przyznać jej wielkie zalety, gdyż widywał brak nawrotu po 4—8 porodach. Niezadowalniające wyniki pewnych operatorów pozostają bezsprzecznie w związku z niezupełnie poprawną techniką, z powodu czego zwraca P. uwagę na szereg szczegółów technicznych, rozstrzygających o ostatecznym wyniku. Zły dobór przypadków (niezupełnie ruchome tyłozgięcie. równoczesne obniżenie pochwy i macicy) przyczynia się również do niesłusznie ujemnego sądu o tej pożytecznej operacyi.

B. Wojciechowski.

H. Rödiger. **O przypadku donoszonej ciąży międzyblaszkowej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 31). Rzadki ten przypadek dotyczy 36-letniej wieloródki, która, z wyjątkiem duru brzusznego, czuła się zawsze zdrową. Kobieta ta zastąpiła w listopadzie, uczuła ruchy w kwietniu, pracowała w polu, dopiero z końcem sierpnia doznała bolów i krwawiła przez dni kilka. Z początkiem września ustały ruchy, a przez 3 następne miesiące utrzymywały się peryodyczne krwotoki, wśród czego objętość brzucha się nie powiększała. Badanie stwierdziło po upływie tego czasu macicę pustą, a obok niej ku stronie prawej i ku górze duży guz torbielowaty, sięgający 4 palce ponad pępek, dziwnie mało ruchomy. Przez lewe sklepienie dało się wybadać ciało, przypominające główkę płodu, a w sutkach był obfity pokarm. Podczas operacyi oddzielił R. łatwo zrosty w zatoce Douglasa, przyszył ścianę guza do brzegów rany brzusznej i otworzył guz, z którego wylało się $1^1/_2$ litra brudnych wód, poczem wydobył R. płód donoszony, 4 kg. ważący, w początkowym okresie wymoknięcia. W dnie worka leży łożysko. Po obfitem przepłukaniu worka wytamponowano go gazą. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, po 20 dniach wydobyto z rany z łatwością łożysko, po dalszych 3 tygodniach zagoiła się rana bez przetoki. Po 3 miesiącach była osoba ta zdolna do zwykłej pracy, a badanie, wówczas przedsięwzięte, nie wykryło żadnych następstw po przebytej ciąży zewnątrz-macicznej.

B. Wojciechowski.

E. Bumm. **Cięcie przyłonowe (pubiotomia) igłą.** *(Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr. 32). B. poleca zupełnie podskórne postępowanie i używa igły, którą podał Stoeckel, a którą wprowadza od dołu ku górze. Zabieg cały wraz z przepiłowaniem trwa przy pewnej zręczności 1—$1^1/_2$ minuty, a krwotok ustaje pod wpływem ucisku od strony pochwy i od zewnątrz. Ucisk powtarza się jeszcze po porodzie i utrzymuje się go przez 12 godzin. Na pierwszą dobę zakłada B. cewnik na stałe. Rentgenogramy dowodzą, że czem dalej od spojenia kość przepiłowano, tem mniej rozstępują się jej brzegi. Zmniejsza się rozstęp również przez skośne przepiłowanie kości w stosunku do kierunku stawu łonowego. Oddalanie się od spojenia łonowego zwiększa równocześnie prawdopodobieństwo silniejszego krwotoku. Zgodnie z zapatrywaniem Zweifla jest B. za pozostawieniem porodu, po przecięciu kości, siłom przyrody i wkraczaniem dopiero w razie potrzeby. W szczególności odnosi się to do pierwiastek, ze względu na nieprzygotowanie części miękkich. Uważanie obrotu i wydobycia płodu za postępowanie zasadnicze po cięciu przyłonowem, jest wręcz błędem. Na 14 przypadków oczekiwano 4 razy porodu siłami przyrody, 9 razy założono kleszcze (zazwyczaj wysokie), 1 raz dokonano obrotu. W ostatnim przypadku dziecko urodziło się nieżywe. W innym przypadku, gdzie u pierwiastki musiano założyć kleszcze, urodził się płód omdlały, który na razie docucony, zmarł po 3 dniach na zapalenie płuc. Zresztą uzyskano dzieci żywe, a wszystkie matki wyzdrowiały.

B. Wojciechowski.

K. Reinecke. **O skórzakach tkanki łącznej miednicy.** *(Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 32). Skórzaki jajnika stanowią 7·5% wszystkich guzów jajnikowych wogóle, skórzaki zaś tkanki łącznej miednicy należą do rzadkości, tak iż dotąd opisano zaledwie 28 takich przypadków, dokładnie spostrzeganych. R. dodaje opis przypadku własnego. 50-letnia wieloródka, rodziła 2 razy; drugi poród przed 15 laty, w położeniu miednicowem, płód urodził się siłami przyrody po główkę, a potem udusił się, zanim przybył lekarz. Po tym porodzie gorączka połogowa. Od $1^1/_2$ roku miewa chora atypowe, obfite krwawienia, doprowadzające do omdlenia. Oddawanie moczu możliwe jedynie w pewnych położeniach ciała. Od 9 lat bole w prawej połowie podbrzusza. Ciepł. 37·8°, tęt. 90. Macica powiększona, wysunięta ku przodowi i górze przez guz wielkości pięści, spychający tylne sklepienie, nieruchomy, nie chełboczący. Po wyskrobaniu macicy otwarto zatokę Douglasa od pochwy. Okazało się, że guz leży pozaotrzewnie. Po otwarciu guza poniżej odpływa treść znamienna dla skórzaka, z włosami i zębem. Wyłuszczenie doszczętne ściany torbiela natrafiało miejscami na trudności, a obfitsze krwawienie zniewoliło do wytampowania jamy gazą. Bezpośrednio od strony jamy brzusznej przekonał się R., że oba jajniki są prawidłowe.

B. Wojciechowski.

H. Füth. **O działaniu odkażającem wyskoku i jego przyczynach.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 33). Przesadne zaufanie Ahlfelda do odkażania gorącą wodą i wyskokiem doprowadziło go do tego, iż nie wahał się wkrótce po zakażeniu ręki badać zdrowo rodzącą, lub wykonać otwarcie jamy brzusznej. Zakorzenienie się takiego przesadnego zaufania u ogółu lekarzy byłoby cofnięciem się naszych pojęć o odkażeniu. To też na wniosek Zweifla przeprowadził Sarwey w 17, a F. w 4 przypadkach doświadczenia, wzorowane dokładnie na doświadczeniach Ahlfelda. Wyniki owych doświadczeń kontrolnych są ze sobą zupełnie zgodne i dowodzą, jak bardzo Ahlfeld przeceniał wartość bakteryobójczą wyskoku. Sarwey wykrył przedewszystkiem ważny błąd w doświadczeniach A., polegający na tem, iż Ahlfeld za pożywkę używał jedynie bulionu, obchodząc się bez pożywek stałych, które właśnie dawały częstokroć hodowle wtedy, gdy ich na bulionie nie otrzymano. F. sądzi, że działanie wyskoku polega nietylko na odciągnięciu wody i rozpuszczeniu tłuszczów, lecz także na wywiązaniu się ciepła w chwili łączenia się wyskoku z wodą na rozpulchnionej ręce. W sprawie tej ogłosił

Davis i Page pracę fizykalną, z której wynika, że jeżeli mieszanina zawiera 30 jednostek wagi wyskoku na 70 wody, to ciepłota podnosi się o 9·1°C., a 5 g. mieszaniny wywiązują 47·98 jednostek ciepła. Według tych badań jest bardzo prawdopodobnem, iż w korzystnych warunkach, t. j. po zadziałaniu odpowiedniego rozczynu wyskoku na odpowiednio zwilżony naskórek, może podnieść się przejściowo ciepłota sporo ponad 40°, i że obok innych czynników może to podniesienie się ciepłoty wpłynąć przynajmniej hamująco na rozwój pewnych drobnoustrojów. *B. Wojciechowski.*

Gutbrod. **„Amasira“ środek wewnętrzny przy bolesnem miesiączkowaniu.** *(Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 33). Od roku stosuje G. ten środek (wyrób firmy A. Locher w Stuttgarcie) z dobrym skutkiem, szczególnie u dziewcząt, w przypadkach nie powikłanych. Brak skutku w pewnych przypadkach odnosi do tych właśnie powikłań, nie dających się częstokroć u dziewcząt bez badania przez pochwę wykryć. *B. Wojciechowski.*

E. Hoerschelmann. **O używaniu tępego haka dla ułatwienia uwolnienia rączek.** *(Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 33). W 2 przyp. ściągnął H. przy odwinięciu rączki wysoko ustawiony bark za pomocą haka, wprowadzonego pomiędzy główkę i ramię, o tyle, że dalsze uwolnienie rączki nie sprawiało już większej trudności. Przy ostrożnem postępowaniu można uniknąć obrażeń, a sposób ten jest w razie znużenia ręki i braku asysty w pewnych przypadkach bardzo pożyteczny. Polecał go już dawniej H. Fritsch.

B. Wojciechowski.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie w dniu 21 lutego 1906.

1) Kol. Doc. Bylicki wypowiedział wykład **o bolach ciążowych.** Opierając się na pracy Schatza »Schlechte Wehen und die centrale Steuerung der Wehentätigkeit«, omówił bole, występujące podczas ciąży, czasami odczuwane przez ciężarną. Jako przykład opisał przypadek z własnej praktyki. U ciężarnej kobiety wystąpiły, od drugiego miesiąca ciąży począwszy, bole, które ciężarna odczuwała, które można było stwierdzić jako skurcze macicy i które nie ustępowały przy leczeniu. Według Schatza są takie bolesne bole następstwem neurastenii lub gośćca mięśni macicy, a występują przez cały czas trwania ciąży. Celem ich jest prawdopodobnie regulowanie dopływu istot odżywczych dla płodu i odpływu wytworów wymiany materyi płodu.

Kol. Prof. Mars jest także zdania, że bole występują przez cały czas trwania ciąży. W kilku przypadkach spostrzegał także bolesne skurcze, w kilku innych znowu były nawet porodowe bole niebolesne.

Kol. Kwiatkiewicz sądzi, że bole ciążowe są wywołane nagromadzeniem się krwi żylnej w naczyniach macicy i służą do usunięcia tej krwi. Przyczyną ich bolesności mogą być często sprawy zapalne narządu rodnego kobiety.

Kol. Czyżewicz jun. przypuszcza, że bole występują nietylko w ciąży, ale prawdopodobnie także i poza ciążą, choć bezpośrednio stwierdzić się to nie da.

2) Kol. Prof. Mars przedstawia ponownie przypadek **rozstępu spojenia łonowego.** Po odbyciu porodu rozstęp ten zmniejszył się nieco, lecz przecież pozostał. Dłuższa obserwacya nie zdołała rozstrzygnąć, czy chodzi o sprawę wrodzoną, czy nabytą. Coraz to więcej przemawia jednak za tem, że jest to wada rozwojowa, spotęgowana później z powodu przebytego zmiękniesia kości.

3) Kol. Bocheński przedstawia chorą, u której **rozszerzono pochwę,** prawie zarosłą na przodzie, **na tępo,** przy pomocy krążków pochwowych i drugą, u której jest także **zwężenie po porodzie,** w wysokim stopniu. Sekretarz: *Czyżewicz* jun.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 18 września 1906 r.

1) Karwacki przedstawił hodowlę i preparat drobnowidowy **pleśnicy** *(oidium)* **z przypadku t. zw. czarnego języka,** zaznaczając wielopostaciowość pierwiastków *pleśnicy.* Uporczywe cierpienie usunięto za pomocą pędzlowań tiolem.

Hewelke wyraża wątpliwość, aby znaleziona przez Karwackiego pleśnica biaława miała być przyczyną czarnego języka. W przypadku, opisanym przed laty przez Hewelkego i Ciąglińskiego w hodowlach, prowadzonych przy ciepłocie zwyczajnej, powierzchnia gleby w pierwszych dniach pokrywała się białym nalotem, który z czasem, w miarę dojrzewania i wytwarzania się główek sporonośnych, czerniał. W odpowiedzi Hewelkemu zaznacza Karwacki, że klasyfikacya pleśnic nie jest dokładnie ustalona, i że według niektórych botaników pleśnice, podobnie jak drożdże, mogą być niższą postacią wegetacyjną grzybków, dalej, że czarne zabarwienie języka może zależeć od zmian w samym nabłonku.

2) Karwacki, opierając się na własnych badaniach krętka łamiącego światło *(spirochaete refringens)* i na skąpych, jak dotąd, danych z biologii krętków i świdrowców, ustawia **formy pasorzytne, spotykane w zmianach przymiotowych** w następującym porządku: krętek blady, twory ziarniste, *cytorrhyctes* i formy świdrowcowe.

Bruner Jerzy sądzi, że sprawy swoistości krętka bladego nie można jeszcze dotąd uważać wcale za rozwiązaną. Najnowsze piśmiennictwo przynosi coraz więcej prac badaczy znanych i doświadczonych, którzy podają w wątpliwość nietylko swoistość tych pasorzytów, lecz nawet uważają je za wytwory sztuczne, nic wspólnego z pasorzytami nie mające. Obrazy, otrzymywane przy barwieniu srebrem są, zdaniem niektórych, szczątkami komórek, włóknami włóknika i t. p. Do tego jeszcze dodać należy, że w wielu razach nawet najdoświadczeńsi badacze nie zdołali odróżnić t. zw. krętka bladego od innych krętków. Pomyłki więc są tu zawsze możliwe.

Dębiński uważa również sprawę swoistości krętka bladego dotąd za nierozwiązaną; krętków tych nie znajdowano u wszystkich chorych na kiłę, a tam, gdzie je wykrywano, dotyczyło to powierzchni owrzodzeń, gdzie bardzo łatwo może być dużo różnych pasorzytów przypadkowych, jak również komórek zmacerowanych lub strzępów tkanek obumarłych.

Malinowski Feliks zawiadamia, że krętek blady został uznany za swoisty dla kiły na ostatnim zjeździe dermatologicznym w Bernie (12—14 września 1906). Dowodzą tego między innemi nader liczne doświadczenia Neissera i innych, którzy w zmianach kiłowych u małp stale znajdowali tego krętka. Co się tyczy rzekomych krętków bladych w zmianach niekiłowych, to: 1) próby szczepienia tych zmian nie wywoływały kiły i 2) podobieństwo to jest pozorne, co zależy od braku pewnej metody barwienia, jak to jest zresztą i co do wielu innych pasorzytów (dwoinka wiewiórowa).

Rzętkowski twierdzi, że krętka bladego zawsze odróżnić można od innych, a okoliczność, że posiada on ruch własny, wyłącza stanowczo możność upatrywania w nim tworu sztucznego.

3) Krajewski wygłosił część swej pracy pod tytułem: **„Lithiasis ductus choledochi“.** Obejmowała ona zestawienie danych statystycznych różnych chirurgów zagranicznych z danemi prelegenta, opis stosunków anatomicznych, zachodzących między drogami żółciowemi a innymi narządami jamy brzusznej, wreszcie opis przypadku chorobowego, przedstawiającego, zdaniem prelegenta, typ cierpienia, zależnego od zatkania przewodu żółciowego wspólnego. *Ign. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Program XI wiecu austryackich Izb lekarskich w Krakowie jest następujący: w poniedziałek 15/X o 5 pop. zebranie się delegatów na narady wstępne; we wtorek 16/X (I dzień obrad) o 9.15 rano otwarcie zjazdu w »Domu lekarskim« (Radziwiłłowska 4), o 3 pop. dalszy ciąg obrad, o 8.30 wieczorem przyjęcie, urządzone przez Towarzystwo lekarskie krakowskie; we środę 17/X (II dzień obrad) o 9 rano dalszy ciąg narad, popołudniu, o ile pozostanie czas wolny, wycieczka. Porządek dzienny obrad podaliśmy w Nr 39 str. 662 »Przeglądu lekarskiego«; oprócz przytoczonych tam spraw obejmuje on jeszcze: referat Izby wschodnio-gal. o uregulowaniu stanowiska i stosunków służbowych lekarzy więziennych; wniosek Izby dolno-austr. o ogłoszenie drukiem rozpraw wiecu najdalej w ciągu 6 tygodni; wniosek tejże Izby o reformę sprawy zgłaszania się lekarzy do Izb i w sprawie regulaminu świadectw służbowych lekarzy; wniosek tejże Izby, wyrażający ubolewanie, że lekarzy dolnoaustryackich zmuszono do biernego oporu i nadzieję, że rząd i władze krajowe wypełnią jaknajrychlej skromne a słuszne żądania tych lekarzy; orzeczenie wydziału zarządzającego Izb w sprawie reformy ubezpieczenia robotników; wniosek tegoż wydziału o okre-

ślenie pojęcia »praktyki wędrownej« w ten sposób, że jestto wykonywanie praktyki w różnych miejscowościach poza obrębem miejsca stałego pobytu, z wyjątkiem praktyki dentystycznej w takich miejscowościach, gdzie nie ma stale osiadłego lekarza-dentysty; wniosek Izby lek. zachodnio-gal. o podwyższenie dyet lekarzom, delegowanym przez rząd do zwalczania duru osutkowego, z 7 na 20 koron; wniosek tejże Izby o rozważenie pytania, kto ma udzielać Towarzystwom ubezpieczeń na życie wyjaśnień o uzdolnieniu i t. d. nowo powoływanych lekarzy tych Towarzystw (Vertrauensärzte). *R.*

W sprawie należytości za czynności sądowolekarskie wydało austr. ministeryum sprawiedliwości rozporządzenie L. 13322 z 16 lipca 1906, w którem postanawia, co następuje: 1) Lekarzom należy się zwrot poniesionych gotówką wydatków, np. na środki odkażające, nietylko przy sekcyach, ale przy każdem badaniu, a przy sekcyach obu zajętym lekarzom. 2) Opatrunki chirurgiczne wolno przy badaniu sądowo-lekarskiem usuwać tylko wtedy, jeśli to nie łączy się ze szkodą dla badanego; przeto rozległych lub skomplikowanych opatrunków zazwyczaj ruszać się nie będzie. Lekarzowi sądowemu należy się zwrot za materyały, zużyte na ponowny opatrunek, a w danym razie także i wynagrodzenie za »szczególną pracę i stratę czasu« według § 8 w. 2 taryfy z 20/III 1901 D. p. p. Nr 34. W tych sądach, gdzie opatrunki częściej bywają zdejmowane, należy zakupić zapas materyałów opatrunkowych do użytku lekarzy sądowych. 3) Sędziowie obowiązani są przed rozprawą tak się przygotować, aby mogli znawcom udzielić pokrótce objaśnień z aktów, nie odczytując ich na rozprawie w całości i nie narażając znawców na stratę czasu. 4) Za drugą podwodę dla znawców wolno rachować koszta osobno, jeżeli na miejscu nie można dostać stosownej podwody z 4 siedzeniami (»ein Wagen mit 4 Sitzen im Innenraume«, a zatem krytego powozu o 4 siedzeniach), lub jeżeli znawcy wyjeżdżać muszą z innego miejsca lub w innej porze, niż sędzia (przeszkodą wspólnego wyjazdu może być n. p. praktyka prywatna; rozporządzenie wyraźnie ją wymienia, mówiąc o przeszkodach, które należy udowodnić: »aus anderen zu bescheinigenden erheblichen Gründen, z. B. Behinderung der beigezogenen Aerzte in ihrer Privatpraxis«. Również mogą znawcy liczyć osobną podwodę, jeżeliby z utratą zarobku czekać musieli na powrotny wyjazd sędziego). *R.*

Państwowy związek austr. organizacyi lekarskich odbył w d. 28 września b. r. w Wiedniu konstytuujące posiedzenie, na które przybyli przedstawiciele ministerstwa spraw wewn. (dr Illing), namiestnictwa (dr Netolitzky), miasta Wiednia (dr Hulka), delegaci związków zawodowych następujących krajów: Bukowina, Śląsk, Styrya, Solnogród, Morawy, Czechy (sekcya niemiecka i czeska), Kraina, Tyrol, Górna i Dolna Austrya i Istrya i przewodniczący wielu Izb lekarskich. Związek lipski zastępował dr Kuhns z Lipska. Dr Illing zapewniał o życzliwości ministerstwa spraw wewnętrznych dla stanu lekarskiego, jakoteż i o tem, że ministeryum żywo interesuje się obradami organizacyi; podobnież dr Netolitzky imieniem namiestnictwa. Przewodniczącym wybrano dr Janeczka, który oznajmił, że za główny cel postawiła sobie organizacya to, by żadnej sprawy, obchodzącej lekarzy, nie załatwiano bez wysłuchania interesowanych. Potem wybrano wydział związku. Na posiedzeniu popołudniowem składał dr Nekowicz sprawozdanie o stanie oporu biernego i położeniu lekarzy w Austryi dolnej. Na wniosek dra Lederera uchwalono rezolucyę, wyrażającą solidaryzowanie się organizacyi z kolegami walczącymi w Austryi dolnej. Dalej oświadczył się zjazd po referacie dra Lederera za wolnym wyborem lekarzy i publicznem ogłaszaniem wolnych posad w kasach chorych. Wreszcie naradzano się nad państwową ustawą sanitarną; sprawę tę oddano osobnemu komitetowi. *E. S.*

W sprawie stosunku lekarzy do Kas chorych oświadczył się zjazd lekarskich organizacyi aust. za wyłącznym wolnym wyborem lekarzy. O systemie wolnego wyboru pisałem już zeszłego roku w »Przeglądzie lek.« Tu pozwolę sobie jeszcze zauważyć, że dziwną jest rzeczą, dlaczego zjazd nie pomyślał o lekarzach, którzy już dzisiaj za stałem wynagrodzeniem (pauszalą), i to nieraz bardzo nędznem, po kasach pracują, a raczej zajął się sprawą, jak na dzisiejsze stosunki bardzo jeszcze daleką. Dlaczego nie zajął się tem, co ma pod ręką? Liczba lekarzy, których byt opiera się na stałem wynagrodzeniu, pobieranem z kas, rośnie z roku na rok i będzie rosła nadal mimo platonicznych oświadczeń się wszelakich zjazdów i kongresów. I gdyby czy to dzisiaj, czy też w najbliższej przyszłości uchwalono jako logiczny wniosek, że lekarz, pracujący w kasie za stałem wynagrodzeniem występuje przeciw etyce zawodowej, to wszyscy dotychczasowi lekarze kas musieliby poskładać swe urzędy. A teraz pytanie: czyby to zrobili? Na pewno można powiedzieć, że wystąpią raczej z organizacyi. W samym Wiedniu jest takich lekarzy przeszło 500. Wynika z tego, że uchwalanie takich rezolucyi, jak w omawianej sprawie, ma bardzo szlachetne cele, ale jest najzupełniej niepraktyczne. A gdzie idzie o poprawę bytu, tam przedewszystkiem należy robić to, co jest naprawdę praktyczne.

Całkiem słusznie mogą zapytać i kasy, dlaczego też lekarze, potępiając pracę w kasach za stałem wynagrodzeniem rocznem, nie zabraniają jednak przyjmować posad gminnych, obwodowych i t. p. również płaconych w ten sam sposób. Boć chyba lekarzom idzie o system płacenia, a nie o to przecie, kto płaci. Dlaczego biedny robotnik ma mieć wolny wybór lekarzy, a inni biedni, za których płaci gmina, mają być pozbawieni dobrodziejstwa wolnego wyboru lekarza? Ktoby zatem chciał sprawę tę uporządkować, musiałby zwrócić uwagę nietylko na posady w kasach chorych, ale wogóle zająć się posadami za stałem rocznem wynagrodzeniem, czy to przez gminę, kraj czy państwo. A czyż można sobie wyobrazić, że wszyscy przeliczni lekarze austryaccy, wynagradzani w ten sposób, zgodzą się spokojnie na taki gruntowny wywrót stosunków, wstrząsający ich bytem? Pozostałaby tylko wojna domowa między posiadającymi a nieposiadającymi. *E. S.*

Przenoszenie chorób przez telefon. O przypadku tego rodzaju donosi lekarz obwodowy dr G. Bundt w »Zeitschrift f. Medizinalbeamte«. Zgłosił się mianowicie do niego gospodarz rolny, niejaki K., z objawami ciężkiego ropnego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej. W trzy tygodnie później przyszedł do tego samego lekarza urzędnik pocztowy R., z takiem samem cierpieniem, chociaż w mniejszem nasileniu. Urzędnik ten jest dozorcą urządzenia telefonicznego i musi od czasu do czasu badać urządzenia telefoniczne i właśnie przed 3 dniami badając je u gospodarza rolnego K. musiał kilkakrotnie zbliżyć usta swe do trąbki. I w ten sposób nastąpiło zakażenie. Lekarz doniósł o tym przypadku dyrekcyi poczt w Halle, która mu odpowiedziała, że na przyszłość poczyni się możliwe zabiegi dla ochrony używających telefonu. Przedewszystkiem, jak podnosi dr Bundt, należałoby dozorców telefonów pouczyć, że nie powinni zbyt przybliżać słuchawek i trąbki do uszu i ust. Jeśli w domu znajduje się chory na zapalenie błony śluzowej ust albo jakąkolwiek chorobę zakaźną, powinni urzędnicy odkazić przed zbadaniem słuchawki i trąbkę. Do tego celu najzupełniej powinno wystarczyć wobec tego, że powierzchnia tych przedmiotów jest gładka, energiczne wytarcie bezwzględnym wyskokiem. Byłoby również wskazanem zwrócić uwagę publiczności w publicznych rozmownicach, że telefonem można z łatwością przenosić choroby, jeśli się nim dotyka chorych miejsc ciała i jeśli się kaszle i rozpyla plwocinę do trąbki. *Stahr.*

Osobne sale dla gruźliczych w szpitalach powszechnych i osobne lecznice dla ciężko chorych na gruźlicę będą z polecenia rządu zaprowadzone w Prusach. Zezwolenie na budowę nowych szpitali może być udzielone tylko wtedy, jeżeli w tych szpitalach będą osobne urządzenia dla chorych na gruźlicę według doświadczenia, zebranego w sanatoryach ludowych. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 30 września do 6 października 1906 doniesiono o 5 nowych przypadkach duru plamistego w 5 gminach, a mianowicie pow. Drohobycz (Raniowice 1), Jaworów (Zawadów 1, Drohomyśl 1), Kałusz (Nowica 1, Ćwitowa 1). W Zakładzie wychowawczym OO. Jezuitów w Bąkowicach pow. Chyrów wybuchła epidemia płonicy: od 13 września b. r. zachorowało 24 wychowanków. *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 30/IX a 6/X b. r. urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo 4; zmarło osób 58 (obcych 25); z tego z gruźlicy 11 (4), zapalenia płuc 4 (1), błonicy 1 (1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 1 (1), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 3 (1), innych chorób zakaźnych 1 (1), śmiercią gwałtowną 1 (—).

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 23/IX do 29/IX b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 7 (obcych —), krztuśca 1 (—), ospy — (—), płonicy 8 (—), odry 14 (1), duru brzusznego 2 (6), czerwonki — (1), gorączki połogowej —; w tymże czasie zmarło: z błonicy 1, z płonicy 1.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Kursa dla lekarzy w Krakowie zamierzone są, jak to już zapowiedziano w Nr 22 »Przeglądu lekarskiego« z d. 2 czerwca, na miesiąc grudzień b. r.

— Niebywały napływ słuchaczy na Wydział lekarski przypomina czasy najsilniejszej frekwencyi z przed lat 20; na pierwszy rok studyów zapisało się dotąd 140 słuchaczy.

— R. dworu prof. dr Henryk Jordan mianowany został członkiem najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu na najbliższy 3-letni okres. Mianowanie to, powołujące do najwyższej Rady zdrowia wytrawnego znawcę spraw szkolnych i wychowania fizycznego, powitać należy z tem większem zadowoleniem, że kraj nasz poraz pierwszy mieć będzie swego przedstawiciela w naczelnej instytucyi sanitarnej państwa, z czem łączyć można nadzieje większego, niż dotąd, uwzględnienia potrzeb naszych, zyskujących teraz gorliwego orędownika. W mianowaniu tem pragnęlibyśmy też widzieć zapowiedź, iż członkami Rad zdrowia nie będą na przyszłość sami tylko miejscowi znawcy, z natury rzeczy mniej stykający się z potrzebami i stosunkami różnych krajów i okolic, niżby to było pożądane.

— Wydział związku turystycznego uchwalił podjąć u władz rządowych i krajowych starania o budowę kolei do Szczawnicy, o przyspieszenie budowy kolei do Krynicy i Truskawca, o włączenie zdrojowisk galicyjskich do linii telefonicznej międzymiastowej i o szereg udogodnień istniejącej komunikacyi kolejowej ze zdrojowiskami.

— Otwarcie nowego budynku szpitala OO. Bonifratrów odbyło się w obecności przedstawicieli władz i kół lekarskich dnia 7 b. m. Przy otwarciu przemawiali z lekarzy: imieniem Wydziału lekarskiego i innych instytucyi lekarskich krakowskich dziekan prof. Kostanecki, a imieniem lekarzy szpitala Bonifratrów prof. Bossowski. W przemówieniach podniesiono zasługi O. Laetusa Bernatka, właściwego twórcy szpitala. Jeszcze przed kilkunastu laty krakowski konwent Bonifratrów i jego szpitalik chylił się do upadku; w r. 1865 miał być dla braku środków zupełnie zniesiony, podobny los groził mu w r. 1891; w roku 1901 liczył szpitalik zaledwo 12 łóżek, a budynek był w stanie opłakanym. O. Bernatek, obrany przeorem, powiększył szpital stopniowo na 36, 60, 80 łóżek; wreszcie zebrawszy swymi zabiegami ze składek fundusze, doprowadził do skutku budowę nowego szpitala na 120 łóżek, a zarazem zdołał uzyskać wieczyste fundacye na utrzymanie prawie 30 łóżek; o resztę łóżek musi i nadal troszczyć się konwent.

Nowy budynek ma 84 m. frontu, zajmuje 1340 m^2; w suterenach mieści maszyny i urządzenia do centralnego ogrzewania i do wentylacyi, piekarnię, mieszkania służby, oraz schronisko dla opilców, znalezionych na ulicy; na parterze kancelarye, aptekę, ambulatorya, pokój lekarza zakładowego, mniejszą salkę operacyjną, separatki dla chorych i łazienki; na I i II piętrze sale dla chorych, w jednem skrzydle I piętra większą salę operacyjną z przygotowalnią i t. d. Gmach cały oświetlony jest elektrycznie, zaopatrzony w wodociągi i t. p. Wszystkie urządzenia wykonano w kraju. Koszt gmachu z urządzeniem wynosił 450,000 koron.

Urządzenie wewnętrzne szpitala stoi na wysokości nowoczesnych wymagań i trzeba wyznać, że mało który zakład w kraju (z wyjątkiem klinik uniwersyteckich) może z nowym szpitalem pod tym względem się porównać. Że szpitala nie zbudowano systemem pawilonowym, jakby to było pożądane, tłomaczyć można szczupłością miejsca, jakiem pod budowę rozporządzano; budowniczy miał przez to zadanie trudniejsze, a trudności te nie we wszystkich szczegółach powiodło się rozwiązać szczęśliwie (np. okna sal operacyjnych zwrócone są na południe), chociaż najważniejsze usunięte zostały już w toku budowy przez staranie lekarzy zakładowych.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej postanowił na posiedzeniu w dniu 21 września, by prezydent Izby uczestniczył w charakterze informacyjnym w posiedzeniu związku organizacyi lekarskich w Wiedniu; następnie załatwiono kilka drobniejszych spraw, uchwalono fizykatowi m. Lwowa w sprawie jednego z zakładów techniczno-dentystycznych odpowiedzieć, że Izba nie może wkraczać na podstawie bezimiennego listu, postanowiono udzielić Izbie morawskiej wiadomości o wynagradzaniu znawców lekarzy w sądach polubownych przy zakładach ubezpieczeń od wypadków w okręgu Izby, przyjęto do wiadomości pismo lekarzy brodzkich w sprawie zatargu z tamtejszą kasą chorych, rozpatrzono zażalenie jednego lekarza przeciw zarządowi kasy chorych i postanowiono sprawę przez delegata Izby zbadać, a w końcu rozpatrywano jedną sprawę honorową.

— Krajowa Rada zdrowia na posiedzeniu w d. 2 b. m.: 1) przedstawiła kandydata do udzielenia koncesyi na trzynastą aptekę publiczną w Krakowie; 2) wydała opinię w sprawie ekshumacyi zwłok z podziemi kościoła w Rabce; 3) wydała opinię w sprawie utworzenia samoistnej gminy sanitarnej w Radomyślu w pow. mieleckim.

— XVI posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się w dniu 5/X 1906. 1) Dr Fels przedstawił ość z ryby, którą wyjął z odbytnicy człowieka starszego, skarżącego się na bole w dolnej części przewodu pokarmowego. 2) Dr Czyżewicz (jun.) przedstawił przypadek urazowego przedarcia krocza. Dotyczy on małej dziewczyny, która uciekając przed krową upadła, a krowa wtedy rogiem rozdarła jej krocze. Utrzymana błona dziewicza mimo silnego rozdarcia krocza świadczy o tem, że nastąpiło ono przez uniesienie rogiem odbytnicy ku górze. Operacyę zaszycia zamierza prelegent wykonać sposobem Fritscha i przypuszcza, że skutek operacyi ze względu na jędrne tkanki uszkodzonej będzie dobry. W dyskusyi przemawiali dr Fels i Obtułowicz. 3) Dr Wolf przedstawił *a*) dwóch chorych po operacyach ropni mózgowych, mających się zupełnie dobrze; u trzeciego chorego, którego również chciał przedstawić, w ostatniej chwili wystąpiły objawy, każące się domyślać, że tworzy się nowy ropień. Jeden z przypadków, obecnie przedstawionych, dotyczy osobnika, który na drugi dzień po uderzeniu łańcuchem w głowę zgłosił się do szpitala z wypadnięciem mózgu i następowem wytworzeniem się ropnia w mózgu, drugi zaś osobnika, który po uderzeniu w głowę kamieniem, zgłosił się do szpitala dopiero w 4 tygodnie później, skarżąc się na objawy mózgowe. *b*) Preparaty z 2 przypadków uwięźnięcia jelita cienkiego. *c*) Preparat z przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego. Dotyczył on chorego 30-letniego, który po przebyciu napadu zapalenia wyrostka robaczkowego w 4 tygodnie później zgłosił się do szpitala, skarżąc się na bole w okolicy kątnicy, nie gorączkując. Badanie stwierdziło po stronie prawej brzucha guz wielkości jaja, leżący w głębi, dający się przesuwać. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że cały wyrostek obrosły był siecią i dawał się na niej obracać jak na szypule. 4) Dr Sabatowski mówił »O klinicznem znaczeniu lewulozuryi pokarmowej«. Prelegent wykonał w klinice wewnętrznej szereg doświadczeń u chorych na wątrobę — głównie marskość, żółtaczkę i choroby zakaźne, podając im na czczo po 100 gr. lewulozy w limonadzie i badając następnie mocz co do lewulozy. Gdy u człowieka zdrowego lewuloza w moczu się nie pojawia, gdyż w wątrobie zostaje przerobioną na cukier, dający się w ustroju spalić, to u chorych na wątrobę przechodzi ona jako taka do moczu, gdzie może być wykryta próbą resorcynową. W chorobach wątroby wynik dodatni był zawsze, a więc 100 prc.; w żółtaczce raz tylko pojawiła się lewuloza w moczu, była to żółtaczka na tle kiłowem; w chorobach zakaźnych pojawiła się lewulozurya także w pewnej liczbie przypadków. Z dotychczasowych badań należy przypuszczać, że w lewulozuryi znajdziemy objaw pomocniczy w rozpoznawaniu chorób wątroby, zwłaszcza, gdyby z ilości lewulozy w moczu wnosić można było o stopniu zmian wątroby. *t.*

Warszawa. Do Stowarzyszenia lekarzy polskich zapisało się 341 członków. Zebranie ogólne celem wyboru zarządu, komisyi towarzyskiej, wyborczej, rewizyjnej i sądu koleżeńskiego odbyło się 7 b. m.

— Dzieło dr A. Sokołowskiego »O chorobach dróg oddechowych«, wydane niedawno w tłomaczeniu niemieckiem, pojawiło się obecnie w tłomaczeniu rosyjskiem, dokonanem przez dra Sochackiego, z przedmową prof. Wagnera.

— Rada profesorów uniwersytetu warszawskiego na posiedzeniu w d. 5 b. m., w którem uczestniczyła tylko połowa uprawnionych, uznając, że prawidłowa dydaktyczna czynność uniwersytetu rozpocząć się nie może, uchwaliła prosić ministeryum o przeniesienie uniwersytetu z Warszawy w głąb Rosyi. Tylko dwóch profesorów Polaków: prof. anatomii patol. Przewoski i prof. literatury polskiej Wierzbowski złożyło »votum separatum«, żądając spolszczenia wszechnicy, któreby natychmiast pozwoliło jej na przywrócenie prawidłowych czynności. — Obecnie zaś urzędowa agencya telegraficzna petersburska przeczy pogłoskom, jakoby ministeryum zamierzało znieść uniwersytet rosyjski w Warszawie, a utworzyć natomiast polski.

— 30 września otwarto Sanatoryum dla chorych nerwowych i umysłowych we Wrzesinie pod Pruszkowem pod kierunkiem dra Edwarda Steffena.

Sprostowanie. W Sprawozdaniu z Sanatoryum dra Dłuskiego w Nr 40 »Przeglądu lekar.« na stronie 671 w tablicy I, rubryce III (wiek):

zamiast: 50—60 29 powinno być: 40—50 29
„ 40—50 12 „ „ 50—60 12,
a na stronie 672 w tablicy II, rubryce V (prątki Kocha) wiersz trzeci (»przyjechało bez prątków«) zamiast 193 ma być 103.

Mianowani: R. dw. dr Strauss zwyczajnym profesorem chemii w Wiedniu; dr Schulz z Berlina profesorem nadzw. medycyny sadowej w Halle.

Zmarli: Emer. prof uniwersytetu wiedeńskiego, chirurg dr Weinlechner w 76 r. ż. w Bruck n/L;

dr Stanisław Płaskowicki, wybitny lekarz kijowski, w Abazyi.

Dr Jan Zduń, prezes rady pow. nowotarskiej, zginął wskutek nieszczęśliwego wypadku w 39 r. ż. Zanim, jako ziemianin, poświęcił się studyom agronomicznym i pracy obywatelskiej, ukończył zmarły, pociągnięty zamiłowaniem, świetnie Wydział lekarski krakowski; osiadłszy na roli, spieszył ubogiej ludności okolicznej chętnie z bezinteresowną pomocą. Śmierć jego wywołała żal zarówno wśród darzących go uznaniem współziemian, jak i wśród dawnych kolegów-lekarzy, ceniących jego wiedzę i charakter.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 38. Kijewski: W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej. Dzierżgowski (c. d.).

— *Medycyna* Nr 40. Goldflam: Przypadek gorączki histerycznej. Flatau i Koelichen: (c. d.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 40. Czarnik: Dwa przypadki przedziurawienia jelita w przebiegu duru brzusznego u dzieci. Rencki (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr 10. Wrzosek: O przeszkodach w postępie patologii doświadczalnej. Goldschmidt: Luźne myśli. Bielański (c. d.). Ramoszyński: O wiejskiej praktyce lekarskiej.

— *Przegląd higieniczny* Nr 10. Panek (c. d.). Lewiński (c. d.). Krzyżanowski: Regulamin w sprawie najmu mieszkań w Truskawcu.

— *Časopis lekařův českých* Nr 40. Šamánek: Ku sporu o profylaktický obrat. Poledne: Lymfosarkom mediastina s haemosiderinovými buňkami ve sputu. Dvořak (dok.).

— *Russkij Wracz* Nr 37. Hagen-Torn Sinuitis frontalis chron. cum dilatatione. Hanutina: Z powodu 2 przypadków twardziny skóry Żukowskij: Zakażenie przez pępowinę jako nowy sposób szczepienia. Brusztejn i Nachsidow: W sprawie objawów fizycznych przy przedwczesnem otępieniu umysłowem. Nieszczadimienko: W sprawie epidemiologii i zapobiegania błonicy. Lewoniewski: Przypadek gładkich metalowych ciał obcych w przewodzie pokarmowym.

— *Presse médicale* Nr 78. Hallion: Uwagi ogólne o niwecznikach. Morin: Gruźlica a gruczoł tarczowy.

— *Semaine medicale* Nr 40 nie zawiera prac oryginalnych.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 40. Heilbronner: Wczesne rozpoznanie i leczenie porażenia postępującego. Ribbert: O pierwotnej gruźlicy i o pylicy płuc i gruczołów oskrzelowych. Oberndörfer: W sprawie rozpoznawania różniczkowego ropni mózgowych pochodzenia usznego i przerzutowych. Elischer i Engel: W sprawie leczenia nowotworów śródpiersia promieniami Röntgena. Lotze: Eventratio diaphragmatica. Hermes: Z kazuistyki niedrożności jelit wskutek kamieni żółciowych. Dirk: O intubacyi Kuhna. Rothschuh: Przypadek świądu sromu, uleczony błękitnem światłem łukowem.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 40. Rieder: O wartości prześwietlania klatki piersiowej w zapaleniu płuc. Spiess: Próby leczenia guzów rakowych przez sposób znieczulania. Kayser: W sprawie użycia pożywki żółciowej do hodowania prątków durowych z krwi. Stieda: O trzeszczkach stawów śródstopnopalcowych. Hornung i Galli: Przyczynek do nauki o tętnie naprzemiennem. Agéron: O bezskutecznem leczeniu piciem wód mineralnych w chorobach żołądka. Hoppe: O wpływie przekrwienia, ssawkami wywołanego, na oko i na przebieg niektórych chorób ocznych Schubert: Przyrząd do usypiania z urządzeniem do dawkowania. Brenner: Przypadek cięcia przełonowego z praktyki. Burk: Trzymadło do ustalenia nogi przy zakładaniu opatrunków. Maas: Nowa opaska brzuszna. Prüsman: Kleszczyki do przytrzymywania macicy. Wieck: Przyrząd do pobierania małych ilości krwi. Breitung: Maska ochronna według Eichentopfa. Silbergleit: Praktyczne wykonanie indywidualnego żywienia w zdrojowiskach.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 40: Żeleński: O zachowaniu się neutrofilnego obrazu krwi u chorych i zdrowych osesków. Pollak: O wynikach opukiwania przykręgowego i przymostkowego w zapaleniu płuc. Kurt: Praktyczne wyzyskanie siły pierwszego tonu sercowego. Volk: Ciężka choroba nerek po zewnętrznem zastosowaniu chrysarobiny. Rosenbach: Kilka uwag o metodyce naukowej i uprawnieniu zasady oportunistycznej w nauce. Salus: Biologiczna równoważność prątka okrężnicy i duru. Żupnik: W tejże sprawie.

Redakcya otrzymała: Dr Osw. Gonç. Cruz, director geral di saude publica: Relatorio apresentado ao Dr J. J. Seabra, ministero da justiça e negocios interiores. Rio de Janeiro. 1906. — Doc dr Lemberger i doc. dr Droba: Komentarz do ósmego wydania farmakopei austryackiej. Zeszyt 3, 4, 5, 6. Kraków 1906. — Karwacki L.: 1) Beitrag zur Kenntnis der Geschwulstflora. Odb. z „Centr. für Bakter." 1905. 2) Szczepienia ochronne i serodyagnostyka cholery. Warszawa 1906. 3) Wpływ surowicy Maragliano na przebieg gruźlicy u zwierząt. 1905. 4) Przecinki choleryczne i rzekomo choleryczne. 1906. Odbitki z „Pam. Tow. lek. warsz." 5) Untersuchungen üb. die specifischen Eigenschaften des antituberkulösen Serums von Maragliano 1905. 6) Sur l'homogéinisation des bacilles acidorésistants 1906. 7) Sur un nouveau réactif pour l'aglutination tuberculeuse. 1906. Odbitki z „Zeitschr. f. Tuberkulose". 8) Über die Schutzimpfung gegen Cholera vom Standpunkte der spezifischen humoralen Veränderungen. Odb z „Zeitsch. f. Hyg. u. Inf." 1906. — Wretowski: Seroterapia gruźlicy Warszawa 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Histosan, połączenie białkowate gwajakolu, wprowadzonego przez Sabliego do lecznictwa, poleca Dr L. Riess (*Wiener med. Presse* 1906, Nr 32). Histosan wytwarza się z najczystszego krystalicznego gwajakolu i najczystszego białka kurzego i tworzy proszek jasno-brunatny, o lekko aromatycznym zapachu i smaku. Istnieje również syrup histosanowy, używany przez R. głównie do doświadczeń, z których wynika, że nadaje się on wyśmienicie do leczenia ostrych i przewlekłych nieżytów oskrzeli, że w gruźlicy działa objawowo, a w okresach początkowych leczniczo, że pobudza apetyt, działa odżywczo, że go dzieci dobrze znoszą i że szybko sprowadza poprawę stanu ogólnego. *Ztr*







L. 1.288.

KONKURS.

Urząd gminny w Chorostkowie (via Tarnopol) ogłasza niniejszem konkurs na posadę lekarza miejskiego z płacą 1.000 Kor. rocznie.

Podania składać należy do końca grudnia 1906.

Chorostków, dnia 7 października 1906. 149

Burmistrz miasta
Hr. *Siemieński.*

Rok XLV. Kraków 20 Października 1906. Nr 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Spostrzeżenia z Zakładu anatomii patologicznej Uniw. Jag. w Krakowie. (Dyrektor: prof. dr Browicz).

Wrodzony brak śledziony.

Podał

Doc. L. K. Gliński.

Wrodzony całkowity brak śledziony u człowieka należy do zjawisk bardzo rzadkich, jak to zgodnie zresztą stwierdzają wszystkie podręczniki anatomii patologicznej. Stosunkowo najczęściej jeszcze brak śledziony zdarza się u płodów bezgłowych i u płodów z innemi wadami rozwojowemi, zwłaszcza w obrębie jamy brzusznej. Natomiast wrodzony brak śledziony u płodów zresztą prawidłowo rozwiniętych, a zwłaszcza u osobników, które żyły dłuższy czas po urodzeniu, dotychczas bardzo rzadko spostrzegano, o czem najwymowniej świadczy zebrana w r. 1898 przez Hodenpyla [1]) statystyka tego zboczenia rozwojowego: w dotyczącem piśmiennictwie zdołał ten autor odszukać zaledwie 9 ogłoszonych drukiem przypadków, pomiędzy którymi nie wszystkie spostrzeżenia były zupełnie pewne i z której to liczby 2 przypadki dotyczyły małych dzieci. Do tej skąpej liczby znanych przypadków dodał Hodenpyl z własnego doświadczenia jeszcze jeden przypadek wrodzonego braku śledziony u 32-letniego murzyna; od tego zaś czasu, o ile mi wiadomo, nie pojawił się w piśmiennictwie opis żadnego nowego podobnego spostrzeżenia. Ze względu więc na rzadkość tej wady rozwojowej pozwalam sobie tutaj pokrótce wspomnieć o przypadku, który nadarzył mi się w ostatnich czasach w tutejszym uniwersyteckim zakładzie anatomii patologicznej, pozostającym pod kierunkiem prof. Browicza.

Przy badaniu pośmiertnem zwłok 45-letniej kobiety, zmarłej na gruźlicę płuc, zdziwiłem się, nie znajdując śledziony w zwykłem jej miejscu. Przypuszczając początkowo, iż mam tylko do czynienia z względnie często zdarzającem się przemieszczeniem śledziony, przeszukałem dokładnie całą jamę brzuszną, najdokładniejsze jednak poszukiwania nie wykryły w jej obrębie ani samej śledziony, ani też choćby jej szczątków. Również nie udało mi się odszukać śledziony lub jej szczątków ani wśród miąższu narządów jamy brzusznej (zwłaszcza trzustki), ani wśród fałdów otrzewnej, ani też poza otrzewną, gdzie niekiedy również ma się usadawiać śledziona (o takim n. p. przypadku wspomina Strycharski [2]) w swej pracy o wycinaniu śledziony). Mogło było jeszcze nasuwać się przypuszczenie, iż śledzionę usunięto operacyjnie; przeciwko takiemu jednak przypuszczeniu przemawiał stanowczo brak jakichkolwiek śladów pooperacyjnych na całym tułowiu i brak zmian na miejscu właściwego usadowienia śledziony: w miejscu tem otrzewna była wszędzie cienka, gładka, lśniąca i najdokładniejsze badanie nie wykrywało na niej żadnego, choćby najmniejszego zgrubienia. Wobec tego zmuszony byłem przyjąć, iż w danym przypadku mam do czynienia z wrodzonym całkowitym brakiem śledziony.

Wobec całkowitego braku śledziony zwróciłem jeszcze uwagę na zachowanie się naczyń śledzionowych, t. j. tętnicy i żyły śledzionowej. Badanie to stwierdziło, iż tętnica śledzionowa odchodziła w zwykłem miejscu od tętnicy trzewnej *(a. coeliaca)*, biegła ku stronie lewej po górnym brzegu trzustki, oddając po drodze zwykłe drobniejsze gałązki, przyczem w miarę zbliżania się ku ogonowi trzustki przebiegała coraz bardziej wężykowato; nie dochodząc do samego końca trzustki tętnica ta rozpadała się na kilka drobniejszych gałązek, które gubiły się w ogonie trzustki i wśród tkanki otaczającej ten ogon. Tutaj również udało mi się odszukać kilka drobniejszych gałązek żylnych, które, wyszedłszy z ogona trzustki i z otaczającej go tkanki, zlewały się w jeden większy pień żylny, biegnący równolegle z tętnicą śledzionową i uchodzący do żyły wrotnej, a więc odpowiadający całkowicie żyle śledzionowej. Wogóle więc zarówno tętnica, jak i żyła śledzionowa przebiegały prawidłowo, doszedłszy jednak do końca trzustki nie zdążały dalej, lecz gubiły się w ogonie trzustki i w jej sąsiedztwie; przytem obydwa te pnie naczyniowe były nieco mniejszego kalibru, niż to zwykle widujemy u ludzi dorosłych.

Wspomnieć wreszcie należy, iż prócz opisanego całkowitego braku śledziony nie stwierdziłem przy sekcyi mimo zwróconej w tym kierunku uwagi żadnych zboczeń rozwojowych w innych narządach zmarłej. Również dokładne badanie nie wykryło opisywanego przez niektórych autorów w tego rodzaju przypadkach przerostu gruczołów chłonnych (Arnold [3]), Hodenpyl [4]).

Jak w danym przypadku należałoby sobie tłomaczyć ten całkowity wrodzony brak śledziony? Stanowczą odpowiedź na to pytanie możnaby dać tylko w takim razie, gdyby sprawa powstawania i cała mechanika rozwoju śledziony były dokładnie znane; w rzeczywistości jednak dotychczasowe nasze wiadomości o rozwoju śledziony są nie-

[1]) Hodenpyl: „New York Medic. Record“ 1898 November podług refer. w „Virchow-Hirsch Jahresberichte f. d. J. 1898“.

[2]) Strycharski: „Nowiny lekarskie“ 1902, zeszyt 10

[3]) Arnold: „Virchows Archiv“, t. XLVII.

[4]) Hodenpyl: l. c.

zupełnie pewne, częstokroć wprost ze sobą sprzeczne: według Maurera[5]) śledziona ma się rozwijać z nabłonka jelitowego; zdaniem Voita[6]) istnieć ma ścisły genetyczny związek pomiędzy śledzioną a trzustką; Laguesse[7]) wyprowadza śledzionę z mezenchymy; inni autorowie dopatrują się ścisłego związku pomiędzy pierwotnym zawiązkiem śledziony, a układem naczyniowym żylnym i t d. Niepodobna nam tutaj wdawać się w omawianie, a nawet choćby przytaczanie wszystkich istniejących w tej sprawie zapatrywań, z których w obecnym stanie nauki najprawdopodobniejszem wydaje się oparte na licznych badaniach u rozmaitych grup zwierząt twierdzenie Choronshitzkyego[8]); zdaniem tego autora śledziona rozwija się z tkanki mezenchymalnej krezki (z jej lewej blaszki trzewnej) przy jednoczesnym rozroście pokrywającego zawiązek śledziony nabłonka mezodermalnego (*mesothelium*). Prócz tego badania licznych autorów (między innymi także i Choronshitzkyego) stwierdzają jednocześnie, że we wczesnych okresach rozwojowych tętnica śledzionowa nie dochodzi do samego zawiązka śledziony, lecz urywa się nagle w pewnej odeń odległości. Tento zwłaszcza fakt rzuca pewne światło na sprawę wrodzonego braku śledziony: jeśli z jakichkolwiek powodów w dalszym rozwoju śledziony nie nastąpi wrośnięcie tętnicy śledzionowej w miąższ śledziony, lub też światło tej tętnicy z jakichkolwiek względów ulegnie zamknięciu, w takim razie pierwotny zawiązek śledziony musi zmarnieć, jako nieodżywiany należycie. Przyczyną takiego zamknięcia światła tętnicy śledzionowej może być n. p. zaczopowanie jej przez oderwany w innem miejscu skrzep krwi, jak to twierdzi n. p. Kaufmann[9]); przeszkodą do należytego złączenia się tętnicy śledzionowej z zawiązkiem śledziony łatwo stać się może już jakieś drobne zaburzenie w mechanizmie skręcania się krezki, choćby np. przy skręcaniu się żołądka.

Wracając do naszego przypadku, sądziłbym, iż w tym przypadku zawiązek śledziony mógł był wytworzyć się i rozwijać w pierwszych początkach zupełnie prawidłowo i dopiero następowo zniszczał pod wpływem niedostatecznego odżywienia; dokładne badanie w tym przypadku nie stwierdziło zaczopowania tętnicy śledzionowej, wobec czego należałoby przypuścić, iż przyczyną powstrzymania się śledziony w dalszym rozwoju w tym razie stał się bliżej nam nieznany czynnik (prawdopodobnie jakieś zaburzenie w mechanizmie skręcania się krezki), który wywołał niezrośnięcie się tętnicy śledzionowej z zawiązkiem śledziony i następowo zmarnienie pierwotnego zawiązka. Za takiem tłómaczeniem zdaje się przemawiać również okoliczność, że tętnica śledzionowa w danym przypadku, doszedłszy do końca trzustki, urywała się nagle, rozpadając się na kilka drobniejszych gałązek, gubiących się w ogonie trzustki. Ogon trzustki, dodajmy nawiasem, jako obficiej niż zwykle odżywiany, doszedł w naszym przypadku niestosunkowo wielkich rozmiarów, tworząc przy końcu trzustki jakby guzowate zgrubienie. Przypuszczenie, iż przyczyną braku śledziony w naszym przypadku było niewytworzenie się pierwotnego zawiązka śledziony, wydaje się mało prawdopodobnem wobec zupełnego braku jakichkolwiek innych zboczeń rozwojowych w tym przypadku; nieznalezienie zaś przy badaniu pośmiertnem choćby jakichś szczątków śledziony nie przemawia również za tem przypuszczeniem, ponieważ powstrzymanie śledziony w rozwoju nastąpić musiało w bardzo wczesnym okresie życia płodowego, kiedy zawiązek śledziony był jeszcze bardzo drobny; odszukanie więc szczątków tego zawiązka nawet drogą badania mikroskopowego w zwłokach osoby 45-letniej już choćby ze względów czysto technicznych było wręcz niemożliwe.

Przytoczony powyżej przypadek, niezwykle ciekawy ze względów teoretycznych, posiada również pewne znaczenie i dla lekarza praktycznego: wskazuje on nam jeszcze raz, iż śledziona nie jest narządem, do życia niezbędnie potrzebnym, skoro nie posiadająca jej od urodzenia osoba mogła przeżyć 45 lat i zginąć dopiero w następstwie rozległych zmian gruźliczych. Zresztą jest to fakt, oddawna znany: znali go już starożytni, przekonały nas o tem przypadki urazowego wypadnięcia i oddzielenia śledziony, przekonały — liczne doświadczenia na zwierzętach. Korzystają z tego faktu obecnie i chirurgowie, wycinając śledzionę w rozmaitych jej chorobach, a i u nas zabieg ten z większem lub mniejszem powodzeniem niejednokrotnie już był stosowany (patrz n. p. prace Cetnarowskiego, Jasińskiego, Klęska, Stankiewicza, Strycharskiego i t. d.). Zresztą już i za czasów Pliniusza miano niejednokrotnie wycinać śledzionę zawodowym siłaczom i biegaczom, a to celem wzmożenia ich zwinności i zręczności.

---

[5]) Przytoczony u Hertwiga „Lehrbuch der Entwicklungsgesch."
[6]) Przytoczony u Choronshitzkyego (patrz niżej).
[7]) Przytoczony u Hertwiga „Lehrbuch der Entwicklungsgesch."
[8]) Choronshitzky: „Anatom. Hefte". I Abth. XII Bd. 1900.
[9]) Kaufmann: „Lehrbuch d. speziellen pathologischen Anatomie". Berlin 1901.

O nerwobólu międzyżebrowym *(neuralgia intercostalis)* głównie ze stanowiska skarg chorego.

Podał

Władysław Janowski

docent Akademii i ordynator szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Ciąg dalszy).

Trudno, a nawet niepodobna odpowiedzieć na pytanie, dlaczego u jednych chorych nerwobóle w okolicy serca wywołują tylko bicie serca, niekiedy z niemiarowością i uczuciem jego zamierania, u innych zaś — ból serca, któremu wymienione objawy towarzyszą tylko przy największem jego nasileniu. Wszak jedne i drugie skargi powstają wskutek dolegliwości, rozwijających się na drodze zwrotnej. Osobiście mniemam, ale wypowiadam to jako luźne tylko przypuszczenie, że uczucie bólu serca powstaje chyba przy silniejszych napadach nerwobólu. Nie śmiałbym jednak, nawet w postaci luźnego przypuszczenia, wypowiedzieć swego zdania o tem, czy następuje przytem na drodze zwrotnej chwilowe, choćby częściowe niedokrwienie mięśnia sercowego tłómaczące nam temsamem ból serca w sposób, podobny do sposobu powstawania jego w dusznicy bolesnej. Sądziłbym raczej, że przy napadach tych niema nawet chwilowego niedokrwienia mięśnia sercowego. Przemawia bowiem przeciw temu kwitnący stan fizyczny chorych, skarżących się na ból serca wskutek nerwobólu międzyżebrowego, usadowionego w okolicy tego narządu, pomimo dłuższego nawet trwania tej tak przykrej dolegliwości.

Dla ścisłości dodać spieszę, że omawiana dolegliwość dokuczała moim chorym od miesiąca do $4^1/_2$ lat, i że byli oni w wieku od lat 22 do 45.

Nie wszyscy jednak chorzy skargi swoje sercowe opowiadają w sposób, że tak powiem, grubo-objawowy, wskazując tylko na bicie serca lub ból w jego okolicy. Przeciwnie, rzeczone dolegliwości u chorych sprawiały czasem, że, przerażeni niemi, na pierwsze pytanie, co im dolega, odpowiadali odrazu, że sprowadza ich „wada serca“ lub „nerwica serca“. Skargi te również pokrótce omówimy, gdyż trzeba je znać dokładnie.

c) Chory twierdzi, że ma wadę serca, choć nikt mu tego nie mówił. Zdanie to opiera się na często występującem uczuciu bicia serca, uczuciu jego „przystawania“, duszności, występującej przy napadzie bicia serca, lub po nim, zwłaszcza, gdy duszność ta się wzmaga przy chodzeniu. Takich chorych, bardzo podrażnionych swoją domniemaną wadą serca, widziałem 6—3 mężczyzn i tyleż kobiet. Należy dobrze pamiętać, że, o ile dokładne zbadanie serca nie stwierdza żadnych objawów cierpienia jego zastawek lub mięśnia, to ta skarga chorych zależeć może od nerwobólu międzyżebrowego, którego dolegliwości, omówione szczegółowo w ostatnich dwóch rozdziałach (6a i 6b), tłómaczą sobie chorzy samodzielnie, jeszcze przed zasięgnięciem zdania lekarza, jako zależne istotnie od cierpienia serca. Nigdy też nie należy zaniedbać w podobnych przypadkach uważnego obmacania wszystkich międzyżebrzy z przodu. Po znalezieniu zaś punktów bolesnych należy jak najbardziej stanowczo postawić i wypowiedzieć choremu jak najlepsze rokowanie, gdyż jest ono prawdziwem i odrazu chorych uspokaja. Naturalnie, powtórzyć tu jeszcze raz muszę, że w tępieniu znalezionych w danym razie punktów bolesnych należy być nieubłaganie konsekwentnym, gdyż to jedno zapewnia chorym trwałe wyleczenie.

Przypadki tej grupy nie sprawiają choremu, ani lekarzowi wiele przykrości. O ile bowiem chory dojdzie, na zasadzie odczuwania bicia lub zamierania serca lub duszności do wniosku, że cierpi na serce, przychodzi zwykle do lekarza wcześnie, zanim zdąży się zneurastenizować lub rozhisteryzować. Potrzeba tylko, aby lekarz odrazu trafnie sprawę rozpoznał, a w chorego wstąpi odrazu spokój. Smutne jednak doświadczenie przekonało mnie, że fakt szybkiego zoryentowania się w tej sprawie zdarza się rzadko. Przekonywa o tem chociażby zestawienie powyższych trzech liczb. Mianowicie, gdy tylko sześciu chorych przyszło do mnie, skarżąc się na zasadzie swoich dolegliwości sercowych na „wadę serca“, to 44 innych osób (z grupy 6a i 6b), z podobnemi skargami leczyło się przez czas dłuższy u szeregu lekarzy bez skutku, co ich o rozpacz przyprawiało. Część ich gniewał szczególnie brak rozpoznania, któremuby uwierzyli. Na zasadzie bowiem badania serca wadzie jego u tych chorych odrazu zaprzeczono, a nic pozytywnego im nie powiedziano. Jak już mówiłem, chorzy tacy bywają nieraz nadzwyczajnie rozdrażnieni, co tłómaczy się w zupełności uporczywością i dolegliwością cierpienia, o którem nadto chorzy przypuszczają, że, jako związane z sercem, jest bardzo niebezpieczne.

d) O ile jednak niepostawienie ścisłego rozpoznania w przypadkach bicia lub bólu serca, jest już złem poważnem, wskutek tego, że długo trzyma chorego w niepewności i wystawia jego cierpliwość na nadludzką nieraz próbę, o tyle znacznie jeszcze smutniej rzecz ta się przedstawia, jeżeli, zamiast niedowiedzenia się tylko o prawdziwem źródle swych dolegliwości, chory usłyszy przy tych dolegliwościach, że cierpi na nerwicę („neurozę“) serca. Z takiem rozpoznaniem zjawiło się do mnie 6 chorych, mianowicie 4 mężczyzn i 2 kobiety. Wszyscy oni, sądząc na zasadzie tyle razy omówionych dolegliwości, że cierpią na serce, zwracali się o pomoc do tego, kogo uważali za „specyalistę“. Ponieważ zaś fizyczne badanie serca nic w niem nie wykryło, powiedziano im odrazu, że cierpią na nerwicę serca. Że zaś, jak to zwykle bywa, z mylnego rozpoznawania wypływało i mylne leczenie, przeto chorzy tacy, nie doznając żadnej ulgi ani od lekarstwa, ani od szeregu wyjazdów do wód i zakładów wodoleczniczych (2 z nich jeździło nawet do Nauheim), chodzą ze swojem cierpieniem przez czas długi, zrozpaczeni i rodzajem dolegliwości, i długiem ich trwaniem i fatalnem wiszącem nad nimi rozpoznaniem, z którego wysnuwają jak najgorsze rokowanie, znajdując pod tym względem potwierdzenie w uporczywości swego cierpienia. Dwóch z tych chorych zgłosiło się do mnie ze skargą, że cierpią na nerwicę („newrozę“) serca od lat dwóch, jeden od lat trzech; dwóch cierpiało na swoje dolegliwości i na fatalne rozpoznanie nerwicy serca od lat z górą 4, a jeden — nawet od lat sześciu.

Pomyłka rozpoznawcza zależała wyłącznie od tego, że żaden z nich nie został nigdy przez nikogo systematycznie obmacany. Wszystkich tych chorych widziałem istotnie w rozpaczliwym stanie nerwowym i wszyscy zostali uleczeni zupełnie po dwóch do sześciu bytnościach u mnie, przez systematyczne wytępienie znajdowanych kolejno punktów bolesnych. Czterech z tych chorych widuję od czasu do czasu z powodu innych dolegliwości. Cieszy mnie zawsze ich serdeczny śmiech, gdy ich o serce zapytam. Zapomnieli zupełnie o trapiącej ich dawniej dolegliwości. (C. d. n.)

Bakterye mleczne jako środek walki ze starością i niektóremi chorobami.

Napisał

Prof. dr Napoleon Cybulski.

(Dokończenie.)

Miecznikow nie ograniczył się jednakże tylko do rozbioru warunków zjawiska, lecz postawił sobie dalsze zadanie, a mianowicie: wyjaśnić, w jaki sposób te warunki zmienić i tym szkodliwym wpływom, których sama natura nie usuwa, zapobiedz.

Pierwszym środkiem, który niejako logicznie się nasuwa, byłaby próba usuwania jelita grubego z ustroju. Lecz naprzód przy dzisiejszym stanie nauki operacya ta jest dość trudną i niepewną, a nawet niemożliwą, a powtóre, gdyby nawet była możliwą, wobec tego, że ludzkość wogóle operacyi się boi, nie można byłoby liczyć na to, by operacya taka zyskała sobie wielu zwolenników. Pozostawało więc szukać innego środka, który przy niezmienionych warunkach anatomicznych, przy niezmienionym sposobie życia, pozwalałby, jeżeli niezupełnie te sprawy rozkładowe powstrzymać, to przynajmniej w znacznym stopniu je ograniczyć i szkodliwość ich zmniejszyć.

Ta część pracy Miecznikowa zasługuje na szczególne uwzględnienie. O stosowaniu przeciwko rozwojowi bakteryi środków przeciwgnilnych, z małymi wyjątkami, nie może być wogóle mowy, ponieważ środki te, o ile są szkodliwe dla bakteryi, działają również szkodliwie i na tkanki zwierzęce, a więc na nabłonek przewodu pokarmowego. Następnie wszystkie te środki w mniejszym lub większym stopniu są środkami trującymi, i ulegając wessaniu w przewodzie pokarmowym, mogą działać również trująco, już nie na sam tylko przewód pokarmowy, ale także na inne odległe tkanki. Pozostawało więc znaleźć coś takiego, coby nie działało szkodliwie ani na przewód pokarmowy, ani na cały ustrój, lecz coby przeciwnie podnosiło odporność szlachetnych pierwocin ustroju, a jednocześnie zmieniało tę dziką, niestałą florę przewodu pokarmowego na florę kulturalną, pożyteczną. Jeżeli pewnych gatunków drobnoustrojów szkodliwych nie można zupełnie usunąć, to przynajmniej wypada dążyć do tego, ażeby zapomocą jakiegoś środka uczynić je nieszkodliwymi przez czas pobytu w ustroju. Środek taki nasunęły Miecznikowowi badania nad działaniem kwasu mlecznego na bakterye gnilne, oraz spostrzeżenia, dotyczące ludzi w tych krajach, w których kwas mleczny wchodzi w znacznej ilości w skład pożywienia mieszkańców. Naprzód powszechnie znaną jest rzeczą, że mleko kwaśne nietylko nie ulega gniciu, lecz że nawet chroni inne środki spożywcze od zepsucia się, jak n. p. mięso, zanurzone do mleka kwaśnego lub serwatki. Wystarczy zobojętnić mleko lub serwatkę sodą, a gnicie bezzwłocznie się rozpoczyna. Lecz nietylko stwierdzono, że kwas mleczny działa jako środek przeciwgnilny poza ustrojem, istnieje dużo spostrzeżeń, że takie same działania ma ten kwas również w ustroju.

Bakterye gnilne mogą działać i rozwijać się tylko w odczynie zasadowym. Już sama więc zmiana odczynu jest warunkiem, który rozwój bakteryi gnilnych, a także wszystkich tych, które żyją w środowisku zasadowem, uniemożliwia. Wprawdzie one nie giną, ale stają się niezdolne do rozwoju i nie wywierają żadnego działania na te substancye, które im ulegają. Oddawna także wiadomo, że w chorobach kiszek, szczególnie u dzieci, w których następuje w jelitach rozwój bakteryi gnilnych, używanie mleka wyjałowionego, działa jako środek leczniczy. Badanie Bienstocka[7]), Tissiera i Martellyego[8]) dowiodły, że gnicie mleka powstrzymują bakterye, które wywołują kiśnienie mleka i zamieniają cukier mleczny na kwas mleczny. Są to tak zw. bakterye kwasu mlecznego. Bakteryi takich jest bardzo wiele gatunków i należą one do najbardziej rozpowszechnionych na powierzchni ziemi. Można je znaleźć w powietrzu, a więc na powierzchni roślin, owoców, w wodzie, w gruncie i t. p. One to, dostając się do mleka z powietrza lub z przedmiotów, z którymi się mleko styka, i rozwijając się w mleku, wywołują jego kiśnienie. Tym bakteryom zawdzięcza swój kwaskowaty smak, także kefir i kumys, w których one działają obok komórek drożdżowych, wywołujących fermentacyę wyskokową. Dlatego też, podobnie jak sam kwas mleczny lub mleko kwaśne, i te napoje wstrzymują fermentacye gnilne w przewodzie pokarmowym.

I tak Rovighy[9]) wypijał codziennie $1^1/_2$ litra kefiru i po kilku dniach stwierdził, że z moczu jego zupełnie znikł indykan i znacznie się zmniejszyła ilość siarko-eterów. Podobne zjawiska stwierdzają Grundzach[10]), Schmitz[11]) i Singer[12]), którzy, wprowadzając kwas mleczny do przewodu pokarmowego, stwierdzili zmniejszenie się siarko-eterów w moczu, jako wyraz obniżenia się spraw gnicia. Tem się prawdopodobnie tłómaczy skuteczne działanie kwasu mlecznego w wielu chorobach przewodu pokarmowego, jak biegunka u niemowląt, nieżyty jelit u suchotników, a nawet i cholera azyatycka.

Był czas, kiedy niektórzy z fizyologów uważali kwas mleczny, powstający w mięśniach, za przyczynę znużenia mięśni, lecz doświadczenia Nenckiego i Sieberowej[13]) stwierdziły, że u pewnej osoby, cierpiącej na cukromocz, nawet po wprowadzeniu 80 gr. kwasu mlecznego w przeciągu 4 dni nie zdołano stwierdzić ani śladu tego kwasu w moczu, a u chorej zauważyć jakichkolwiek zaburzeń. W innych doświadczeniach wprowadzony kwas mleczny można wprawdzie było stwierdzić w moczu, lecz szkodliwych następstw nie zauważono. Oczywiście więc kwas mleczny, albo ulega w ustroju całkowicie spaleniu, albo zostaje wydzielony przez nerki; w żadnym razie jednakże nie można uważać go za wytwór szkodliwy, przynajmniej w tych ilościach, w których on w pokarmach się znajduje. Zresztą wiemy, że oprócz rozmaitych rodzajów mleka kwaśnego, jak nasze mleko zsiadłe lub prostokwasza rosyjska, które się wytwarzają w sposób naturalny, wskutek dostawania się do mleka bakteryi mlecznych, tureckiego lub bułgarskiego Yaourthu lub Leben raib, używanego w Egipcie, które się sporządza z mleka gotowanego przez zakażenie go zakwasem czyli małą ilością poprzednio skiszonego mleka, — używa ludzkość całego szeregu innych pokarmów i napojów, w których główną rolę odgrywa kwas mleczny, wytworzony przez te same bakterye, jak np. ogórki kiszone, kapusta kiszona, barszcz burakowy; a także zwykły chleb razowy i t. p. Do niektórych z tych pokarmów ludność, szczególnie wiejska, przywiązuje osobne znaczenie i uważa je za pokarmy zdrowsze od innych lub czyszczące krew: jak n. p. kiszona kapusta. W wielu miejscowościach środkowej Afryki, jak również w niektórych okolicach Bułgaryi stanowi mleko kwaśne główny artykuł pożywienia. I rzeczywiście sprawozdania ze wszystkich tych miejscowości, stwierdzają, że ludność tych okolic nietylko fizycznie dobrze się przedstawia, ale że nadto jest bardzo długowieczną; tak Lima doniósł Miecznikowowi, że powróciwszy po długoletniej niebytności do kraju Mossamedów (Afryka) znalazł tam swoich znajomych z przed wielu lat bez zmiany, bez żadnych objawów starczych. Tak samo Nogueira podaje, że w południowej Angole, w której główny pokarm ludności stanowi mleko, można spotkać bardzo dużo ludzi nadzwyczaj starych. Grigoroff, Bułgar, w pewnej okolicy, w której yaourth jest głównym pokarmem, znalazł ogromną liczbę osób stuletnich. I rzeczywiście departament sanitarny Bułgaryi stwierdził, że w całym kraju (około 4,000,000) znajduje się 330 osób, mających przeszło sto lat, co stanowi 88 osób na 1.000,000 mieszkańców, natomiast w całej Europie na tę samą liczbę

[7]) Archiv für Hygiene. 1902. tom XXXIX. str. 390.

[8]) Martelly: Annales de l'Institut Pasteur. 1903.

[9]) Zeitschrift für physiologische Chem. 1892, tom XVI, str. 43.

[10]) Zeitschr. f. klinische Medizin, 1893. str. 76.

[11]) Zeitschr. f. physiolog. Chem. 1894, vol. XIX, str. 401.

[12]) Therapeutische Monatsheft. 1901, str. 441.

[13]) Journal f. prakt. Chemie. 1882, tom XXVI, str. 43.

ludności stwierdza statystyka niespełna 2 osoby stuletnie. Podobnież Chemin w swojej pracy „O stuletnich“ wspomina, że głównym pokarmem wielu z nich była dyeta mleczna.

W końcu muszę wspomnieć o fakcie, przytoczonym w rozprawie Miecznikowa: „Quelques remarques sur le lait aigri“, o fakcie, podanym przez inżyniera Simina z Kaukazu, dotyczącym pewnej kobiety z plemienia Ossetinów, Thense Abalva, która dożyła wieku 180 lat; była to kobieta zdrowa, jeszcze mogąca prowadzić gospodarstwo i szyć. Jej głównym pokarmem przez długi szereg lat był chleb jęczmienny i maślanka, która jak wiadomo zawiera stosunkowo dużo bakteryi mlecznych.

W tych i jeszcze innych faktach upatruje Miecznikow potwierdzenie swego zapatrywania, że przedwczesność naszego starzenia się jest skutkiem przewlekłego zatrucia się z przewodu pokarmowego, oraz że środkiem, który może zapobiedz temu i w znacznym stopniu zmniejszyć złe skutki rozkładu pokarmów w jelicie grubem, jest kwas mleczny i te przetwory, które go zawierają, a także same bakterye kwasu mlecznego. Najbardziej odpowiednim z tych wszystkich przetworów jest niewątpliwie mleko kwaśne. Lecz zważywszy, że mleko zwykłe może zawierać oprócz bakteryi mlecznych także rozmaite inne drobnoustroje, a niekiedy nawet szkodliwe, n. p. gruźlicze, błonicze, durowe, cholery i inne, które z mlekiem mogą być wniesione do ustroju i w ten sposób mogą wywołać jego zakażenie, oraz, że samo sporządzanie mleka kwaśnego jest bardzo niejednakowe i daje przetwór, często tak pod względem smaku, jakoteż własności fizycznych nieodpowiedni (n. p. zmiany śluzowate w mleku) przechylił się Miecznikow odrazu na stronę yaourthu czyli t. zw. mleka kwaśnego bułgarskiego, które, jak podałem wyżej, sporządza się z mleka gotowanego zapomocą zakwasu z poprzedniego mleka. Badania jednak tak Lebenu egipskiego, jak również mleka bułgarskiego, dokonane pod kierownictwem Miecznikowa przez Grigorowa i Michelsohna dowiodły, że i w tych przetworach mleka nie mamy do czynienia wyłącznie tylko z bakteryami mlecznemi, lecz że przeciwnie tak w leben, jak w yaourcie istnieje conajmniej kilka gatunków drobnoustrojów, z których jedne wytwarzają kwas mleczny, inne natomiast wyskok. Prócz tego, jak Grigorow, tak i Michelsohn stwierdzili obecność drożdży, a nadto sam Miecznikow stwierdził obecność „*Torula rosea*“.

Wszystkie te spostrzeżenia zmusiły Miecznikowa do odrzucenia także yaourthu i do szukania takiego sposobu przetwarzania mleka, któryby dawał zupełną pewność, że przetwór używany jest czysty, nie zawiera żadnych szkodliwych drobnoustrojów, ani ich zarodników i że ilość wytworzonego kwasu mlecznego jest odpowiednią.

Nadto należało nie spuszczać z uwagi i tej okoliczności, że wprowadzone do przewodu pokarmowego bakterye podlegają działaniu soku żołądkowego, oraz że pokarmy nasze zawierają oprócz cukru mlecznego także cukier trzcinowy lub gronowy.

To nowe zadanie rozwiązał Miecznikow również w sposób, jak się zdaje, najzupełniej zadawalniający. Grigorow w pracowni prof. Massola w Genewie, Michelsohn w zakładzie Pasteura zbadali florę yaourthu i lebenu. Flory te okazały się podobne i składały się tak w oryginalnem mleku bułgarskiem i otrzymanem z Egiptu, jakoteż w znajdującem się w handlu w Paryżu, z kilku gatunków drobnoustrojów, przeważnie z bakteryi kwasu mlecznego i komórek drożdżowych. W paryskiem mleku bułgarskiem stwierdzono nadto obecność *torula rosea*, podobnej do tej, która jak podaje Miecznikow, sprzyja rozwojowi bakteryi durowych i cholerycznych w doświadczeniach na królikach [14]). Podobne badania wykonali także Rist i Khoury [15]) co do lebenu egipskiego i stwierdzili, że flora tegoż zawiera 5 odrębnych gatunków: trzy gatunki bakteryi, a dwa drożdży. Wszystkie trzy gatunki bakteryi wytwarzają kwas mleczny, drożdże zaś wyskok. Badania te wykryły, że leben, chociaż jest stałym, nie płynnym, jest przetworem, podobnym bardzo do kefiru. I tu i tam obok fermentacyi mlecznej odbywa się także fermentacya wyskokowa.

Z doświadczeń Heupela nad gatunkami bakteryi, otrzymanymi z yaourthu okazało się, że nie wszystkie gatunki są jednakowo czynne i powiodło się wyosobnić wśród nich jeden, którego działanie było najsilniejsze. Czystej hodowli tej bakteryi użył Miecznikow do sporządzania mleka kwaśnego z mleka przegotowanego i w ten sposób miał nadzieję uzyskać mleko kwaśne, pozbawione wszelkich szkodliwych składników: tak drobnoustrojów, jak i ich wytworów. Jednakże, sporządzone w ten sposób mleko kwaśne miało smak niezupełnie przyjemny, a to z powodu, że te same bakterye rozkładały także tłuszcz.

Rozkładu tłuszczu nie można było stwierdzić, gdy do produkcyi mleka kwaśnego użyto mleka chudego t. j. zbieranego, jednakże smak mimoto pozostawiał dużo do życzenia. Z tego wynikało, że smak mleka zwykłego, jak również yaourthu musi zależeć od obecności innych bakteryi. Zaczęto więc na próbę dodawać inne gatunki. Badania te wykazały, że dodanie jednego nowego gatunku, wyhodowanego z zwykłego mleka kwaśnego, który działa wprawdzie na cukier słabo, lecz za to jest zupełnie nieszkodliwym i obojętnym, zmienia zupełnie smak mleka i czyni go przyjemnym. W ten sposób, dzięki usiłowaniom Miecznikowa uzyskano możność sporządzania mleka kwaśnego z mleka przegotowanego zapomocą czystych hodowli tylko dwóch gatunków bakteryi Ze stanowiska higieny nie można temu sposobowi uczynić żadnego zarzutu, tem bardziej, że tylko w ten sposób przy zachowaniu odpowiednich warunków, można uzyskać przetwór, mający zawsze jednakowy skład chemiczny i cechy fizyczne.

Mleko, wytworzone tym sposobem, t. j. zapomocą czystych hodowli, ma, jak się okazało, liczne zalety. Przedewszystkiem jest smaczne i nawet przy użyciu w ciągu dłuższego czasu nie wywołuje wstrętu. 2) Używane codziennie w ilości od 500—700 gr. reguluje w znacznym stopniu czynność przewodu pokarmowego i nerek. 3) Użyte przy pewnych zaburzeniach w przewodzie pokarmowym łagodzi te zaburzenia i działa jako środek leczniczy. 4) Rozbiór mleka, sporządzonego według tego sposobu, wykonany przez Fouarda w zakładzie Pasteura, stwierdził, że w czasie, gdy się staje odpowiedniem do spożycia, zawiera ono około 10 gr. kwasu mlecznego w litrze, a nadto około 30%

---

[14]) „Elie Metchnikoff“. Quelques remarques sur le lait aigri. Paris.

[15]) Annales de l'Institut Pasteur, 1902, p. 65.

kazeiny w stanie rozpuszczonym, tak że pod tym względem nie ustępuje co do strawności kefirowi. 5) Fosforan wapniowy, który stanowi główną składową część soli mleka, przechodzi do rozczynu również pod wpływem fermentacyi w ilości około 68%.

Spostrzeżenia te więc najzupełniej przekonały, że mleko sporządzone sposobem Miecznikowa, t. j. zapomocą czystych hodowli bakteryi mlecznych, pod względem jakości nie ustępuje w niczem dotychczas używanym rodzajom mleka, posiada zaś nad wszystkimi innymi tę wyższość, że nie zawiera w sobie żadnych istot, ani wytworów szkodliwych. — Nadto doświadczenia Cohendyego stwierdziły, że oba te gatunki bakteryi mlecznych mogą znosić stosunkowo wysokie ciepłoty i że wprowadzone do przewodu pokarmowego, mogą się w nim dalej rozwijać. Nadto Remy wykazał, że posiadają one zdolność zamiany w kwas mleczny nie tylko cukru mlecznego, lecz także cukru trzcinowego i gronowego. Oczywiście więc, że gdy po wprowadzeniu do jelit, bakterye te znajdą się w obecności któregokolwiek z wymienionych gatunków cukru, mogą kosztem jego wytwarzać kwas mleczny i w ten sposób w jelitach wogóle, a w szczególności w jelicie grubem, za pośrednictwem wytwarzającego się kwasu mlecznego wstrzymywać rozwój innych drobnoustrojów, głównie zaś bakteryi gnilnych. Użycie więc tego mleka, sporządzonego za pomocą czystych hodowli wpływa na zmianę flory przewodu pokarmowego i pozwala zamiast przypadkowych, zmiennych albo szkodliwych gatunków, hodować niejako gatunek pożyteczny, a już pod żadnym względem nieszkodliwy, ani sam przez się, ani przez swe wytwory wymiany. Fakt ten posiada jeszcze i tę doniosłość, że podaje nam niejako przykład nowego sposobu leczniczego, wskazuje nowy sposób walki z zaburzeniami w ustroju ludzkim lub zwierzęcym: hodujemy jedne drobnoustroje, ażeby za pomocą ich rozwoju powstrzymać rozwój innych. Tu więc już nie wchodzą w grę toksyny, albo antytoksyny, lecz same żywe bakterye, ich hodowla, i korzystamy niejako *in statu nascenti* z wytworów, które powstają pod wpływem tych bakteryi. Zasadową wydzielinę jelit zobojętnia oczywiście wciąż powstający kwas mleczny, i ta jego ciągła obecność przeszkadza rozwojowi tych drobnoustrojów, które dla swojego rozwoju wymagają środowiska zasadowego. Mając czyste hodowle takich skutecznych bakteryi, możemy się posługiwać już nietylko mlekiem, chociaż tę postać Miecznikow i ja osobiście uważamy za najodpowiedniejszą, lecz także innymi przetworami w postaci proszku, pastylek i t. p. W obecnej chwili posiadamy już szereg spostrzeżeń, które wskazują na skuteczne działanie takich czystych hodowli w rozmaitych zaburzeniach przewodu pokarmowego tak u dzieci, jak również u dorosłych. Są to spostrzeżenia Brudzińskiego[16]) i Tissiera[17]).

Mleczną hodowlę obu wspomnianych wyżej bakteryi nazwał Miecznikow „Laktobacilliną“, a wytwarzaniem jej zajęło się w Paryżu osobne towarzystwo „Le Ferment“.

Tarchanow[18]) przytacza szereg historyi chorób, podanych przez Brocheta z Heyfonu (Tonkin), w których wymieniony autor opisuje skutki stosowania mleka kwaśnego, sporządzanego zapomocą laktobacilliny. Były to przeważnie ciężkie przypadki nieżytu jelit u marynarzy, oraz przypadki ostrej dysenteryi. We wszystkich przypadkach skutek leczenia w stosunkowo krótkim czasie był najzupełniej pomyślny. Wszyscy chorzy opuścili szpital, jako zupełnie wyleczeni. Parrot w klinice prof. Combégo w Lozannie, stosował laktobacillinę w proszku w dwóch przypadkach duru brzusznego. Przebieg duru był bardzo lekki, biegunki przez cały czas stosowania laktobacilliny nie było, a pojawiała się, jak tylko przerywano stosowanie laktobacilliny; wyzdrowienie zupełne w ciągu trzech tygodni. Montueuis[19]) jest zdania, tak z punktu naukowego, jak również na podstawie doświadczenia, że mleko kwaśne jest bardzo ważnym czynnikiem w walce z chorobami i dlatego z wielkiem zaufaniem wita wynalazek Miecznikowa, jako pozwalający ludzkości korzystać z mleka kwaśnego, a przeciwko któremu nie można przytoczyć żadnych zarzutów z naukowego punktu widzenia.

Spostrzegano także skuteczne działanie w niektórych chorobach, pozornie nie mających związku z przewodem pokarmowym, n. p. w nerwicach (neurastenia), a zwłaszcza w nerwicach serca, przy zaburzeniach nerkowych i w rozmaitych postaciach skazy moczanowej, a również przy rozpoczynającej się miażdżycy tętnic i serca.

Wszystkie te sprawy według Miecznikowa w rzeczywistości stoją w związku z czynnikami trującymi, które powstają w przewodzie pokarmowym.

Wyżej już przytoczyłem dowody, że tak mleko kwaśne, jak czyste hodowle bakteryi mlecznych zmniejszają sprawy gnicia w kiszkach. W tem miejscu chcę jeszcze przytoczyć doświadczenia Hertera[20]) z N. Jorku, który u psów wprowadzał bezpośrednio do jelit cienkich bakterye i badał mocz co do zawartości eterów kwasu siarkowego.

Z doświadczeń tych okazało się, że gdy wprowadzenie prątka okrężnicy i prątka odmieńca, ilość tych związków znacznie powiększało, to wprowadzenie bakteryi mlecznych *(bacillus lactis)* wywoływało bardzo znaczne obniżenie się tych wykładników spraw gnicia w przewodzie pokarmowym.

Na zasadzie przytoczonych wyżej faktów można, jak się zdaje, stanowczo twierdzić, że drobnoustroje kwasu mlecznego są w ekonomii naszego ustroju czynnikiem w wysokim stopniu pożytecznym i że troszcząc się o hodowanie ich w przewodzie pokarmowym, przyczyniamy się do wyrobienia pewnej odporności ustroju i zapobiegamy rozwojowi tych wszystkich szkodliwych wytworów, które według wszelkiego prawdopodobieństwa przyspieszają starość, a temsamem skracają życie. Stanowcze jednakże orzeczenie w tym względzie wymaga jeszcze wieloletnich doświadczeń i spostrzeżeń.

Zachodzi pytanie, czy tego samego wyniku nie można osiągnąć prostszą drogą, wprowadzając do naszej codziennej dyety naturalne mleko kwaśne, czy zachodzi potrzeba posługiwania się czystemi hodowlami bakteryi mlecznych, lub sporządzanem za pomocą tych hodowli mlekiem, co z natury rzeczy musi znacznie podnieść koszta tego przetworu.

Odpowiedź na to pytanie ze stanowiska naukowego może być, zdaje mi się, tylko jedna. Jeżeli nawet tam, gdzie

[16]) Jahrbuch f. Kinderheilkunde, N. T. 12, Ergänzungsheft 1900.
[17]) Annales de l'Institut Pasteur, 1905, p. 295.
[18]) Wracz 1906. Nr 11, str. 317.
[19]) Journal des praticiens 1905. Nr 26—27.
[20]) British Medical Journal 1897, str. 1848.

dokładnie znamy źródło mleka, nigdy nie możemy mieć pewności, czy mleko przypadkowo nie zostało zakażone jakiemiś szkodliwymi drobnoustrojami, które mogą się dostać z powietrza, nawozu, rąk pracujących koło mleka osób, to tem bardziej w dużych ogniskach miejskich, nie możemy mieć żadnej pewności, że nawet samo mleko nie pochodzi z chorych zwierząt, n. p. gruźliczych. Ponieważ wszystkie drobnoustroje znajdują w mleku podłoże bardzo dogodne dla swego rozwoju, to szczególnie przy małej przypadkowo ilości bakteryi mlecznych lub przy mniej dogodnej dla ich rozwoju ciepłocie, inne drobnoustroje mogą się rozwinąć wcześniej, nim bakterye mleczne wywiążą taką ilość kwasu mlecznego, która rozwój tych szkodliwych drobnoustrojów powstrzymuje. Spożywając takie mleko kwaśne, wprowadzamy do przewodu pokarmowego nietylko szkodliwe drobnoustroje, ale także już gotowe produkta, które one wytwarzają. Takie mleko kwaśne oczywiście odrazu może działać szkodliwie i przypadki, w których po spożyciu zwykłego mleka kwaśnego następują zaburzenia, są przecież powszechnie znane.

Dobrze jeszcze, jeżeli te szkodliwe czynniki nadają mleku złe wejrzenie, lub nieprzyjemny smak i zapach, jak to bywa n. p. u nas w górskich okolicach, gdzie prawie powszechnie mleko, w naturalny sposób kiszone, ulega śluzowatemu zwyrodnieniu, podobnie jak i w południowych Niemczech, gdzie z tego powodu prawie jest nieznane używanie mleka kwaśnego.

Przed kilkunastu laty, podróżując pieszo w południowej Saksonii i Bawaryi, byłem wprost zdziwiony tem, że ludność wiejska nawet nie słyszała o używaniu kwaśnego mleka, jako pokarmu. A kiedyśmy, nie mając nic innego do wyboru, prosili o kwaśne mleko, patrzano na nas, jak na dzikich ludzi, którzy jadają mleko zepsute. I rzeczywiście mleka nie można było użyć z powodu śluzowej przemiany kazeiny, zależnej również od osobnego gatunku drobnoustrojów. Prawda, tym nieprawidłowościom kiśnięcia mleka można zapobiedz w znacznej mierze, jeżeli będziemy używali mleka gotowanego i zakwasu z „Yaourtha“ lub „Leben raid“. Gotowanie zabija, można powiedzieć, wszystkie bakterye i nie niszczy tylko niektórych zarodników, zresztą przeważnie gatunków nieszkodliwych. Lecz sam zakwas nietylko zawiera oprócz mlecznych inne bakterye i inne drobnoustroje, ale również może być zanieczyszczony przypadkowymi drobnoustrojami, co przy dalszem przeszczepianiu z jednego mleka na drugie może się znacznie spotęgować. I dlatego z naukowego stanowiska trzeba się zgodzić z Miecznikowem, że używanie mleka kwaśnego naturalnego, jak również rozmaitych odmian jego w rodzaju yaourtha i lebena, a nawet kefiru i kumysu, musi być zaniechane. Natomiast, chcąc usunąć szkodliwe następstwa działania na nasz ustrój rozmaitych wytworów rozkładu w przewodzie pokarmowym pod wpływem drobnoustrojów, a w szczególności bakteryi gnilnych, musimy uzupełnić nasze codzienne menu pewną ilością mleka kwaśnego, sporządzonego za pomocą czystych hodowli, lub innego przetworu, który te hodowle zawiera. Hodowle powinny się składać tylko z najbardziej czynnych gatunków, które żadnych szkodliwych substancyi nie wytwarzają. Cel ten, jak widzieliśmy wyżej, pozwala w zupełności osiągnąć zalecona przez Miecznikowa laktobacillina, szczególnie w postaci kwaśnego mleka. W ten sposób znajdujemy możność kierowania do pewnego stopnia rozwojem flory w naszym przewodzie pokarmowym, co, muszę tu podnieść na podstawie osobistego doświadczenia, znacznie reguluje jego czynności; za pomocą tego środka nietylko możemy zapobiegać przewlekłemu samozatruciu, lecz także, do pewnego przynajmniej stopnia usuwać jego skutki. Ta okoliczność wyjaśnia nam również lecznicze działanie laktobaciliny w chorobach nietylko przewodu pokarmowego, ale także nerek, serca i naczyń, a w końcu samej wymiany materyi. Wszystkie dotychczasowe spostrzeżenia świadczą, że tak sama idea, jak również przetwór, zalecany przez Miecznikowa odegra niewątpliwie w przyszłości znaczną rolę w sprawie ochrony zdrowia i przedłużenia wieku ludzkości.

Badania nad hodowaniem beztlenowców bezwzględnych w atmosferze powietrza.

Podał

Adam Wrzosek.

(Praca wykonana w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniw. Jagiell. Dyrektor: prof. K. Klecki.)

(Ciąg dalszy).

III. Badania nad hodowaniem beztlenowców w atmosferze powietrza, w bulionie zawierającym kawałek tkanki zwierzęcej, wyjałowionej wraz z bulionem w 120° w ciągu 15 minut.

Jak to już wyżej zaznaczyłem, Tarozzi twierdzi, że jeżeli włożyć do bulionu kawałek świeżej tkanki zwierzęcej, poczem bulion wraz z kawałkiem tkanki ogrzewać do punktu wrzenia conajmniej w ciągu 5 minut, to w takim bulionie beztlenowce nie rozmnażają się. Ponieważ doszedłem, że wyjaławianie tkanki roślinnej wraz z bulionem nie wpływa szkodliwie na pożywki, jako na podłoże do hodowania beztlenowców; owszem, wydaje się nawet sprzyjać rozwojowi beztlenowców, zaszczepionych do takich pożywek po wyjałowieniu ich; — przeto spróbowałem, ażali nie można będzie hodować beztlenowców również w bulionie wyjałowionym wraz z tkanką zwierzęcą. Okazało się, jak to widać z tablic V i VI, że można zawsze otrzymać hodowle beztlenowców zaszczepionych do bulionu, wyjałowionego wraz z kawałkiem tkanki zwierzęcej w autoklawie w 120° C, jeżeli tylko ilość tkanki zwierzęcej nie jest zbyt mała w stosunku do ilości bulionu (patrz nr 14 w tabl. V). Okazało się dalej, zgodnie z twierdzeniem Tarozziego, że nie wszystkie tkanki w równej mierze nadają się do tego celu. Mianowicie buliony, zawierające kawałek mięśnia z uda królika lub kawałek mózgu króliczego (patrz tabl. VI, nr 15—20, 23—28) mętniały tylko w warstwie dolnej, natomiast buliony, zawierające kawałek nerki, wątroby lub śledziony mętniały równomiernie. Hodowle beztlenowców w bulionach, zawierających kawałek tkanki zwierzęcej, niczem zgoła nie różniły się od hodowli w bulionach z kawałkiem tkanki roślinnej. Laseczniki, wyhodowane w bulionach z kawałkiem tkanki zwierzęcej, posiadały ruch szybki, form inwolucyjnych nie tworzyły, prawie zawsze wytwarzały zarodniki, aczkolwiek były nieliczne w tym względzie wyjątki. A zatem badaniami powyższemi metoda Tarozziego hodowania beztlenowców w atmosferze powietrza została nieco uproszczona. Nie potrzeba bowiem koniecznie dodawać do bulionu świeżej tkanki zwierzęcej lub roślinnej, wyciąwszy ją uprzednio bezgnilnie; włożony do bulionu kawałek tkanki był istotnie jałowy; — nie trzeba czekać dzień lub dwa, aby się przekonać, czy

Tablica V.

L. porz.	Pożywka	Mikrob zaszczepiony	Wynik szczepienia	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?
1	1 cm.³ bulionu zwykł. z 0,25 gr. wątroby mysiej	Laseczník obrzęku złośliwego	+	4
2	1 „ „ „ 0,5 „ „ „		+	2
3	2 „ „ „ 0,5 „ „ „		+	1
4	2 „ „ „ 1,0 „ „ „		+	1
5	1 „ „ „ 0,35 „ śledziony mysiej (śledziona cała)		+	2
6	1 „ „ „ 0,1 „ śledziony mysiej (śledziona cała)		+	3
7	1 „ „ „ 0,2 „ nerki mysiej (nerka cała)		+	3
8	2 „ „ „ 0 2 „ nerki mysiej (nerka cała)		+	1
9	3 „ „ „ 0,2 „ nerki mysiej (nerka cała)		+	2
10	3 „ „ „ 0,2 „ nerki mysiej (nerka cała)		+	2
11	1 „ „ „ 0,9 „ uda mysiego (mięśnie i kość)		+	3
12	10 „ „ „ 0,9 „ uda mysiego (mięśnie i kość)		+	3
13	1 „ „ „ 0 25 „ płuca mysiego		+	2
14	10 „ „ „ 0.25 „ „ „		0	—
15	2 „ „ „ 0,2 „ mózgu mysiego (mózg cały)		+	3
16	2 „ „ „ 0.2 „ mózgu mysiego (mózg cały)		+	3
17	1 „ „ „ 0 15 „ serca mysiego (serce całe)		+	2
18	2 „ „ „ 0,15 „ serca mysiego (serce całe)		+	2

Tablica VI.

L. porządkowa	Pożywka	Mikrob zaszczepiony	W ile dni po wyjałowieniu pożywki zaszczepiono	Wynik szczepienia	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?
1	1 cm.³ bulionu zwykłego z 1,0 gr. wątr. króliczej	Laseczník obrzęku złośl.	0	+	1
2	2 „ „ 1,0 „ „ „	„	0	+	1
3	3 „ „ 1,0 „ „ „	„	0	+	1
4	4 „ „ 1,0 „ „ „	„	0	+	1
5	5 „ „ 1,0 „ „ „	„	0	+	1
6	6 „ „ 1,0 „ „ „	„	0	+	1
7	6 „ „ 1,0 „ nerki króliczej	„	0	+	1
8	6 „ „ 1,0 „ „ „	„	0	+	1
9	1 „ „ 1,0 „ „ „	L. kiełbasiany	1	+	2
10	2 „ „ 1,0 „ „ „	„	1	+	1
11	3 „ „ 1,0 „ „ „	„	1	+	2
12	4 „ „ 1,0 „ „ „	„	1	+	2
13	5 „ „ 1,0 „ „ „	„	1	+	2
14	6 „ „ 1,0 „ „ „	L. obrz. złośl.	1	+	2
15	1 „ „ 1,0 „ mięśnia z uda królika	„	1	+	2
16	2 „ „ 1,0 „ „ „	„	1	+	2
17	3 „ „ 1,0 „ „ „	„	1	+	2
18	4 „ „ 1.0 „ „ „	„	1	+	2
19	5 „ „ 1.0 „ „ „	„	1	+	2
20	6 „ „ 1,0 „ „ „	L. kiełbasiany	1	+	2
21	5 „ „ 0,85 „ śledziony król.	L. obrz. złośl.	1	+	2
22	5 „ „ 0.85 „ „ „	L. kiełbasiany	1	+	2
23	4 „ „ 1,0 „ mózgu król.	L. obrz. złośl.	1	+	2
24	1 „ „ 1.0 „ „ „	„	2	+	3
25	2 „ „ 1.0 „ „ „	„	2	+	3
26	3 „ „ 1,0 „ „ „	L. kiełbasiany	2	+	2
27	5 „ „ 1.0 „ „ „	„	2	+	2
28	6 „ „ 1,0 „ „ „	L. szelestnicy	2	+	4

wystarczy bowiem po włożeniu do bulionu kawałka tkanki roślinnej lub zwierzęcej, wyjałowić bulion wraz z kawałkiem tkanki i szczepić do tak przygotowanej pożywki beztlenowce.

(Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

O zapaleniu wyrostka robaczkowego.

(Sprawozdanie z rozpraw Tow. lekarskiego berlińskiego na posiedzeniach z d. 18 i 25 lipca i 1 sierpnia 1906).

Streścił

Dr E. Stahr.

(Dokończenie.)

Rotter zaznacza, że wczesna operacya obniżyła śmiertelność z 12—15% na 2%. Mowca sam miał na 149 wczesnych operacyi w ostatnich trzech latach 3 zejścia śmiertelne. Wprawdzie wedle Ortha w 10% przypadków rozpoznaje się mylnie, ale do patologicznego anatoma odsyła się przecież do badania tylko wątpliwe przypadki. Uwzględniwszy swoje wszystkie operowane przypadki, oblicza Rotter swoje mylne rozpoznania na $4^1/_2$, a w ostatnim czasie tylko na 2%. Czasem szło o ropniaki jajowodu, w innych przypadkach nie znajdował żadnych zmian. Może wtedy było toksyczne zapalenie naczyń chłonnych wyrostka, co się usuwało z pod rozpoznania patologicznego. Zapalenie wyrostka rozpoczyna się w 15—20% powoli zaburzeniami ogólnemi, brakiem łaknienia, niewyraźnymi bolami brzucha i lekkiem zaparciem stolca. Badanie już wtedy stwierdza tkliwość ślepej kiszki na ucisk. Objawy te ustępują po 1—2 dniach. Innym razem rozwija się ostry napad. Ze względu na operacyę wczesną powinno się ten okres zwiastunowy zaliczać do napadu. Typowy napad rozpoczyna się brakiem łaknienia, nudnościami, wymiotami i bolami, usadowionymi w okolicy kiszki ślepej, albo pępka i żołądka. To samo zdarza się i wśród zapalenia żołądka i kiszek (*gastroenterocolitis*). Nie spotykamy jednak wtedy znamiennego dla zapalenia wyrostka bolu na ucisk, który jednak niezawsze musi sadowić się w punkcie Mac Burneya. Najlepiej obmacywać brzuch, poczynając od lewej strony i zwolna przechodzić na okolicę ślepej kiszki, wtedy rzadko występuje napinanie powłok. W napadach gwałtownych jest ból na ucisk pierwszym i najpewniejszym objawem. Bolesność lewego podbrzusza wskazuje na zajęcie zatoki Douglasa. Przyspieszenie tętna ma znaczenie, jeżeli tętno przekracza 100. Z objawów klinicznych można w 70% przypadków rozstrzygnąć, czy napad będzie lekki, czy ciężki. W 30% jednak się to nie udaje i dlatego nawet pozornie lekkie przypadki powinno się operować.

Beck z Nowego Jorku wyraża zadowolenie, że lekarze niemieccy stanęli obecnie na stanowisku, zajmowanem już dawno przez lekarzy amerykańskich. Pamiętać należy, że czy mamy przed sobą nawrót, czy pierwszy napad, to zawsze mamy zapalenie wyrostka robaczkowego. Samo się przez się rozumie, że zdarzają się samorodne wyleczenia. Rozpoznanie jest wprawdzie trudne, ale lepiej operować, chociażby się nawet później miało pokazać, że operacya była zbyteczna.

L. Landau podkreśla, że rozpoznanie zapalenia wyrostka jest u kobiet utrudnione przez cierpienia nerwowe i choroby części rodnych, chociaż sprawę ułatwia znacznie badanie przez pochwę. Zamienić z zapaleniem wyrostka robaczkowego można: zapalenie okołomaciczne, zapalenie jajowodu, skręcenie szypuły guzów jajnikowych, pękniętą ciążę jajowodową. Wynik badania przez pochwę jest w tym przypadku taki sam prawie, jak wśród zapalenia wyrostka. Nadto przechodzi zapalenie bardzo łatwo z jednego narządu na drugi. Także i w toku chorób narządów rodnych, a nawet i w histeryi zdarza się ból miejscowy, ból w m. lędźwiowo-udowym i miejscowe napięcie mięśnia brzucha (*défense musculaire*). Nawet i po wyłuszczeniu macicy chore odczuwają ból w macicy. Mimo okolicznościowych pomyłek rozpoznawczych, są wyniki wczesnej operacyi dobre. Nawet tam, gdzie się przypuszcza zapalenie wyrostka, powinno się doradzać operacyę w przerwie.

Olshausen nie godzi się na te zapatrywania. Rozpoznania różniczkowego między zapaleniem wyrostka, a chorobami narządów rodnych nie uważa za trudne. Pomieniać sprawy z ciążą jajowodową i okręceniem szypuły niepodobna. Możnaby jeszcze pomieszać zapalenie wyrostka z ropniakiem jajowodu, ale dokładne badanie zawsze wskaże, gdzie się znajduje wysięk. Można czasem zmiany jajowodu wziąć za zapalenie wyrostka, ale nigdy nie można nie spostrzedz zapalenia kątnicy i myśleć o ropniaku jajowodu. Przechodzenie zapalenia z jednego narządu na drugi nie wydarza się, co najwyżej tworzą się zlepy między narządami. Rozpoznanie sprawia trudności tylko wtedy, jeśli się nagromadzi wysięk, sięgający do dna miednicy. Bardzo wielką pomocą

są wywiady. Ropniak jajowodu — przeważnie wiewiórowy — zaczyna się w pierwszym kwartale pożycia małżeńskiego, czemu towarzyszą upławy. Zawsze zajęte są oba jajowody, nawet przy zmianach gruźliczych, przy których brak wysięku okołomacicznego.

Bagiński godzi się na to, że u dzieci ostry napad zazwyczaj rozwija się z okresu przewlekłego. Jeśli w okresie przewlekłym dzieci wśród bolów brzucha chudną, należy stanowczo polecić zabieg. Zdarzają się i ostre napady bez żadnych poprzednich zaburzeń. Czasem wyprzedzało napad zapalenie gardła. Mowca radzi, zgodnie z Rotterem, obmacywanie brzucha zaczynać zawsze od strony lewej. Mowca zauważył, że najcięźej przebiegają te przypadki, w których wśród ciężkich zaburzeń ogólnych są klinicznie małe zmiany przedmiotowe miejscowe. Co do zabiegu, to mowca był dawniej więcej konserwatywnym, obecnie nie uznaje już przeciwwskazania do wczesnej operacyi. I na operacyę w przerwie zasadniczo godzi się.

Noeggerath zdaje sprawę z wyniku badań, dokonanych na zlecenie Heubnera co do wybroczyn w wyrostku. Odróżnia wybroczyny kropkowate i rozlane podbiegnięcia. Po operacyach, nawet najstaranniejszych, szczególniej jeśli trwały długo, mogą powstać u zwierząt w zupełnie zdrowym wyrostku punktowate wybroczyny. Rozlane podbiegnięcia wywołuje rozdarcie naczyń wśród operacyi.

Neumann wspomina o przypadkach, przebiegających lekko pod obrazem niestrawności; w tych przypadkach leżenie w łóżku i uspokojenie jelit wystarczają zupełnie. Środków przeczyszczających należy poniechać. Zabieg radzi N. wtedy, jeśli występuje pogorszenie. Postępując w ten sposób, stracił dotąd N. tylko 2 chorych na nieprzewidziane powikłania. Jeśli napad jest gwałtowny, należy zaraz operować. N. radzi operacyę i w przewlekłych sprawach wyrostka. Operacyę w przerwie uważa za zbyteczną, jeśli napad minął bez żadnych pozostałości czy to przedmiotowych, czy podmiotowych. Najłagodniejsze już jednak objawy są wtedy wskazaniem do zabiegu.

Ewald w 79% swoich przypadków spostrzegał ostry początek choroby. Rozpoznanie było zawsze łatwe z wyjątkiem nerwic, utajonego zapalenia wyrostka i t. p. Trudniejsze od rozpoznania jest rokowanie, bo tu nie ma się na czem oprzeć. Obecność indykanu w moczu jest bez znaczenia. Niepokojącą jest wysoka ciepłota przy powolnem tętnie. Znaczenie leukocytozy jest jeszcze wątpliwe. Wyłącznie wewnętrzne leczenie dało mowcy 80% wyzdrowień. Radzi zatem czekać i dokładnie śledzić przebieg choroby, a wtedy łatwo poznać chwilę, kiedy się zbliża niebezpieczeństwo i wskazanie do operacyi. Tylko dzieci powinno się zaraz operować, jeśli się stwierdzi wysięk. U dorosłych należy czekać, zwłaszcza, że i operacya jest połączona z niebezpieczeństwami: śmierci wskutek chloroformu, zapalenia płuc pooperacyjnego, krwotoków następowych, tworzenia się blizny i t. d. Operacyę w przerwie radzić należy tam, gdzieby w razie nawrotu chory nie mógł mieć rychłej pomocy chirurgicznej. Utajone zapalenie wyrostka należy zaraz bezwzględnie operować.

Albu utrzymuje również, że rozpoznanie jest łatwe. Sprawa jest ciężka, jeśli są objawy podrażnienia otrzewnej, które się znamionują wysoką gorączką między 38° a 38·5°, niestosunkiem między liczbą tętna a podniesieniem ciepłoty, stłumieniem, wzmożoną tkliwością na ucisk, zaczerwienieniem i obrzękiem skóry, częstemi wymiotami, czasem czkawką i miejscowem napięciem mięśni *(défense musculaire)*, jakoteż wzdęciem jelita ślepego i objawami ucisku na pęcherz i odbytnicę. Jeden z tych objawów wystarczy, by rozpoznać podrażnienie otrzewnej i uznać operacyę za wskazaną. Należy też i o tem pamiętać, że czasem zapalenie otrzewnej przebiega bez żadnych objawów. Wczesnej operacyi nie poleca w przypadkach lekkich.

Hermes radzi tylko tam zabieg, gdzie jest podrażnienie otrzewnej. Wedle jego doświadczenia wynosi leukocytoza przy zapaleniu wyrostka przeważnie 20—30 tysięcy, rzadko 40—50 tysięcy. Natomiast wśród spraw ropnych, wychodzących z części rodnych, znajdowano 100.000 i wyżej krwinek białych w 1 mm³.

Henke przyznaje zupełną słuszność tym, którzy radzą wczesną operacyę, pomimo tego, że wiele wypadków leczy się samorodnie, bo nikt z góry nie może przewidzieć, czy to też i w danym przypadku nastąpi.

Seefisch przyłącza się do tego zapatrywania, jak długo nie uda się ustalić ściślejszych wskazań do operacyi. Operacyę w przerwie radzi wykonywać w 6 tygodni po pierwszym stwierdzonym napadzie. W jednym przypadku lekkiego zapalenia wyrostka robaczkowego już na drugi dzień nie było gorączki, utrzymywała się tylko nieznaczna tkliwość na ucisk. W kilka dni chory był niby zupełnie wyleczony, jednak domagał się operacyi, którą też wykonano i która dowiodła, że wyrostek jest pozrastany z sąsiedniemi pętlami jelit, koniec zaś jego zwisał wolno do jamy brzusznej i był napełniony obficie ropą. Przy najlżejszem uderzeniu pękłby był wyrostek i wywołał na pewno ropne rozlane zapalenie otrzewnej.

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. M. Cailland. **Choroba Bantiego.** (*Presse méd.* Nr 70, 1906). Autor w przypadku swoim, dotyczącym 36-letniej kobiety, rozpoznał chorobę Bantiego na podstawie powszechnie znanych objawów (długie trwanie choroby, wielki obrzęk śledziony, puchlina brzuszna, zwyrodnienie włókniste wątroby i zmiany w składzie krwi) i zalecił wycięcie śledziony. Chora zniosła operacyę bardzo dobrze, rana się zgoiła doraźnie w ciągu 9 dni, poprawa jednak trwała wszystkiego 4 dni, poczem ilość moczu wydzielanego zaczęła coraz bardziej opadać (do 125 gramów w 11-tym dniu), puchlina brzuszna zjawiła się już w 4 dniu po operacyi (nakłucie brzucha dało 8½ litra płynu), a nadto zjawiła się gwałtowna biegunka i wymioty i w 2 tygodnie po operacyi chora zmarła.

(Szczegółowo przytoczona historya choroby nie uprawniała autora do rozpoznania choroby Bantiego. Najnowsze prace autorów niemieckich, jak Umbera (w *Zeitschrift f. klin. Med.* 1904. *Festschrift für Naunyn*) i Brugscha: Zur Klinik der Bantischen Krankheit (*Med. Klinik* 1905, Nr. 23, str. 566) dowodzą, że tylko wtedy wolno rozpoznawać chorobę Bantiego, gdy stwierdzi się nieprawidłową wymianę materyi co do białka. Brugsch opisuje (zobacz Stahr: „O chorobie Bantiego", *Przegląd lek.* 1905, Nr 31) klasyczny przypadek, złudnie podobny do choroby Bantiego, gdzie chory, nad wyraz podupadły, nagle począł się poprawiać i wrócił bez żadnego zabiegu do zdrowia i zdolności do pracy. W przypadku tym również badanie wymiany materyi stwierdziło stosunki zupełnie prawidłowe). *Stahr.*

C. B. Ker. **Przeciwgnilne i bezgnilne leczenie duru.** (*Edinburgh Med. Journ.* Lipiec, 1906). Przed niedawnymi laty polecali niektórzy autorowie bardzo gorąco stosowanie środków przeciwgnilnych jelitowych w leczeniu duru i spodziewali się po tej metodzie niezwykle korzystnych wyników. Doświadczenie autora najzupełniej nie usprawiedliwia entuzyazmu zwolenników tej metody. Autor próbował głównie naftolu, węglanu gwajakolowego i tymolu i przekonał się, że leki te nie wywierają żadnego wpływu ani na trwanie choroby, ani na częstość nawrotów. Jedyny korzystny wpływ, jaki leki te wywierają, to jest ich wpływ, o ile wolno sądzić z zapachu wypróżnień, na przebieg gnicia jelitowego, a nadto zmniejszają one bębnicę. — Autor od 5 lat stosuje na oddziale swoim w „Edinburgh City Hospital" systematycznie zamiast leków powyższych kalomel i równocześnie gorące przepłukiwanie jelita grubego. Kalomel podaje co drugi lub trzeci dzień w dawce 0·20 gr. Aby przyspieszyć wydzielenie się kalomelu i uchronić chorego od kolki jelitowej, radzi autor w 6 godzin po podaniu kalomelu przepłukać jelito grube wodą gorącą (1—2 litrów). Woda powinna wpływać do jelit bardzo powoli i wypływać powinna z małej wysokości. Woda w naczyniu, poprzednio zagotowana, powinna mieć około 46°—49° C. Chorego układa się na lewym boku z przykurczonemi udami, a potem radzi autor choremu kazać zwolna ułożyć się na boku prawym, bo w tem położeniu łatwiej choremu utrzymać wodę w jelitach; a powinien ją zatrzymać w jelitach, jak tylko długo może. — Małe przepłukanie jelit może być nadto wskazanem przed podaniem kalomelu, a to w razie wyraźnej bębnicy, którą autor uważa za przeciwwskazanie do podawania kalomelu. Pod wpływem jednego lub kilku wlewań obok odpowiedniej dyety zwykle bębnica zupełnie znika w ciągu 24 do 48 godzin. Wlewania jelitowe, które autor w razie wybitnej bębnicy stosuje i dwa razy dziennie, nietylko oczyszczają jelita, ale równocześnie działają moczopędnie, bo pewną część wody chłonie ustrój przez jelita, a wydziela przez nerki. W ten sposób leczył autor w ostatnich pięciu latach 758 chorych na dur i stracił tylko 9·36 prc. chorych. Na odsetkę zmarłych składają się i ci chorzy, którzy zginęli w szpitalu i na 2. lub 3. dzień po przyjęciu, a więc tacy, na których omawiana metoda leczenia nie mogła jeszcze wywrzeć żadnego wpływu. W trzech latach, poprzedzających ostatnie lat 5, leczył autor zwykłym sposobem wyczekującym 397 chorych ze śmiertelnością, wynoszącą 11·83 prc.; 3·27 prc. z nich zapadło na zapalenie otrzewnej wskutek przebicia wrzodu, a 5·79 prc. na nawroty; natomiast z chorych, leczonych wlewaniami i kalomelem, tylko 1·71 prc. zapadło na zapalenie otrzewnej wskutek przebicia wrzodu, a 3·95 prc. na nawroty. *Stahr.*

CHIRURGIA. Kraske. **Dalszy rozwój operacyi wysoko usadowionych raków odbytnicy.** (*Arch. f. kl. Chir.* T. 80, Z. 3). Autor poleca gorąco przy wysoko usadowionych rakach odbytnicy połączoną operacyę od strony jamy brzusznej i od strony krocza. Trendelenburg pierwszy uruchomił guz od strony jamy brzusznej, poczem wyciągnął go, wywracając przez odbytnicę i tam wyciął, zeszywając kikuty okrężnie. Rzadko jednak da się to wykonać. Autor też postępuje zwykle w ten sposób. Otwiera jamę brzuszną powyżej guza, podwiązuje kiszkę, przecina żegadłem i pozostawia ją na długiej podwiązce. Kikut z guza zagłębia ku kiszce stolcowej i obszywa. Potem oddziela krezkę, podwiązuje tętnicę krwawnicową górną, przecina otrzewną na kiszce przy wejściu do małej miednicy; poczem łatwo już uwolnić całą zmienioną część kiszki wraz z tłuszczem i gruczołami. Następnie przechodzi autor do krocza, wycina guz, ściąga zawiązany kikut górny i zeszywa okrężnie z dolnym. Sposób ten daje około 40% śmiertelności, zważyć jednak należy, że są to wszystko przypadki już bardzo ciężkie. *Klęsk.*

Wenzel. **Odcięcie odbytnicy podług Witzla z zachowaniem zwieracza zewnętrznego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 36, 1906). Przy raku odbytnicy usuwać się powinno kiszkę aż do końca, ale wtedy usunąć mu-imy i narząd mięśniowy. Aby temu zapobiedz, t. j. usunąć całą kiszkę, operacyę wykonać jałowo, a zachować zwieracz, poleca autor postępowanie takie: Asystent zamyka szczelnie szwem odbyt. Przez cięcie podłużne wzdłuż przegrody krocza i usunięcie kości ogonowej uzyskuje się przystęp do kiszki, którą uwalnia się najpierw od tyłu, a potem od przodu, t. j. od pochwy lub sterczu. Odbyt oddziela się częścią od góry, częścią od dołu, w ten sposób, że narząd mięśniowy pozostaje w całości w połączeniu ze swymi nerwami, a kiszkę oddziela się (ciągle zaszytą) pomiędzy zwieraczem zewnętrznym, a brzegiem błony śluzowej w górę. Następnie podwiązuje się częściami krezkę odbytnicy, ranę od strony jamy brzusznej zamyka się i tworzy nowy odbyt. pociągając zapomocą szwów drucianych, przeciągniętych przez pośladki, zwieracz ku kości krzyżowej. Po przyszyciu ściągniętego jelita do zwieracza i założeniu sączka od kości krzyżowej i zeszyciu reszty rany odcina się dopiero na samym końcu jelito. Po 12 dniach wyciąga się szwy druciane z pośladków i odbyt powraca na dawne miejsce. *Klęsk.*

Joseph. **O wczesnem i zapobiegawczem działaniu zastoiny na zakażone rany.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 38, 1906). Stosowanie zastoiny, jako środka zapobiegającego zakażeniu, lub też stosowanie jej w bardzo wczesnych okresach zakażenia działa znakomicie. Przekonał się o tem autor w klinice Biera, gdzie nieraz udało się rany, napewno zakażone, lub zakażenia rozwijające się wstrzymać w zarodku. Ta zaleta zastoiny dozwala też szyć rany i stosować zabiegi spokojnie tam, gdzie dawniej trzeba było czekać, czy nie wystąpi zakażenie, lub aż rana się oczyści. Ważnem to jest n. p. przy skaleczeniach ręki, palców i t. d. Przy stosowaniu zastoiny postępować można obecnie śmiało zachowawczo, podobnie jak i przy powikłanych, zanieczyszczonych złamaniach kości. To samo odnosi się i do zakażeń już istniejących, n. p. do ropień stawów, kości, piersi, tkanki podskórnej i t. d. Wczesne stosowanie zastoiny jest tu zbawienne. Ssawki Klappa działają też podobnie, jeżeli się je wcześnie zapobiegawczo zastosuje. *Klęsk.*

Goldberg (Wildungen). **Wskazania do doszczętnej operacyi gruczołu krokowego.** (*Deutsche med. Wochft.* Nr 32, 1906). Wskazania do doszczętnej operacyi gruczołu krokowego są dotąd tak niestałe, że z wyników nie możemy nic stanowczego powiedzieć. Jedni operują wszystkich chorych, inni znowu niektórych, stąd też jedni mają wyniki złe, inni znowu bardzo dobre. Doświadczenie autora, opierające się na 172 przypadkach, brzmi: 1) W razie braku zastoju moczu nie powinno się operować bez względu na to, czy zakażenie jakiekolwiek istnieje czy nie. 2) W razie ostrego zatrzymania moczu, operacya daje gorsze wyniki, niż leczenie konserwatywne. 3) Przy ostrem zatrzymaniu moczu, w razie gdy cewnik na stałe nie pomaga i gorączka, dreszcze i powiększenie nerek utrzymują się, należy przystąpić do nacięcia pęcherza. 4) W ostrym stanie w razie niemożebności założenia cewnika należy pęcherz nakłuć, w razie silnego krwawienia naciąć, skrzepy usunąć i tamponować. 5) Przy przewlekłem zatrzymaniu moczu bez rozstrzeni pęcherza należy operować, gdy cewnikowanie chory źle znosi, gdy żąda uwolnienia od cewnika (należy jednak ostrzedz, że i po operacyi czasem trzeba dalej cewnikować), gdy występuje zakażenie, lub gdy trzeba np. z innych powodów wykonać kastracyę (tej ostatniej autor zupełnie nie pochwala, albowiem niezawsze pomaga, nawroty są częste i pogorszenia występują i działa źle psychicznie na chorych). 6) W razie przewlekłego niezupełnego zatrzymania moczu z rozstrzenią pęcherza: a) w razie zakażenia nie należy zupełnie operować; b) operacya Bottiniego daje (bez zakażenia) często wybitną poprawę, podobnie wycięcie sterczu. W razie braku powikłań wynik może być wcale dobry. *Klęsk.*

Ferd. Schultze. **„Luxatio paralytica infrapubica" i jej leczenie.** (*Arch. f. Ort. und Mech. und Unf.* 1906, Z. 4). Schultze opisuje 4 przypadki nabytego zwichnięcia stawu biodrowego, które odprowadzał z dobrym wynikiem. Takie przypadki zdaniem Schultzego nie należą do rzadkości, lecz niewiele ich znajdujemy w literaturze. Dla rozpoznania charakterystycznem jest prócz objawów porażenia zgięcie pod kątem prostym i odwiedzenie w stawie biodrowym. Radzi on jednak przytem zrobić Röntgenowskie zdjęcie. Przy słabo rozwiniętych mięśniach można wyprostować przykurczenia, albo też krwawo je usunąć; przy całkowitem porażeniu mięśni wykonywa się „arthrodesis". Przy silnych skróceniach kości próbuje się wydłużenia podług metody O'Connor-Rosego. *Doc. Chlumský.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. F. Schenk. **W sprawie kazuistyki kamieni moczowodowych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 36). Cystoskopowe rozpoznanie kamienia moczowodowego zdarza się niezmiernie rzadko. U 74-letniej kobiety, u której przed 10 laty odszedł, po bolach w okolicy lewej nerki, kamień przez cewkę, wystąpiły od 2 dni wymioty, bole w prawem podżebrzu i zupełny bezmocz. Przy badaniu bolesność jedynie w okolicy pęcherza moczowego; cewnikiem wydobyto małą ilość moczu mętno-krwawego. Cystoskopem stwierdzono kamień, tkwiący w ujściu moczowodu prawego, wypuklający stożkowato wzgórek moczowodowy. Z wolnego ujścia moczowodu lewego mocz się nie wydziela. Zachodziło pytanie, czy lewa nerka nie działa, czy też moczowód wyżej zamknięty przez kamień, czy wreszcie chodzi o bezmocz odruchowy. Zapomocą środków moczopędnych udało się wywołać po dobie wydzielanie moczu do $1^1/_2$ litra. Mocz zawiera cukier i ślad białka. Po 2 dobach stwierdzono, że ujście prawego moczowodu jest wolne (kamień odszedł widocznie sam, aczkolwiek niespostrzeżenie) i działa prawidłowo, po stronie zaś lewej nie widać skurczów wyraźnych. W kwadrans po wstrzyknięciu śródmięśniowem indygokarminu wypływa mocz zabarwiony z moczowodu prawego, lewy zaś nie działa. Cewnikowanie moczowodów pouczyło, że w ciągu kwadransa wydziela nerka prawa 30 cm³. moczu prawidłowego, lewa zaś w tymże czasie 5 cm³. płynu mętnego, gęstego, zawierającego ropę w osadzie, a przy badaniu bakteryologicznem gronkowce. Promieniami Röntgena nie wykryto kamienia w nerce lewej. Stan chorej nie uległ zmianie w ciągu 10 dni. Jasne wytłómaczenie tego przypadku jest trudne. Zdaje się, że bezmocz był następstwem odruchu, aczkolwiek dodać należy, że lewa nerka nie była zdrową. (Rysunki). *B. Wojciechowski.*

A. Sippel. **Ile czasu musi upłynąć po porodzie do wykonania operacyi plastycznych na częściach rodnych?** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 36). Przeważna część autorów wymaga 6-tygodniowego terminu od porodu, czyli ukończenia się połogu, zanim się przystąpi do operacyi; niektórzy skracają czas ten do 3 tygodni. S. operował 2 przypadki, w 3 i 2 miesiące po porodzie, a w obu przypadkach krwotok, nie tyle przy oddzielaniu błony śluzowej, ile raczej przy szyciu kruchej i przekrwionej tkanki, był tak obfity i uporczywy, iż S. musiał operacyę na razie przerwać, krwotok przez zatamponowanie opanować, i dopiero po jakimś czasie zabieg kończyć. Wynika z tego, iż 6-tygodniowy termin nie jest wystarczający i że w każdym przypadku należy przed operacyą zbadać własności błony śluzowej, aby uniknąć niemiłych niespodzianek podczas zabiegu. *B. Wojciechowski.*

G. Binder. **Drgawki porodowe bez kurczów. Spostrzeżenie z praktyki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 37). 36-letnia wieloródka urodziła o miesiąc wcześniej, niż się spodziewała, płód słabo rozwinięty, lecz zdolny do życia. W godzinę później, jeszcze przed odejściem łożyska, wystąpił nagle zapad z utratą przytomności i niepokojem mięśniowym, wśród czego chora rzucała się, stękała i śpiewała. Po upływie godziny przybył B., a wyłączywszy krwotok wewnętrzny na podstawie jakości tętna, jako też zbadania jamy macicznej przy sposobności ręcznego wydobycia łożyska, rozpoznał drgawki porodowe bez kurczów. Po 5 godzinach uspokoiła się chora, a nazajutrz czuła się już po obfitych potach zupełnie zdrową. O tem, co przedtem zaszło, nic nie wiedziała. W moczu obfite białko, które znikło po 8 dniach. W 3. i 4. dniu połogu ciepłota 39°; po przestrzykaniu macicy i usunięciu resztek błon ciepłota prawidłowa. Z późniejszych wywiadów wynika, że chora miewała pod koniec ciąży silne bole głowy i ćmienie w oczach. *B. Wojciechowski.*

H. Sutter. **Dalszy przyczynek do kazuistyki chorób nerwowych w połogu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 34). 22-letnia położnica, pierwiastka, niezamężna, opuściła łóżko w 8. dniu połogu i czuła się dobrze. W 2. tygodniu połogu dostała w dniu, w którym miała wobec sądu czynić zeznania, pozostające w związku z niepra-

wem pochodzeniem dziecka, napadu nerwowego, po którym nie mogła się już z łóżka dźwignąć, ani przemówić. Badanie stwierdziło: śpiączkę, zupełne porażenie kończyny dolnej lewej, częściowe prawej, utrudnione poruszanie kończynami górnemi, utrudnione łykanie, prawie zupełne porażenie n. podjęzykowego, czynne przykurczenie małego stopnia w lewym stawie kolanowym; czucie dotykowe zniesione w obu nogach aż do pachwiny, czucie bolu także wzmożone, szczególnie po stronie lewej; znieczulenie częściowe skóry brzucha poniżej pępka; dermatografizm. Rozpoznanie na razie trudne. Nazajutrz znalazł S. macicę jeszcze powiększoną, a gdy badał jajniki, doznała chora napadu, podobnego do poprzedniego, połączonego z bladością twarzy, niepokojem gałek ocznych, drżeniem, upośledzeniem przytomności, zgrzytaniem, biciem serca i przyspieszonem oddychaniem. S rozpoznał histeryę. Napady podobne powtarzały się jeszcze przez 2 miesiące, po upływie zaś 3 miesięcy powróciła chora wśród leczenia poddawaniem, zimną wodą, miesieniem, faradyzacyą i t. p. o tyle do zdrowia, że mogła się zająć gospodarstwem. Na koniec omawia S. obszernie rozpoznanie różniczkowe w podobnych przypadkach. *B. Wojciechowski.*

H. Meyer — Rügg. **Niedokrwistość złośliwa w połogu, powikłana zakażeniem posoczniczem.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 34). Pierwiastka 26-letnia, obciążona dziedzicznie co do gruźlicy, przybladła w ostatnich tygodniach ciąży i nuży się szybko. Na 2 dni przed porodem mierny krwotok z nosa i ból głowy. Po porodzie prawidłowym pozostała apatya i senność, ciepłota podniosła się cokolwiek, a 5. dnia nastąpił silny krwotok z nosa, który ustał dopiero po wytamponowaniu. Odtąd pogorszenie stanu ogólnego, silniejsza apatya i senność, tętno i ciepłota podnoszą się i powstaje obraz złośliwej niedokrwistości, z czem w sprzeczności pozostaje jedynie wzmożenie się liczby ciałek białych. Wśród tych objawów zmarła chora 12. dnia, a sekcya potwierdziła rozpoznanie z dodatkiem, iż leukocytoza wytłómaczona była równoczesnem stwierdzeniem zakrzepów żylnych w ścianach macicy i splocie wiciowatym. *B. Wojciechowski.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 25 września 1906.

1) Krajewski wypowiedział ciąg dalszy swego odczytu: **„Lithiasis ductus choledochi“.** Na wstępie przytoczył wyniki, otrzymane w przypadkach, operowanych z powodu różnych chorób dróg żółciowych. Z powodu kamicy operował 89 razy; śmiertelność wynosiła 10,1%. Z powodu nowotworów złośliwych operował 15 razy; śmiertelność — 40%. Ogólna śmiertelność dla wszystkich przypadków — 14,4%. K. zaznacza, że nie może porównać swoich wyników z wynikami Kehra, gdyż Kehr wszystkie przypadki, powikłane przez zakaźne zapalenie przewodów żółciowych, włączył do wspólnej grupy ze złośliwymi nowotworami, przez co uniemożliwił wszelkie porównanie. Jeżeli porównać ogólną statystykę, to wypadnie, że Kehr miał 17,6% śmiertelności, Kr. zaś 14,4%. W końcu swych uwag nad kamicą dróg żółciowych wogóle twierdzi Kr., iż niewątpliwie należy daleko częściej i wcześniej operować, aniżeli to dotychczas się dzieje. Kr. osobiście jest zwolennikiem operowania: 1) w każdym przypadku, w którym wystąpiły chociażby lekkie objawy zakażenia dróg żółciowych; 2) w przypadkach ustalonego zamknięcia przewodu pęcherzykowego; 3) wreszcie w przypadkach przewlekłej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego. Nie uważa operacyi za wskazaną tam, gdzie, jakkolwiek stwierdzono obecność kamieni w pęcherzyku, chory jednakże nie ma żadnych dolegliwości, jak również podczas ostrego, owocnego, bezgorączkowego napadu niedrożności przewodu wspólnego.

Przechodząc do głównego tematu odczytu, stwierdza Kr., że klinicznie można w kamicy dróg żółciowych rozróżniać dwa rodzaje cierpienia: kamicę dróg żółciowych dodatkowych, kamicę dróg głównych. W dalszych uwagach omawia Kr. tylko ten drugi rodzaj kamicy. Przedstawia na epidiaskopie szereg obrazów, objaśniających topografię dróg żółciowych głównych, i podkreśla szczegóły anatomiczne ważne dla należytego zrozumienia objawów klinicznych i stosownego leczenia chirurgicznego kamicy tych dróg. Następnie zdaje sprawę z typowego, zdaniem jego, przypadku przewlekłego zatkania przewodu wspólnego; przytacza 11 własnych operowanych przypadków i przedstawia usunięte z przewodu wspólnego kamienie. Z tych 11 chorych stracił 3. Jedna chora już przed operacyą miała przerzutowy ropień w mózgu; druga umarła w 3 tygodnie po operacyi przy objawach wyczerpania sprawności wątroby i septycznego zapalenia dróg żółciowych; trzecia w 10 dni po operacyi, wyczerpana powstałą przetoką dwunastniczą. — Na podstawie własnych i cudzych spostrzeżeń kreśli Kr. obraz kliniczny przewlekłego zamknięcia kamieniem przewodu żółciowego wspólnego, dochodząc do wniosku, że obecnie w znacznej części przypadków można sprawę trafnie rozpoznać. Ilekroć 1) wywiady wskazują na kamicę żółciową, 2) istnieje żółtaczka umiarkowana, od czasu do czasu się nasilająca, 3) zabarwienie moczu i kału barwnikami żółci jest zmienne, 4) napady bolów samorodne są częste, krótkie i niezbyt silne, 5) ucisk na *zona pancreaticocholedochiana* — bolesny, 6) zjawia się gorączka o torze przepuszczającym, którą chory mimo wszystko przez czas długi bardzo dobrze znosi, 7) pęcherzyk żółciowy jest pusty, 8) chory w krótkim stosunkowo czasie wychudł, — tylekroć mamy prawo rozpoznawać przewlekłe zatkanie przewodu żółciowego wspólnego. — Dalej zaznacza Kr. trudności rozpoznawcze, nasuwające się nieraz wskutek częstych powikłań inną ostrą sprawą zapalną (*cholangitis, cholecystitis, pericholecystitis);* rozpoznanie utrudnić też mogą i zapalenie przewlekłe trzustki, wrzód żołądka itp. Zdaniem Kr., rozpoznanie przewlekłego zatkania przewodu żółciowego wspólnego jest równoznaczne z ustaleniem bezwzględnego wskazania do operacyi.

Zastanawiając się nad przeciwwskazaniami do operacyi, Kr. rozpatruje przyczynę śmierci chorych niezależnie od samej operacyi, mianowicie: 1) zakaźne zapalenie przewodów żółciowych, 2) ciężka żółtaczka t. j. żółcica (w sensie anatomicznym) wraz z wyczerpaniem sprawności wątroby, 3) skaza krwotoczna, 4) wyczerpanie sprawności trzustki. Zakaźne zapalenie przewodów żółciowych nie może, zdaniem Kr., stanowić przeciwwskazania do operacyi, dlatego, że nie posiadamy dotychczas żadnego sprawdzianu dla określenia stopnia tego zapalenia i dlatego, że nawet bardzo ciężkie stany chorobowe, wywołane przez zakażenie dróg żółciowych, mogą się po operacyi poprawić. Co się zaś tyczy wyczerpania sprawności wątroby, to dotąd nie ma jeszcze dokładnych metod badania w tym kierunku. Obecnie można jedynie przypuszczać taki stan wątroby, o ile się stwierdzi: obecność białka i wałeczków w moczu, silną urobilinuryę, zmniejszenie ilości hemoglobiny oraz ilości czerwonych krwinek, poikilocytozę i nizki stopień zasadowości krwi. Kr. uznaje potrzebę wypróbowania takich metod badania, jak *levulosuria alimentaria* (Strausa), oraz kryoskopia w celu rozstrzygnięcia, czy za ich pomocą nie można będzie z większą pewnością określać upośledzenia sprawności wątroby. Metody, używane dla określania czasu, niezbędnego do krzepnięcia krwi, dały dotąd zbyt rozbieżne wyniki, aby je można było spożytkować w celach rozpoznawczych. Wreszcie określenie upośledzenia sprawności trzustki jest dotąd prawie niewykonalne.

Leczenie przewlekłego zatkania kamieniem przewodu żółciowego wspólnego jest wyłącznie operacyjne. Kr. przedstawia na schemacie różne cięcia ściany brzusznej dla operacyi na drogach żółciowych. Sam używa cięcia Courvoisier-Kochera, a w przewidywaniu dużych zrostów — kątowatego cięcia Czernyego. Kr. radzi metodyczne rozcinanie dróg żółciowych od dna pęcherzyka aż do przewodu wspólnego. Jako zaletę tego sposobu podnosi: 1) możność dokładnego zbadania wszystkich dróg żółciowych, 2) łatwość odszukania dróg żółciowych głównych, 3) potrzebę usuwania zrostów tylko w obrębie cięcia, 4) wreszcie łatwość sączkowania bez względu na to, czy się pęcherzyk żółciowy pozostawia, czy wycina. W przypadkach wklinowania się kamienia w dolnym odcinku przewodu żółciowego wspólnego odradza K. wykonywanie choledocho-duodenostomii z obawy przed przetoką dwunastniczą; gorąco zaś poleca wypróbowanie uruchomienia dwunastnicy sposobem Kochera. *Ign. L.*

Listy ze zjazdu higienicznego w Augsburgu.

Przesłał

Dr Leonard Bier.

I.

Doroczny zjazd niemieckiego Towarzystwa higieny publicznej, którego wpływ moralny na stworzenie nader wielu urządzeń zdrowotnych i poprawę stosunków sanitarnych od lat 35, odbija się bardzo wybitnie w całych Niemczech — odbył się w tym roku w Augsburgu. Miasto to stare, pamiętające czasy

rzymskie, w wiekach średnich znana, często oblegana twierdza, zachowało dotychczas w charakterze swym zewnętrznym, zwłaszcza w charakterze ulic i budowie domów wiele średniowieczczyzny. Temu też przypisać trzeba, że zarząd miasta, w którym zresztą brak wybitniejszego ogniska lekarskiego: wydziału lekarskiego, nowszego szpitala, — nie wiele nam mógł przedstawić nowszych urządzeń sanitarnych, nie tyle przynajmniej i nie tak wzorowych, jak Gdańsk, Hamburg, Monachium, Drezno lub Mannheim. Zawód ten, który niejednego z uczestników zjazdu augsburskiego spotkał, nie jest zdaniem mojem bez korzyści, pozostawia bowiem nadzieję, że za rok w Królewcu lub Dessau, dokąd najbliższy zjazd ma być zwołany, wrażenia z napotkanych urządzeń sanitarnych nie będą miały zbyt świeżego tła do zbyt wygórowanych porównań. Dla uczestników zaś takich, jak podpisany, stanowić będzie zawód ten pociechę, że na zachodzie Europy istnieją jeszcze miasta, coprawda nie stołeczne i nie uniwersyteckie, ale dosyć znaczne, które nie wiele więcej pokazać mogą urządzeń sanitarnych od naszych miast stołecznych. Zresztą zachętę do udziału w niemieckich zjazdach higienicznych daje nietyle możność zobaczenia wielu nowszych urządzeń higienicznych, ile raczej przedmioty, wyznaczone do obrad, dyskusya nad niemi na posiedzeniach ogólnych i omawianie innych wspólnych kwestyi higienicznych w gronie ściślejszem dawnych i dobrych zawodowych znajomych. Jak na dawniejszych zjazdach, tak i na tegorocznym, wybór wyznaczonych do dyskusyi spraw, zagajających je sprawozdawców, oraz obecność wielu wybitnych higienistów nie pozostawiały prawie nic do życzenia.

Dzień pierwszy (12/IX) zjazdu poświęcono referatom w sprawie **tłumienia wścieklizny** i zaopatrzenia miast w mleko ze szczególnem uwzględnieniem odżywiania niemowląt. Sprawozdawca pierwszego tematu, kierownik oddziału w zakładzie dla badania chorób zakaźnych w Berlinie — prof. Frosch, rozpoczął wykład swój objaśnieniem karty geograficznej Niemiec, na której według większych okręgów administracyjnych (rejencyjnych) zaznaczono barwami stopień śmiertelności z powodu wścieklizny od lat prawie 30. Wynikało z tej karty, że okolice Prus i Saksonii, graniczące z Austryą, Królestwem Polskiem, Litwą i krajami nadbałtyckimi, największą w tym względzie mają śmiertelność, że nadto w Niemczech środkowych istnieją okolice, w których w ostatnich latach 30 nie zaszedł ani jeden przypadek śmierci ze wścieklizny. Znacznie mniej, aniżeli wschodnie, zagrożone są wścieklizną zachodnie granice Niemiec, z tych zaś najczęściej okręgi rejencyi westfalskich. Do roku 1898 nie posiadały całe Niemcy Pasteurowskiego zakładu szczepień ochronnych i posługiwały się przy zwalczaniu wścieklizny wyłącznie środkami policyjnosanitarnymi, w ogólności ze skutkiem bardzo dobrym. Do stosowania ich w postaci obowiązku donoszenia władzy administracyjnej o wypadku ukąszenia przez psa podejrzanego o wściekliznę, zaostrzonego nadzoru weterynarskiego nad zwierzętami domowemi, wybicia zwierząt chorych i podejrzanych o wściekliznę, uwiadamiania o wypadku władz sąsiednich, oraz przymusu odkażania miejsca pobytu chorego zwierzęcia lub człowieka, do zastosowania środków tych obowiązuje władze sanitarne w Niemczech nowa ustawa o tłumieniu chorób zakaźnych z r. 1899. Powyższe środki uzupełnićby jeszcze należało zdaniem F. zaprowadzeniem o g ó l n e g o przymusu nakładania kagańców na psy, b e z w z g l ę d n e m tępieniem psów wałęsających się i wprowadzeniem wzajemnego uwiadamiania się nadgranicznych okręgów administracyjnych w razie zaszłego wypadku wścieklizny w którymkolwiek z państw ościennych. Obok powyższych środków stosuje się jeszcze od lipca r. 1898 Pasteurowskie szczepienie ochronnolecznicze w zakładzie berlińskim, w czasie ostatnim także i we Wrocławiu. Obok wykonywania szczepień na ludziach zobowiązane są zakłady te do doświadczalnego stwierdzenia wścieklizny na nadsyłanym materyale zwierzęcym. Leczenie odbywa się a m b u l a t o r y j n i e i jest b e z p ł a t n e. O przybyciu chorego do zakładu donoszą władze gminne telegraficznie lub pisemnie z podaniem bliższych szczegółów co do zwierzęcia, czasu ukąszenia itd.

W 3 miesiące po ukończeniu leczenia szczepiony musi się przedstawić lekarzowi powiatowemu. Również urzędową drogą udziela zakład wiadomości o wyniku badania przesłanego materyału zwierzęcego, badania, wykonywanego bezpłatnie. Szczepienia wykonuje się łagodniejsze (jadem słabszym), niż w krakowskim zakładzie leczenia wodowstrętu, w ciągu dni 20 jednorazowo dziennie. Leczenie ran, z pokąsania wynikłych, jest bardzo energiczne i zmierza do usunięcia resztek jadu z rany; w tym celu poddaje się ponownemu leczeniu również i blizny. Na 2256 osób leczonych w zakładzie berlińskim, 21 osób zmarło, 4 z powodu zbyt późnego zgłoszenia się do leczenia, 6 osób w czasie potrzebnym do wywołania odporności*), 11 zaś w okresie późniejszym, zatem odsetek w porównaniu do zakładu krakowskiego znacznie wyższy. Leczenie Pasteurowskie jest zdaniem Fr. najpewniejszym środkiem do zapobieżenia wściekliźnie i powinno znaleźć szersze uznanie, a przez popularne odczyty, oraz przez szkołę powinny szersze kręgi ludności dowiedzieć się o niem. Ma oczywiście apel ten szczególniejsze znaczenie dla Niemiec środkowych, gdzie wobec rzadkich przypadków wścieklizny u zwierząt i ściśle przestrzeganych środków sanitarnopolicyjnych, wodowstręt u ludzi i jego swoiste leczenie mało są znane. Szczepienie ochronne psów w okolicach, nawiedzonych wodowstrętem, uważa F. za środek godny zalecenia, nie obejmuje nim jednak zwierząt podejrzanych z powodu zetknięcia się z choremi zwierzętami, zalecając bezwzględne ich wybijanie. — Do stwierdzenia wścieklizny u zwierząt znakomicie jest pomocną obecność w mózgu ciałek Negriego, których znaczenia i związku przyczynowego z wścieklizną dotychczas zresztą nie wyjaśniono.

Ożywiona dyskusya nad sprawozdaniem F., w której między innymi zabierali głos Schottelius i Gärtner, stwierdziła znakomitą wartość środków sanitarnopolicyjnych, konieczność ścisłego ich stosowania mimo niejednych związanych z nimi trudności, dodając do wymienionych powyżej środków jeszcze obowiązek noszenia przez psy obróży z nazwiskiem właściciela i jego miejsca zamieszkania, wysoką opłatę od psów, ograniczenie ich ilości i wprowadzenie przepisu, zobowiązującego do terminowego zamknięcia psów w promieniu 15 kilometrów w razie przypadku wścieklizny u psa w jakiejś miejscowości (na wzór Belgii). Za wzorem Anglii mają w tym kierunku i w Niemczech pojawić się ostrzejsze ustawy. Popierano również życzenie, by Niemcy porozumiały się z Austryą w sprawie wzajemnego donoszenia o przypadkach wścieklizny w pasie pogranicznym.

Drugą sprawę: **Zaopatrzenie miast w mleko ze szczególnem uwzględnieniem odżywiania niemowląt** przedstawioną tym razem przez Poettera i Bruggera, umieszczono w ciągu ostatnich lat 7 poraz czwarty na porządku dziennym zjazdu higienistów niemieckich, dowodząc tem samem wytrwałej chęci ujęcia tej tak żywotnej dla miast sprawy w jakieś ramy zasadnicze, ustawodawcze. Odpowiednio do istoty przedmiotu rozdzielono rzecz między 2 sprawozdawców dla omówienia jej ze stanowiska higienicznego i administracyjno-ekonomicznego. Przewodnią myśl pierwszego sprawozdawcy oddaćby można w sposób następujący: Mleko jest najważniejszym środkiem spożywczym dla ogółu ludności, od jego dobroci zależy rozwój i zdrowie szerokich warstw, szczególnie dzieci. W tym względzie nie posiada mleko współzawodnika, i to tembardziej, że w miarę zmniejszania się naturalnego karmienia niemowląt piersią, mleko, zwłaszcza krowie, zastępuje coraz bardziej pokarm naturalny. Mleko krowie odgrywać będzie zawsze przy tem żywieniu r o l ę p i e r w s z o r z ę d n ą. Zdaniem P. połowa noworodków (cały milion) żywioną bywa w Niemczech sztucznie, nadto żywią się głównie mlekiem dalsze 4 miliony dzieci; liczby te bez uwzględnienia zużycia mleka przez zdrowych, chorych i ozdrowieńców wystarczają, aby uzmysłowić zdrowotne znaczenie mleka. Omówiwszy nader liczne źródła i przyczyny, które nadawać mogą mleku szkodliwe dla zdrowia własności od chwili wydojenia aż do czasu sprzedaży lub spożycia, zaznacza sprawozdawca, że zabiegi, zmierzające do zapobieżenia szkodliwym tym zmianom, tak dalece wpłynęły na wzrost ceny mleka, iż mleko bez zarzutu dostępnem stało się jedynie dla warstw zamożnych, o ile zaopatrzeniem w nie pewnych warstw ludności nie zajęły się bądź prywatne, bądź publiczne towarzystwa humanitarne. Wzrost cen, wywołany przez wzorową produkcyę i rozsprzedaż mleka, nie jest zdaniem P. usprawiedliwiony, gdyż wszystkie zabiegi, zmierzające do otrzymania mleka zdrowego (higiena obory, czystość przy udoju, przechowywaniu i przewozie mleka, oraz jego chłodzenie) wzmagają rentowność przedsiębiorstwa mlecznego jużto przez większą wydatność mleka przy udoju, już też przez zmniejszenie strat, wynikłych z zepsucia się mleka. Środki, zmierzające do poprawy higienicznych warunków produkcyi i obrotu handlowego mlekiem, powinny być uregulowane i ujęte ustawodawczo lub rozporządzeniami jednolicie dla całego państwa i obejmować powinny zarazem przepisy w sprawie tłumienia gruźlicy; niektóre

---

*) Frosch przyjmuje czas wylęgania się choroby 40—80-dniowy, dla wywołania całkowitego uodpornienia 20 dni szczepień + dni 14 razem 34 dni.

zaś szczegóły tej sprawy, szczególnie stopień najmniejszej zawartości tłuszczu w mleku, pozostawić należy władzom krajowym lub miejscowym. Miasta powinny u siebie zająć się uregulowaniem handlu mlecznego, zwracając szczególniejszą uwagę na czystość mleka, jego świeżość i brak szkodliwości dla zdrowia, nie tak wyłącznie zaś, jak dotychczas, ograniczać się do kontroli jego ciężaru gatunkowego i zawartości tłuszczu. W tym celu doradzićby trzeba miastom tworzenie centralnych stacyi mlecznych (na wzór centralnych stacyi, zaopatrujących miasta w zdrowe mięso, rzeźni połączonych z chłodnią). Stacye te, własność miast, pozostające pod ich zarządem, powinny podlegać kierownictwu odpowiednio przygotowanych i ukwalifikowanych urzędników. W stacyach tych musiałoby całe mleko, dostarczane do miast, być czyszczone, silnie chłodzone oraz rozdzielane do naczyń sprzedażnych, rozwożonych w odpowiednich wozach do sklepów mleczarskich i mieszkań prywatnych. Dotychczasowa drobna sprzedaż mleka przez kobiety wiejskie, handlarzy i sklepiki, jako higienicznie szkodliwa, powinna co rychlej zniknąć. Ze stacyami mlecznemi możnaby połączyć kuchnie dla otrzymywania mleka dla niemowląt. Obok powyższych środków należy ludność stale pouczać o odpowiedniem przechowywaniu mleka, do czego nadarza się szczególnie sposobność przy rozdawnictwie mleka dla niemowląt w instytucyach »Kropli mleka«, których w Niemczech nie brak, choć nie noszą takiej nazwy. Do rozpowszechnienia spożywania dobrego mleka przyczynić się mogą bardzo wybitnie budki mleczne na wzór sodowych i automaty z mlekiem.

Drugi referent niezupełnie zgodził się z wywodami Poettera. I on uznaje konieczną potrzebę uregulowania dotychczasowych sposobów produkcyi i handlu mlecznego, uzasadnia ją jednak raczej względami ekonomicznymi. Warto je przytoczyć. Roczna produkcya mleka w Niemczech przedstawia wartość około 1700 milionów marek, ponieważ zaś bardzo znaczna część produkowanego mleka służy do bezpośredniej konsumcyi i ma szczególniejszą wartość dla zdrowia, zajęcie się sprawą mleka ma pierwszorzędne znaczenie ekonomiczne. Na podstawie obliczeń, dokonanych w 63 większych dobrach, wynosi w Niemczech koszt produkcyi 1 litra mleka 13,5 feniga, płacą zaś zań przeciętnie 15—18 fenigów. Zaspokojenie żądań, zmierzających do otrzymania mleka czystego, dobrego i zdrowego (stały nadzór weterynarski obory, ubezpieczenie przeciw gruźlicy, wyłączanie bydła chorego, dobre pożywienie, usuwanie nawozu 4 razy na dzień, utrzymanie czystości w stajni i służby, wzorowe przybory mleczarskie, chłodzenie mleka itd.) wymaga takiego nakładu, że odbić się to musi na cenie mleka. Dowodów w tym względzie dostarcza Brugger na podstawie szczegółowych obliczeń w kilku oborach, popierając je nadto przykładami z krajów wybitnie mleczarskich: Danii i Szwecyi. Dla przyczyn powyższych nie może zalecić wydania już teraz ogólno-państwowych przepisów dla produkcyi i handlu mlecznego. By stworzyć odpowiednią podstawę dla przyszłej w tym kierunku ustawy, należy na razie ograniczyć się do uregulowania sprawy drogą rozporządzeń, obowiązujących mniejsze przestrzenie kraju (prowincye i obwody rejencyi), a zastosowanych do potrzeb miejscowych, oraz zapomocą przepisów o handlu mlekiem. Na producentów działać można na razie jedynie wychowawczo wykładami i moralnym naciskiem stowarzyszeń rolniczych, nadto stałem uświadamianiem konsumentów co do wartości zdrowego i czystego mleka. Wiele zdziałać tu mogą wszelkiego rodzaju władze, oddając dostawy mleka do swych zakładów nie za najmniejszą cenę, lecz osobom pewnym, poddającym się kontroli i po cenie godziwej. Koleje powinny dostarczać w lecie do transportu mleka wozów czystych i chłodzonych. Myśl utworzenia centralnych stacyi mlecznych zasługuje na gorliwe poparcie, choć czyszczenie mleka należy do producenta. Gminy miejskie są zobowiązane do urządzenia kuchni mlecznych, dostarczających ludności niezamożnej zdrowego mleka dla niemowląt. Kuchnie te powinny być połączone z biurami porady dla matek (»Kropla mleka«). Sprawozdanie swoje zakończył B. opisem wewnętrznego urządzenia takich kuchni mleczarskich w 2 miejscowościach fabrycznych, zalecając połączenie ich z rzeźnią miejską ze względu na wyzyskanie ekonomiczne technicznych urządzeń tegoż zakładu.

Na dyskusyę w tej sprawie pozostało zbyt mało czasu. Sprawa ta jednak, zwłaszcza wobec pewnych różnic w poglądach obu sprawozdawców, a wielkiej swej wagi, wejdzie zapewne na porządek dzienny najbliższego zjazdu. (Dok. nast.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

XI. Wiec austryackich Izb lekarskich w Krakowie 16 i 17 października 1906.

Po południowych obradach wstępnych w przeddzień wiecu, rozpoczęły się właściwe obrady dnia 16/X o 9 rano pod przewodnictwem R. dw. prof. Wicherkiewicza, prezydenta Izby zachodnio-galicyjskiej jako zarządzającej. Po zagajeniu przez przewodniczącego, powitał uczestników imieniem rządu krajowy referent sanitarny R. dw. dr Merunowicz, a imieniem miasta Krakowa wiceprezydent Chyliński. W wiecu uczestniczyli następujący delegaci: dr G. Jaroschy (Praga, sekcya niemiecka), prof. dr A. Heveroch (Praga, sekcya czeska), dr F. Gerard-Festenburg (Galicya wschodnia), R. dw. prof. dr Wicherkiewicz i dr Schoengut (Galicya zachodnia), prym. R. zdr. dr Brenner (Morawy, sekcya niemiecka, a zarazem Bukowina i Salzburg), dr J. List (Austrya dolna), dr A. Ruhenstroth (Śląsk), dr A. Schlömiger (Styrya), prof. dr G. Juffinger (Tyrol), dr Mathes (Przedarulania), doc. dr K. Ewald i dr H. Grün (redaktor »Aerztl. Standes-Zeitung«) (Wiedeń).

1) Sprawozdanie Izby zarządzającej (t. j. zachodnio-galicyjskiej) przyjęto do wiadomości, podobnie jak i 2) sprawozdanie wydziału wykonawczego (sprawozd. dr Brenner); zarazem uchwalono regulamin wydziału wykonawczego.

3) Reformę **sprawy recept** referował imieniem Izby wiedeńskiej dr Grün. Celem ochrony społeczeństwa przed partactwem leczniczem i przeciwdziałania morfinizmowi proponował sprawozdawca, by recepty zwykłe traciły ważność po 3 latach, a na środki niebezpieczne po roku i by lekarze na receptach umieszczali zawsze nazwisko chorego. Sprawę tę po wyczerpującej dyskusyi uchwalił wiec odroczyć, przekazując ją wydziałowi wykonawczemu do dokładniejszego zbadania na zasadzie referatu dr Grüna. — Zarazem uchwalono na wniosek prof. Heverocha zwrócić się do rządu z prośbą, by lekarze urzędowi wykonywali ściślejszą kontrolę nad ponawianem wydawaniem lekarstw w aptekach na tę samą receptę, oraz wezwać Izby, by swym członkom zaleciły, zanim sprawa recept ostatecznie nie będzie załatwioną, dopisywać na receptach »*repetatur semel*« (oczywiście z wyjątkiem przypadków, w których wogóle recepty drugi raz użyć nie wolno: »*ne repetatur*«).

4) Sprawę wykonywania **miesienia przez laików** referował imieniem tejże Izby również dr Grün. Wskazawszy na szkody, jakie wyrządzają chorym niepowołani masażyści i na nierównomierne, a nieraz wprost sprzeczne orzeczenia władz administracyjnych i wyroki sądowe w takich sprawach, uważa referent za konieczne, by rząd wydał rozporządzenie, zakazujące bezwarunkowo samodzielnego wykonywania miesienia przez laików, a następnie, by utworzono państwowe szkoły pielęgnowania chorych, w którychby nauczycielami byli przez krajową władzę sanitarną upoważnieni zawodowcy i w którychby uczono: zasad anatomii i fizyologii, głównych zabiegów miesienia, nacierań, zlewań i innych niższych zabiegów, mierzenia ciepłoty i służby samarytańskiej. Wychowańcy tych szkół musieliby zdawać egzamin, nosiliby tytuł: »egzaminowani dozorcy chorych« (a nie »masażyści«); tylko tacy mieliby prawo pod nadzorem władzy sanitarnej wykonywać swoje rzemiosło i mogliby tylko z nakazu, według polecenia i pod nadzorem lekarskim wykonywać niższe zabiegi miesienia, nacierania i kąpiele. — Referat ten przyjęto.

5) Uchwalono wniosek niemieckiej sekcyi Izby morawskiej (sprawozd. dr Brenner): »Wiec Izb uchwala zwrócić się w imieniu wszystkich Izb do ministerstwa finansów, by pouczyło podwładne sobie władze podatkowe, że wykonywanie praktyki lekarskiej wyraźnie zostało wyjęte z pod ustaw przemysłowych patentem z 20 grudnia 1859 Dz. p. p. Nr 227, stąd też nie podlega Izbom handlowym, ani nie pociąga za sobą obowiązku opłat do tych Izb«.

6) Sprawę utworzenia **państwowego zakładu ubezpieczeń dla lekarzy i ich rodzin** przedstawiał imieniem Izby zachodnio-galicyjskiej dr Schoengut (według uchwalonego przez tę Izbę referatu dra Langiego, który ogłosiliśmy w całości w Nr 40 »Przeglądu lek.«)

W dyskusyi wita dr Brenner z radością ponowne poruszenie tej sprawy przez Izbę lek. zach.-gal.; następnie przypomina projekt ubezpieczenia, przedstawiony na I Zjeździe Izb w Bernie, oparty na ogólnej obowiązkowej samopomocy lekarzy (opłata premii), który wówczas upadł. Obecny projekt opiera się

na zasadzie wciągnięcia do świadczeń na rzecz ubezpieczenia lekarzy także i kół nielekarskich w postaci stempla receptowego, którego myśl przed kilku już laty Izby wprawdzie odrzuciły, ale obecnie wobec pomyślnych doświadczeń, poczynionych przez Towarzystwo »Samopomocy«, zasługuje ona na dokładne zbadanie. Dlatego wnosi mowca, by referat przekazać wydziałowi wykonawczemu dla dokładnych dalszych badań i zdania sprawy na przyszłym wiecu. Wniosek ten uchwalono.

7) Co do **umów z prywatnemi towarzystwami ubezpieczenia od wypadków** uchwalono starać się o przyspieszenie zamierzonej ankiety w tej sprawie.

8) Nie przychylono się do prośby austr.-węgier. Związku prywatnych Towarzystw ubezpieczeń o rewizyę uchwały IX wiecu Izb lekarskich, natomiast oświadczono się ponownie za tą uchwałą. (Uchwała ta ustanawiała 10 koron jako najniższe honoraryum za badanie ubezpieczających się na życie bez względu na wysokość kwoty ubezpieczonej i żądała, by badania odbywały się w domu lekarza, w razie zaś badania w domu strony żądała osobnego wynagrodzenia; sprawę honoraryów przy ubezpieczeniach ludowych pozostawiała uznaniu poszczególnych Izb).

9) Wniosek Izby zachodnio-galicyjskiej: »Wiec Izb uchwali zwrócić się imieniem wszystkich Izb do ministerstwa spraw wewnętrznych z prośbą, aby **dyety dla lekarzy, delegowanych** przez rząd **do zwalczania duru osutkowego, podwyższyć do kwoty 20 koron** (zamiast dotychczasowych 7 koron)«, przedstawił dr Schoengut. — Dr Brenner wniósł, aby zwrócić się do rządu o **zapewnienie pensyi wdowom** po lekarzach, delegowanych przez rząd do zwalczania chorób zakaźnych wogóle i przy tej czynności zmarłych wskutek zarażenia się. Dr Jaroschy wniósł, by podwyższenie dyet dotyczyło nietylko duru osutkowego, ale wogóle **wszystkich epidemii.** — Wiec uchwalił wszystkie te wnioski.

10) Uchwalono wniosek Izby wschodnio-galicyjskiej, dotyczący **ustawy o epidemiach,** przedstawiony przez dra Festenburga, a opiewający: »Wydział wykonawczy Izb poczyni stosowne kroki, aby jaknajrychlej została stworzoną ustawa o epidemiach i aby przy jej opracowywaniu miały Izby ustawą zastrzeżony udział«.

11) Na wniosek tejże Izby (spraw. dr Festenburg) uchwalono w sprawie **lekarzy szkolnych:** »XI wiec Izb uchwala w uznaniu wielkiej doniosłości sprawy lekarzy szkolnych, że jest rzeczą konieczną, aby sprawa ta jaknajrychlej została załatwioną i aby już przy jej badaniach wstępnych miały Izby ustawą zastrzeżony udział. Wiec przekazuje tę sprawę wydziałowi wykonawczemu Izb«. — Dr Ruhenstroth wniósł, aby wiec uchwalił wyrazić zdziwienie i ubolewanie, że rząd dotąd w sprawie lekarzy szkolnych (jak już w wielu innych sprawach) nie zasięgnął opinii Izb lekarskich. — Dr List wniósł, aby Izby zaleciły przyjmowanie tymczasowo na ten rok stanowisk lekarzy szkolnych za ryczałtowem wynagrodzeniem 1 kor. od ucznia rocznie, i aby w ciągu tego roku opracowaną została z udziałem powołanych kół lekarskich dokładna instrukcya dla lekarzy szkolnych i określone ich stanowisko służbowe. Tymczasowych tych stanowisk nie powinni jednak lekarze w żadnym razie obejmować bezpłatnie. — Wnioski dr Ruhenstrotha i Lista uchwalono.

12) Uchwalono wniosek Izby wschodnio-galic. (sprawozd. dr Festenburg): »Wiec Izb zaznacza ponownie konieczność utworzenia **ministeryum dla spraw sanitarnych** i poleca podjęcie stosownych kroków wydziałowi wykonawczemu«. — Doc. Ewald wniósł, by lekarze przy zbliżających się wyborach do Rady państwa wywarli nacisk na kandydatów poselskich w kierunku tej sprawy. Wniosek ten uchwalono. — Dr Brenner poruszył konieczność wejścia lekarzy w większej liczbie do parlamentu oraz do sejmów krajowych.

13) Uchwalono zwrócić się z odpowiednio uzasadnioną prośbą do rządu, aby przy zamierzonem podwyższeniu **opłaty od telefonów** uczynił dla lekarzy wyjątek (wniosek nagły dra Jaroschyego).

14) Przyjęto referat Izby wschod.-gal. (spraw. dr Festenburg) w sprawie **uregulowania stanowiska i stosunków służbowych lekarzy więziennych** w zakładach karnych i przy sądach, polecając wydziałowi wykonawczemu podjęcie stosownych kroków.

15) Dr List poruszył sprawę **organizacyi lekarzy,** którą najłatwiej i najskuteczniej może przeprowadzić każda Izba w swoim okręgu.

16) Na wniosek Izby dolno-austr. uchwalono jaknajrychlej wydrukować i ogłosić protokół obrad XI wiecu.

17) Sprawę obowiązku **zgłaszania się lekarzy do Izb** referował imieniem Izby dolno-austr. dr List. Uchwalono, by każda z Izb, w której okręgu zachodzi tego potrzeba, zwróciła się do władzy politycznej swego kraju z podaniem o dokładne donoszenie Izbie o osiadających w kraju lekarzach. Wydział wykonawczy Izb zaś ma poczynić w ministerstwie oświaty odpowiednie kroki, aby promującym się lekarzom wręczano krótkie zestawienie obowiązków, jakie mają wypełnić wobec Izb przy rozpoczęciu praktyki.

18) Uchwalono wnioski dra Ruhenstrotha i Jaroschyego, dotyczące podania, które będzie wniesione do ministeryum sprawiedliwości w sprawie zmiany **opatrunków przy badaniach sądowych.** Przy badaniu uszkodzonych cieleśnie osób powinien lekarz ordynujący zasadniczo mieć prawo osobiście zmieniać opatrunek; jeżeli z tego prawa nie skorzysta, to opatrunek zmieni lekarz sądowy. Jeżeli zaś lekarz ordynujący sam zmienia opatrunek, to honoraryum za to powinno być wliczone w koszta postępowania sądowego.

19) Na wniosek Izby dolno-austr. (spr. dr List) uchwalono prosić rząd o uregulowanie sprawy **świadectw służbowych** lekarzy.

20) **O biernym oporze lekarzy dolno-austryackich** zdał sprawę dr List, poczem uchwalono następujące rezolucye na wniosek Izby dolno-austr.: »XI wiec Izb lekarskich wyraża ubolewanie, że lekarze dolno-austryaccy zostali przymuszeni do podjęcia biernego oporu i oczekuje napewno, że rząd i władze krajowe jaknajrychlej wypełnią skromne, a uprawnione żądania tych lekarzy«, oraz na wniosek dra Schönguta: »XI wiec Izb lekarskich wypowiada lekarzom dolno-austryackim za pośrednictwem Izby lek. dolno-austr. najzupełniejsze uznanie i sympatyę z powodu dzielnego ich stanowiska w sprawie lekarzy gminnych«.

21) Przyjęto elaborat wydziału wykonawczego w sprawie **reformy ubezpieczenia robotniczego** (spr. dr Brenner).

22) Sprawę określenia **pojęcia praktyki wędrownej** referował imieniem wydziału wykonawczego dr Brenner. Po bardzo obszernej i wyczerpującej dyskusyi przyjęto następującą zasadę: »Niewolno lekarzowi w różnych miejscowościach lub w różnych lokalach w miejscu zamieszkania regularnie odbywać ordynacyi, wyjąwszy, gdyby był do tego zobowiązany na mocy kontraktu. Niewolno pod żadnym warunkiem objeżdżać lekarzowi niewzywanemu różnych miejscowości, aby tam praktykę ogłaszać lub wykonywać«. Wyjątek stanowi praktyka dentystyczna lekarzy, należących do pewnej Izby, wykonywana w okręgu Izby, za zezwoleniem jej i za zgodą lekarzy, w danych miejscowościach osiadłych.

23) Zarządzającą wybrano Izbę tryesteńską.

24) Do wydziału wykonawczego Izb zostali wybrani: dr dr Brenner, Festenburg, Ewald, List, Petřina, Schlömiger. *C.*

Ostrzeżenie.

Śląska Izba lekarska ogłasza, co następuje:

»Pomiędzy lekarzami powiatowej Kasy chorych we Frysztacie na Śląsku austr., a zarządem tejże Kasy powstało nieporozumienie.

Według uchwały śląskiej Izby lekarskiej z d. 4 b. m. i r. wzywa się wszystkich kolegów jaknajgoręcej, aby żadnej posady w tejże Kasie chorych tymczasowo nie przyjmowali.

Opawa, dnia 10 października 1906. Prezydyum śląskiej Izby lek.

Dr Ruhenstroth.

W tejże sprawie ogłasza »Związek austryackich organizacyi lekarskich«:

»Przestrzega się kolegów przed ubieganiem się lub przyjęciem posady lekarza powiatowych Kas chorych we Frysztacie i Boguminie na Śląsku austr.

W imieniu prezydyum Związku:

Dr Leopold Nekowitsch. *Dr Friedr. Janeczek.*

Dokładniej można się informować u dra Stillera, Niklasdorf, Śląsk austr.«

Ustawa o zabezpieczeniu urzędników prywatnych zostanie prawdopodobnie wkrótce uchwaloną przez austr. Izbę Panów i zatwierdzoną przez cesarza, poczem po 2 latach zacznie już obowiązywać. Ponieważ zapewnia ona jakie takie zabezpieczenie także lekarzom okręgowym, gminnym, szpitalnym, Kas chorych, skarbowym i t. d., a pośrednio kolejowym, więziennym

i sądowym, przeto »Głos lekarzy« (Nr 20) dla obeznania lekarzy z treścią ustawy ogłasza jej projekt w obecnej, Izbie Panów przedłożonej postaci. *R.*

Kongres psychiatrów z Austryi, który obradował w Wiedniu, uchwalił następującą rezolucyę: »Zgromadzeni dla naukowej pracy psychiatrzy z Austryi protestują przeciwko temu, ażeby psychiatryi, tudzież im, jako jej przedstawicielom, przypisywano szkody, które ponosi ogół, równie jak jednostka, skutkiem stosowania błędnej ustawy o umysłowo chorych. Zgromadzeni ponownie podnoszą, że te niewielkie zdobycze, które na tem polu osiągnięto, zawdzięcza ogół Stowarzyszeniu psychiatrów, które już przed 40 laty domagało się od ministerstw wydania nowej ustawy o umysłowo chorych. Zgromadzeni psychiatrzy wzywają ministerstwo spraw wewnętrznych i ministerstwo sprawiedliwości, ażeby wreszcie przeprowadziły w tej dziedzinie reformy w duchu nowożytnym; żądają zwłaszcza, ażeby dla rychłego wdrożenia tych reform stanęła na czele tego, dotąd zaniedbanego działu osobistość, mająca wiedzę fachową«. *R.*

Wiec aptekarzy. Prezydyum powszechnego stowarzyszenia aptekarzy z Austryi, liczącego 1,444 członków, zwołało na dzień 9 i 10 b. m. wiec aptekarzy do Wiednia. Sprawę nowej taksy aptekarskiej referował dyrektor Grüner, który żądał podwyższenia cen środków lekarskich, gdyż wobec ogólnej drożyzny koszt prowadzenia aptek zwiększył się. Referent wystąpił również przeciwko kasom dla chorych, twierdząc, że kasy te istnieją kosztem aptekarzy. Aptekarz Troethandel wystąpił przeciwko »mieszaniu się« lekarzy do spraw aptekarskich. W drugim dniu obrad uchwalono rezolucyę, żądającą, ażeby przedstawiciele aptekarzy należeli do najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu i do krajowych Rad zdrowia, prócz tego zaś, ażeby w ministerstwach i namiestnictwach utworzył rząd posady fachowych referentów aptekarskich. W sprawie tej wysłano natychmiast deputacyę do ministerstwa spraw wewnętrznych, gdzie deputacya otrzymała odpowiedź, że rząd będzie się starał uwzględnić żądania aptekarzy. Aptekarz Grüner podniósł następnie potrzebę ściślejszego współdziałania lekarzy i aptekarzy w sprawach, które obchodzą oba te stany, a zgromadzenie uchwaliło rezolucyę w tym kierunku. Wreszcie uchwalono rezolucyę, żądającą zapobieżenia ciągłemu wprowadzaniu nowych środków specyalnych w aptekarstwie, bardzo często nieskutecznych. *R.*

Instytucya „Kropli mleka“ w Krakowie wydała sprawozdanie ze swej działalności w pierwszym roku istnienia. Instytucya składa się z kuchni mlecznej i dwóch stacyi wydawania mleka. Liczba matek, pobierających mleko, była najwyższą w miesiącach zimowych i dochodziła do 100, w czem 40—60 prc. izraelitek. Wyniki co do zdrowia dzieci były doskonałe. Koszt założenia instytucyi w kwocie 2,475 kor. pokryła księżna Teresa Lubomirska, jak również niedobór przy zamknięciu roku w kwocie 1,809 kor. Dochody (za mleko i z ofiar) wynosiły 3,388 k., rozchody 5,198 k. Lokal miała instytucya bezpłatnie od ks. K. Lubomirskiego. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 7 do 13 października 1906 doniesiono o nowych 13 przypadkach duru plamistego w 6 gminach, a mianowicie pow. Bohorodczany (Bogrówka 4, Krzywiec 3), Jaworów (Jazów st. 2), Rawa (Kamionka woł. 2, Biała 1), Tarnopol (Chodaczków w. 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 7 a 13/X b. r urodziło się dzieci żywo 60, nieżywo 4; zmarło osób 38 (obcych 18); z tego z gruźlicy 9 (5), zapalenia płuc 3 (2), błonicy — (—), krztuśca 1 (1), ospy — (—), płonicy 4 (3), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 4 (1), innych chorób zakaźnych — (—), śmiercią gwałtowną 3 (—).

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 30/IX do 6/X b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 7 (obcych 4), krztuśca 3 (—), ospy — (—), płonicy 12 (1), odry 8 (—), duru brzusznego 3 (2), czerwonki 1 (—), gorączki połogowej 1; w tymże czasie zmarło: z krztuśca 1, z gorączki połogowej 1.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wiec Izb lekarskich austryackich obradował w Krakowie w d. 16 i 17 b. m. pod przewodnictwem R. dw. prof. dr Wicherkiewicza, a przy udziale delegata rządowego R. dw. dr Merunowicza i delegatów 13 Izb. Uczestników wiecu podejmowało Towarzystwo lekarskie 16 b. m. wieczerzą, w czasie której przemawiali: wiceprezes Tow. lek. dr Borzęcki, prezydent Izby morawskiej dr Brenner, wiceprezes Izby zachodnio-galic. dr Schoengut, dziekan Wydziału lek. prof. Kostanecki, przedstawiciele Izby wiedeńskiej doc. Ewald i dr Grün i w. i. — Krótkie sprawozdanie z obrad wiecu podajemy w rubryce »Wiadomości zawodowych«.

— Przy ścisłych egzaminach lekarskich mianowani zostali na rok 1906/7: komisarzem rządowym dr Bielański, jego zastępcą prof. Ponikło, koegzaminatorami przy II rygorozum: prof. Bujwid, Pareński, Piltz i dr Zoll; przy III rygorozum: prof. Reiss, Pieniążek, Rosner i doc. Rutkowski.

— »Stowarzyszenie lekarzy« w Krynicy wybrało na rok przyszły prezesem dra Lorentskiego, wiceprezesem dra Ashkenazego, skarbnikiem dra Kmietowicza, sekretarzem dra Zatheya. Na kilku posiedzeniach przeprowadzono szczegółową dyskusyę w sprawie piekących potrzeb tego zdrojowiska i uchwalono wnieść w tych sprawach obszerny memoryał do Koła polskiego, jakoteż do władz krajowych i centralnych z prośbą o konieczne inwestycye, jak spieszna budowa łazienek mineralnych, zakładu hydropatycznego i t. p. W czasie pobytu ministra kolei dra Derschatty w Galicyi wysłało Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy do ministra deputacyę, w skład której weszli dr Ebers, dr Lorentski i dr Zathey, z prośbą o poparcie mającej się budować kolei: Muszyna-Krynica, które też minister przyrzekł.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej na posiedzeniu w d. 3 b. m. rozdzielił z kwoty 1,500 k., udzielonej ze Związku Tow. lek., 9 zapomóg po 50 do 300 kor. wdowom po lekarzach i roztrząsał sprawę praktyki masażystów, zaś na posiedzeniu w dniu 12 b. m. zastanawiał się nad projektem minimalnej taryfy lekarskiej, ułożonej przez sekcyę Jarosławską Tow. lek. gal., postanowił udzielić poparcia lekarzom w ich walce o poprawę warunków pracy w 2 kasach chorych i załatwił kilka drobniejszych spraw administracyjnych.

— Przy ścisłych egzaminach lekarskich mianowani zostali na rok 1906/7: komisarzem rządowym R. dw. dr Merunowicz, jego zastępcą dr Lachowicz; koegzaminatorami przy II rygorozum: prof. Raczyński, Halban i Wiczkowski; przy III rygorozum: prof. Łukasiewicz, Ziembicki, Schramm i doc. Bylicki.

— Na wydział lekarski lwowski zapisało się po dzień 8. b. m. nowo wstępujących słuchaczy zwyczajnych 84, (w tem 8 kobiet), nadzwyczajnych 8 (w tem 1 kobieta). (»Tyg. lek.« 41).

— Rząd przyjął wszystkie warunki co do budowy i utrzymania kliniki pedyatrycznej, postawione przez Towarzystwo szpitala im. św. Zofii, wobec czego budowa wkrótce się rozpocznie. Klinika stanie tuż obok szpitala im. św. Zofii, a obejmie 22 łóżek, odpowiednie ambulatoryum, pracownię, salę wykładową i t. d. (»Tyg. lek.« 41).

— Dr Tomita, starszy lekarz sztabowy armii japońskiej, przybył na kilkomiesięczne studya na klinikę chirurgiczną R. dw. prof. Rydygiera.

Warszawa. Na zebraniu ogólnem Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w d. 7. b. m. wybrano do zarządu drdr: Bronowskiego, Chełchowskiego, Dobrskiego, Dunina, Hewelkego, Jakimiaka, Jaworskiego, Kamockiego, Kosmowskiego, Krajewskiego, Leśniowskiego, Męczkowskiego, Nusbauma, Przyborowskiego Ad., Rzętkowskiego, Sawickiego B., Sokołowskiego A. i Szumlańskiego. Wybrano też sąd koleżeński z 15 członków, komisyę towarzyską z 10, rewizyjną z 5, wyborczą z 24 członków i 6 zastępców. Wkładkę roczną oznaczono na 12 rubli. Na zebraniu było obecnych 167. — Zgłoszenia na członków przyjmuje dr Rzętkowski (Marszałkowska 78).

— Ofiarność prywatnego grona wskrzesiła pracownię fizyczną przy Muzeum przemysłu i rolnictwa. Kierownikiem jej jest p. St. Kalinowski. W zakresie naukowym rozpoczęła pracownia zbadanie Królestwa pod względem magnetycznym i inne badania specyalne; w zakresie praktycznym zajmuje się pracownia sprawdzaniem różnych przyrządów fizycznych (»Medycyna« 41).

Z różnych stron. Na tegorocznym zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Stuttgardzie zawiązało się prócz towarzystwa urologicznego jeszcze towarzystwo neurologiczne niemieckie, które zbierać się będzie corocznie.

— Policya berlińska zaprowadza obowiązkowe odkażenie ubrania i bielizny osób, które pielęgnowały chorych na błonicę, gorączkę połogową, powrotną, płonicę lub dur brzuszny, magistrat zaś berliński udziela zawodowym dozorcom chorych w takich razach (podobnie jak położnym) bezpłatnych kąpieli i odkażenia.

— »Deutsche med. Wochenschrift« domaga się, aby ze zjazdów lekarzy i przyrodników niemieckich z góry wyłączono wykłady, których tytuł budzi podejrzenie, że cel wykładu nie jest naukowy, ale kupiecki. Na dowód słuszności swego żądania przytacza pismo to rzecz następującą: Po ostatnim zjeździe w Stuttgardzie rozsyłano redakcyom pism lekarskich w kopertach z nagłówkiem »78 zjazd lekarzy itd.« (jakby jaką urzędową publikacyę zjazdu) wykład docenta politechniki dr Junghahna z Charlottenburga »O kawie słodowej« z dedykacyą od autora i prośbą o wydrukowanie lub streszczenie. Oczywiście jest to zwykła kupiecka reklama, niestety widocznie nie bez zgody docenta Junghahna podjęta.

— Niemieckie Towarzystwo dermatologiczne (nowo zawiązane) uchwaliło złożyć do fundacyi im. Schaudinna 5,000 marek, a pierwszy tom swych prac wydać z napisem »Ku uczczeniu pamięci Schaudinna« i z jego portretem.

— W sprawie środka przeciwgruźliczego, »tulazy« Behringa, ogłosił dyrektor paryskiej kliniki ludowej, dr Bernheim w dzienniku paryskim »Temps«, że najnowszy ten środek jest zupełnie bezskuteczny. Dr Bernheim miał w Strassburgu na klinice Krehla spostrzegać jedenastu suchotników, których stan mimo leczenia tulazą wcale się nie poprawił, w jednym przypadku miał Bernheim stwierdzić nawet wybitne pogorszenie. Przeciw doniesieniom Bernheima wystąpił prof. Krehl w następującym liście, ogłoszonym w »Temps«: »7 września ogłosiłeś Pan w »Temps« artykuł o chorych, leczonych w klinice strasburskiej tulazą, co miało ten skutek, że prof. Behring odmówił mojej klinice dalszego przysyłania nowego środka przeciwgruźliczego. W interesie moich chorych i w interesie nauki lekarskiej żałuję tego najmocniej, rozumiem jednak, że Behring nie życzy sobie więcej, by czyniono u mnie dalsze próby z jego środkiem, skoro z mej kliniki wydostały się do publicznej wiadomości tendencyjne i do zdyskredytowania środka jego dążące artykuły, pomimo że to się stało bez mej wiedzy i po za mojemi plecami. Wiesz Pan chyba sam najlepiej, że nie można za pańskie lekkomyślne, z istotą rzeczy niezgodne, względnie nieprawdziwe wiadomości czynić odpowiedzialnym ani mnie, ani p. Morawitza, który się zajmował szczegółowo u prof. Behringa badaniami w sprawie leczenia gruźlicy«. *E. S.*

Mianowani: Doc. dr Langer z Pragi nadzwyczajnym profesorem pedyatryi w Gracu; prof. Tangl profesorem patologii ogólnej w Peszcie;

w nowym szpitalu OO. Bonifratrów w Krakowie mianowani zostali: konsulentem prof. Pareński, prymaryuszami: oddziału chirurgicznego prof. Bossowski, oddziału chorób skórnych i wenerycznych prof. Krzyształowicz, oddziału chorób wewnętrznych dr Frączkiewicz, kierownikiem ambulatoryum chorób ocznych dr Langie, sekundaryuszem szpitala dr Jarecki.

Powołani: Prof. anatomii patologicznej Borst z Göttingen na miejsce Rindfleischa do Würzburga.

Zmarli: higienista prof. Krocker w Berlinie w 60 roku życia; b. profesor psychiatryi Roncati w Bolonii; b. prof. pedyatryi Bystrow w Petersburgu; prof. pedyatryi Blancas w Buenos-Ayres.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 30. Karwacki: Wpływ uodporniania czynnego przeciw ziarnikom Doyena na przebieg nowotworów złośliwych. Kijewski (c. d.). Dzierżgowski (dok.).

— *Kronika lekarska* Zesz. 19. Biehler Matylda: O działaniu farmakologicznem kakodylanu sodu. Hallé i Motz, Biehler W. (c. d.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 41. Czarnik (dok.) Rencki (c. d.).

— *Medycyna* Nr 41. Goldflam (dok.). Flatau i Koelichen (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr 20. Mikołajski: Ustawa o ubezpieczeniu urzędników prywatnych w zastosowaniu do lekarzy. Mikołajski (c. d.).

— *Časopis lékařův českých* Nr 41. Honl: Podstata a vznik meningitidy cerebrospinalni epidemické a prostredky proti jejimu šiření. Kimla: Cystitis caseosa. Šamánek (c. d.). Dvořak (c. d.)

— *Russkij Wracz* Nr 38. Turner: O patologii i leczeniu kolana koślawego. Likudi: Weronal i jego znaczenie lecznicze. Cholmogorow: Leczenie silnego ślinotoku podczas ciąży atropiną. Słowcow: W sprawie ścinania się mleka pod wpływem podpuszczki. Ikonnikow: Z kazuistyki prawdziwych niepasorzytnych torbieli wątroby.

— *Presse medicale* Nr 79. Meunier: Późne bole żołądka i ich leczenie. Joseph: Powierzchowne ciała obce w oku. — Nr 80. Rey: Mieszkania i higiena dopływu powietrza; ulica i podwórze.

— *Semaine medicale* Nr 41. Marfan: Krzywica wrodzona.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 41. Goldscheider: O badaniu serca w położeniu na lewym boku. Pfannenstiel: Określenie wskazań postępowania przy porodzie wobec ścieśnienia miednicy. Franke: O pierwotnej gruźlicy śledziony. Manasse: Niedrożność jelit wskutek zatkania lewego zagięcia okrężnicy. Obern-dorfer: Czy istnieje przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego? Tilliss: W sprawie leczenia osłabienia mięśnia sercowego prądami elektrycznymi. Rattner: Bornywal w czynnościowych zboczeniach narządów brzusznych u kobiet. Unruh: T. zw. szkolna niedokrwistość. Mayer: O bezbolesnych wstrzykiwaniach rozpuszczalnych soli rtęciowych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 41. Jellinek: W sprawie higieny elektrycznych urządzeń domowych. Doerr: Toksyna dysenteryczna. Kren: W sprawie „neurofibromatosis“ Recklingshausena. Feix: Nowy sposób badania odruchu kolanowego i ścięgna Achillesa. Reuss: Collyrium adstringens luteum.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 41. Seitz: W sprawie hebotomii. Manteufel: O zachowaniu się aglutyninów w biernie uodpornionym ustroju. Moro: Naturalne odkażanie jelit. Jochmann i Müller: Dalsze wyniki naszego sposobu wykrycia działania zaczynów proteolitycznych. Ritter: W sprawie stwierdzania krętka bladego w wytworach kiłowych. Sudeck: W sprawie techniki oszołomienia eterowego. Waelsch: Induratio penis plastica. Assfalg: O leczeniu światłem rtęciowem. Mayer: Przyczynek do histologii chrząstniakomięsaków. Weckerle: Przepuklina przeponowa rzekoma. Palmer: Przypadek ostrego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Rieder (dok.). Kuhn: Katgut ze zdrowego bydła bitego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 41. Baumgarten: Doświadczenia w sprawie gruźlicy gruczołów chłonnych, powstałej drogą krwi. Cohn-Kindborg: Leczenie powietrzem gorącem w rozedmie płuc, przewlekłym nieżycie oskrzeli i dychawicy oskrzelowej. Levinson: Odczyn Barberia. Bröse: Pielęgnowanie powłok brzusznych po porodzie. Mayer i Milchner (dok). Kutscher: Etyologia i epidemiologia nagminnego zapalenia opon.

Redakcya otrzymała: Mięsowicz: Działanie śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny na narządy wewnętrzne królika. Rozpr. Akad. Um. 1906. — Tożsamo w streszczeniu niemieckiem. Biul. Akad. Um. 1906. — Talko-Hryncewicz: 1) K antropołogii Tunguzow. Irojskie chamnegany. (Trudy Troick.-Kiacht. Obszcz. Tom 7. Z. 3) 1905. 2) Drewnie pamiatniki zapadn. Zabajkalja. (Odb. z „Trudow XII Archeol. Zj. 1902 w Charkowie“). — VI Sprawozdanie roczne zarządu Towarzystwa Domu zdrowia uczącej się młodzieży „Pomoc bratnia“ w Zakopanem za r. 1905/6. — Żeleński: Sprawozdanie z pierwszego roku działalności instytucyi „Kropla mleka“ w Krakowie. Odb. z „Głosu lekarzy“ 1906. — Starzewski J.: O zakażeniu ciążowem. Odb. z „Tygodnika lekar.“ 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomenthołowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.



MARKA OCHRONNA E. MATULA

Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163

Patentowany. Nazwa ustawowo strzeżona.

Histosan

(Guajakol-Albuminat)

W miejsce dotychczasowych przetworów gnajakolowych, z których część pewna wywiera szkodliwe działania uboczne, podczas gdy sole gnajako-siarczane z powodu niepewnego swego działania ogromnie utrudniają leczenie, polecamy Panom lekarzom najusilniej nasz Histosan.

Według badań Panów Prof. Dr. Nevinny'ego z Instytutu farmakologicznego uniwersytetu w Innsbruku i badań w instytucie dla śledzenia chorób zakaźnych uniwersytetu w Bernie, jakoteż w myśl przeróżnych doświadczeń w zakładach leczniczych i sanatoryach, wywiera histosan wyjątkowo korzystne działanie przy gruźlicy jakoteż przy innych zakaźnych chorobach narządów oddechowych. Histosan przewyższa, jak to każdy lekarz a priori przyzna, jako połączenie białkowate każdy dotąd znany przetwór guajakolowy składem racyonalnym a wypróbowanie go praktyczne pouczy w każdym przypadku, że przewyższa on skutecznością daleko wszystkie dotąd używane środki wewnętrzne w omawianych cierpieniach.

Postaci przyjęcia dla dorosłych:

Rp. Sirup. Histosani lag. orig. I
S. 3—4 razy dziennie 1 łyżeczkę kaw.

Rp. Tablettae Histosani scat. orig. I
S. 4—6 kołaczyków dziennie.

Rp. Histosan pulv. 0.5 tal. dos. No XX
S. 3—4 razy dziennie 1 proszek.

50 I

Ceny: 1 pudełeczko oryginalne **kołaczyków-mleczno-czekoladowych-histosanu** 40 sztuk zawierające fr. 4·—, mk. 3·20, K. 4·—. 1 flaszka oryginalna syrupu-histosanu fr. 4·—, mk. 3·20, K. 4·—.

Dokładne piśmiennictwo i próbki PP. lek. chętnie bezpłatnie do rozporządzenia

Fabrik chemischer & diätet. Produkte

Schaffhausen (Schweiz) Singen (Baden)

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychniny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców;** bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób 165

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

Rok XLV. Kraków 27 Października 1906. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni fizyologicznej prof. Cybulskiego w Uniw. Jagiell.

O znaczeniu wapna w infuzyach po krwotokach.

(Doniesienie tymczasowe.)

Podał

Dr J. Latkowski

I. asystent kliniki lekarskiej U. J.

Ringer stwierdził, iż do utrzymania czynności serca wyosobnionego (poza ustrojem) zwierząt zimnokrwistych konieczną jest obecność soli wapniowych w płynie, używanym do przepłukiwania serca. Przez dodanie bowiem wapna do rozczynu chlorku sodowego, którym przepłukiwano serce żaby, można było doprowadzić je do skurczu, nawet kiedy już bić przestało.

Cały szereg fizyologów potwierdził to spostrzeżenie i uznał płyn Ringera za najodpowiedniejszy do utrzymania serca przy życiu. Płyn ten jest izotonicznym względem krwi roztworem soli kuchennej i odpowiednio małych ilości chlorku wapna, chlorku potasu i dwuwęglanu sodowego.

Rusch zastosował płyn Ringera do wyosobnionego serca zwierząt ssących. Locke zaś płyn ten zmodyfikował przez dodanie cukru gronowego i doprowadzenie tlenu.

Płyn Ringera wedle badań Abderhaldena zbliża się bardzo swym składem chemicznym do surowicy krwi zwierząt i zawiera w tym samym stosunku sole, zawarte we krwi. Kuliabko, Langendorff, Hering, Gross i inni stwierdzili, że można płynem tym ożywiać także wyosobnione serce zwierząt ssących w kilka godzin po śmierci zwierzęcia. Kuliabce udało się nawet w 54 godzin po śmierci zwierzęcia wyosobnione serce doprowadzić do skurczu. Z drugiej strony badania Loeba dowiodły, że dla życia pewnych zwierząt morskich i ich jaj potrzebny jest rozczyn soli, podobny składem do wody morskiej. Roger stwierdził to na wyosobnionem sercu raka morskiego. Jeżeli zaś porównamy skład chemiczny wody morskiej z płynem Ringera, to przekonamy się, że choć woda morska jest rozczynem znacznie gęstszym od tego płynu, to jednak stosunek wzajemny ilości różnych soli jest w obu jednaki. Poszczególne jego składniki, a przedewszystkiem chlorek sodu nie zdoła utrzymać przy życiu mięśnia sercowego i dopiero dodanie chlorku wapnia do roztworu chlorku sodowego może wywołać skurcze serca. Wedle badań Loeba do życia zwierząt konieczne są jony sodu i wapnia. Jonom zaś wapniowym przypisuje Loeb działanie przeciwnicze względem jonów sodowych; jedne i drugie są konieczne do wywołania rytmicznych skurczów mięśni, gdyż tylko w rozczynach elektrolitów mogą się mięśnie kurczyć.

Co do samych soli wapniowych, to ważność ich dla czynności serca stwierdza cały szereg badaczy. I tak Göthlin przypisuje jonom wapniowym wielkie znaczenie dla ruchów serca, a okoliczność, że serce bić przestaje w czystym rozczynie chlorku sodowego, tłómaczy wypłukaniem z tkanki rozpuszczalnych soli wapniowych zapomocą tego rozczynu. Howell, Eaton, Greene uważają również obecność jonów wapniowych za konieczną dla ruchów serca. Gross badał wpływ poszczególnych składników płynu Ringera na wyosobnionem sercu zwierząt ciepłokrwistych i dowiódł stanowczo, że serce, przepłukiwane płynem Ringera, nie zawierającym wapna, bić przestaje, po dodaniu zaś wapna zaczyna bić na nowo. Zwiększenie ilości wapna w płynie Ringera wzmacnia skurcze serca i wywołuje ich przyspieszenie, przyczem zwiększenie skurczów jest wybitniejsze, niż przyspieszenie. To samo stwierdzili Langendorff i Hueck: w razie przepłukiwania płynem, nie zawierającym wapna, serce bić przestawało, a biło, jeżeli płyn zawierał wapno; nadto dodawanie większej ilości wapna powiększało skurcze serca, a przy bardzo dużych ilościach wapna występowały skurcze tężcowe. Spostrzegali oni to wzmożenie czynności serca tak na sercu wyosobnionem, przepłukiwanem krwią, jak i po wstrzykiwaniach soli wapniowych do żył zwierzęcia zdrowego. W ostatnim rodzaju doświadczeń zauważyli oni na dwu zwierzętach podniesienie ciśnienia krwi i przyspieszenie tętna. Również Mickwitz zauważył, że chlorek wapnia, wstrzykiwany do żył zwierzęcia, zwiększa siłę skurczów serca.

Ponieważ wedle tych badań wapno wywiera wpływ korzystny na serce, względnie na narząd krążenia, wykonałem szereg doświadczeń, o których tymczasem krótko donoszę, zanim opiszę je obszerniej w związku z dalszemi doświadczeniami. Chodziło mi głównie o stwierdzenie, czy wapno rzeczywiście wywiera wpływ na ciśnienie krwi i czy ten wpływ nie da się zużytkować w celach leczniczych.

Doświadczenia wykonałem na psach. Zwierzętom kuraryzowanym wstrzykiwałem $^1/_{20}$ normalny rozczyn chlorku wapniowego w ilości od 3—30 cm.^{3} do żyły szyjnej; tętnicę zaś szyjną łączyłem z manometrem Ficka lub kimografionem Ludwiga. Przed każdem wstrzyknięciem soli wapniowych wstrzykiwałem roztwór chlorku sodowego tego samego stężenia drobinowego dla porównania wpływu. Wpływ na ciśnienie krwi po wstrzykiwaniach wapna nie zawsze był wybitny, w kilku jednak doświadczeniach wzrost ciśnienia krwi był widoczny i wynosił kilkadziesiąt milimetrów słupa rtęci. Natomiast

mogłem zawsze stwierdzić zapomocą manometru Ficka, że siła skurczów serca wzmaga się bardzo znacznie i to szczególnie wtedy, gdy ilość soli wapniowych w surowicy zwiększymy w dwójnasób. Przy większych ilościach występują tężcowe skurcze serca. Wpływ wapna na siłę skurczów występował wybitnie przy zachowaniu nerwów błędnych, po przecięciu nerwów błędnych nie był tak wybitny, lecz zawsze dał się zauważyć. Drażnienie nerwów błędnych po wstrzyknięciu wapna wywołuje ten sam skutek, co przed wstrzyknięciem chlorku wapniowego, czyli chlorek wapniowy nie działa na zakończenia nerwów błędnych porażająco.

Wpływ na serce trwał zwykle kilkadziesiąt minut, poczem czynność serca i siła skurczów wracała do stanu prawidłowego.

Stwierdziwszy niewątpliwy wpływ chlorku wapniowego na serce, chciałem się przekonać, czy wpływ ten nie da się wyzyskać we wlewaniach solnych po dużych krwotokach.

Wedle badań Kroneckera i Sandera można uratować zwierzę po krwotoku zapomocą wlewań fizyologicznego roczczynu chlorku sodowego, jeźli ilość krwi straconej nie przekracza $^2/_3$, a nawet $^3/_4$ części całej ilości krwi. Wedle Otta ilość ta nie powinna przekraczać $^2/_3$ części krwi. Landerer określa tę ilość na 4·5% ciężaru ciała; Hayem zaś na 4·34 do 5·55% ciężaru ciała. Holowtschiner określa niebezpieczeństwo przy krwotokach wedle zmiany w oddychaniu i podaje, że w drugim okresie krwotoku t. j. wtedy, gdy oddychanie staje się przyspieszonem i powierzchownem, można zwierzę zapomocą wlewań uratować, natomiast w trzecim okresie utraty krwi, gdy oddech staje się bardzo rzadkim, nieregularnym, z długiemi przerwami, ratunek zapomocą wlewań solnych jest niemożliwy. Wedle Feisa można tylko takie zwierzęta uratować, które nie straciły więcej krwi, niż 5·4% ciężaru ciała.

Chcąc ocenić wartość dodania chlorku wapniowego we wlewaniach słonych, upuszczałem zwierzętom bardzo dużo krwi i czekałem, aż zupełnie zniknie oddech i tętno. Warunki więc do ratowania zwierząt miałem znacznie gorsze od opisywanych. Tętnicę szyjną łączyłem z kimografionem, mogłem więc na nim odczytać tak skurcze serca, jak i spadek ciśnienia do 0.

Jednym zwierzętom po utoczeniu krwi wstrzykiwałem 0·9% roztwór chlorku sodowego z dodatkiem 0·02% chlorku wapniowego, innym zaś dla porównania wstrzykiwałem po wypuszczeniu krwi roczyn 0·9% czystego chlorku sodowego.

Zachowanie się jednych i drugich zwierząt po wlewaniu było wybitnie różne, a korzystniejsze w przypadkach wlewań, zawierających chlorek wapnia i to skłania mnie do obecnego doniesienia.

Na siedem psów, którym wlano chlorek sodu z chlorkiem wapnia, zginął jeden. Temu wypuszczono krwi w ilości 6% ciężaru ciała. Z uratowanych pięciu, które były potem już zupełnie zdrowe, dwom upuszczono krwi w ilości odpowiadającej 5·76% i 5·84% ciężaru ciała, a więc ilość, wedle dotychczasowych obliczeń, śmiertelną.

Z pięciu psów, ratowanych roztworem chlorku sodu bez wapna, zginęło trzy, pomimo tego, że nie wypuszczono nigdy więcej krwi, niż 5·16% ciężaru ciała (5%, 5·13%, 5·16%).

Nadto zachowanie się psów po wlewaniu roczczynu chlorku wapnia było znacznie lepsze. Psy te zwykle po wlewaniu ruszały się dość rześko, niektóre zaraz chodziły swobodnie i jadły chciwie. Przeciwnie zaś po wlewaniach chlorku sodu bez wapna psy były senne, zwykle nie chciały jeść przez pierwszą dobę, często popadały w śpiączkę, w której niektóre ginęły w kilka godzin po wlewaniu.

Chcąc sprawdzić, czy ten wynik nie zależy od indywidualności psów, wypuściłem krew powtórnie kilku psom i zastosowałem wlewania odwrotnie, t. j. tam, gdzie był wlewany sam chlorek sodu, wlewano obecnie chlorek sodowy z dodaniem chlorku wapniowego, lub przeciwnie. Z psów, u których po poprzedniem wlewaniu samego chlorku sodu, robiłem po powtórnym krwotoku wlewania, zawierające wapno, nie straciłem żadnego; natomiast po wlewaniu chlorku sodu bez wapna straciłem psa, który doszedł już był do zupełnego zdrowia w trzy i pół tygodnia po pierwszym krwotoku, wynoszącym 5·76% ciężaru ciała, uratowany wówczas wlewaniem, zawierającem wapno (badanie krwi stwierdziło w 24 dni po pierwszym krwotoku 70% hemoglobiny i 6,400,000 krwinek czerwonych). Drugim razem, choć stracił krwi tylko 5·1%, nie dał się uratować przez wlewanie chlorku sodowego bez wapna.

Pozostałym psom, uratowanym wlewaniami z chlorkiem wapnia, dotąd krwi powtórnie nie wypuszczałem.

Przytoczone doświadczenia pozwalają mieć nadzieję, że większa ich liczba stwierdzi w całej pełni ważne znaczenie wapna we wlewaniach po krwotokach. To też doświadczeń tych nie przerywam i opiszę je dokładnie, gdy zbierze się ich znaczna liczba.

Sądzę jednak, że w tem, co dotąd przytoczyłem, nie znajdziemy powodu, dla któregoby nie można już teraz zacząć stosować chlorek wapniowy w ilości 0·02% we wlewaniach solnych przy krwotokach u ludzi, skoro szkodliwości tak małego dodatku chlorku wapniowego nikt dotąd nie spostrzegł, a przytoczone doświadczenia zachęcają do tej próby chyba jak najbardziej.

O nerwobólu międzyżebrowym *(neuralgia intercostalis)* głównie ze stanowiska skarg chorego.

Podał

Władysław Janowski

docent Akademii i ordynator szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Ciąg dalszy).

Rzecz jasna, że wszystkie skargi, wypowiedziane przez chorych, których dokładniej w ostatnich czterech punktach niniejszej pracy opisałem, wywołane były istotnie tylko przez szereg objawów nerwowych zwrotnych ze strony serca, sprowadzających wyżej opisane dolegliwości. Ponieważ jednak objawy te są wynikiem czysto nerwowego oddziałania serca na bodziec chorobowy tak jasny i zupełnie określony, jakim jest ból w gałązkach nerwów międzyżebrowych w najbliższej okolicy serca, nie można więc w tych przypadkach rozpoznawać nerwicy serca jako samoistnego stanu chorobowego. Przez wyraz bowiem „nerwica“ pojmujemy zawsze coś nieokreślonego, niedokładnie z punktu widzenia przyczyny wytłómaczonego, tu zaś mamy przyczynę aż nadto jasną. Co ważniejsza zaś, nie można, zdaniem mojem, nigdy podawać

chorym rozpoznania „nerwicy serca“, zatrważającego ich swoją niepewnością, dopóki nie ma się zupełnej pewności, że żadną ze znanych nam metod badania klinicznego niepodobna jest bliżej przyczyny ich dolegliwości sercowych dosięgnąć. Zastrzeżenie to słusznie chyba odnieść można w stopniu najwyższym do omawianych tu przypadków, w których przyczyna objawów zwrotnych nerwowych ze strony serca jest tak jasna, że staje się aż palcem namacalną. Pomny tej ostrożności, dotąd nigdy jeszcze nie musiałem ani rozpoznać, ani tembardziej podawać choremu rozpoznania czystej nerwicy serca i mniemam, że rozpoznanie to ze stosunkowo pospolitego stanie się i u innych kolegów rzadkością zupełnie wyjątkową, jeżeli stawiane będzie dopiero po wyłączeniu przedewszystkiem nerwobólu międzyżebrowego w okolicy serca. Uniknie się przez to krzywdy chorego i dyskredytowania nauk lekarskich w oczach publiczności. Wymieniona bowiem krzywda, wyrządzona choremu przez niewczesne postawienie fatalnego mylnego rozpoznania nerwicy serca, jako pierwotnego, samoistnego cierpienia, jest czasem olbrzymia.

Jeden n. p. z moich chorych, 40-letni inżynier, leczony przez lat 4 na ową nerwicę serca, był tak rozdrażniony, że przemyśliwał poważnie o samobójstwie. Nie mógł bowiem, jak twierdził wskutek zdenerwowania, sam pracować, gdyż, mając żonę rzeczywiście chorą na serce, drżał na myśl, że sam będzie cierpiał tak, jak ona, i będzie w ten sposób, jak ona, niezdolny do pracy. Obawa aż nadto zrozumiała. Gdym go tak szybko z jego cierpienia uleczył, przyprowadził mi biedak żonę, cierpiącą na podwójną wadę lewego ujścia, łudząc się, że może i ona ma tylko nerwoból w okolicy serca. Wyleczenie z mniemanej nerwicy serca dźwignęło owego inżyniera odrazu moralnie. Widziałem go po $4^1/_2$-letniej przerwie w lipcu r. b. Pracuje i podjął się nawet jednej ze znaczniejszych robót w kraju, jako przedsiębiorca.

W innym przypadku 38-letnia histeryczka tak się przeraziła rozpoznaną u niej nerwicą serca, że stała się wprost niedołężną. Zastałem ją po raz pierwszy w domu w łóżku, w pokoju z zapuszczonemi roletami, w otoczeniu cicho stąpającej służby i córki i t. p. teatralnej inscenizacyi. Skarżyła się na bicie serca samoistne lub po bólu w niem, przerwy w biciu serca, zamieranie serca i t. d. Leczyła się prawie 2 lata różnymi sposobami, nie wyłączając metody Weir Mitschella w zakładzie, bez żadnego skutku. Gdym u chorej tej znalazł odrazu 5 nadzwyczaj bolesnych punktów w okolicy serca i gdym zaproponował 5 pryszczydeł, starając się tę niesłychanie rozdrażnioną osobę upewnić, że to jej bólu nie sprawi, powiedziała mi odrazu, że, choć zupełnie w rozpoznanie moje nie wierzy, gotowa jest zrobić wszystko, by choć dzień jeden spędzić bez bicia i bólu serca i choć raz módz znowu wyjść na ulicę. Obok stosowanego już u tej chorej dawno przez innych kolegów bromu, do którego dodałem tylko trochę antypiryny, pryszczydła podziałały na nią szybko i stanowczo. Wogóle postawiła ich w 5 razy około 18, ale już po drugiej mojej bytności wstała, tak że o dalsze porady przychodziła do mnie do domu. Sama chora, wybitna histeryczka, i mąż jej pojąć nie mogli, dlaczego, pomimo tak starannego leczenia i tylu odbytych nad nią narad, nikt jej uważnie międzyżebrzy nie obmacał. Dla ścisłości dodam, że chora ta jest pod względem dolegliwości sercowych od 4 miesięcy zdrowa i że z innego zupełnie powodu bawi obecnie zagranicą, dokąd pojechała bez opieki, sama, pomimo, że przecież tak niedawno bała się nawet myśli przejścia przez pokój.

e) Czasami chorzy na nerwoból międzyżebrowy, wskutek gwałtownych napadów bólu „w sercu“, symulują znakomicie cierpiących na dusznicę bolesną. Już to wogóle u osobników starszych rozpoznają interniści dusznicę bolesną zbyt pośpiesznie. Jednem z głównych źródeł pomyłki w tym kierunku jest zapoznawany nerwoból międzyżebrowy. Pomijając kilka tego rodzaju przykładów z mojej klienteli pozadomowej, o której wspominam tu wyjątkowo dla szczególnej wagi popełnianego błędu, podobnych spostrzeżeń mam w swojej klienteli przychodniej zapisanych 7, z których 4 dotyczy kobiet, a 3 — mężczyzn.

Tacy chorzy wprowadzają lekarza w błąd przez swoją skargę na chwytający ich czasami ból serca, bardzo silny, nieraz tak gwałtowny, że im się ruszyć z miejsca nie pozwala. Dwóch z pomiędzy moich chorych dodawało nawet, że ból ten promieniuje im w lewe ramię; trzech miało przytem fatalne i tak męczące uczucie zamierania, jedna zaś nadto uczucie gwałtownej duszności. Słowem, skargi ich były te same, co u chorych grupy 6b (ból serca), tylko okoliczności, pośród których skargi te były wypowiedziane, kazały lekarzowi, niepomnemu na obmacanie międzyżebrzy, myśleć nie o nerwowości, histeryi i t. p., lecz o dusznicy bolesnej. Nie będę się tu rozwodził nad szczegółami skarg poszczególnych moich chorych; każda bowiem z nich odnosić się może zarówno do nerwobólu międzyżebrowego, jak i do dusznicy bolesnej; ale przez myśl przechodzi najpierw dusznica, jeżeli takie skargi wypowiadają osoby, liczące powyżej lat 45. Odróżnienie tych dwóch cierpień nie jest możliwem na zasadzie żadnych z pomiędzy szeregu cech różniczkowo-rozpoznawczych, podanych przez Valleixa[6]) a potem powtarzanych przez Erba[7]), Bernhardta i przez innych. Ze skarg podmiotowych chorego jedynie brak ścisłego związku pomiędzy chodzeniem lub zmęczeniem fizycznem a występowaniem bólu „w sercu“ i siedziba bólu nie w mostku, lecz mniej więcej na linii sutkowej, przemawiają względnie same przez się przeciw dusznicy bolesnej. Skłonić to powinno lekarza do dokładnego obmacania okolicy serca. Prostego tego sposobu badania radziłbym, dla wszelkiej ostrożności, nie zaniedbać nigdy, nawet w tych przypadkach, w których wywiady zdają się stanowczo przemawiać za dusznicą bolesną. Skoro bowiem przy badaniu tem ból okaże się powierzchownym, wymacalnym, fatalna obawa dusznicy bolesnej upada: bólu przy dusznicy bolesnej wyczuć nie można, o ile, zbiegiem okoliczności, chory nie cierpi jednocześnie na dusznicę bolesną i na nerwoból międzyżebrowy, co widziałem dwa razy, i o czem w samym końcu pracy wspomnę jeszcze nieco obszerniej. U lekarzy, nie pamiętających o obmacaniu okolicy serca przy skardze chorego na ból w jego okolicy, powodami mylnego rozpoznania dusznicy bolesnej, oprócz wieku powyżej l. 45, są jeszcze nadużycie tytoniu i znaczna tusza chorego. U jednej mojej chorej rozpoznano dusznicę bolesną, pomimo jej wieku młodego (32 l.), jedynie chyba dlatego, że była bardzo otyłą — ważyła 228

[6]) L. c. str. 418.

[7]) W. Erb: Handbuch der Krankheiten des Nervensystems. II. Erste Hälfte. Ziemssens Spec. Path. u. Ther. Bd. XII—I 1879. str. 142.

funtów przy nizkim wzroście; u 3 innych tylko wiek (lat 50, 60 i 61), obok znacznej otyłości, był powodem tej pomyłki w rozpoznaniu. U jednego z tych 7 chorych za pierwszym razem sam się omyliłem, gdyż 57 letni, źle wyglądający osobnik, przepracowany, z dawną niedomykalnością zastawki dwudzielnej, wypowiadał skargi, jak mi się zdawało, typowe dla dusznicy bolesnej. Przypadek chciał, że zapomniałem go przy pierwszej u mnie bytności obmacać. Gdy jednak przy drugiej bytności wspomniał, że odczuwa ból serca „przy sutku“ podczas siedzenia, zwłaszcza przy oparciu się o biurko, okolicę serca obmacałem i błąd naprawiłem. Tak przynajmniej sądzić mogę i muszę z tego, że chory ów, który miał prawie stały „ból serca“ od 5 miesięcy, został z bólu tego zupełnie wyleczony po 2-krotnem przystawieniu mu pryszczydła, co naturalnie przy dusznicy bolesnej nastąpićby nie mogło. O wyleczeniu zaś jego mówię z tem większą pewnością, że widuję często jego żonę, która mówiła mi wielokrotnie, że mąż jej żadnych bólów w okolicy serca już nie miewa. Jeden z moich chorych (l. 49) cierpiał na owe fatalne bóle w okolicy serca, rozpoznawane przez dwóch bardzo doświadczonych lekarzy jako dusznica bolesna, przez lat 12, aż go traf ze mną zetknął. Rodzina innej chorej, nawiasem mówiąc bardzo otyłej, tak była przybita i zrozpaczona jej stanem (l. 50), że jednocześnie ze mną sprowadziła do niej w czasie napadu bólu i księdza dla ostatniego namaszczenia. Chora ta była u mnie potem 3 razy i dotąd ($3^1/_2$ roku) żadnych bolów w sercu nie ma.

(C. d. n.)

Badania nad hodowaniem beztlenowców bezwzględnych w atmosferze powietrza.

Podał

Adam Wrzosek.

(Praca wykonana w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniw. Jagiell. Dyrektor: prof K. Klecki.)

(Dokończenie.)

IV. Uwagi o substancyi, zawartej w tkankach roślinnych i zwierzęcych, sprzyjającej rozwojowi beztlenowców w atmosferze powietrza.

W tkankaah świeżych zwierzęcych, zwłaszcza w tkankach miąższowych, istnieje jakaś substancya, czy też jakieś substancye, które łatwo przenikają do otaczającego kawałek tkanki środowiska płynnego. Tarozzi bowiem, jak to już wyżej zaznaczyłem, dowiódł, że można hodować beztlenowce i w takich bulionach, w których znajdował się był przez pewien czas kawałek tkanki zwierzęcej, a przed zaszczepieniem beztlenowców został z bulionu wyjęty. Powstaje teraz pytanie, czy i z tkanki roślinnej substancya rzeczona przenika do otaczającego środowiska płynnego. Tablica VII dowodzi, że istotnie tak bywa, albowiem można było hodować beztlenowce i w takim bulionie, z którego, przed zaszczepieniem doń beztlenowców, kawałek ziemniaka został usunięty. Lecz beztlenowce w takim bulionie hodowane, o ile mogłem zauważyć, zarodników nie wytwarzały.

Z kolei należało rozstrzygnąć pytanie, czy ziemniak, znajdujący się w bulionie, wywiera na rozwój beztlenowców tylko wpływ sprzyjający, czy też substancya, która przenika z ziemniaka do otaczającego go środowiska płynnego, sama przez się może służyć za wystarczające podłoże do hodowania beztlenowców, słowem, czy, jeżeli włożymy kawałek ziemniaka, zamiast do bulionu, do wody i zaszczepimy doń beztlenowce, będą się one tam rozwijały? W tym celu do probówki, zawierającej kilka cm.^{3} wody przekroplonej, wkładałem kawałek ziemniaka i razem wyjaławiałem w 120°. W niektórych przypadkach zamiast wody brałem 1% rozczyn cukru gronowego. Po wyjałowieniu wody lub rozczynu cukru gronowego z ziemniakiem, szczepiłem do nich, po ostudzeniu, beztlenowce. Czasem z wody, wyjałowionej wraz z ziemniakiem, wyjmowałem zaraz po wyjałowieniu, kawałek ziemniaka i przenosiłem go do probówki, zawierającej tylko wodę przekroploną; poczem zarówno do jednej probówki, jak i drugiej, szczepiłem beztlenowce. Wynik tych doświadczeń przedstawia tablica VIII.

Okazało się, że w wodzie, przekroplonej i wyjałowionej wraz z kawałkiem ziemniaka, beztlenowce mogą się rozmnażać, ale nie rozwijają się one tam tak stale, jak w bulionie z kawałkiem ziemniaka. W wodzie z ziemniakiem hodowla pojawiała się później, niż w bulionie z ziemniakiem i była daleko mniej obfita; woda z ziemniakiem, zaszczepiona beztlenowcami, nigdy wyraźnie nie mętniała, choć zarówno w kropli wiszącej, jak i w preparatach barwionych w każdem polu widzenia można było zauważyć w 24 godzin po zaszczepieniu bardzo dużo laseczników, natomiast zaraz po zaszczepieniu zaledwie można było zauważyć jednego laseecznika na kilka, kilkanaście lub kilkadziesiąt pól widzenia. Beztlenowce, które rozmnażały się w wodzie, zawierającej kawałek ziemniaka, tworzyły niekiedy formy inwolucyjne, przyczem nie zauważyłem ani razu, aby wytwarzały one zarodniki.

Z powyższych spostrzeżeń wynika, że substancya, dzięki której rozwijają się beztlenowce w atmosferze powietrza, znajduje się zarówno w tkankach zwierzęcych, jak i roślinnych, oraz że łatwo przenika do otaczającego płynnego środowiska, w którem kawałek tkanki jest pogrążony.

Sądząc z tej okoliczności, że rozwojowi beztlenowców w zwykłym bulionie najbardziej sprzyjają tkanki zwierzęce, zawierające dużo komórek, należałoby przypuszczać, że substancya rzeczona pochodzi właśnie z komórek. A jeżeli substancya, o której mowa, znajduje się w rzeczy samej w komórkach, jak to zresztą Tarozzi przypuszczał, to powinnaby się ona również znajdować w jajku ptasiem, które jest właściwie jedną olbrzymią komórką. Aby tę sprawę wyjaśnić, wkładałem do probówek z bulionem kawałki ugotowanego jajka kurzego, mianowicie kawałki żółtka lub białka; potem wyjaławiałem bulion wraz z kawałkiem jajka, a wreszcie szczepiłem doń beztlenowce. Jak dowodzi tablica IX, beztlenowce zaszczepione do takich pożywek, rozmnażały się w nich, przyczem buliony wyraźnie mętniały.

Dalsze pytanie, jakie mi się do rozwiązania nasunęło, było: czy substancya, sprzyjająca rozwojowi beztlenowców w atmosferze powietrza, znajduje się wyłącznie w świeżych tkankach, czy też może i w tkankach niezupełnie świeżych. Tarozzi kładzie nacisk na to, aby do pożywek, przeznaczonych do hodowania beztlenowców, dodawać kawałki świeżej tkanki, pochodzącej z zupełnie zdrowego zwierzęcia. Żądanie to nie wydaje mi się całkiem słusznem, jak o tem świadczy tablica X. Pożywki, wyszczególnione w tej tablicy, były przygotowane w sposób następujący. Do probówek, zawierających każda po 5 cm.^{3} bulionu, włożyłem po ka-

Tablica VII.

L. porz.	Pożywka	Czas, w ciągu którego znajdował się był w bulionie kawałek ziemniaka przed zaszczepieniem	Mikrob zaszczepiony	Wynik szczepienia	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?	Uwagi
1	Około 10 cm.³ bulionu — około 3,0 gr. ziemniaka	48 godzin	L. szelestnicy	0	—	
2	„ 10 „ „ — „ 3,0 „ „	„	„	0	—	
3	„ 10 „ „ — 1,0 „ „	20 godzin	L. obrz. złośl.	0	—	Po wyjęciu kawałków ziemniaka a przed zaszczepieniem beztlenowców bulion silnie z powietrzem skłóciłem.
4	„ 10 „ „ — 1,0 „ „	„	„	+	2	
5	„ 10 „ „ — 3,5 „ „	8 dni	„	0	—	
6	„ 10 „ „ — 3,5 „ „	„	„	0	—	
7	„ 5 „ „ — 2,0 „ „	—	„	+	1	Z bulionów 7 i 8 zaraz po wyjałowieniu przeniosłem kawałki ziemniaka do bulionów 9 i 10, poczem do wszystkich zaszczepiłem beztlenowce.
8	„ 5 „ „ — 2,0 „ „	—	„	+	1	
9	„ 5 „ „ + 2,0 „ „	—	„	+	2	
10	„ 5 „ „ + 2,0 „ „	—	„	+	2	
11	„ 5 „ „ — 2,0 „ „	26 godzin	„	+	1	Z bulionu 11 przeniosłem ziemniak do 12.
12	„ 5 „ „ + 2,0 „ „	—	„	+	2	
13	„ 5 „ „ — 2,0 „ „	26 godzin	L. kiełbasiany	+	1	Z bulionu 13 przeniosłem ziemniak do 14. W bulionie 13 zostało jednak cokolwiek rozgotowanej miazgi ziemniaka.
14	„ 5 „ „ + 2,0 „ „	—	„	+	2	
15	„ 5 „ „ — 2,0 „ „	—	L. szelestnicy	+	3	Z bulionów 15 i 16 przełożyłem zaraz po wyjałowieniu kawałki ziemniaków do bulionów 17 i 18; z tych zaś po 24 godzinach do bulionów 19 i 20.
16	„ 5 „ „ — 2,0 „ „	—	L. obrz. złośl.	+	2	
17	„ 5 „ „ — 2,0 „ „	24 godzin	„	0	—	
18	„ 5 „ „ — 2,0 „ „	„	L. kiełbasiany	+	1	
19	„ 5 „ „ + 2,0 „ „	—	L. obrz. złośl.	+	3	
20	„ 5 „ „ + 2,0 „ „	—	L. kiełbasiany	+	4	

Tablica VIII.

L. porz.	Pożywka	Mikrob zaszczepiony	Wynik szczepienia	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?	Uwagi
1	Około 10 cm.³ wody przekroplonej + 2,0 gr. ziemniaka	L. kiełbasiany	+	3	
2	„ 10 „ „ „ + 2,0 „ „	L. obrz. złośl.	+	4	
3	„ 10 „ „ „ + 2,0 „ „	L. szelestnicy	+	4	
4	„ 10 „ 1% rozczynu cukru gron. + 2,0 „ „	L. kiełbasiany	+	3	
5	„ 10 „ „ „ „ „ + 2,0 „ „	L. obrz. złośl.	+	2	
6	„ 10 „ „ „ „ „ + 2,0 „ „	L. szelestnicy	+	2	
7	5 „ wody przekroplonej — 2,0 „ „	L. obrz. złośl.	0	—	Z bulionów 7, 8 i 9 przeniosłem kawałki ziemniaków zaraz po wyjałowieniu do bulionów 10, 11 i 12.
8	5 „ „ „ — 2,0 „ „	L. szelestnicy	0	—	
9	5 „ „ „ — 2,0 „ „	L. kiełbasiany	0	—	
10	5 „ „ „ + 2,0 „ „	L. obrz. złośl.	+	3	
11	5 „ „ „ + 2,0 „ „	L. szelestnicy	+	4	
12	5 „ „ „ + 2,0 „ „	L. kiełbasiany	0	—	
13	5 „ „ „ + 1,0 „ „	„	0	—	
14	5 „ „ „ + 2,0 „ „	„	+	5	

Tablica IX.

Nr. porz.	Pożywka	Mikrob zaszczepiony	Wynik szczep.	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?
1	Około 10 cm.³ bul. z 3,0 gr. żółtka kurzego	L. obrz. złośl.	+	1
2	„ 10 „ „ 3,0 „ „ „	L. szelestnicy	+	2
3	„ 10 „ „ 3,0 „ białka „	L. obrz. złośl.	+	2
4	„ 10 „ „ 3,0 „ „ „	L. szelestnicy	+	1
5	„ 10 „ b. cukr. 3,0 „ „ „	L. obrz. złośl.	+	1
6	„ 10 „ „ 3,0 „ „ „	L. szelestnicy	+	1

Tablica X.

Nr. porz.	Pożywka	Mikrob zaszczepiony	Wynik szczep.	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?	Uwagi
1	5 cm³ bul. z 1,0 gr. wątr. król.	L. kiełbasiany	+	2	
2	5 „ „ 1,0 „ „ „	L. obrz. złośl.	+	2	
3	5 „ „ 1,0 „ „ „	„	+	2	
4	5 „ „ 1,0 „ „ „	L. szelestnicy	+	3	Wątroba przed wyjałowieniem silnie już cuchnęła.
5	5 „ „ 1,0 „ „ „	L. kiełbasiany	+	3	
6	5 „ „ 2,0 „ „ „	L. obrz. złośl.	+	3	
7	5 „ „ 2,0 „ „ „	L. szelestnicy	+	3	
8	5 „ „ 2,0 „ „ „	L. kiełbasiany	+	3	

wałku wątroby króliczej, poczem buliony wraz z kawałkami wątroby wyjałowiłem. Do pierwszych dwóch probówek włożyłem przed wyjałowieniem po kawałku wątroby króliczej, która w ciągu 26 godzin była trzymana w cieple pokojowej, a do następnych po kawałku wątroby, która w ciągu dwu dni była przechowywana również w cieple pokojowej i silnie już cuchnęła. We wszystkich pożywkach rozwinęły się zaszczepione beztlenowce.

Tablica XI

Nr. porz.	Pożywka	Mikrob zaszczepiony	W ile dni po wyjałowieniu pożywkę zaszczepiono	Wynik szczepienia	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?
1	Około 10 cm ³ bulionu zwykłego z 3.0 gr. ziemniaka młodego	L. kiełbasiany	7	+	1
2	„ „ „ „ 3,0 „ „ „	„	7	+	1
3	„ „ „ „ 3,0 „ „ „	„	9	+	4
4	„ „ „ „ 3,0 „ „ starego	L. obrzęku złośl.	10	+	1
5	„ „ „ „ 3,0 „ „ „	L. szelestnicy	10	+	1
6	„ „ „ „ 3,0 „ „ młodego	L. obrzęku złośl.	10	+	1
7	„ „ „ „ 3,0 „ „ „	L. szelestnicy	10	+	1
8	„ „ „ „ 3,0 „ „ starego	L. kiełbasiany	13	+	2
9	„ „ „ „ 3,0 „ „ młodego	„	15	+	1
10	„ „ „ „ 3,0 „ „ „	L. obrzęku złośl.	20	+	3
11	„ „ „ „ 3,0 „ „ „	L. szelestnicy	20	0	—
12	„ „ „ „ 3.0 „ „ starego	L. kiełbasiany	20	0	—
13	„ „ „ „ 3,0 „ buraka pastewnego starego	L. obrzęku złośl.	20	0	—
14	„ „ „ „ 3.0 „ „ „ „	L. kiełbasiany	20	0	—
15	„ „ „ „ 3.0 „ „ czerwonego „	L. szelestnicy	20	0	—
16	„ „ „ „ 3.0 „ „ „ „	L. kiełbasiany	20	0	—
17	„ „ „ „ 3.0 „ „ „ młodego	L. szelestnicy	20	0	—
18	„ „ „ „ 3,0 „ kalarepy młodej	„	20	0	—
19	„ „ „ „ 3,0 „ „ „	L. obrzęku złośl.	20	0	—
20	„ „ „ „ 3.0 „ „ „	L. kiełbasiany	20	0	—
21	„ „ „ „ 3,0 „ rzodkiewki młodej	L. szelestnicy	20	0	—
22	„ „ „ „ 3,0 „ „ „	L. kiełbasiany	20	0	—
23	„ „ „ „ 3.0 „ białka kurzego	L. obrzęku złośl.	20	+	2
24	„ „ „ „ 3,0 „ „ „	L. kiełbasiany	20	0	—
25	„ „ „ „ 3,0 „ ziemniaka starego	„	30	0	—
26	„ „ „ „ 3.0 „ kalarepy młodej	L. obrzęku złośl.	30	0	—
27	„ „ „ „ 3,0 „ buraka czerwonego młodego	L. szelestnicy	30	0	—

A zatem substancya, sprzyjająca rozwojowi beztlenowców w atmosferze powietrza, znajduje się nietylko w świeżych tkankach zwierzęcych, ale i w nieświeżych, a nawet gnijących. Następnie doszedłem, że substancya rzeczona jest także odporna na działanie wysokiej ciepłoty. Tablice, wyżej przytoczone, wskazują, że beztlenowce rozwijają się całkiem dobrze, jeśli w bulionie znajduje się dostateczna ilość tkanki roślinnej i zwierzęcej, wyjałowionej w ciągu kwadransa w 120°. Dalsze badania dowiodły, że beztlenowce rozwijają się nawet w bulionach, wyjałowionych w autoklawie wraz z kawałkiem ziemniaka, nerki lub wątroby króliczej w ciągu 15 minut w 140°. Natomiast substancya, o której mowa, ulega zmianie po pewnym czasie. Jeżeli bowiem pożywki, przygotowane do hodowania beztlenowców, trzymać w ciepłocie pokojowej w ciągu kilkunastu dni, wystawiwszy je na działanie światła i powietrza, a potem zaszczepić do nich beztlenowce, to już nie rozwijają się one, po większej części, w tych pożywkach, jak o tem świadczy tablica XI.

Lecz czasem pożywka nawet jeszcze w 20 dni po wyjałowieniu może służyć do hodowania beztlenowców, przyczem beztlenowce, w takiej pożywce hodowane, mogą się wcale dobrze rozwijać i wytwarzać zarodniki.

Badania, o których mowa wyżej, zostały wykonane z lasecznikami kiełbasianymi, obrzęku złośliwego i szelestnicy. Rzeczą dalszych badań winno być wypróbowanie uproszczonej metody Tarozziego do hodowania i innych gatunków beztlenowców.

Piśmiennictwo. 1) G. Tarozzi: Sulla possibilità di coltivare facilmente all'aria in cultura pura i germi anaerobici. Estratto dagli Atti della R. Accademia dei Fisiocritici. Serie IV. Vol. XV. Siena 1905. — 2) G. Tarozzi: Ulteriori osservationi sulla cultura aerobica dei germi anaerobici. Estratto dagli Atti della R. Accademia dei Fisiocritici. Serie IV. Vol. XVII. Siena 1905. — 3) G. Tarozzi: Ueber ein leicht in aërober Weise ausführbares Kulturmittel von einigen bis jetzt für strenge Anaëroben gehaltenen Keimen. Centralbl. f. Bakteriologie. 1 Abt. Originale Bd. XXXVIII. 1905. — 4) A. Wrzosek: O hodowaniu beztlenowców bezwzględnych w pożywkach z wolnym dostępem powietrza. Przegląd lekarski. 1905. — 5) A. Ori: Sulla cultura degli anaerobici. Atti della R. Accademia dei Fisiocritici. Serie IV. Vol. XVII. Siena 1905. Cyt. podług L. 6. — 6) G. Tarozzi: Osservationi sulla natura dei fenomeni che determinano la esigenza anaerobica nelle culture dei germi anaerobici. Estratto dagli Atti della R. Accademia dei Fisiocritici. Serie IV. Vol. XVII. Siena 1905.

Oceny i sprawozdania.

Dr M. T. Schnirer, (redaktor »Wiener klin.-therapeut. Wochenschrift«). **Medizinal-Index und therapeutisches Vademecum.** Rok IX, 1907.

Kalendarzyki lekarskie, zagranicą i u nas, wyrobiły sobie pewien stały typ, wytworzony praktycznemi potrzebami. Wyższość tego lub owego wydawnictwa nad innemi polegać więc może jedynie na uwzględnieniu pewnych, w innych kalendarzykach pomijanych działów i na pilnem uzupełnianiu treści najnowszemi zdobyczami. Pod tym względem należy wydawnictwo dra Schnirera do najlepszych niemieckich w tym rodzaju. Oprócz bowiem zwykłych działów zawiera ono dyetetykę noworodków, opracowaną przez doc. Knöpfelmachera, wskazówki co do dyetetycznej kuchni dla chorych, ważny dla lekarzy kas chorych itp. rozdział o ekonomicznem przepisywaniu leków, dalej rozdział o technice leczniczej, w tym roczniku wzbogacony ustępami o leczeniu obciążeniem, kąpielach słonecznych, leczeniu zastoiną, chemię i mikroskopię przy łożu chorego, wreszcie (w tym roku dodany) spis ważniejszych środków odżywczych. Wszędzie zaś uwzględniono XIII wydanie farmakopei austryackiej. *Z.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Ribbert. **Przyczynek do nauki o raku.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 42, 1906).

Fischer Bernhard. **Doświadczalne wywoływanie atypowego bujania nabłonka, a powstawanie nowotworów złośliwych** (*Münchener med. Wochs.* Nr 42, 1906). Tok myśli w artykule Ribberta jest następujący: Badania doświadczalne,

dotyczące raka, zmierzają do trzech celów: 1) do dokładnego zbadania raków, samorodnie powstających u zwierząt, zapomocą przeszczepiania, 2) do wyszukania sposobów leczenia raka, 3) do sztucznego wywołania raka u zwierząt. Osiągnięcie trzeciego z tych celów, sztuczne wywołanie raka u zwierząt, miałoby tylko względną wartość, bo raki u zwierząt różnią się od raków u ludzi tak znacznie budową, a zwłaszcza małą skłonnością do przerzucania się, że nie można jednych z drugiemi zbyt ściśle zestawiać. Zresztą R. nie spodziewa się, by zdołano i takie nawet raki, jakie u zwierząt się zdarzają, wywołać sztucznie, np. zapomocą rozmaitych bodźców drażniących, bo zdaniem jego główne znaczenie w powstawaniu raka mają nie bodźce zewnętrzne, ale warunki wewnętrzne, zależne od wzajemnego stosunku rozmaitych tkanek ustroju. Stąd w zagadnieniach, dotyczących raka u ludzi, ograniczeni będziemy, zdaniem R., i nadal na to, co można wnosić z badania histopatologicznego. Wychodząc ze znanych swoich zapatrywań, wywodzi R. dalej, że u ludzi rak tworzyć się poczyna pod pewnym względem podobnie, jak wytwarzają się prawidłowe gruczoły. W obu przypadkach z początku bierze w tej sprawie czynny udział podścieliskowa tkanka łączna; w niej zachodzą zmiany pierwotne, a dopiero w zmienione już podłoże wrastać poczyna nabłonek. W toku rozwoju raka nabiera bujanie nabłonkowe coraz więcej samodzielności, udział zaś tkanki łącznej staje się coraz mniejszy, w końcu zaś buja ona już tylko pod wpływem coraz dalej wciskającego się nabłonka, a wreszcie zupełnie na bujanie nabłonkowe oddziaływać przestaje. Zdaniem R., to stopniowe słabnięcie, a w końcu zupełne zniknięcie oddziaływania na bujanie nabłonkowe wskazuje, że ustrój stopniowo przyzwyczaja się i obojętnieje na jady nowotworowe. Zapatrywaniu temu nie sprzeciwia się, zdaniem R., doświadczalnie stwierdzone zjawisko, że zaszczepienie żywej tkanki rakowej uodparnia zwierzę przeciw ponownym szczepieniom; albowiem przypuścić można, że ustrój wprawdzie oddziaływa wytworzeniem antytoksyn na n a g ł e zadziałanie zaszczepionej tkanki rakowej, ale nie oddziaływa na bardzo powolnie przybywające toksyny w toku samorodnego rozwoju nowotworu; samorodny więc rozwój nowotworu odporności nie wywoła. Stąd przypuszcza R., że sztucznie uodpornić ustrój przeciw rozrastającemu się samorodnemu rakowi będzie można chyba tylko wtedy, jeżeli się zadziała nagle wielką ilością toksyn rakowych w tym czasie, gdy ustrój jeszcze do słabego stosunkowo działania wytworów nowotworu się nie przyzwyczaił. Przypuszczając zaś na zasadzie badań Stickera, że owo przyzwyczajenie się ustroju znika szybko po usunięciu nowotworu, możnaby myśleć o próbach uodpornienia ustroju przeciw nawrotom i przerzutom po operacyi pierwotnego ogniska nowotworowego zapomocą wytworów tegoż, właśnie wyciętego nowotworu.

F i s c h e r na wstępie swej pracy przypomina, że dotychczas nikomu nie powiodło się wywołać doświadczalnie takiego bujania nabłonka, któreby można porównać z jego atypowem wrastaniem w głąb tkanek w raku. Zarówno bowiem wyników, osiągniętych u zwierząt przez Broscha zapomocą pędzlowania stłuczonej skóry ksylolem z parafiną (zgrubienie nabłonka i wydłużanie się sopli nabłonkowych), jak i wywołanych przez Ribberta (zapomocą powtarzanego zeskrobywania błony śluz. wargi u królików) wyrośli brodawczakowatych, nie można zestawiać z tem, co stwierdza się w raku. Przyczyną tych ujemnych wyników było, zdaniem F., błędne założenie, że zapomocą jakiegoś zewnętrznego bodźca można bezpośrednio pobudzić tkanki do bujania; raczej należało starać się rozwiązać pytanie, czy można doświadczalnie przez wywołanie przewlekłych zapalnych spraw w podścielisku łącznotkankowem tak zachwiać równowagę tkanek, aby przez to wyzwoliło się bujanie nabłonka. Z tego założenia wychodząc, starał się F. wywołać przewlekłe zapalenia tkanki łącznej skóry rozmaitymi jaknajłagodniejszymi środkami: — przez długi czas jednak nie udawało mu się w ten sposób wywołać takich zjawisk w nabłonku, któreby przypominały bujanie rakowe. Dopiero, gdy użył nasyconych roztworów oliwnych znanych barwików tłuszczu: sudanu i szkarłatu R., do wstrzykiwań podnaskórkowych i śródzylnych na uszach królików, powstało bujanie nabłonka, jak z dołączonej tablicy wynika, łudząco podobne do atypowego bujania rakowego. Ponieważ zewnętrzne pędzlowanie skóry oliwnymi roztworami tych barwików bujania takiego nie wywoływało, przeto sądzi F., że roztwory te, wstrzyknięte w tkankę, wywołują bujanie nabłonka w głąb przez swe działanie przywabiające (chemotaktyczne). Bujanie to nie jest ani nieograniczone, ani niszczące (destruktywne) w tem znaczeniu, jak bujanie rakowe; sięga bowiem tylko tak daleko i trwa tak długo, gdzie i dopóki znajduje się wstrzyknięty roztwór. Bujania tego nie zdołał wywołać F. ani u innych gatunków zwierząt, prócz królików, ani w innych gatunkach nabłonka, prócz naskórka, z czego wnosi, że użyte roztwory działają przywabiająco swoiście tylko za naskórek królika. Za najważniejszy wynik swych doświadczeń uważa F. 1) stwierdzenie, że istnieją substancye, mogące wywierać swoisty wpływ przywabiający na pewne gatunki nabłonka; substancye takie nazywa F. ogólnie attraksynami; 2) stwierdzenie, że samo uwolnienie z organicznego związku, samo przemieszczenie nabłonka nie wystarcza (wbrew temu, co przypuszczał Ribbert) do tego, aby wyzwolić nieograniczony jego rozrost. Na zasadzie zaś tych wyników buduje F. nowe przypuszczenie co do powstawania nowotworów, które da się najogólniej ująć w następującem zdaniu: trwałe, nieograniczone bujanie pewnego gatunku komórek (czyli złośliwy nowotwór) powstaje wtedy, jeżeli w ustroju nagromadzą się i trwale się tworzą odpowiednie attraksyny, wywierające dostatecznie silne, swoiste działanie przywabiające (chemotaktyczne) na oddzielone lub przemieszczone, odprysłe ognisko komórek tego gatunku. Warunkiem rozwoju nowotworu złośliwego byłaby więc według tej teoryi: obecność w ustroju zawiązku nowotworu w postaci komórek, uwolnionych z organicznego związku (w myśl zapatrywań Cohnheima, względnie Ribberta) obok trwałej obecności odpowiednich swoistych attraksyn, (których należy przypuścić mnogość gatunków, odpowiednio do mnogości rodzajów nowotworów). *Ciechanowski.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. F i c h e r. **Nerwice serca, a choroba Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 32). Wiele postaci t. zw. nerwowego kołatania serca należy zdaniem autora uważać za postacie niezupełne (*formes frustes*) choroby Basedowa i jako takie leczyć. Przy starannem badaniu można wykryć przynajmniej nieznaczne powiększenie gruczołu tarczowego, często biegunki i zaburzenia w miesiączkowaniu. Wysadzenia gałek ocznych w takich wypadkach brak prawie zawsze. Leczenie skierowane przeciw chorobie Basedowa zapomocą rodagenu (3 razy dnia po 2 gr. w ciągu kilku tygodni) wpływało w przypadkach autora na przebieg sprawy bardzo korzystnie. Nawet przy czystej pozornie nerwicy serca, gdzie gruczoł tarczowy jest zupełnie niepowiększony, radzi autor próbować takiego sposobu leczenia. *Dr M. Godlewski.*

F l e i n e r. **Wskazania do wyboru wód mineralnych do picia w chorobach przewodu pokarmowego i wymiany materyi.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 38 i 39). Autor podaje podział wód leczniczych i omawia kolejno działanie najgłówniejszych ich składników, jakoto: soli kuchennej, soli glauberskiej i gorzkiej, alkaliów, bezwodnika węglowego i t. d. Prócz składników chemicznych, które owe wody zawierają, za ważny czynnik działający trzeba uważać ciepłotę wody mineralnej. Leczenie wodami jest też — według autora — niewątpliwie przepłukiwaniem ustroju. Woda mineralna, wchłonięta w przewodzie pokarmowym, przechodzi do krążenia, a wreszcie drogą nerek wydzieloną zostaje. To też daleko posunięte zmiany, dotyczące czynności ruchowej i chłonnej przewodu pokarmowego, wybitne zmiany w narządzie krążenia lub w nerkach stanowią ogólne przeciwwskazanie leczenia wodami mineralnemi. *Dr M. Godlewski*

F o r n e t. **O odczynie precypitatowym. Przyczynek do rozpoznawania w okresach wczesnych duru brzusznego i innych chorób zakaźnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 38). Surowica osobnika zakażonego, zmieszana z surowicą osobnika, uodpornionego na tę samą sprawę chorobową, daje zmętnienie jednostajnie rozdzielone, ziarenkowate. Należy zwracać uwagę na te cechy zmętnienia, zmętnienie bowiem wogóle powstać może zawsze, ilekroć dwie różne surowice z sobą mieszamy. Odczynu tego używał autor w wątpliwych przypadkach duru. Jeżeli przypadek był durem, wypadał ten odczyn dodatnio nawet wtedy, gdy odczyn aglutynacyjny Gruber—Widala był jeszcze ujemny. Odczyn ten stanowi, zdaniem F., jeszcze jeden dowód słuszności zapatrywania Forstera, że bakterye durowe znajdują się najpierw we krwi, a dopiero później w przewodzie pokarmowym. Autor zajmuje się obecnie sprawą występowania owego odczynu w przebiegu gruźlicy i raka. *Dr M. Godlewski.*

B a l d e s, H e i c h e l h e i m i M e t z g e r. **Badania dotyczące wpływu wielkich wysiłków fizycznych na narząd krążenia, nerki i układ nerwowy.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 38). Autorowie mieli sposobność badać bezpośrednio przed i po marszu 12 uczestników wyścigów pieszych, odbywających się na przestrzeni 100 km. Wszyscy uczestnicy szli przeważnie bez przerwy. Po marszu znaleziono rozszerzenie serca, przyspieszenie tętna i obniżenie ciśnienia jako dowód wyraźnego, a ujemnego wpływu nadmiernego zmęczenia na narząd krążenia. U wszystkich znaleziono białko w moczu (do $\frac{1}{2}$‰), u niektórych prócz tego wałeczki, krew i nabłonki nerkowe w osadzie moczu. Odruchy ścięgniste były po marszu obniżone, co Edinger tłómaczy teoryą zużycia się nerwów skutkiem czynności. *Dr Maryan Godlewski.*

F. W i k u l i l l. **O nosaciźnie u konia i człowieka.** (*Wiener med. Presse* Nr 37, 1906). Na podstawie czterech przypadków nosacizny u człowieka w Leoben potwierdza W. spostrze-

żenia Huntinga, że kliniczne objawy u człowieka nie odpowiadają klinicznym objawom u konia, ile że początkowe zwłaszcza objawy często występują pod postacią innych chorób, zwłaszcza gośćca stawowego, zapalenia płuc, zapalenia opłucnej, a nawet kiły późnej. Ze spostrzeganych 4 chorych pierwszy zmarł na ropne zapalenie opłucnej, drugi na zgorzel płuc, trzeci na zropienie stawów, u czwartego zaś, który za młodu przechodził kiłę. wystąpił na prawem kolanie wrzód kilakowy, który po miejscowem zastosowaniu plastra rtęciowego i wewnętrznem użyciu jodku potasu goić się począł. Ale wkrótce wrzód się odnowił i jednocześnie wystąpiły objawy zapalne na lewem ramieniu, gorączka wieczorem 41°, a na czole i udach znamienne guzki. Chory zmarł po kilku dniach. Autor uważa ów wrzód kilakowy za wrota zakażenia nosacizną, chociaż w większości przypadków wrotami zakażenia bywa przewód pokarmowy (zakażone pokarmy). Ponieważ wskutek różnorodności objawów nosacizny łatwo o błąd rozpoznawczy, autor uważa za stosowne, by wszystkie przypadki nosacizny u koni władza podawała do wiadomości wszystkich miejscowych lekarzy i zakładów leczniczych z dokładnym adresem domu, ażeby w niejasnych przypadkach chorobowych u ludzi nie zapominali o możliwości nosacizny. *Friediker.*

Julius Bence. **Trzy przypadki polyglobulii z obrzękiem śledziony.** (*Deutsche medizin. Wochenschr.* 1906, Nr 36 i 37). Na wstępie znajdujemy opis 3 typowych przypadków polyglobulii, które autor bardzo szczegółowo zbadał. W jednym ze swych przypadków zauważył autor objawy erytromelalgii i wyraża przekonanie, że erytromelalgia prawdopodobnie jest jednym z objawów polyglobulii. (Podobny przypadek erytromelalgii z polyglobulią przedstawił Fürst przed kilku laty w tow. lek. wied. (ob. *Mitteil. der Wiener Gesellschaft f. innere Medizin* 1902, Nr 6 i 7). Przyp. ref.). Dalej zastanawia się autor nad „sinicą“ i dochodzi do podobnych wniosków, jakie czytelnik znajdzie w sprawozdaniu poglądowem, zestawionem w r. b. przez sprawozdawcę (obacz *Przegląd lek.* Nr 14, 1906). B. wywodzi, że to zabarwienie, w tej chorobie spotykane, nie ma nic wspólnego z sinicą; zapatrywanie to popiera faktami, dającymi się stwierdzić przedmiotowo. Dawniej już udowodnił Korányi, że przesycenie krwi bezwodnikiem kwasu węglowego obniża punkt marznięcia i dlatego autor oznaczał w swych przypadkach punkt marznięcia krwi i stwierdził, że jest on prawidłowym, co zatem przemawia przeciw przesyceniu krwi bezwodnikiem CO_2. Sinica w tej chorobie nie jest zatem wynikiem nasycenia krwi bezwodnikiem węglowym. Dalej badał autor krew spektralnie dla wyłączenia methemoglobinemii (zatrucie antypiryną, acetanilidem, CO), ale widmo stwierdzało obecność hemoglobiny utlenionej. A więc „sinica“ jest wynikiem przepełnienia powierzchownych naczyń krwią, obfitującą w oksyhemoglobinę. Przepełnienie istotne naczyń stwierdził autor nietylko na powłokach zewnętrznych, ale i wziernikiem na dnie oka i we wnętrzu krtani. — Autor zgodnie z Türkiem dopatruje się w obrazie krwi podrażnienia szpiku kostnego (erytroblasty, większa ilość granulocytów) i polyglobulię odnosi do istotnego wzmożenia się ilości krwinek czerwonych, a nie do zagęszczenia się krwi, z czego wnosi, że cierpienie to polega na wzmożonem wytwarzaniu krwinek czerwonych. Lepkość krwi, która prawidłowo wynosi 5,4 (Bence), wahała się w przypadkach autora od 12,9 do do 20,9, była więc czasami aż w czwórnasób wzmożoną i szła równolegle z liczbą krwinek czerwonych i zdaje się, że wyłącznie od niej zależy. Lepkość krwi, a wraz z nią liczba krwinek czerwonych, obniżały się po wdychaniach tlenu. Pierwotnej przyczyny tej choroby dopatruje się autor w obniżonej zdolności krwi wiązania tlenu.

Chorym polecał autor z dobrym zawsze skutkiem upusty krwi, wdychiwanie tlenu (50—100 litrów dziennie) i dyetę mleczną. *Stahr.*

PEDYATRYA. Torday. **O ostrych nieżytach nosa u osesków.** (*J. f. Kinderh.* 1906, 64, VIII). Autor podnosi niebezpieczeństwa, które grożą ososkowi przy ostrym nieżycie nosa. Z powodu wązkości przewód nosowy skutkiem obrzęku błony śluzowej i zalegania wydzieliny łatwo zostaje zamknięty. Ponieważ zaś osesok nie jest przystosowany do oddychania przez usta, gdyż nawet przy otwarciu ust język przylega u niego do podniebienia i zamyka drogę ustną, przeto powstaje niedomoga oddechowa, duszenie się, zwłaszcza podczas snu. Ssanie, a zatem i odżywianie się staje się bardzo utrudnione. Napady duszności mogą być tak silne, że niektórzy autorowie wykonywali tracheotomię, lub, jak Henoch, zakładali na język pętlę katgutową i wyciągali język, aby usunąć aspiracyę języka i umożliwić oddychanie przez usta. Te zabiegi stają się jednak zbyteczne przy zastosowaniu miejscowem przetworów nadnercza. Autor polecał wprowadzać na wacikach co 3—4 godzin do nozdrzy tonogen Richtera. Przy obfitem wydzielaniu śluzu zaleca się obok tego zakraplanie 1 prc. azotanu srebrowego lub 3 prc. wody utlenionej. *Lewkowicz.*

Schiff. **Przypadek zgorzeli symetrycznej (Raynauda) na podstawie kiły wrodzonej.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, VIII). Dziewczynka 2-letnia. Była przedtem leczona w szpitalu dwukrotnie z powodu typowo przebiegającej zgorzeli symetrycznej na obu stopach. Mimo zwykłego leczenia zgorzel postępowała i w przeciągu pół roku doprowadziła do odpadnięcia przedniej części stopy prawej z palcami i do zmumifikowania tychże części po stronie lewej. Za trzecim pobytem w szpitalu zastosowano ze względu na wywiady, przemawiające za kiłą wrodzoną, leczenie przeciwkiłowe: nastąpiło szybkie ograniczenie się sprawy i zabliźnienie po odpadnięciu zmumifikowanych części. Autor przytacza z piśmiennictwa tylko jeden podobny przypadek Krysowskiego zgorzeli symetrycznej na muszlach usznych, wyleczony także szybko po zastosowaniu leczenia swoistego. *Lewkowicz.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie w dniu 4 kwietnia 1906.

1) Kol. Bocheński przedstawia **przyrządy do stosowania metody Biera w ginekologii.** Sposób ten stosowano w klinice ginekologicznej przy wysiękach, po drobnem nacięciu, przy ropiejących ranach operacyjnych, przy zastoinie mlecznej i przy zapaleniu błony śluzowej macicy z nadżerkami. Dotychczasowe doświadczenie nie pozwala jeszcze na wysnucie stanowczych wniosków, można jednak prawie zawsze osiągnąć podmiotowe polepszenie.

Równocześnie przedstawia prelegent nowy **cewnik Gersunyego i przyrząd Mayer-Ruegga** do nacierania macicy po porodzie.

Kol. Kośmiński przemawia za metodą Biera. Nawet w bardzo uporczywych przypadkach wiedzie ona do polepszenia.

Kol. Prof. Mars jest także tego samego zdania. Przy wysiękach wystarczy czasem nakłucie igłą i wyssanie płynu. Przyrząd Mayer-Ruegga tak trudno wyjmować z macicy, że go kol. M. polecać nie może.

Kol. Czyżewicz jun. stosował także metodę Biera w kilku przypadkach i doszedł do podobnych wyników. Najlepiej działała ona w przypadkach świeżego zapalenia sutka bez zropienia.

2) Kol. Czyżewicz jun. przedstawia: a) preparat części dodatkowych macicy, wydobyty zapomocą laparotomii. Obok **skórzaka jajnika** widać tu **drugi torbiel skórzakowy,** przyczepiony do tylnej blaszki **więzadła szerokiego,** nie będący w związku ani z jajnikiem, ani z jajowodem. Dotychczas nie udało się odnaleźć punktu wyjścia tego torbiela i rozstrzygnąć, czy wyrósł z przyjajnika *(parovarium)*, zmarniałych resztek nietypowego jajnika, czy też wprost z więzadła szerokiego. W każdym razie jest to przypadek nadzwyczaj rzadki. b) Preparat dużego **włókniaka macicy,** wychodzącego z tylnej ściany trzonu i szyjki macicy. Guz ten przesunął macicę w ten sposób, że górny jej brzeg leżał powyżej pępka, a dolny na 3 palce nad spojeniem łonowem. — Obie chore przebyły operacyę zupełnie dobrze.

Posiedzenie w dniu 16 maja 1906.

1) Kol. Czyżewicz jun. omawia **przypadek wymiotów niepowściągłych** *(hyperemesis gravidarum)*, który przyjęto do szkoły położnych w stanie nadzwyczaj nędznym i który zakończył się śmiercią chorej, pomimo że wymioty na 10 dni przedtem ustały. Sekcya stwierdziła zwyrodnienie miąższowo-tłuszczowe wszystkich narządów, a w macicy obok jaja płodowego, włókniaka, wielkości orzecha włoskiego. Być może, że właśnie ten guz wywołał wymioty przez ucisk na sploty nerwu współczulnego, jak to przypuszcza Müller, lub też może był to skutek ogólnego zakażenia ciążowego, według teoryi Starzewskiego, za czem przemawia ogólne zwyrodnienie narządów. W przypadku tym nie wzniecono poronienia, bo chora była na to za słaba, a wskazań nie było. Ciepłota nigdy nie była podwyższoną, mocz bez zmian, a waga ciała nie zmniejszała się.

Kol. Bocheński uważa za wskazanie do wzniecenia poronienia obecność acetonu w moczu lub gorączkę. W leczeniu osiąga się najlepsze wyniki przy podawaniu mleka w małych dawkach, przy lewatywach odżywczych i podskórnych wlewaniach płynu.

2) Kol. Czyżewicz jun. przedstawia **przypadek włókniaków macicy obok wady rozwojowej części rodnych.** U operowanej stwierdzono brak części dodatkowych po stronie prawej, wskutek czego tętnica nasienna wewnętrzna przebiegała wprost ku prawemu rogowi macicy. Ten właśnie nietypowy przebieg tętnicy jest dowodem, że brak narządów dodatkowych jest wadą utworową wrodzoną, wywołaną przez zmarnienie górnej części prawego przewodu Mullera. W przeciwnym razie musiałaby tętnica biegnąć na bok, ku ścianie miednicy, do miejsca przyczepu domniemanego *lig. infundibulo-pelvicum.* Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

3) Kol. Czyżewicz jun. przedstawia chorą z wadą utworową narządu płciowego. Ma ona **podwójną pochwę i jednorożną prawą macicę** z jajnikiem prawym rozwiniętym prawidłowo. W wysokości ujścia wewnętrznego odchodzi na lewo postronek, na którym można stwierdzić zgrubienie. To ostatnie należy uważać za zmarniały jajnik lub lewy róg macicy. Rozstrzygnięcie nie jest możliwe, bo nie można wykryć miejsca przyczepu więzadeł okrągłych.

4) Kol. Czyżewicz jun. przedstawia dalej preparat **ciąży zewnątrzmacicznej.** Donoszony płód obumarł przy końcu ciąży, a w 3 miesiące potem zgłosiła się chora do operacyi. Preparat przedstawia ciążę jajowodową, w której rozdęty jajowód dochodzi do wielkości macicy przy końcu ciąży, a tylko w miejscu, gdzie leży główka płodu, jest ubytek ściany. Ściana, grubości około 1 cm., ma budowę bardzo zbliżoną do budowy ściany macicy ciężarnej. Płód częściowo zmiękczały, łożysko zgniecione, bez krwi, pępowina przerwana. Wody płodowe odpłynęły do jamy brzusznej. Pomimo tego jednak i pomimo istnienia ciąży zewnątrzmacicznej, nie było zrostów w jamie otrzewnej. Cały guz wydobyto łatwo i chora ma się zupełnie dobrze. Z wywiadów należy podkreślić, że przez cały czas trwania ciąży nie było krwawień, zwykle znamiennych dla ciąży zewnątrzmacicznej.

Kol. Bocheński szuka przyczyny braku podrażnienia otrzewnej w tem, że chora nie przechodziła zakażenia tryprowego. Wtedy jest jednak powód powstania ciąży zewnątrzmacicznej zupełnie niejasny.

5) Kol. Litwinowicz przedstawia preparat **pękniętej ciąży jajowodowej,** co wywołało silny krwotok wewnętrzny. Pomimo laparotomii, wykonanej zaraz po przybyciu, umarła chora z utraty krwi. Ciąża trwała w tym przypadku $2^1/_2$—3 miesięcy i temu czasowi odpowiada też rozwój płodu.

Kol. Bocheński sądzi, że przy pęknięciu jajowodu przy ciąży jajowodowej powinno się raczej zająć stanowisko wyczekujące, a operować tylko wtedy, jeżeli krwotok nie ustaje, a środki podniecające nie działają.

Kol. Czyżewicz jun. jest zdania, że wolno czekać tylko przy poronieniu jaja z jajowodu do jamy brzusznej; przy pęknięciu jajowodu powinno się natychmiast przystąpić do laparotomii. Sekretarz: *Czyżewicz* jun.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie w dniu 7 lipca 1906.

Całe posiedzenie wypełniły rozprawy **o leczeniu zastoinowem sposobem Biera.** Rozpoczęły się one wykładami 4 sprawozdawców: ze stanowiska chirurgicznego omawiali sprawę Mieczkowski, gorący zwolennik tego sposobu leczenia i Pomorski, przychylający się do sceptyczniejszych poglądów Lexera; doświadczenia zebrane w ginekologii, skreślił Łazarewicz, a w otologii — Dembiński. W dyskusyi oświadczył się Święcicki bezwzględnie za zasadami, głoszonemi przez Biera, a Gantkowski podziela to zdanie już ze stanowiska teoretycznego. Obaj powołują się na fakty w historyi lecznictwa naukowego i ludowego, przemawiające za tem, że podstawa sposobu Biera opiera się na wielowiekowem praktycznem doświadczeniu. Kapuściński podnosi wielką wartość sposobu Biera dla lekarza praktycznego. Natomiast Panieński otrzymał w przypadku wiewiórowego zapalenia stawu kolanowego wynik tak niekorzystny, że uważa sposób Biera za obosieczny i nienadający się jeszcze do zastosowania w praktyce prywatnej. Ten ujemny wynik tłómaczy Święcicki zakażeniem ogólnem, a Karwowski przypuszcza, że w tym przypadku chodziło może o zakażenie wielostawowe, poczem zdaje sprawę z wyników dodatnich, osiągniętych przez Dreusa w toczniu. Mieczkowski uważa opaskę Biera za sposób tak bezpieczny, że po kilkakrotnem pouczeniu oddaje ją do rąk chorego, a w każdym razie można leczyć opaską chorych przychodnich. Z kojącem działaniem ssawek przy zapaleniu sutka okłady Priessnitza wcale mierzyć się nie mogą. Bez sposobu Biera nie mógłby się M. już obyć. Pomorski nie potępia metody zupełnie, ale przestrzega przed zbytnim entuzyazmem, zwłaszcza, że sposobowi Biera brak ścisłości we wskazaniach. Kubacki nie ma do sposobu Biera zbytniego zaufania; w przypadkach ciężkich nie odważyłby się jej próbować; zwraca uwagę na trudności zastosowania w praktyce miejskiej (mnogość potrzebnych ssawek). Łazarewicz podkreśla niezrównane zalety sposobu Biera co do trwania leczenia i wyników kosmetycznych. (Według *Nowin lek.* Nr 10, 1906). *C.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza: Lekarz powiatowej brodzkiej kasy chorych, okręgu sanitarnego Łopatyn, odniósł się do zarządu kasy o podwyższenie wynagrodzenia z powodu wzrostu czynności.

Według uchwały Wydziału Izby wsch.-gal. z d. 12 b. m. wzywa się wszystkich kolegów jak najgoręcej, aby żadnej posady przy wyżej podanej kasie chorych tymczasowo nie przyjmowali. Lwów dnia 19 października 1906.

Prezydyum Izby lek. wschod.-gal.: *Dr Festenburg.*

Z „Towarzystwa Samopomocy lekarzy" *otrzymujemy następujące pisma:*

I. Z końcem grudnia r. 1905 przesłał Wydział »Towarzystwa Samopomocy lekarzy« wszystkim kolegom, w Galicyi zamieszkałym, pewną ilość znaczków receptowych 4-halerzowych do zakupna wraz z czekiem pocztowej Kasy oszczędności, a to celem wydatnego wzmożenia funduszu dla niezaopatrzonych wdów i sierot po lekarzach.

Znaczna większość kolegów odpowiednie kwoty za znaczki w ciągu b. r. już przesłała, za co Im Wydział serdecznie dziękuje, a przy sposobności prosi tych kolegów, którzy kwoty za znaczki jeszcze nie przesłali, a mają zamiar ją przesłać, by to jak najrychlej uczynić zechcieli.

II. Pan Władysław Popiel, dyrektor zakładu kąpielowego w Lubieniu, przesłał na fundusz wdowi kwotę 333 kor. 60 h. jako odsetkę od wydanych biletów kąpielowych w tegorocznym sezonie, za co Mu Wydział Towarzystwa składa serdeczne podziękowanie.

III. Pan Kazimierz Armatys, aptekarz w Stanisławowie, zobowiązał się nalepiać znaczki jednohalerzowe na *syrup. thymosulfoguajacol.* swego wyrobu, za co Mu Wydział składa serdeczne podziękowanie.

Kraków, 9 października 1906.

Za sekretarza: *Dr Flis.* Prezes: *Dr H. Jordan.*

W sprawach wykazów zmarłych i nieżywo urodzonych zarządziło austr. ministerstwo spraw. wewn., (21 sierpnia 1906, L. 15596), by lekarze urzędowi jaknajściślej przestrzegali schematu przyczyn śmierci i aby jako nieżywo urodzone wpisywano wyłącznie płody do życia zdolne, ale nieżywo na świat przychodzące.

W sprawie ambulatoryów szpitali wiedeńskich zarządziło namiestnictwo dolno-austryackie, że zakłady te służyć mają tylko chorym niezamożnym (którzy przedstawiać muszą odpowiednie świadectwa) i przypadkom nagłym. Nie wolno leczyć w ambulatoryach chorób zakaźnych, podlegających obowiązkowi donoszenia; członków kas chorych (z wyjątkiem odesłanych do ambulatoryum przez lekarza kasy) również leczyć nie wolno. Chorych, nie mających świadectwa ubóstwa, wolno tylko wtedy leczyć w ambulatoryach, jeżeli leczenie wymaga sposobów, którymi nie rozporządza lekarz prywatny. *R.*

Zakaz leków, noszących nazwę »Dr Rays Nervol« i »Epilepsiepulver der Schwanenapotheke in Frankfurt a/M.« wydało austr. ministerstwo spraw wewn. 26/VIII, 1906, L. 35990.

Leki, dopuszczone do aptek w Austryi w ostatnich czasach: a) bez ograniczeń: »Salbeitabletten« apt. Hyncka, »Haemoglobin. depurat. liquidum Kronamatogen«, »Ferro-China«, »Vinum maltosae (Condurango, Kola, cum China itd.)« apt. Klöcklera, »Baby-mira-Crême«; »Tinctura stomachica purgativa Herbin«, »Pillulae Chololi«, »Tinct. Guaco Comp. Columbian Elixir«, »L. Vértes Kalkeisensyrup«. b) tylko na przepis lekarski: »Syrupus Thymi compos. Pulmonin«, »Capsulae ol. cedri

carvainati Buccavacedrol«, »Vinum maltosae Coto-Condurango« i »Syrup thymosulfogwajakolowy (apt. Armatysa w Stanisławowie«). *R.*

Warszawska kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy posiadała w d. 1 b. m. 42,589 rb. majątku, z tego na pożyczkach 21,283. (*Medycyna* Nr 42).

Łódzkie „Koło lekarzy fabrycznych", niedawno powstałe, ogłosiło bojkot gazowni miejscowej, ponieważ robotnicy tej gazowni zmusili w ciągu kilku tygodni 2 lekarzy gazowni kolejno do ustąpienia bez żadnego poważnego powodu i nie zgodzili się sprawy poddać pod rozstrzygnięcie sądu rozjemczego. Mimo ostrzeżenia Koła lekarzy przyjął jednak posadę w gazowni dr K. Jokiel, a gdy mimo upomnień posady nie porzucił i nie oddał sprawy do rozpatrzenia sądowi koleżeńskiemu Towarzystwa lekarskiego, musiało mu Koło ostatecznie wypowiedzieć stosunki koleżeńskie. Sprawa ta odbiła się jednak ubocznie na Towarzystwie lekarskiem, w którem powstał spór o zakres działania Sądu koleżeńskiego i Zarządu, zakończony ustąpieniem całego Zarządu. (*Czas. lek.* Nr 9). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 14 do 20 października 1906 doniesiono o 10 nowych przypadkach duru plamistego w 4 gminach, a mianowicie pow. Bohorodczany (Bogrówka 1), Jaworów (Jazów st. 3), Zaleszczyki (Beremiany 5), Brzeżany (Kozłów 1). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 7/X do 13/X b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 17 (obcych 1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 14 (1), odry 18 (—), duru brzusznego 3 (—), czerwonki 1 (—), gorączki połogowej —; w tymże czasie zmarło: z błonicy 2, z płonicy 2.

Płonica w Łodzi rozszerza się gwałtownie; zmierało z niej, licząc od stycznia, co miesiąc: 24, 24, 17, 33, 57, 84 osób, w lipcu doszła liczba zmarłych 136, w sierpniu 165. Ponieważ epidemia ta nie odznacza się zbyt wielką śmiertelnością, przeto liczbę zachorowań można na podstawie tych liczb uważać za bardzo znaczną. W walce z tą epidemią zdziałano niewiele ze strony władz miejskich; natomiast krząta się w tej sprawie łódzki oddział Towarzystwa higien. (*Czasop. lek.* Nr 9). Ofiarą epidemii padł opiekujący się gorliwie chorymi na płonicę — dr Gustaw Lohrer. *R.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział lekarski uchwalił kursów dla lekarzy, zamierzonych na grudzień, w roku bieżącym nie urządzać.

— Na wydział lekarski zapisało się ogółem 439 słuchaczy (384 zwycz., 22 nadzw.), z tego 33 kobiety (31 słuchaczek zwycz., 2 hospitantki).

— W preliminarzu budżetu austr. ministeryum oświaty na rok 1907 wstawiono jako pierwsze raty nowych wydatków nadzwyczajnych: na rozszerzenie zakładu anatomii opisowej w Krakowie 25,000, na urządzenie wewnętrzne kliniki chorób dzieci we Lwowie 9000 k. Oprócz tego zawiera preliminarz wydatków nadzwyczajnych tylko drobne kwoty na adaptacye, przeróbki i naprawki, częściowo już dokonane (np. urządzenie kliniki laryngol. w Krakowie 5000 k., adaptacye w zakładzie higienicznym we Lwowie 1930, tamże w zakładzie anatomii opisowej 4200 k. itp.), oraz raty dawniej przyznanych nadzwyczajnych dotacyi naukowych. Natomiast z nadwyżek kasowych roku 1905 przeznaczono między innemi na rok 1907 kwotę 5 milionów koron na urządzenia naukowe klinik w Wiedniu, Pradze i we Lwowie. Z tychże nadwyżek kasowych przeznaczono na zwalczanie gruźlicy 2 miliony koron; ma je otrzymać Towarzystwo »Viribus unitis«, zajmujące się budową sanatoryów. Towarzystwo to zamierza kwotę tę skapitalizować, a odsetków jej używać dla swych oddziałów, zakładających sanatorya na prowincyi.

— »Dom zdrowia uczącej się młodzieży polskiej w Zakopanem«, zakład, ze wszech miar zasługujący na poparcie, a walczący ustawicznie z brakiem środków, ogłosił sprawozdanie za rok ubiegły. Zakład zwiększył liczbę miejsc w r. z. z 18 na 29; przebywało w nim w r. z. 65 chorych na gruźlicę, z których u 14 nastąpiło wyraźne polepszenie, u 31 poprawa, u 14 stan się nie zmienił; u 3 nastało pogorszenie, a 3 zmarło.

Lwów. XVII posiedzenie naukowe towarzystwa lek. lwowsk. odbyło się 19 października 1906. 1) Prof. Gluziński przedstawił a) chorego z tętniakiem części zstępującej tętnicy głównej. W okolicy łopatki lewej widać spory guz, elastyczny, tętniący. Z objawów podmiotowych dolega choremu utrudnienie oddechu; b) chorego, który przed kilkunastu miesiącami wypił w zamiarze samobójczym ¾ szklanki mieszaniny, składającej się z równych części wina, spirytusu denaturowanego i stężonego kwasu solnego. Po wypiciu wystąpiło silne palenie w przełyku, a wnet potem wymioty masami czarnemi. Podczas pobytu w szpitalu, gdzie chory przebywał przez 8 miesięcy, wystąpiło silne wyniszczenie, jednakże w chwili opuszczenia szpitala mógł już chory połykać pokarmy stałe, co na samym początku leczenia było niemożliwe. Przed kilku dniami zgłosił się do kliniki skarżąc się, że wymiotuje od czasu do czasu pokarmy stałe, które dziś zresztą dobrze przełyka. Badanie stwierdziło, że pokarmy zwymiotowane przez chorego są prawie zupełnie niestrawione. Przypuszczano z początku zwężenie odźwiernika, któreby mogło dawać powód do zwracania pokarmów od czasu do czasu; brak strawienia pokarmów można było tłómaczyć zniszczeniem błony śluzowej żołądka przez HCl, zażyty w celach samobójczych. Przedsięwzięta ezofagoskopia przez dra Litwinowicza stwierdziła jednak uchyłek przełyku tuż nad przeponą. Prof. Gluziński zapytuje chirurgów o radę, co w danym przypadku czynić należy.—W dyskusyi przemawiali prof. Ziembicki, prof. Rydygier, prof. Barącz, dr Pisek i Litwinowicz. Co do pierwszego przypadku zwraca uwagę prof. Ziembicki, że w podobnych przypadkach tętniaka, jak obecny, łatwo mogłaby zajść pomyłka przy powierzchownem tylko badaniu; możnaby go wziąć łatwo za ropień, który w miejscu tem często występuje. Co do drugiego przypadku, to prof. Rydygier przypuszcza, iż operacya uchyłka ze względu na to, że trzebaby otworzyć śródpiersie, byłaby niebezpieczną, nie przeczy jednak, że nieoperowanie również będzie połączone ze szkodą dla chorego. Prof. Barącz radziłby spróbować rozszerzania przełyku nieco ponad uchyłkiem, by w ten sposób choć w części zmniejszyć pojemność uchyłka. Kol. Litwinowicz sposobu tego nie uważa za zły, sądzi jednak, że wykonać go prawie nie można, ze względu na duże naczynia tu leżące, a po części i oskrzela, na które wywierałoby się ucisk. 2) Prof. Rydygier wygłosił wykład o »rekto-romanoskopii«, przedstawiając odpowiednie przyrządy. — W dyskusyi zabierali głos prof. Barącz, Mars i dr Wechsler.

— Na wydział lekarski zapisało się ogółem 224 słuchaczy, z tego 28 kobiet.

Warszawa. Zarząd »Stowarzyszenia lekarzy polskich« wybrał swym prezesem dra Dunina, wiceprezesem dra H. Nusbauma, sekretarzem dra S. Bronowskiego, skarbnikiem dra A. Przyborowskiego, gospodarzem dra Szumlańskiego.

— W Łowiczu powstał oddział warszawskiego Towarzystwa higienicznego.

— Towarzystwo lekarskie łódzkie wybrało z powodu ustąpienia całego dotychczasowego zarządu (por. »Wiadomości zawodowe«) nowy zarząd, który tworzą: dr Rundo jako prezes, Krusche — wiceprezes, Grosglik — sekretarz, Prechner — zastępca bibliotekarza (urzędu bibliotekarza nikt przyjąć nie chciał), Staweno — skarbnik.

— W Lublinie uwięziono ponownie dra Stefana Rudzkiego, w Kamieńcu Podolskim dra Błońskiego. Więzionego od grudnia r. z. dra Dauma ze Starachowic sąd uniewinnił (*Czas. lek.* Nr 9).

— W Łodzi uwięziono świeżo dr Władysława Sterlinga, dr Władysława Pinkusa i dr Lucyana Pinkusa.

— *Czasopismo lek.* (Nr 9) podaje kilka znamiennych obrazków z Rosyi. W Moskwie rewidowała policya wszystkie szpitale. Przeciw temu protestował dyrektor kliniki psychiatrycznej, prof. Serbski, więc do kliniki wdarto się — siłą. Aby wydostać połknięty przez więźnia politycznego kompromitujący papier, nakłoniła władza pewnego felczera do podania więźniowi środka wymiotnego, a to zapomocą kłamstwa, że więzień zażył truciznę. W Odessie pozwolono zdawać egzamin na pomocników aptekarskich tylko tym kandydatom, którzy przedstawią świadectwa »prawomyślności«.

Z różnych stron. Międzynarodowy zjazd w sprawie higieny środków spożywczych odbywa się w Paryżu d. 22 — 27 b. m. pod przewodnictwem dra Ricarda. Prezesami sekcyi naukowej są prof. Bouchard i Gantier. Wśród nazwisk sprawozdawców znajdują się prócz dr Joteykównej z Brukseli dwa jeszcze nazwiska polskiego pochodzenia: Raczkowski i Siderski.

— Dr Bernardowi Fischerowi z-Bonn powiodło się doświadczalnie wywołać atypowe bujanie nabłonka, drobnowidowo bardzo podobne do obrazu raka, co dotąd napróżno silono się uzyskać. (Por. w tym numerze »Przeglądu« wyciąg na str. 728).

— Behring zamierza wobec błędnych pogłosek dziennikarskich o swoich badaniach, ogłosić sam autentyczne wyjaśnienia p. t. »Surowica przeciwbłonicza, przeciwtężcowa, bowowakcyna, tulaza« w październikowym zeszycie »Deutsche Revue«. Obecnie zaś urządza Behring w zakładzie higienicznym w Marburgu kurs o gruźlicy dla lekarzy sanatoryów.

— Prof. Boas złożył kierownictwo założonej przez siebie polikliniki chorób przewodu pokarmowego i wycofuje się z działalności dydaktycznej.

— Berlińska akademia umiej. postanowiła szczegółowo zbadać lekarskie rękopisy starożytnych lekarzy. Pierwszy tom tej pracy zawiera pisma Hipokratesa i Galena. W dalszym ciągu znajdą się rękopisy Dioskoridesa, Aeginety i Aetiosa. Zasługi koło tego wydawnictwa położyli dr H. Diels i prof. dr G. Schöne. *E. S.*

— Z końcem XIX w. stwierdzono w kantonie Waadt w Szwajcaryi pojawianie się przypadków trądu. Obecnie zbadał tę rzecz dokładniej z pomocą miejscowych lekarzy prof. Jadassohn i stwierdziwszy 5 przypadków, doradza odosobnienie ich w odpowiedniem schronisku, coby zapobiegło niebezpieczeństwu szerzenia się tej choroby.

— Uniwersytet w Groningen, głównem mieście holenderskiej prowincyi tego samego nazwiska, spłonął w zupełności wraz z cennymi przyrodniczymi zbiorami. Udało się uratować tylko część archiwum i obrazów. Uniwersytet w Groningen został założony w r. 1614, gmach spalony stanął w r. 1850. Uniwersytet posiadał wielką bibliotekę, muzeum przyrodnicze, zbiór germańskich starożytności, teatr anatomiczny i liczne pracownie. *E. S.*

Mianowani: Prof. Beneke z Królewca profesorem anatomii patologicznej w Marburgu (na miejsce Aschoffa); dr Bainbridge profesorem chirurgii w N. Yorku; doc. higieny Grassberger profesorem nadzw. w Wiedniu;

w Akademii weterynaryjnej we Lwowie: dr Mieczysław Grabowski (patologia og. i anatomia patol.) i dr Włodzimierz Kulczycki (zoologia i parazytologia) profesorami zwyczajnymi; dr Kazimierz Panek (fizyologia) i dr Adolf Gizelt (farmakologia) profesorami nadzwyczajnymi;

Józef Okińczyc prosektorem anatomii w Paryżu.

Zmarli: Dr Jan Stawski, ordynator szpitala miejskiego w Rostowie n. D. w 55 r. ż.; dr Aleksander Kamiński w Bragime; dr Zygmunt Cieszkowski w 29 r. ż. w Petersburgu; dr Lohrer w 37 r. ż. w Łodzi.

Prof. higieny i bakteryologii w Groningen Fokker w 66 r. ż.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 40. Pawiński: Dusznica bolesna, jako objaw samozatrucia ustroju. Kijewski (c. d.). Jaworski: Kartka z dziejów położnictwa w Polsce.

— *Nowiny lekarskie* Nr 10. Janowski: O tętnie dwubitnem przy niedostateczności zastawek aorty. Sędziak: Zaburzenia nosowo-gardłowo-krtaniowo-uszne w przebiegu chorób serca i naczyń.

— *Postęp okulistyczny* (Wrzesień). Bednarski: O ropowicy oczodołu przy ropieniu śródgałkowem pochodzenia wnętrznego.

— *Zdrowie* Zesz. 10. Chmielińska: O życiu stróżów w Płocku. Jaroszyński: W kwestyi alkoholizmu wobec dzisiejszego ustroju społecznego. — Kwestyonaryusz w sprawie kobiecej.

— *Tygodnik lekarski* Nr 42. Schneider: Przyczynek do kwestyi poliglobulii. Rencki (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr 9. Poczobut: Drugie sprawozdanie z przebiegu epidemii płonicy w Łucku 1906 r. i kilka słów o jej leczeniu. Brudziński i Trenkner (dok.). Sterling: Organizacya pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej.

— *Medycyna* Nr 42. Krajewski: Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego. Janowski: Uwagi praktyczne w sprawia dawkowania kamfory, eteru i przetworów belladonny, oraz w sprawie stosowania morfiny. Flatau i Koelichen (c. d.).

— *Casopis lekařův českých* Nr 42. Honl, Kimla, Dvořak, Šamánek (c. d.).

— *Liječnički Vijestnik* Nr 10. Čačković: Prinosi kasuistici trbušnih ozljeda. Polášek: Najvažnije razlike izmedju Pharmac. Croat. Slavon. II i Austriaca VIII.

— *Russkij Wracz* Nr 39. Zimnicki: Niektóre dane kryoskopii w cukrzycy. Likudi (dok.). Wołoszyn: W sprawie zarazka kiły. Wilin: Z kazuistyki pierwotnego przewlekłego włóknikowego zapalenia oskrzeli.

— *Presse medicale* Nr 81. Jeannin: Ciąża bliźniacza jednoowodna. Martinet: Czy należy sypiać po jedzeniu? — Nr 82. Hallion: Swoistość substancyi uczulającej i aleksyny. Petit: Jelitowe pochodzenie pylicy płucnej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 42. Vulpius: Niepowodzenia przy przeszczepianiu ścięgien. Hudovernig: Methylatropinum bromatum w chorobach układu nerwowego. Danziger: W sprawie wczesnego rozpoznawania pierwotnej zmiany kiłowej. Engel: Przyczynek do leczenia kiły surowicą. Levaditi: Uwagi o artykule Schultzego p. t. „Silberspirochaete“. Halle. Zewnętrzna czy wewnętrzna operacya ropienia w bocznych jamach nosa. Martens: O budowie i urządzeniu nowoczesnych sal operacyjnych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 42. Noorden: O zadaniach dydaktycznych w klinice lekarskiej. Bartel: Komórki narządów, a zakażenie gruźlicze. Pfeiffer: O autolizie krwi białaczkowej i leukocytotycznej. Zirbelbach: Przypadek białkomoczu ortostatycznego. Grossmann: Leczenie rwy kulszowej zapomocą okołonerwowych wstrzykiwań soli kuchennej. Mann: Surowica Marmorka w gruźlicy płuc. Stein: Uniwersalna przepona.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 42. Fischer: Doświadczalne wywoływanie atypowego bujania nabłonka, a powstawanie nowotworów złośliwych. Wichern i Loening: O przesunięciu krtani i tchawicy przy różnych chorobach narządów klatki piersiowej. Saathoff: Tętniak tętnicy głównej na tle kiłowem i jego wczesne rozpoznawanie. Rothfuchs: O ropowicy gazowej. Waljaschko: W sprawie techniki przeszczepiania skóry według Thierscha. Asbeck: Opatrywanie świeżych ran opatrunkami, osuszonymi zapomocą ciepła. Klaussner: Z kazuistyki wrodzonych przepuklin w linii białej. Doerfler: Niedrożność jelita, wywołana przez guzik Murphyego po wycięciu odźwiernika. Federschmidt: Przypadek zatrucia fosforem, zakończony śmiercią. Seitz: W sprawie hebotomii.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 42. Enderlen: Leczenie czyraków i ropowic. Ribbert: Przyczynek do nauki o raku. Ohm: O znaczeniu rozpoznawczem obecności krwi i limfocytozy w płynie mózgowordzeniowym. Mosse: Nasze wiadomości o chorobach krwi. Ahlfeld: Dalsze dowody na to, że odkażanie rąk wodą gorącą i wyskokiem działa trwale w głąb. Tintemann: Z kazuistyki zatruć kwasem pruskim. Ehrlich: Dur żółtaczkowy. Borgnis: W sprawie wydobywania główki, pozostałej w macicy po oderwaniu tułowia. Sternberg: O czekoladzie dulcynolowej.

Redakcya otrzymała: Sędziak: 1) Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych. (Praca nagrodzona medalem złotym na konkursie ameryk. Tow. laryngol). 2) Przewlekły zanikowy nieżyt nosa. (Praca wyróżniona zaszczytną wzmianką na tymże konkursie). Odbitki z „Kroniki lek.“ 1905/6.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się w **Domu lekarskim** (ul. Radziwiłłowska l. 4) **we środę dnia 31 października b. r. o godz. 6 wieczorem.** Porządek dzienny: 1) Demonstracye. 2) Prof. Rosner: W sprawie techniki myomotomii drogą brzuszną.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Visvit, nowy skoncentrowany przetwór odżywczy, zachwala dr Linike (*Therapeutische Nachrichten* 1906, Nr VII). Środek ten stosowano w klinice Leydena i oceniono przychylnie jego działanie. (Maas. *Medizin. Klinik* 1906, Nr 28). Zalety jego polegają na obfitej zawartości substancyi azotowych (80,14 prc., z tego białka żelazo-hemoglobinowego 1,85 prc.), dalej na zawartości rozpuszczalnych węglowodanów (15.26 prc.), tłuszczu (0,24 prc.) lecytyny i soli fizyologicznych w odpowiednim stosunku odsetkowym.

Nadto nietylko jest visvit wolny od wszelkiego wstrętnego smaku, właściwego przetworom, pochodzącym z białka zwierzęcego lub roślinnego, lecz nawet jest smaczny i pobudza apetyt, tak iż nadaje się do przeprowadzenia leczenia tuczącego w stanach osłabienia, niedokrwistości, błednicy, krzywicy i szczególnie w okresie ozdrowienia. Znaczenie visvitu dla budowy i odnowy narządów daje się wytłómaczyć tem, iż działające składniki jego, pochodzące z substancyi organicznych, przyswojone zostają nadzwyczaj łatwo przez ustrój ludzki, gdy te same składniki, podawane w innych lekach, przyrody nieorganicznej, albo w małej tylko ilości ulegają wessaniu, albo też opuszczają ustrój całkowicie. Według dotychczasowych badań wzmaga się waga ciała i liczba krwinek czerwonych już po upływie tygodnia, pod wpływem zażywania visvitu w sposób bardzo wyraźny. Szczególna wartość tego leku polega na zupełnym braku drażniących istot wyciągowych, tak iż przy chorobach serca i nerek w pełnej dawce bez obawy podawany być może. Szczególne wskazania: stany osłabienia, neurastenia, niedomaganie w karmieniu u położnic, niedokrwistość, błednica, krzywica, zapad sił przy durze, zapaleniu płuc, gruźlicy płuc i t. d., zaburzenia żołądkowe i jelitowe i t. p.

Wskutek dobrego smaku można visvit podawać w stanie suchym, poleca się atoli podawać 3—6 razy dz. łyżeczkę w mleku, kawie, kakao, rosole lub zupie. Dzieciom poleca się pół łyżeczki. *Hr.*

Arhovinę (wyrób instyt. technicz. Dra Horowitza w Berlinie) poleca dr K. G a n z (*Berliner klinische Wochenschrift* 1906, Nr 38), jako środek, przeznaczony do zewnętrznego leczenia wiewióra. Środki, używane dotąd miejscowo, mają pewne strony ujemne. Środki ściągające wywierają słaby wpływ leczniczy na uległą zapaleniu błonę śluzową cewki moczowej; nie mogą zadziałać w głąb, ponieważ ściągają powierzchnię błony śluzowej, a w najsilniejszych rozczynach działają nawet żrąco. Środki przeciwgnilne nadają się najlepiej do leczenia wiewióra, lecz najwięcej z nich znane przetwory srebra strącone zostają przez białko ropy tryprowej i tracą, z tą chwilą swój wpływ leczniczy. Próby natomiast, jakie podjął Ganz, lecząc przez szereg miesięcy przypadki wiewióra arhoviną i spostrzegając dokładnie chorych, wypadły bardzo pomyślnie. Działanie tak korzystne arhoviny wytłómaczyć sobie można: 1) silnie bakteryobójczem działaniem na dwoinki, stwierdzonem przez Piorkowskiego, 2) działaniem w głąb, 3) brakiem wszelkiego wpływu drażniącego, 4) szybkością działania, umożliwioną powyższemi własnościami. Ganz stosował arhovinę w przypadkach zapalenia cewki przedniej, przyczem po ustąpieniu pierwszych gwałtownych objawów polecał wstrzykiwania z początku 1—2 prc., później 3—5 prc. oliwy arhovinowej, lub wprowadzanie pręcików i to tak długo, aż znikły nitki tryprowe z moczu i nie można już znaleźć dwoinek. Wynik był zawsze bardzo dobry, zupełne wyleczenie następowało już po 2—3 tygodniach. W przypadkach zajęcia tylnej części cewki polecał G. wstrzykiwania lub przepłukiwania Janeta 3—5 prc. oliwą arhovinową, przyczem dwoinki znikały po 2—3 tygodniach, a wyleczenie następowało po 4—6 tygodniach. W 2 przyp. przewlekłego trypra cewki, leczonych bezskutecznie przez kilka miesięcy innymi środkami, osiągnął G., stosując 5 prc. arhovinę, po 3 i 4 tygodniach wyleczenie. W przypadkach wiewióra cewki u kobiet stosował G. codziennie pręciki, przy zajęciu pochwy 5 prc. przestrzykiwania z następowem wprowadzeniem gałek lub 5 prc. tamponów, przy zajęciu gruczołów Bartholiniego pędzlowanie 5 prc. rozczynem, a w przypadku trypra odbytnicy czopki arhovinowe, — zawsze z dobrym skutkiem. *Hr.*

Pyrenol i jego zastosowanie jest przedmiotem pracy, jaką ogłasza dr E. T o f f z Braila (Rumunia) w *Medizinische Klinik* 1906, Nr 35). Środek ten znajduje szczególne zastosowania w nerwobolach gośćcowych i w cierpieniach narządów oddechowych, gdyż skład chemiczny odpowiada lekowi przeciwgośćcowemu w połączeniu ze środkiem wykrztuśnym i uspokajającym.

Toff stosował pyrenol w przypadkach dychawicy oskrzelowej, a korzystne wyniki, jakie osiągnął, są potwierdzeniem tego, co o tym środku wyrażali Frey, Sternberg, Grünfeld i inni, czyli, że osiągano znaczną poprawę. W zapaleniu płuc krupowem i nieżytowem spostrzegano przy podawaniu pyrenolu, że przebieg bywa łagodniejszy, wykrztuszanie ułatwione, plwocina rzadsza, kaszel mniejszy, ciepłota obniża się, duszność zmniejsza się, tętno staje się pełne i silne. Zapadów nie spostrzegano. Wpływ pyrenolu na krztusiec można nazwać niemal swoistym, co już na 77. zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy podnosił Ganz. Na nieżyt oskrzeli z gorączką i męczącym kaszlem, utrudnionem wykrztuszaniem wywiera pyrenol wpływ bardzo korzystny. W przypadkach gnilnego nieżytu oskrzeli (*bronch. putrida*) działa pyrenol odwaniająco. Szczególnie chwali Toff działanie pyrenolu w przypadkach nieżytu oskrzeli i nieżytowego zapalenia płuc u dzieci. Co do cierpień przyrody gośćcowej, to autor wyraża się, że szczególnie w gośćcu ostrym i podostrym, w cierpieniach stawów i nerwobólach na tle grypy uzyskiwał niezwykle dobre wyniki. Szczególnie pouczającym pod tym względem okazał się przypadek gośćca stawowego, opierającego się przez 6 tygodni leczeniu zapomocą salicylanu sodowego, okładów ciepłych i wcierań, a wyleczonego przy podawaniu kołaczyków pyrenolowych po 0·5 gr. 6 razy dziennie, w ciągu 2 tygodni. *Hr.*

Extractum chinae Nanning jest dziś dobrze już znanym przetworem chininy, posiadającym swe piśmiennictwo. Po pracach, jakie ogłosili dr R. Thomalla (*Therap. Monatshefte* 1899, *Nov.*), Dr Silberstein (*Ärztl. Centralzeitung* 1901), jakoteż dr E. Toff (*Zentralbl. f. Stoffwechsel und Verdauungskrankh.* 1905, H. I.) pojawiła się w kwietniu b. r. obszerniejsza praca dra M. Weinberga w Wiedniu (*Die Heilkunde* 1906, H. 4.) W. opiera się o doświadczenie, nabyte na 28 przypadkach. W przeważnej części przetworów chininowych znajdują się wyciągnięte z kory ciała woskowe i żywiczne, sprowadzające znaczne zaburzenia w trawieniu, z którym to faktem liczyć się należy. To też środki te, znajdując uznanie jako lek swoisty przeciw zimnicy, nie mogły go znaleść jako lek gorzki, przeznaczony do wzmocnienia żołądka i pobudzenia apetytu. Nanning uzyskuje swój wyciąg bez wyskoku, wolny od wielu niekorzystnie działających przymieszek, zawierający kwas garbnikowy w stanie rozpuszczonym i stałą zawartość alkaloidu 5 prc. Z przytoczonych spostrzeżeń wynika, iż przetwór Nanninga działa skutecznie i bardzo szybko jako amarum w przypadkach podupadnięcia apetytu (bez znaczniejszych zboczeń organicznych w żołądku), w niedokrwistości, ozdrawianiu i wogóle w stanach osłabienia. *Nn.*

Nadesłane.

Pastilli jodo-ferrat comp. „Jahr“. Środek wzmacniający, o przyjemnym smaku, podniecający łaknienie, dla dzieci i dorosłych. Czekoladą osłonięte kołaczyki ważą 3 gr., a składają się z *kalii jod. 0.65, ferratini 0,10, calc. glycer. phosph. 0,10.* Wskazane wszędzie tam, gdzie należałoby stosować tran, żelazo lub jod. Z powodu, iż składniki nie ulegają nigdy zepsuciu, a smak kołaczyków jest miły, można je podawać w każdej porze roku. Wpływu niekorzystnego na zęby lub przewód pokarmowy kołaczyki nie wywierają. Sposób użycia: dzieciom 2—4, dorosłym 6—9 sztuk dziennie, przyczem unikać należy kwaśnych potraw i surowych owoców. Pudełko w opak. oryg. zawiera 24 sztuk. Cena 2 K. 50 hal. Skład gł.: apteka Grabowskiego, Kraków.

Rok XLV. Kraków 3 Listopada 1906. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Spostrzeżenia z zakładu anatomii patologicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie (Dyrektor-Profesor Dr Browicz).

O nerwiaku zwojowym *(ganglioneuroma)* wraz z opisem własnego przypadku.

Podał
Doc. L. K. Gliński.

Jakkolwiek nowotwory, w których skład wchodzą pierwociny tkanki nerwowej (komórki i zwłaszcza włókna nerwowe), nie są zjawiskiem rzadkiem, to jednak właściwe prawdziwe nerwiaki, to jest nowotwory, wychodzące z tkanki nerwowej i składające się z nowowytworzonych pierwocin nerwowych, należą do wielkich rzadkości. W najrozmaitszych nowotworach, zwłaszcza zaś często w glejakach *(glioma)*, znajdujemy niejednokrotnie włókna nerwowe, a nawet komórki zwojowe, w tych jednak nowotworach pierwociny nerwowe są tylko pozostałościami istniejącej poprzednio w tem miejscu tkanki nerwowej, która została poprzerastaną przez jakąś inną nowotworowo bujającą tkankę np. w glejakach przez glej, t. j. tkankę podścieliskową układu nerwowego.

Do grupy właściwych nerwiaków również nie możemy zaliczyć guzów, opisywanych dawniej pod tą nazwą, a obecnie znanych pod mianem nerwiaków rzekomych, jako to nerwiaków kikutowych, włókniakonerwiaków, występujących mnogo w przebiegu nerwów, nerwiaków ciałek dotykowych Paciniego i t. p. W nerwiakach kikutowych mamy właściwie do czynienia nie ze sprawą nowotworową, lecz ze zjawiskiem odradzania się i przerostu na długość przeciętych przy operacyi włókien nerwowych obok jednoczesnego rozrostu tkanki łącznej. Inne nerwiaki rzekome powstają nie wskutek nowotworzenia się pierwocin nerwowych, lecz dzięki nowotworowemu bujaniu łącznotkankowych pochewek wiązek i pęczków włókien nerwowych *(endo- i peri-neurium)*, są więc właściwie włókniakami, lub co rzadziej, mięsakami nerwów, a nie właściwymi nerwiakami.

Pod nazwą prawdziwych nerwiaków opisują niektórzy autorowie rzadko zresztą spotykane t. zw. nerwiaki wiciowate *(neuroma plexiforme s. cirsoideum)*. W rzeczywistości jednak dotychczas i co do tych nowotworów, nie udowodniono jeszcze, aby w nich istotnie wytwarzały się nowe włókna nerwowe, a bardzo liczni i poważni autorowie (np. Goldmann, Borst, Ribbert i inni) wprost twierdzą, że w nerwiakach wiciowatych bujaniu nowotworowemu ulega tylko tkanka łączna, włókna nerwowe natomiast ulegają tylko przerostowi na długość. Gdyby jednak nawet przyjąć, że w nowotworach tych tworzą się z poprzednio istniejących nowe włókna nerwowe, to zgodnie z Ribbertem stwierdzić należy, że te nowowytworzone włókna nerwowe nie zyskują właściwej tkankom nowotworowym samodzielności, pozostając podobnie, jak ich włókna macierzyste, w zależności od odpowiednich niezmienionych komórek zwojowych, i tych więc nowotworów za nerwiaki prawdziwe uważać nie możemy. Pod nazwą nerwiaków prawdziwych opisywano również niejednokrotnie drobne, zwykle mikroskopijne gniazda włókien nerwowych, (wyjątkowo tylko z domieszką komórek zwojowych), w mózgu, rdzeniu i w ich oponach. Liczba tych spostrzeżeń jest bardzo nieznaczna: w r. 1903 Świtalski zdołał zebrać z piśmiennictwa zaledwie 11 takich spostrzeżeń; podnieść przytem należy, że w przeważnej liczbie tych przypadków właściwie niepodobna nawet mówić o nowotworach w ścisłem tego słowa znaczeniu; a i sami autorowie, opisujący te przypadki, uważają znalezione gniazda tkanki nerwowej jużto za objaw odradzania się włókien nerwowych po przerwaniu ich ciągłości (Raymond), jużto za następstwo ich bujania po zadrażnieniu przez jakiś czynnik chorobotwórczy (Schlesinger), już wreszcie, co wydaje się najprawdopodobniejszem, za zbłąkane ogniska tkanki nerwowej „za wadę rozwojową, ściślej mówiąc za heterotopię“ (Świtalski). W opisanym wreszcie przez Kahldena przypadku „nerwiaków prawdziwych“, znalezione przez tego autora grzybiaste narośle na rdzeniu były, jak to stwierdził Hanau, wytworami sztucznymi, powstałymi podczas sekcyi skutkiem nieostrożnego wyjmowania rdzenia.

Przytoczone powyżej okoliczności były powodem, że do niedawna wielu autorów wprost powątpiewało, czy wogóle możliwem jest istnienie nerwiaków prawdziwych, zwłaszcza wobec znanej małej zdolności do rozrostu w ustroju wykształconym właściwych pierwocin nerwowych, t. j. komórek zwojowych. Do pojęcia bujania nowotworowego każdej tkanki, a więc i tkanki nerwowej, niezbędnem jest zjawisko mnożenia się właściwych pierwocin tkankowych, to jest komórek; za właściwe więc nowotwory układu nerwowego, za właściwe nerwiaki prawdziwe uważać możemy tylko nowotwory, powstałe przez rozrost właściwych pierwocin nerwowych, t. j. komórek zwojowych z jednoczesnem wytwarzaniem przez nie nowych zupełnie włókien nerwowych. O takich nowotworach pod rozmaitemi nazwami znajdujemy wzmianki w piśmiennictwie już w pierwszej połowie ubiegłego wieku (prace Günsburga i Bischoffa), opisy jednak tych autorów były wogóle bardzo niedokładne i Virchow w swem dziele o nowotworach podał te spostrzeżenia

w wątpliwość; powaga naukowa zaś Virchowa była tak wielka, że w nauce jeszcze przez długie lata niedowierzano możliwości istnienia takich nowotworów, mimo iż począwszy od r. 1870 poczęły się również pojawiać prace, opisujące oddzielne przypadki nowotworów, złożonych głównie z komórek zwojowych i włókien nerwowych (prace Loretza, Soyki, Axel Keya, Weichselbauma itd.) Dopiero jednak w ostatnich latach udowodniono stanowczo możliwość istnienia takich nowotworów, tak że dopiero w ostatniem wydaniu znanego podręcznika Zieglera (z r. 1905) poraz pierwszy znajdujemy krótką wzmiankę o tych nowotworach, czyli jak je obecnie nazywamy, nerwiakach zwojowych (*ganglioneuroma*). Wobec małej liczby dotychczas znanych spostrzeżeń, wobec szczupłych stosunkowo wiadomości o całej tej sprawie, która niekiedy może posiadać ważne znaczenie nawet dla lekarza-praktyka, pozwalam sobie omówić pokrótce przypadek, który przed niedawnym czasem nasunął mi się do badania w tutejszym uniwersyteckim zakładzie anatomii patologicznej, pozostającym pod kierunkiem prof. Browicza. (Dok. nast.)

O nerwobólu międzyżebrowym (*neuralgia intercostalis*) głównie ze stanowiska skarg chorego.

Podał

Władysław Janowski

docent Akademii i ordynator szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Ciąg dalszy).

f) Zdarza się czasami, że osoby młode, dotąd zupełnie zdrowe, lub co najwyżej nerwowe, dostają nagle napadu gwałtownego bólu lub kłucia w okolicy serca z gwałtowną dusznością i biciem serca z ew. napadami niemiarowości tętna i że wszystkie te objawy zależą od gwałtownego napadu nerwobólu międzyżebrowego z licznymi objawami rozpromieniania się. O takich chorych, u których, ze względu na ich wiek młody i zdrowe serce, nie może być mowy o dusznicy bolesnej, powiedzieć muszę, że cierpienie ich naśladuje rzekomą dusznicę bolesną. Sam mam 5 podobnych spostrzeżeń zanotowanych. Z nich jedno dotyczy pewnego 34-letniego oficera, który na 8 dni przed przyjściem do mnie dostał nagle gwałtownego bólu serca i duszności. Od tego czasu serce ciągle mu, jak mówił po rosyjsku, „ноетъ". Znalazłem w okolicy serca 3 punkty bolesne. Przy drugiem widzeniu się ze mną oficer ten uważał się już za zupełnie zdrowego, choć jeszcze jeden punkt u niego znalazłem. Szczególnie gwałtowny napad bólu serca i dusznicy z omdleniem na ulicy wystąpił u innej mojej chorej, bardzo nerwowej, artystki. Chorą tę odwieziono z ulicy do domu. Znalazłem u niej 2 punkty bolesne w 2-em międzyżebrzu: jeden tuż przy mostku, a drugi na linii przymostkowej. Przedtem ani potem (minęło lat 6) chora ta podobnego napadu nie miała. Podobne są pozostałe trzy moje spostrzeżenia, dotyczące również bardzo nerwowych kobiet (l. 25, 25 i 26); u dwóch z nich znalazłem przy zbadaniu po 5 punktów bolesnych w okolicy serca, a u trzeciej 8: po 3 na linii przymostkowej i sutkowej w 2, 3 i 4-em międzyżebrzu i po jednym na linii pachowej przedniej w 1-em i 2-em międzyżebrzu. Druga z nich miała nadto 2 punkty bolesne w 5-em międzyżebrzu na linii pachowej średniej i na linii odpowiadającej kątowi żebra. Dwie z pomiędzy tych pięciu chorych skarżyły się, że podczas napadu miewały silny ból w lewem amieniu, a trzy mówiły, że dostawały przytem w lewem ramieniu jakiegoś bardzo przykrego uczucia. Napady takie zdarzać się mogą jednorazowo, jak to było u pierwszych dwóch moich chorych, albo powtarzać się mogą co czas pewien, jak to było u pozostałych trzech. Jestem wogóle zdania, że olbrzymia większość przypadków t. zw. rzekomej dusznicy bolesnej (*pseudoangina pectoris*), spostrzeganych czasem u osób bardzo nerwowych i osłabionych, dałaby się przy dokładnem badaniu międzyżebrzy, rozpoznać właśnie, jako szczególnie silny odczyn ustroju osób histerycznych lub conajmniej bardzo nerwowych na silny napad dawno utajonego nerwobólu międzyżebrowego. Stwierdzenie tego faktu wnosi odrazu postęp, dając rzecz jasno określoną i doskonale poddającą się leczeniu, zamiast czegoś niewiadomego (*pseudoangina pectoris*) i rzekomo nieuleczalnego.

Zatrzymałem się nieco dłużej na przypadkach, w których nerwoból międzyżebrowy daje objawy tego rodzaju, że wywołuje skargi na serce.

Miałem do tego kilka powodów. Po pierwsze bowiem uderza mnie nadzwyczajna częstość takich przypadków, stanowiących w moim materyale [8]) z górą 25% (68 na 258). Po drugie, uderza mnie, że w dotychczasowem piśmiennictwie o objawach sercowych przy nerwobólu międzyżebrowym znajduję zaledwie luźne wzmianki, jakby prześlizgnięcie się nad czemś, dokładniej nie spostrzeganem [9]). Po trzecie, i o to szło mi najbardziej, chciałbym przez obszerniejsze omówienie tej sprawy spopularyzować wiadomość o objawach sercowych przy nerwobólu i ochronić przez to kolegów od fatalnego błędu, polegającego na przeoczeniu omawianej tu przyczyny przykrych objawów ze strony serca. Przez trafne postawienie odrazu rozpoznania oszczędzić można sobie i choremu wiele niepotrzebnych rozczarowań, przynieść leczonemu szybką i efektowną ulgę, a nadto uchronić można chorego od powstania ewentualnych wtórnych zmian materyalnych w sercu. Jakiekolwiek bowiem przyjęlibyśmy tłomaczenie sposobu powstawania objawów zwrotnych ze strony serca przy nerwobólu międzyżebrowym, zawsze liczyć się musimy z poglądem powszechnie dziś co do wielu narządów ustalonym, że często powtarzające się lub dłużej trwające w nich zaburzenia czynnościowe prowadzą w końcu do wytworzenia zmian materyalnych, nie dających się już wyrównać. Lecząc więc wcześnie zaburzenia czynności serca na tle nerwobólu międzyżebrowego, nietylko usuwamy złe już istniejące, ale zapobiegamy nadto przedwczesnemu wytworzeniu się w danym razie zmian anatomicznych w mięśniu sercowym wskutek powtarzających się nieprawidłowości w jego działaniu.

7. Również do rzędu mało znanych objawów nerwo-

[8]) Powtarzam, przychodnim, bo drugie tyle widywałem na mieście. Nadto już po napisaniu tego artykułu przybyło mi odnośnych spostrzeżeń pięć.

[9]) N. p. u L. Krehla przy omawianiu nerwowych objawów serca. Nothnagel Path. u. Ther. XV. 1—5. Str. 423. — Jednowierszową wzmiankę w tej sprawie znalazłem z polskich autorów u B. Skórczewskiego (Medycyna Nr 19, str. 317 a), który na 185 przypadków bicia serca spostrzegał 19 razy współistnienie jego z nerwobólem międzyżebrowym.

bólu międzyżebrowego należą objawy, naśladujące cierpienie żołądka. Są nimi palenie w dołku i mdłości, dochodzące nieraz do wymiotów.

a) Skargi na ból i palenie w dołku, zależeć mogące wyłącznie od obecności punktów bolesnych na łuku żebrowym, a mianowicie na lewej linii mostkowej i przymostkowej, słyszałem od dwóch kobiet (l. 24 i l. 27). Obie leczyły się już przez czas dłuższy u kilku specyalistów, a z ich rad widziałem, że, z powodu zupełnej nielogiczności skarg żołądkowych tych chorych, dwóch z tych specyalistów zdawało sobie sprawę z czynnościowej natury cierpienia swych chorych. Jednak żaden z nich nie obmacał dokładnie międzyżebrzy, resp. nadpępcza (*epigastrium*), i dlatego na właściwe rozpoznanie nie wpadł i nie mógł im przynieść ulgi, której odrazu po pryszczydłach doznały. Trzecia (l. 30) i czwarta (l. 70) z podobnych moich chorych miały 2 punkty bolesne na linii pośrodkowej ciała również w nadpępczu i skarżyły się też na palenie w żołądku po jedzeniu od kilku tygodni. Tu nadmienię, że widując tylu i tak różnych chorych żołądkowych oraz zebrawszy 254 spostrzeżeń nerwobólu międzyżebrowego, muszę uznać zależność skargi na palenie w żołądku od nerwobólu międzyżebrowego za bardzo rzadką, skoro ją dotąd dopiero cztery razy spostrzegałem. Chciałbym, aby niniejsze słowa zwróciły baczniejszą uwagę specyalistów żołądkowych na tę *par excellence* żołądkową skargę, powstać mogącą u osób nerwowych, jako złe wyrozumienie przez nich palącego bólu w nadpępczu wskutek nerwobólu międzyżebrowego. Być może, iż zbierze się wtedy więcej podobnych spostrzeżeń. Nawiasem mówiąc, w dwu przypadkach uraz wskutek złego gorsetu wydawał mi się powodem do tak fatalnego usadowienia się punktów bolesnych. Pozostaje jeszcze rzeczą niejasną, dlaczego na tak znaczną liczbę osób z punktami bolesnymi w nadpępczu, tylko cztery z nich skarżyły się na palenie w dołku. Wkraczamy tu już jednak w dziedzinę odczuć zwrotnych, nie dających się nigdy dostatecznie uzasadnić.

b) Do bardzo ciekawych i wyjątkowo ważnych pod względem rozpoznawczym i leczniczym zaliczyć muszę te przypadki, w których chorzy skarżyli się na mdłości i wymioty, a w których skargi te zależały od nerwobólu międzyżebrowego z punktami bolesnymi na wysokości lewego 8-go i 9-ego międzyżebrza. Podobnych przypadków spostrzegałem 5, z których 2 u mężczyzn, a 3 u kobiet. Znajdowałem w nich po 3 do 6 punktów bolesnych, jak powiedziałem, w 8-em i 9-em międzyżebrzu na linii żebrowo-obojczykowej, ew. w 7-em międzyżebrzu na l. sutkowej i przymostkowej, na samym łuku żebrowym. Rozpoznanie u podobnych chorych bywa czasem bardzo trudnem, wymaga bowiem starannego wyłączenia wszystkich cierpień żołądka, zwłaszcza, iż skargi chorych są przytem takie, że, aczkolwiek z jednej strony są dla określonych postaci cierpień żołądkowych bardzo nietypowe, wprost nielogiczne, to jednak niczem nie podsuwają lekarzowi nawet oddalonej myśli o nerwobólu międzyżebrowym, resp. o dokładnem obmacaniu międzyżebrzy. To też pierwsze dwa z moich 5 przypadków rozpoznałem dopiero przy drugiem ich badaniu. Pozostałe trzy rozpoznałem odrazu. Chorzy ci skarżyli się, że dostają bólu żołądka i uczucia mdłości zaraz po każdem nieco obfitszem jedzeniu, bez względu na rodzaj spożytej strawy. Ból ten trwał do 5, a nawet 6 godzin po jedzeniu, przyczem u 2 z moich chorych kończył się skąpemi wymiotami dobrze strawioną miazgą pokarmową. Jedna z moich chorych twierdziła, że nie ma mdłości tylko po jedzeniu na noc w łóżku: oczywiście uciskanie ubrania na okolicę żołądka, dokładniej — na wyżej wymienione punkty bolesne, wystarczyło u niej dla wywołania uczucia mdłości. Inna z mych chorych miewała wymioty na czczo, a więc bez żadnego związku z jedzeniem, przy ubieraniu się, gdy dotykała omawianych miejsc zawiązywaną spódnicą. U czterech z tych pięciu chorych samo wyszukiwanie przezemnie punktów bolesnych wystarczyło do powstania obfitego ślinienia, przyczem jedna z chorych nawet trochę przy mnie wymiotowała. Jeden z chorych, pochodzący z prowincyi, cierpiał na wymioty po każdem jedzeniu z górą rok i doszedł wskutek ciągłej ścisłej dyety do nadzwyczajnego wycieńczenia i do hipochondryi, a jednak mdłości i wymioty trwały u niego ciągle. Chory ten był mi polecony przez jednego z kolegów. Kiedy, po uważnem zbadaniu i wyłączeniu innych powodów do wymiotów, znalazłem 5 bardzo bolesnych punktów w wyżej wskazanych miejscach i zastosowałem pryszczydła, chory już nazajutrz przestał wymiotować, pomimo, że z mego zalecenia jadł odrazu wszystko, a po ponownem wyszukaniu i usunięciu drugiej seryi punktów bolesnych pojechał do domu. Wiem na pewno, że jest zupełnie zdrów, gdyż w kilka tygodni potem przywiózł mi swoją żonę, cierpiącą na kamienie żółciowe, a nadto często miewam wiadomości o nim od kierowanych do mnie przez wdzięczność jego znajomych. Śpieszę dodać, że odżywianie pozostałych 4 chorych pozostawiało mało do życzenia.

Związawszy opowiadania i skargi moich 5 chorych, dochodzę do wniosku, że punkty bolesne w ich lewem podżebrzu były tak nadzwyczajnie czułe, iż stawały się powodem mdłości na drodze zwrotnej, zarówno przy lekkim na nie ucisku z zewnątrz przez ubranie lub dotknięcie palcem, jak i z wewnątrz, przez rozdęty jakąkolwiek zawartością żołądek. Sposób powstawania tego rodzaju odruchu pozostaje naturalnie niewyjaśnionym. Chciałbym jednak z tego powodu zwrócić uwagę na dwie okoliczności. Po pierwsze, wbrew zdaniu niektórych autorów, nie słyszałem nigdy skargi na mdłości i wymioty u chorych z t. zw. mastodynią, t. j. z nerwobólem na lewej linii sutkowej, odczuwanym tylko w piersi, o którym już wspomniałem powyżej. Powtóre, pragnę podkreślić z naciskiem, że opisywana skarga nie ma nic wspólnego z tak zwaną „gastralgią“ histeryczną, jedną z postaci histeryi trzewnej. Gastralgia bowiem histeryczna jest gwałtownym bólem żołądka, powstałym od zetknięcia się miazgi pokarmowej z punktem histerorodnym w błonie śluzowej żołądka [10]). Wskutek tego takie chore nic jeść nie mogą i dochodzą do nadzwyczajnego wyniszczenia. Przeciwnie w moich przypadkach siedlisko bólu znajdywało się poza żołądkiem, czego najlepszym dowodem, że mdłości powstawały przy naciskaniu na odpowiednie międzyżebrza z zewnątrz przez ubranie lub palce, a u jednej chorej nawet na czczo. Można dla tych przypadków przypuścić conajwyżej wytworzenie się wtórnego punktu histerorodnego w żołądku wskutek drażnienia punktów bolesnych, anatomicznie stosunkowo blizko, bo w sąsiednich międzyżebrzach, położonych.

---

[10]) Gilles de la Tourette. Przeróbka polska A. Puławskiego. Str. 213.

Tak, czy inaczej, pozostaje faktem niezaprzeczonym, że nerwoból międzyżebrowy może czasem stawać się jedynym powodem mdłości i wymiotów z jednej strony, i że z drugiej strony mdłości i wymioty mogą być jedynym objawem omawianego tu cierpienia. Stąd wniosek, że nie należy nigdy zapominać o obmacaniu nadpępcza i lewego podżebrza, ilekroć powód do skargi na mdłości nie da się inaczej uzasadnić. Uchroni to bowiem chorego od wielu niepotrzebnych i długotrwałych kuracyi. Moi chorzy wyleczyli się wszyscy już po pierwszem zastosowaniu u nich pryszczydeł.

8) Czasami nerwoból międzyżebrowy daje punkty bolesne, usadowione z prawej strony i promieniujące w napadzie w ten sposób, że dolegliwości chorego naśladują kamienie żółciowe i wiodą do mylnego przepisania bezskutecznego leczenia w tym kierunku. U pierwszej takiej chorej sam popełniłem błąd rozpoznawczy. Zostałem mianowicie przed trzema laty wezwany do pewnej 23-letniej mężatki, która opowiedziała mi, że w wilię tego dnia dostała gwałtownego napadu bólu w prawym boku i że wezwany lekarz stwierdził u niej napad kolki żółciowej i wstrzyknął jej morfinę. Uwierzyłem chorej, zwłaszcza, że i dokładniejsze wywiady napozór za kamicą przemawiały, i że sam, nie obmacawszy uważnie żeber, objawów przedmiotowych, któreby inaczej tłómaczyły miniony napad bólu, nie znalazłem. Gdy jednak chora ta przyszła do mnie po dniach sześciu, skarżąc się, że ma znowu taki sam ból, jak wtedy, ale znacznie lżejszy, obmacałem starannie okolicę pęcherzyka żółciowego i wątroby i natknąłem się na 4 punkty bolesne, nic wspólnego z wątrobą ani pęcherzykiem żółciowym nie mające: dwa z nich leżały na samym łuku żebrowym na linii sutkowej i żebrowo-obojczykowej, a dwa inne w 7-mem i 8-mem międzyżebrzu na linii pachowej tylnej. Oczywiście natychmiast do błędu się przyznałem i całe leczenie zmieniłem. Od tego czasu widziałem tę chorą z innych powodów dwa razy. Zapomniała zupełnie o swoich bólach. — Podobnych chorych widziałem jeszcze potem trzy, i wszystkie aż nadto usprawiedliwiły mój pierwszy błąd rozpoznawczy. Jedna z nich leczyła się na kamienie żółciowe już 8 miesięcy, a miała poprostu 5 punktów bolesnych neuralgicznych w okolicy wątroby. Wyleczyła się zupełnie po dwóch bytnościach u mnie. Również szybko wyzdrowiała następna chora (l. 36), która cierpiała na rzekome kamienie żółciowe od roku, a u której wykryłem przy badaniu 9 punktów bolesnych: 2 na łuku żebrowym — na linii pachowej przedniej i sutkowej, 1 na linii pachowej przedniej w 7-em międzyżebrzu, a nadto po 3 punkty kręgowe i na linii pachowej tylnej w 7-em, 8-em i 9-em międzyżebrzu. Oczywiście mowa tu ciągle o prawej stronie. Czwarta z tych chorych (l. 25) leczyła się już na rzekome kamienie żółciowe od lat 4. Skargi jej, pozornie typowe i nawet banalne dla kamieni żółciowych, zależały od gwałtownego promieniowania nerwobolów podczas napadów w okolicę żołądka i pod łopatkę i były tak zwodnicze, że gdyby nie nadzwyczajna częstość tych napadów, bez żółtaczki w wywiadach i bez objawów zapalenia pęcherzyka żółciowego, któreby taką częstość napadów tłómaczyły, byłbym może sam zaniechał obmacania żeber i przez to znowu zasadniczy błąd rozpoznawczy popełnił. U chorej tej znalazłem przy pierwszem badaniu 6 nadzwyczaj bolesnych punktów neuralgicznych, rozsypanych w 7-mem i 8-mem międzyżebrzu od kąta żeber aż do linii sutkowej, do łuku żebrowego. I ta chora szybko się wyleczyła.

Powód do zdarzyć się mogącej pomyłki w omawianych tu przypadkach jest aż nadto jasny. W napadzie kolki żółciowej chory ma szereg objawów gwałtownego promieniowania bolów wskutek, że tak powiem, nerwobólu trzewnego. Otóż te same objawy mogą powstać i przy nerwobólu międzyżebrowym, jeżeli punkty bolesne odpowiednio ku przodowi się usadowią, jeżeli ból rozpromienia się od nich w kierunku wątroby i żołądka i jeżeli nadto chory jest bardzo wrażliwy.

Aczkolwiek 4 tego rodzaju spostrzeżenia są, w stosunku do nadzwyczajnej u nas częstości kamicy żółciowej, odsetką bardzo nieznaczną, i aczkolwiek stosunek 4: 258 wszystkich spostrzeganych przezemnie nerwobolów jest również bardzo nieznaczny, jednakże uważam za właściwe zwrócić uwagę na możliwość pomyłki w tym kierunku. Rozpoznając bowiem kamienie żółciowe, zamiast nerwobólu międzyzebrowego, nietylko pozbawiamy chorego szybkiej i skutecznej pomocy, ale skazujemy go nadto na długie, nudne i często kosztowne, a co najgorsza, zupełnie w tym razie bezskuteczne leczenie, niesłusznie nasze zabiegi lecznicze dyskredytujące.

9) W dwu przypadkach chore, przytem obie dość otyłe, przyszły do mnie, oświadczając, że wskutek nerki wędrującej miewają, jedna od kilku miesięcy, a druga prawie od dwóch lat, napady gwałtownych bólów w prawem podżebrzu. Rozpoznanie nerki wędrującej postawili w obu tych przypadkach lekarze. W obydwu znalazłem bolesne punkty w 9-tem i 10-tem międzyżebrzu z tyłu o trzy palce na zewnątrz od kręgosłupa, oraz w 8-mem i 9-tem międzyżebrzu na linii pachowej przedniej, a nadto w jednym jeszcze przypadku i w 8-mem międzyżebrzu na linii sutkowej na brzuchu, 4 palce ponad pępkiem. Zaleciłem tym chorym zarzucenie pasa, gdyż nerki ruchomej stwierdzić u nich nie mogłem, a pas przyczyniał się znakomicie do podtrzymywania nerwobólu przez ciągłe drażnienie punktów bolesnych.

Przy tej sposobności pragnę zwrócić uwagę, że, zdaniem mojem, jednem z głównych źródeł błędów, polegających na zapoznawaniu nerwobólu międzyżebrowego, jest rozpowszechnione zupełnie mylne zdanie, że przy cierpieniu tem punkty bolesne znajdują się najczęściej ku tyłowi od linii pachowej. Wskutek tego zapomina się o konieczności obmacania przedniej połowy ciała. Dlatego właśnie zostaje przeoczonych tyle nerwobólów, prowadzących do powyżej szeroko omówionych objawów ze strony serca, żołądka, wątroby, i dlatego również silniejszy ból w brzuchu skłania lekarzy raczej do wykonania szeregu badań pomocniczych lub do odsyłania chorych do ginekologów, niż do systematycznego obmacania ścian brzucha. Tymczasem zdarza się czasami, że:

10. Chory skarży się na bóle brzucha, niekiedy w dolnej jego połowie, i to czasem na ból obustronny, a dokładniejsze badanie wykrywa, że ból ten zależy od punktów bolesnych w ścianie brzucha na linii jego sutkowej i pachowej przedniej. Takich przypadków spostrzegałem pięć.

a) W jednym z nich pewna dama, znana mi przedtem jako chora na dnę (artrytyczka) i histeryczka, dostała tak gwałtownych bólów w brzuchu, że nie mogła, w dosłownem

znaczeniu tego wyrazu, obrócić się na łóżku. Przyjęła to za objaw cierpienia macicy i wezwała ginekologa, który dopiero polecił wezwać mnie, jako domowego lekarza. Przy starannem zbadaniu chorej, której cierpienie sprawiało na razie wrażenie objawów otrzewnych lub gwałtownego postrzału lędźwiowego (*lumbago*), stwierdziłem tylko trzy wybitne punkty bolesne wzdłuż prawej linii sutkowej na brzuchu, z których pierwszy 3 palce powyżej pępka, a następne dwa o 3 i o 6 palców niżej, a nadto dwa, również wybitne punkty bolesne wzdłuż lewej linii sutkowej — jeden dwa palce poniżej łuku żebrowego, a drugi dwa palce ponad pępkiem. Przyznaję, że na razie sam byłem swojem rozpoznaniem stropiony. Ustąpienie jednak napadu i zniknięcie punktów bolesnych po zwykle przezemnie w takich przypadkach stosowanem leczeniu, już na dobre przekonało kolegę ginekologa i mnie, że miałem słuszność.

Dwa inne tego rodzaju spostrzeżenia dotyczyły młodych kobiet, które zmęczyły się forsownem dźwiganiem podczas przeprowadzania się. U obu tych chorych, panien, które nigdy cierpień kobiecych nie przebywały, wystąpiły gwałtowne bole w brzuchu, obustronne. Przy badaniu znalazłem obustronne punkty bolesne na brzuchu na linii sutkowej dwa palce powyżej pępka oraz na jego wysokosci. Obie chore po pryszczydłach wyzdrowiały.

Podobne powstawanie urazowe nerwobólu w bocznych częściach klatki piersiowej po przepracowaniu się jest stosunkowo pospolitem. Niezwykłość wymienionych dwóch przypadków polegała tylko na niezwykłem usadowieniu się bólu. Należy sądzić, że w przypadkach takich nerwobóle powstają wskutek częstego urażania odpowiednich gałązek nerwowych przez częste i silne skurcze mięśni, co u osobników chudych jest szczególnie zrozumiałe. Nadto obie wspomniane chore były osobami bardzo nerwowemi.

b) Skargi czwartej i piątej mojej chorej z tej grupy tak łudząco naśladowały skargi przy kamieniach nerkowych lewostronnych, że w obydwu przypadkach popełniłem błąd rozpoznawczy i leczniczy, widząc chore po raz pierwszy. Dopiero ujemny wynik badania moczu i dokładne potem rozpytanie się i obmacanie stwierdziły, że obie te chore (l. 40 i 67) cierpiały tylko na nerwoból nerwów grzbietowych. U jednej z nich znalazłem punkt bolesny t. zw. kręgowy w 11-em międzyżebrzu i tylko jeden, ale nadzwyczajnie bolesny punkt na brzuchu na dwa palce powyżej pępka na lewej linii sutkowej. U drugiej zaś znalazłem na brzuchu jeden bolesny punkt trochę na zewnątrz od lewej linii pachowej na wysokości pępka, a drugi na tej samej wysokości na linii sutkowej. Skutek zmienionego wówczas przezemnie leczenia był doraźny.

11. Do skarg zupełnie niezwykłych zaliczyć też muszę przypadki, w których chorzy skarżą się na ból w nerce, a ból ten okazuje się zależnym od nerwobolu 10. i 11. nerwu grzbietowego. Takich spostrzeżeń mam trzy. Jedno dotyczy 64-letniej, bardzo wynędzniałej kobiety, leczonej od 4 miesięcy na kamienie w lewej nerce. Chora ta miała prawie stałe bóle w lewym boku, w okolicy nerki, i to tak silne, że przykuły ją na trzy tygodnie przed mojem przybyciem do łóżka. Dopiero staranne wyłączenie zapalenia tkanki okołonerkowej, przejrzenie znalezionych już tam dwóch rozbiorów moczu, obejrzenie moczu, brak promieniowania bólu wzdłuż moczowodu i w kończynę dolną, naprowadziły mnie na myśl, że może to być nerwoból. Dokładne obmacanie ostatnich czterech żeber na linii około kręgosłupa, kąta żeber, oraz linii pachowej tylnej i średniej przekonały mnie, że przypuszczenie moje jest słuszne. Znalazłem na razie 8 punktów, a mianowicie po 3 w 12-em, 11-em i 10-em międzyżebrzu na linii kąta łopatki i pachowej tylnej i 2 na linii pachowej przedniej w 11-em i 12-em międzyżebrzu. Zaleciłem pryszczydła. Po 6 dniach chora przyszła już do mnie do domu i po dwóch następnych bytnościach została zupełnie wyleczona. Zupełnie analogiczny przypadek, w którym jednak napady bólu w prawym boku doprowadziły chorą sześć razy do wymiotów, spostrzegałem u pewnej 39-letniej nauczycielki. Punkty bolesne znalazłem u niej na tych samych liniach, ale było ich aż dziesięć, gdyż znalazłem je i w 9-em międzyżebrzu. Po dwukrotnem jeszcze wytropieniu następnych punktów bolesnych chora ta wyzdrowiała.

Trzeci podobny przypadek spostrzegałem u pewnego 32-letniego mężczyzny, dotkniętego dną (artrytyka), a którego ojciec miał wiąd rdzenia. Chory ten skarżył się na ból „w obu nerkach“, który to ból okazał się zależnym wyłącznie od dwustronnego nerwobólu 12. żebra, z punktem bolesnym przy wolnych ich końcach. Ból ten ustąpił zupełnie po jednorazowem zastosowaniu pryszczydeł.

(C. d. nast.)

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Pässler. **Przyczynek do patologii chorób nerkowych.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 87). U 42-letniej kobiety z powodu raka szyjki macicy wyłuszczono macicę. W kilka miesięcy później wystąpił nagle bezmocz, trwający dni 12, wywołany, jak sekcya stwierdziła, zupełnem zaciśnięciem obu moczowodów masami nowotworowemi. Przypadek z kilku względów ciekawy: przedewszystkiem w ciągu dwunastodniowego bezmoczu aż do chwili śmierci nie pojawiły się ani razu wbrew wszelkim oczekiwaniom kurcze, drgawki, bredzenie, śpiączka, ani ślepota, jednem słowem żaden z objawów mocznicy, z czegoby wnosić należało, że przyczyną zwykłej ostrej mocznicy nie może być zatrucie żadnym ze zwykłych składników moczu, tylko jakąś inną nieznaną substancyą, która w prawidłowym moczu się nie znajduje. Pomimo 12-dniowego bezmoczu i wytworzenia się skutkiem tego znacznej wodnistości krwi (*plethora hydraemica*), obrzęki w tym przypadku się nie rozwinęły. *Wilczyński.*

Kelling. **O niedokrwistości złośliwej i białaczce.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 39). Zdaniem autora wiele szczegółów wskazuje na to, że pomiędzy niedokrwistością złośliwą, białaczką, a nowotworami złośliwymi istnieje ścisły związek. Nierzadko w przebiegu niedokrwistości złośliwej spostrzegać można białaczkę, jako powikłanie, a obraz krwi w białaczce miewa często także i cechy, znamienne dla złośliwej niedokrwistości. Obie sprawy wikłają się nieraz z nowotworami złośliwymi, w obu też nieraz tkanka, chorobowej sprawie właściwa, rozrasta się w ustroju w sposób, właściwy nowotworom złośliwym, zachowując przytem cechy płodowe. Pominąwszy wspólny we wszystkich tych sprawach korzystny wpływ arszeniku i promieni Röntgena na przebieg, oraz korzystny nieraz wpływ pewnych chorób, jak róża, widzi autor w zastosowanych przez siebie odczynach biochemicznych (precipitynowy i hemolityczny) nowy dowód ścisłego związku tych chorób pomiędzy sobą. Z pomocą tych odczynów zdołał autor udowodnić przyczynowy związek pomiędzy sztucznie do żyły wprowadzonemi komórkami plamki zarodkowej żółtka jaja kurzego a powstałą niedokrwistością złośliwą, na którą zwierzę (pies) zginęło. Podobnie do tego doświadczenia tłómaczy sobie autor wszczepienie, a następnie przy sprzyjających warunkach nadmierny, na sposób nowotworów rozrost obcych dla ustroju komórek zarodkowych, które przypadkowo dostały się do ustroju ludzkiego. Owrzodzenia przewodu pokarmowego na jakiemkolwiekbądź tle stanowią nieraz wrota, przez które obce dla ustroju komórki zarodkowe, znajdujące się przypadkowo w po-

karmie (n. p. jaja surowe, świeża siekana kiełbasa, do której dodają kawałki posiekanej ciężarnej macicy, surowe siekane mięso i t. d.) dostają się do ustroju, a rozrastając się na sposób nowotworów złośliwych (? *spraw.*) dają powód (?) do powstawania powyżej wymienionych, a ściśle — wedle autora — z sobą spokrewnionych spraw chorobowych. *Dr Maryan Godlewski.*

Doc. Rolly. **Choroby wywołane prątkami duru wrzekomego.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 87). Przebieg kliniczny duru brzusznego, duru wrzekomego, jakoteż zatrucia mięsem zepsutem bywa bardzo rozmaity tak co do czasu trwania choroby, jakoteż i nasilenia pojedynczych objawów; niekiedy przypomina on ostry nieżyt żołądka i jelit, w innych znów przypadkach cholerę; wśród wątpliwości rozpoznawczych wszelkiego rodzaju jedynie tylko badanie bakteryologiczne wydzielin, krwi, stwierdzenie swoistej aglutynacyi może rozstrzygnąć, jakie zakażenie mamy przed sobą. *Wilczyński.*

CHIRURGIA. Prof. Forlanini. **W sprawie leczenia suchot płucnych sztucznie wywołaną odmą opłucną.** (*Deut. med. Wochs.* Nr. 35, 1906). W r. 1882 podał już autor myśl leczenia gruźlicy płuc sztucznie wywołaną odmą opłucną. W roku 1894 przedstawiał zaś na międzynarodowym zjeździe lekarskim w Rzymie chorych, leczonych w ten sposób. Potem nie ogłaszał autor wyników, gdyż chciał zebrać kilkuletnie doświadczenie. By odma opłucna spełniła swe zadanie, musi być po pierwsze rozległą, gdyż wtedy jedynie uciska płuco i dozwala mu w spokoju się goić (powinny też zniknąć zupełnie szmery oddechowe). Powtóre odma powstawać musi powoli, nie nagle. Powiększać więc należy odmę zwolna co dzień, lub co drugi dzień. Odma powinna pozostać potem ciągle na szczycie, t. j. w miarę wessania gazu trzeba go zastępować nowym. Potrzebna ilość gazu jest różną: 1000—1800 cm. Murphy postępuje też błędnie, wytwarzając odmę i licząc potem na jej działanie stałe bez odnawiania. Przyrząd, podany przez autora, dozwala każdej chwili swobodnie wywoływać odmę. Autor używa azotu, gdyż powietrze, a raczej tlen, ulega bardzo prędko wessaniu. Przyrząd autora składa się ze zbiornika szklanego, złożonego z dwóch rur w kształcie litery U. W jednej (połączonej z igłą) jest azot, w drugiej (połączonej z balonem do wpędzania gazu) rozczyn sublimatu. Gaz przechodzi przez sączek z waty. Płyny nie nadają się do wypełniania opłucnej, jak tego doświadczenia na zwierzętach dowiodły. Na raz wprowadza autor 200—300 cm, powtarzając to co dzień aż do zupełnego zniknięcia szmerów oddechowych. Gdy są zrosty opłucne, trzeba czynić to i kilka miesięcy. W miarę wessania powtarza się nakłucia i wpędzanie azotu (zazwyczaj raz na miesiąc). W ten sposób leczył autor 25 chorych. Najlepsze wyniki uzyskał przy jednostronnej gruźlicy; przy obustronnej postępować należy ostrożnie. Przeciwwskazaniem są ostre zapalne postacie, natomiast przy krwotokach wynik jest zwykle bardzo dobry i znikają one szybko. Zwykle po wpędzeniu gazu podnosi się ciepłota i zwiększa się odkrztuszanie, jednak wnet znika. Prątki i włókna elastyczne znikają jeszcze przed ustąpieniem odkrztuszania. W razie zrostów trzeba tworzyć nieraz kilka oddzielnych odm. Po wyleczeniu radzi autor utrzymywać jeszcze pewien czas odmę. Jeden przypadek (zmarły z innych powodów) przekonał autora o skuteczności tego leczenia, gdyż płuco zmieniło się w miejscach gruźlicą dotkniętych w tkankę bliznowatą, zawierającą otorbione ogniska serowate. *Klęsk.*

Tromp. **Zewnątrzpęcherzowy rozdzielacz moczu podług Heusnera.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 34, 1906). Zasadą przyrządu, podanego przez Heusnera, jest ucisk zapomocą dwóch poduszeczek od zewnątrz na moczowody w miejscu przejścia ich nad mięśniem lędźwiowudowym (psoas) do miednicy małej. Ułożywszy chorego w przyrządzie, który zarazem umacnia miednicę, zakłada się do pęcherza cewnik i oblicza, ile w pewnym przeciągu czasu odchodzi moczu. Potem uciska się poduszeczkami moczowody i mocz przestaje się z cewnika wydzielać. Ucisk musi być dość silny, ale chorzy znoszą go dobrze. Gdy mamy już pewność, że oba moczowody ucisnęliśmy, odsuwamy jedną poduszeczkę, a mocz zaczyna wypływać z odpowiedniej nerki i t. d. Często przytem czekać trzeba 1—2 minut, nim mocz zacznie się wydzielać. Poduszeczki uciskają przytem naturalnie i duże naczynia. Przyrząd ten jest bardzo wygodny, a daje się stosować wszędzie łatwo; natomiast cewnikowanie moczowodów wymaga wprawy i niezawsze da się wykonać (zwężenie cewki, u dzieci, silne zakażenie, krwotoki i t. d.). Wyniki badań przyrządem Heusnera są zupełnie pewne. *Klęsk.*

Arlt. **Nowy przyrząd do znieczulania lędźwiowego.** (*Münch. med. Wochft.* Nr 34, 1906). Przyrząd autora dozwala wykonać znieczulenie lędźwiowe w każdem miejscu, samemu bez pomocy, a zupełnie jałowo. Składa się on z puszki metalowej, w której mieszczą się: igła z mandrynem i kurkiem do zamykania, balonik gumowy i 10 fiolek, napełnionych proszkiem znieczulającym, np. 0,07 tropakokaniny. Fiolki wyjaławia się na sucho, igłę i balon gotuje. Sposób użycia: Igłę wkłuwa się z mandrynem, poczem wyciąga się mandryn. Skoro płyn zaczyna cieknąć, zamyka się kurek i łączy igłę z fiolką. Płyn mózgowordzeniowy ścieka do fiolki i rozpuszcza tropakokainę po ponownem otworzeniu kurka. Gdy już proszek się rozpuści, zakłada się na drugi koniec fiolki balonik i powoli wstrzykuje rozczyn do kanału kręgowego. Zalety przyrządu: Tropakokaina jest wyjałowioną, przechowywaną, rozpuszczaną i wstrzykiwaną z tego samego naczynia. Unika się przez to obcych czynników, jak sody i t. d., działających bardzo szkodliwie. Nie traci się nic płynu mózgowordzeniowego. Sposób użycia łatwy i pewny. Wykonać go można i w praktyce prywatnej wygodnie samemu bez pomocy. Przyrząd ten wyrabia firma M. Kahnemann w Berlinie. *Klęsk.*

HIGIENA. Prof. R. O. Neumann. **Kakao i jego wpływ na ustrój.** (*Archiv. f. Hyg.* Tom 51 i *Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrg. u. Genussmittel* Tom XII. Z. $^{1}/_{2}$). Od niedawnego czasu pojawiają się w handlu nowe gatunki kakao firmy niemieckiej Reichardt, wyróżniające się małą zawartością tłuszczu kakaowego, zalecane jako szczególnie pożywne dla znacznej zawartości białka i dla nizkiej swej ceny reklamowane, jako tani środek odżywczy, a zarazem i podniecająca używka. — Dawniejsze badania strawności kakao nie dawały jednolitych wyników co do stopnia wyzyskania kakao w ludzkim przewodzie pokarmowym. — W swoich badaniach starał się N. zbadać doświadczalnie na sobie w 2 szeregach doświadczeń wpływ ilości spożytego kakao, zawartego w niem białka, tłuszczu i łupek kakaowych na pokarm spożyty wraz z kakao, jego wyzyskanie i przyswojenie, nadto wpływ rozmaitych gatunków handlowych kakao, zawierających rozmaite ilości białka i tłuszczu. Wyniki tej żmudnej pracy streścić można w następujących zdaniach: Zastąpienie odpowiedniej ilości dziennego pokarmu zwykłego większą ilością (100 gr.) kakao zmniejsza wybitnie jego wyzyskanie ogólne, wessanie tłuszczu (z 95% na 89%) i wyzyskanie białka pokarmu. Wydzielanie azotu i zmniejszenie wyzyskania tłuszczu, a tem samem i wyzyskanie pokarmu uwydatniają się wybitniej przy żywieniu się bardziej odtłuszczonem kakao. Wpływ ten uwydatnia się mniej wyraźnie przy spożyciu mniejszych ilości kakao. Twierdzenie Forstera, jakoby obecność białka mlecznego w pokarmie sprzyjała lepszemu wyzyskaniu pokarmu, zawierającego kakao, jest błędnem. — Wyzyskanie białka, a szczególnie tłuszczu zawartego w kakao, odbywa się o wiele gorzej przy spożyciu gatunków silnie odtłuszczonych. Tłuszcz kakaowy, spożyty w stanie czystym, wyzyskuje ustrój na równi (94,7%) z innymi tłuszczami (zwierzęcymi). — Spożywanie większych ilości kakao, zwłaszcza bardzo odtłuszczonego, wywołuje przyspieszenie tętna, poty, bladość twarzy, bóle w skroni i potylicy — objawy zatrucia teobrominą. — Zdolność wytwarzania jednolitej zawiesiny posiadają i zachowują przez czas dłuższy nawet po oziębieniu gatunki kakao, zawierające więcej tłuszczu. Wpływ kakao osłabiający lub pobudzający ruch robaczkowy jelit zależy od indywidualności spożywającego go, podobnie jak i przy spożywaniu mleka. *L. Bier.*

Kraemer. **O rozpowszechnieniu się gruźlicy u ludzi na podstawie wyników sekcyjnych i szczepień tuberkuliną.** (*Zeitschr. f. Hyg.* T. 50). K. zbija w swej pracy bardzo rozpowszechnione przypuszczenie, że każdy dorosły człowiek conajmniej raz w życiu zakażany jest gruźlicą, jakoteż i to, że „każdy choć troszkę jest gruźliczym", opierając twierdzenia swe na krytycznem zbadaniu materyałów, na których oparto takie twierdzenia. Liczbom Naegelego, opartym na badaniach sekcyjnych (z 284 dorosłych u 98% zmiany gruźlicze), Lubarscha (u dorosłych gruźlica w 88,4%), Burkhardta (na 1292—91%) przeciwstawia K. liczby Hellera (na 7683 sekcyonowanych tylko 35%), i Ortha (na 1087—27% gruźliczych). Wielkie szpitale, z których czerpią materyał sekcyjny zakłady patologiczne, zapełniają najuboższe warstwy ludności w wieku średnim, przeto materyał gruźliczy, zwłaszcza w okolicach bardzo przemysłowych. Stąd to pochodzi wielka częstość gruźlicy w statystykach Naegelego (Zurych) i Burkhardta (Drezno), tembardziej, że materyał ich składał się przeważnie z tkaczy, wśród których gruźlica jest chorobą zawodową. „Utajone nieczynne" zmiany gruźlicze (zagęszczenie bliznowate szczytów, blizny włókniste płuc po zapaleniu opłucnej, ogniska zwapniałe), stanowiące w statystykach Naegelego i Burkhardta 64% zmian zaliczonych do gruźlicy, pominięte u Hellera i Ortha, w znacznej części stanowią o różnicy wyników statystyki. Dowodów gruźliczej przyrody takich zmian z bardzo nielicznymi wyjątkami nie dostarczyli Naegeli i Burkhardt ani badaniem mikroskopowem, ani doświadczeniami na zwierzętach, wobec czego odnieśćby je można także do promienicy, pylicy, kiły lub grypy. W końcu statystyka Naegelego, Burkhardta i Lubarscha, stwierdzająca wyleczenie gruźlicy w $^{1}/_{2}$ do $^{2}/_{3}$ przypadków gruźlicy wogóle, stoi w wielkiej sprzeczności z doświadczeniem sanatoryów dla gru-

źliczych. Równie jak dat Naegelego, Lubarscha i t. d. nie można uogólniać i liczb, osiągniętych przez Franza przy szczepieniu tuberkuliną 400 rekrutów bośniackich (61% oddziaływało), gdyż wśród ludności, z której badani pochodzili, jak zdawna stwierdzono, gruźlica bardzo była rozpowszechnioną, a i sam sposób szczepienia i z jego wyniku wysnute wnioski, liczne przedstawiają braki. — Dotychczasowe badania nad rozpowszechnieniem się gruźlicy zanadto są nieliczne, mają znaczenie miejscowe i nie przekonywują bezwzględnie o gruźliczej przyrodzie napotkanych zmian — sprawa stopnia rozpowszechniania się gruźlicy pośród ludzi nie jest przeto dotychczas rozstrzygniętą. *L. Bier.*

Kirstein. **Żywotność prątków gruźliczych na lotnych pyłkach.** (*Zeits. f. Hygiene.* Tom 50). W suchym kurzu sal szpitalnych i mieszkań suchotników znajdował Cornet w 17, 43 aż do 47% prób prątki gruźlicze; Heymann, badając kurz lotny z takichże miejsc, stwierdzał prątki te tylko w 8% prób, zaś Gotschlich otrzymywal wyniki ujemne. W przypuszczeniu, że rodzaj kurzu wpływa na żywotność zawartych w nim prątków gruźliczych, wykonał N. w pracowni Flüggego szereg doświadczeń z 4 gatunkami pyłu: pyłem z aktów, ponad którymi rozpylono plwociną gruźliczą, z delikatnym pyłem zmieszanym z piaskiem kruszcowym, z pyłem przyschłym na włochatych materyałach odzieży i z pyłem ulicznym, które mieszano z plwociną gruźliczą. Pyły te przechowywano przy dziennem świetle rozprószonem i poruszano od czasu do czasu takimi prądami powietrza, jakie bywają w zacisznych pokojach (3—4 mm. na sekundę), a żywotność zawartych w nich bakteryi oznaczano doświadczalnie na zwierzętach. Kurz z aktów jest najkorzystniejszym dla gruźlicy, przechowując żywotne zarazki jeszcze po 8 dniach, (po 14 dniach już ich nie znaleziono); drobny kurz z piaskiem zachowywał zarazki jeszcze po 4 dniach (już nie po 7 dniach), pył ubrań po 5 dniach, kurz uliczny po 3 dniach (znikały zaś po 8 dniach). Jakkolwiek przypuścić trzeba, że żywotność prątków gruźliczych na kurzu przestrzeni ciemnych się przedłuża, to jednak doświadczenia te stwierdzają, że żywotność ich w lotnych pyłach jest wogóle bardzo ograniczoną i stosunkowo najdłuższą w razie rozpryskiwania wydzieliny gruźliczej w postaci drobniutkich baniek. Odkażenie zakażonego gruźlicą kurzu K. osiągał formaliną w ciągu 7 godzin przy użyciu 5 gr. formaliny na 1 cm³ przestrzeni odkażanej, w 3½ godz. przy 33 gr., w 2 godz. przy 53 gr. formaliny, w przyrządzie Flüggego odpowiednio rozcieńczonej.

L. Bier.

Listy ze zjazdu higienicznego w Augsburgu.

Przesłał

Dr Leonard Bier..

II.

Następny dzień zjazdu rozpoczął się wykładem R. Lenhoffa z Berlina p. t. **Leśne stacye wypoczynkowe i stacye dla ozdrowieńców** (Walderholungsstätte u. Genesungsheime); sprawa ta w Niemczech w czasie ostatnim już znacznie postąpiła, u nas zupełnie jest nieznana. Do niedawna powstawały stacye dla ozdrowieńców jedynie dzięki dobroczynności prywatnej, tu i ówdzie utworzone przez zarządy miejskie. Wzmagającemu się zapotrzebowaniu w tym kierunku nie mogły jednak nadal wydołać te czynniki i zwolna przyjmowały ciężar ten na siebie instytucye społeczne, zajmujące się ubezpieczeniem klas pracujących. Kasy chorych niemieckie nabierały przekonania, że działalność swą rozwiną znakomicie i uczynią wydatniejszą, zwracając większą niż dotychczas uwagę na ozdrowieńców, rozumując, że zadanie ubezpieczenia na wypadek choroby nie powinno ograniczyć się tylko do usunięcia bezpośrednich następstw choroby, lecz ma obejmować zarazem ile możności szybkie przywrócenie choremu zdolności do pracy, oraz zabezpieczenie go od szkody przy ponownem jej podjęciu, — czyli, że obok dostarczenia odpowiedniej opieki w czasie choroby, powinny się zająć odpowiedniem pokierowaniem okresu ozdrawiania. Do zadań tych przybyło jeszcze inne: potrzeba stworzenia zakładów, któreby przyjmowały chorych na lżejsze cierpienia przewlekłe, nie nadające się do leczenia szpitalnego, nadto zakładów, których celem zapobiegać pogorszeniu się choroby i grożącej niezdolności do pracy. Wprawdzie wogóle Kasy chorych dają swoim członkom, nie leczącym się w szpitalach, zapomogi celem pobytu na świeżem powietrzu lub w miejscowościach kąpielowych, pobyt taki nie dorównuje jednak umieszczeniu chorych i ozdrowieńców w zakładzie, gdzie z każdym chorym postępuje się indywidualnie. Stosownie do rodzaju choroby zalecić należy stacyę dla ozdrowieńców lub leśną stacyę wypoczynkową (Walderholungsstätte), które różnią się od siebie stosownie do swego zadania; urządzenie stacyi leśnych jest prostsze, a opieka nad chorymi jest tylko dzienna. Głównym motywem tworzenia stacyi wypoczynkowych była niemożność przeprowadzenia zasadniczych zmian higienicznych w mieszkaniach chorych kasowych. Chorzy dotknięci gruźlicą przewlekłą, neurastenią, niedokrwistością, niezdolni do pracy, nie zmuszeni do leżenia w łóżku, szukają świeżego powietrza w parkach i ogrodach miejskich lub poza miastem nieraz zdala od swego mieszkania, stąd trudność zaopatrzenia się w odpowiednią i zdrową żywność, — w razie niepogody o schronienie. Potrzebie tej zadosyć uczynią owe stacye leśne, z których na noc wracają chorzy do domu. Pierwsze z tych stacyi, urządzone w okolicy Berlina w lesie skarbu państwowego, posiadały baraki dostarczane przez stowarzyszenie czerwonego krzyża, z kuchniami do odgrzewania przyniesionego posiłku południowego, wydawały obiady za nader nizką cenę (20 fen.), kasy zaś chorych płaciły nadto swym członkom koszt podróży codziennej kolejami podmiejskiemi do stacyi i domu, oraz dostarczały im za darmo mleka. Obecnie dostarczają stacye te oprócz ciepłego obiadu,— śniadania i kolacyi, przez co przetrzymują chorych jak najdłużej poza miastem.

Sprawozdawca opisuje stacye dla mężczyzn, kobiet i dzieci. W stacyi dla dorosłych pełni czynność lekarską lekarz instytucyi utrzymującej stacyę, w stacyach dla dzieci, wymagających wogóle lepszego nadzoru i opieki, konieczną jest stała opieka lekarska na miejscu. W stacyach dla dzieci, położonych pod Berlinem, przydziela się dzieciom kawałek gruntu do obrabiania; — nie ma potrzeby omawiać bliżej, jak dodatni wpływ wywiera to na dzieci. By zachęcić kobiety zamężne do korzystania ze stacyi, pozwala się im zabierać ze sobą drobne dzieci na stacyę. Koszt całodziennego utrzymania jednej osoby w stacyach pod Berlinem wynosi 50 fenigów, w czem już mieści się utrzymanie służby i siostry dozorującej. Wyjaśnia dalej L. budowę baraków, urządzenie ich wewnętrzne, specyalne urządzenia dla chorych, rodzaj oraz ilość potrzebnej służby, rodzaj ułatwień kolejowych, dodając, że koszt urządzenia takiej stacyi, mogącej służyć również w zimie dla 150 pacyentów, wynosi bez wewnętrznego urządzenia i gruntu 12—15 tysięcy marek. Zasadą jest jak największa prostota urządzenia, nie upośledzająca jednak celu, któremu stacya służy. Wobec tego, że stacye takie służyć mają chorym z najbliższego miasta, tworzenie ich należy w pierwszej linii do zarządów miejskich i zakładów ubezpieczeń, w dalszej linii do kas chorych, przedsiębiorstw przemysłowych, oraz stowarzyszeń humanitarnych i religijnych. — W dyskusyi przedstawiali rozmaici mowcy rodzaj urządzenia stacyi leśnych w rozmaitych częściach Niemiec, podając cenę ich urządzenia, oraz kosztów utrzymania, nadto osiągnięte wyniki lekarskie i godząc się ze sprawozdawcą co do nizkiej ceny kosztów założenia i utrzymania stacyi, oraz znakomitych wyników dla chorych.

Dalszym przedmiotem obrad była **sprawa zwalczania kurzu w domu i na ulicy,** sprawozdawcami zaś jej prof. Heim i budowniczy Nier. Zdaniem Heima przecenia się wogóle szkodliwy wpływ kurzu. Inne znaczenie ma pył domowy i fabryczny, a inne kurz uliczny. Bezpośrednio szkodliwym jest wpływ kurzu, działającego na podstawie własności fizycznych lub chemicznych, pośrednio wpływa pył ujemnie, bądź jako przenośnik zarazków, bądź wywołując skłonność do nieżytów dróg oddechowych; bezpośredniego wpływu ujemnego kurzu ulicznego nie można było zauważyć wśród wojska, odbywającego długie marsze po drogach w lecie, ani wśród zamiataczy publicznych. Przez zawartość odpadków i wydalin staje się kurz wstrętnym, bezpośrednio zaś szkodliwym kurz, zanieczyszczony wydalinami człowieka lub zwierzęcia chorego. Z tego też względu jednym z najważniejszych środków, służących do zwalczania szkodliwości kurzu, jest jak najrychlejsze i nieszkodliwe usuwanie wydalin osób chorych. Starania o dobre mieszkania, czystość mieszkań, oraz czystość przestrzeni, gdzie jest znaczny ruch, oto najważniejsze czynniki, zapobiegające zakażeniu kurzu. Zaznaczywszy szerzej, skąd bierze się w mieszkaniu kurz zakażony, podnosi H. w końcu swego przemówienia, że jednym z najważniejszych środków zwalczania ujemnego wpływu kurzu w mieszkaniu jest lepsze pouczenie ludności o istocie kurzu, ile możności już w szkole. Tłumienia kurzu, możliwie najdokładniejszego tak na ulicy, jak i w mieszkaniu, należy się domagać nie tylko ze względów higienicznych i ruchu na ulicach, ale i ze względów ekonomicznych, czystości i wygody.

Nier zaznacza na wstępie, że całkowicie zapobiedz kurzowi na ulicach niepodobna, jedynie tylko można ograniczyć jego tworzenie się. Wzmożenie się ruchu samochodowego, usunięcie z ulic znacznej ilości koni, a wraz z tem i ich wydalin,

wybitnie zmniejsza stopień zanieczyszczenia ulic, a tem samem i wstrętnego kurzu. Sprawa zwalczania kurzu jest w znacznej mierze sprawą finansową, a rozwiązanie jej jest trudne, jeżeli wynik ma się stosować do zrobionego wkładu; drogi polne możnaby prawie całkowicie pozbawić kurzu — asfaltowaniem. Celem skutecznego tępienia kurzu należy poznać przyczyny powstawania jego i warunki utrzymywania się. N. opisuje gatunki kurzu, źródło ich powstawania na ulicach, oraz skład, a w końcu przechodzi do środków jego zwalczania, które w 3 zmierzają kierunkach: staranny wybór materyałów, użytych do budowy drogi, skrupulatne czyszczenie ulic i dostateczne ich skrapianie. Należy unikać do budowy dróg materyałów ścierających się łatwo i nierównomiernie, wysypywania dróg szutrem i żwirem, a przedewszystkiem używać materyałów tworzących przy spajaniu małe szpary — takie drogi można łatwo czyścić i myć. Utrzymanie czystości dróg ma znaczenie pierwszorzędne. Ze środków, zalecanych do skrapiania dróg, olej i smoła nie dały wyników bez zarzutu; potrzeba w tym kierunku jeszcze doświadczeń na wielką skalę. Czyszczenie ulic powinno odbywać się jak najczęściej — codziennie, bez wytwarzania kurzu, zalecenia godne są w tym celu nowsze systemy maszyn. Dla plujących należy na ulicach umieszczać odpowiednie spluwaczki, na papiery i inne odpadki kosze. Skrapianiem ulic należy dążyć do związania kurzu i oczyszczenia oraz odświeżenia powietrza, zwłaszcza w porze letniej — nadaje się do tego jedynie woda świeża i czysta. Skrapianiem należy zapobiegać tworzeniu się kurzu. Siłę i sposób skrapiania należy stosować tak, by nie powstawał ani kurz ani błoto; lepiej skrapiać często i małemi ilościami wody. Kurzowi w mieszkaniu zapobiega tłumienie go na ulicach. Napuszczanie podłóg olejami zapobiega skutecznie tworzeniu się kurzu, nie usuwa jednak konieczności innych sposobów oczyszczania. Zalecenia godne są wszelkie sposoby, które umożliwiają usuwanie kurzu z mieszkań bez unoszenia się jego w powietrze.

Jak sprawa mleka tak i sprawa mieszkań nie schodzi z porządku dziennego obrad niemieckiego towarzystwa higienicznego. I w tym roku poświęcono jej wiele czasu, bo trzeci dzień obrad. Przemawiał budowniczy rządowy i pomocnik burmistrza w Trewirze Schilling na temat: **Czego żądać należy jako minimum od mieszkań, szczególnie od przeznaczonych dla ludności ubogiej.** Sprawozdanie to, jakkolwiek opracowane gruntownie i wyczerpująco, nie znalazło jednak uznania u wielu mowców, zabierających głos w dyskusyi. Szczególnie zaś ostro wystąpili przeciw wielu żądaniom Schillinga Gaertner, Prausnitz, a nawet dawny jego nauczyciel, bardzo zasłużony na polu higieny mieszkań w Niemczech Stübben, oraz przedstawiciel Towarzystwa właścicieli domów architekt Hartwig z Drezna; wszyscy stwierdzili znaczne cofnięcie się sprawozdawcy w żądaniach, które na poprzednich zebraniach Towarzystwa uznano za niezbędne i możliwe do przeprowadzenia. Z tego też powodu nie streszczam tego sprawozdania.

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

II.

Wydział krajowy galicyjski wydał i rozesłał świeżo okólnik w sprawie przyjmowania i leczenia chorych w szpitalach galicyjskich. Brzmi on, jak następuje:

»Wydz. kraj. L. 90,618. Okólnik do pp. lekarzy w szpitalach publicznych. Posada szpitalna, dając lekarzowi prócz płacy, podstawę naukową, sposobność do wykształcenia się w zawodzie i moralne oparcie, zapewnia mu tem samem pomyślne warunki do rozwinięcia praktyki prywatnej i zajęcia poważnego stanowiska społecznego. Są to korzyści, których nie można przeoczyć i które są zupełnie słuszne. Natomiast wszelkie inne wyzyskiwanie stanowiska szpitalnego w jakiejbądź formie poza pobieraną płacą, nie licuje z godnością lekarza, który przedewszystkiem ma dbać o dobro zakładu, do którego należy; o ile zaś dzieje się to na koszt chorych, narusza zarazem i humanitarną zasadę bezpłatności szpitala, która opiera się na tem, że taksa, pobierana od stron lub od funduszu krajowego, ma w zupełności pokrywać całe utrzymanie i leczenie chorego.

Ponieważ w jednym i drugim kierunku zdarzają się nieprawidłowości, dające powód do zażaleń i niepochlebnych uwag, okazało się potrzebnem przypomnieć lekarzom istniejące przepisy i z naciskiem zalecić im pilne i ścisłe przestrzeganie tego wszystkiego, co nadaje szpitalowi w oczach ludności cechę instytucyi humanitarnej, wyłącznie publicznemu dobru służącej i oddanej, dla ubogich zupełnie bezpłatnej, a w żadnym wypadku nie żądającej nic więcej, prócz zwrotu własnych kosztów szpitala.

Wskazaną jest przedewszystkiem oszczędność w całej gospodarce szpitalnej i poszanowanie wszystkiego, co jest własnością szpitala, względnie do jego majątku należy. Im mniejsze bowiem są wydatki na cele ogólne szpitala, których chory bezpośrednio nie odczuwa, tem znaczniejsza część taksy może być obrócona na świadczenia, które wprost wpływają na poprawienie utrzymania i zaopatrzenia chorych. Z tego powodu ani z zapasów i opatrunków, ani z inwentarza nie powinien ani w szpitalu, ani poza szpitalem korzystać nikt inny, prócz chorych szpitalnych lub tych osób z personalu, którym Wydział krajowy prawo korzystania z czegokolwiek w szpitalu przyznał. Nieprzestrzeganie tej zasady uważać będzie Wydział krajowy za wykroczenie, krzywdzące chorych, a prócz tego demoralizujące służbę zakładową.

W sprawie przyjmowania chorych do szpitala wkradł się w niektórych miejscach zwyczaj, że chorzy przyjmowani są w szpitalu tylko w pewnych wyznaczonych na ten cel godzinach przedpołudniowych. Chorzy, którzy poza temi godzinami zgłaszają się do przyjęcia, muszą się udać do prywatnego mieszkania lekarza, są przez niego wówczas uważani za prywatnych chorych i za czynność przyjęcia muszą się opłacać, niejednokrotnie nawet wysoko. Zwyczaj ten w pewnych razach, np. jeżeli chory spóźni się na urzędową godzinę, a nie może czekać do dnia następnego, przeradza się w ciężki dla ubogiej ludności przymus okupywania sobie przyjęcia do szpitala. Doszedł do wiadomości Wydziału krajowego nawet fakt taki, że w pewnym szpitalu chorzy z reguły tylko w prywatnem mieszkaniu lekarza do szpitala przyjmowani byli. Pamiętać więc należy, że szpital z natury swej jest w dzień i w nocy dla cierpiących otwarty, a przyjęcie chorych powinno być o ile możności ułatwione, że więc w przypadkach niepodejrzanych przyjąć chorego zgłaszającego się mogą siostry zakonne, a przynajmniej mogą go zatrzymać w szpitalu aż do przybycia lekarza i że wogóle za czynność przyjęcia do szpitala nikt niema prawa pobierać jakiejbądź opłaty. Wobec tego więc, wszelki przymus, aby chory przed przyjęciem do szpitala szedł do prywatnego mieszkania lekarza, upozorowany nieurzędową godziną lub potrzebą poprzedniego dokładnego zbadania, powinien być raz na zawsze zaniechany. Zresztą regularna wizyta lekarska nietylko rano, ale i popołudniu, usuwa wszelkie trudności co do przyjmowania chorych. O ile chory zgłasza się w czasie, gdy lekarza niema w szpitalu, może go siostra aż do przyjścia lekarza zatrzymać, a w razach wymagających natychmiastowej pomocy lekarza zawezwać. Również w czasie pobytu chorego w szpitalu lekarz bezwarunkowo pod żadnym pozorem nie może ani od chorego, ani od jego rodziny żądać jakiegobądź wynagrodzenia za swoje czynności z leczeniem tego chorego połączone, ani też takiego wynagrodzenia przyjąć.

Leczenie w szpitalu chorych ambulatoryjnych nie jest właściwem przeznaczeniem szpitala, weszło jednak w zwyczaj w wielu zakładach bądźto w interesie lekarzy, bądź też celem niesienia pomocy ubogiej ludności. Zauważyć należy, że ten ostatni wzgląd coraz rzadziej dostatecznie uzasadnia potrzebę istnienia ambulatoryum wobec instytucyi lekarzy okręgowych, kas chorych, urzędów sanitarnych miejskich, przepisów dla służbodawców i t. p., i dziś każdy niemal ubogi ma ustawowo zapewnioną bezpłatną pomoc ambulatoryjną lub domową, o ile mu zaś ta nie wystarcza, może być każdej chwili przyjęty do leczenia szpitalnego. Tak więc potrzeba ambulatoryów szpitalnych jest pod względem humanitarnym dość wątpliwa, samo zaś ambulatoryum przedstawia wiele stron ujemnych, a nawet dla szpitala szkodliwych, których problematyczna moralność puszki szpitalnej wcale nie znosi. I tak lekarz, który przy swej praktyce prywatnej pewną tylko część dnia może poświęcić szpitalowi, traci czas i siły w tej właśnie porze na ambulatoryum, czyniąc tem krzywdę chorym szpitalnym, a więc właśnie tym, dla których szpital istnieje; równocześnie i zakonnice i służba, zajęta przy obsługiwaniu ambulatoryum, zaniedbuje swoje obowiązkowe zajęcia. Ambulatoryum nadto łączy się niezbędnie z opatrunkami z użyciem płynów przeciwgnilnych, dyspensacyą maści i leków podręcznych, co dzieje się na koszt szpitala, odszkodowanie zaś niezawsze jest możebne, a zawsze trudne do ścisłego oznaczenia, tak, że otrzymują chorzy bezpłatnie leki i opatrunki, choć wcale ubogimi nie są. Wogóle ambulatoryum służy najczęściej za tanie źródło pomocy dla tych klas, którym ta pomoc tania ze względu na ich stan majątkowy nie jest potrzebna, a przez to stanowi niezdrowy czynnik konkurencyjny, bardzo szkodliwy dla

miejscowych nieszpitalnych lekarzy, którzy pozbawieni bezpłatnej usługi, bezpłatnego lokalu z narzędziami, opatrunkami i całem urządzeniem, nie mogą z takiem szpitalnem ambulatoryum współzawodniczyć co do wynagrodzenia za swe czynności. Daje to tylko powód do skarg i usprawiedliwionego rozgoryczenia. Są to wszystko dostateczne powody, by ambulatorya zostały usunięte ze szpitali. Także i korzystny pozornie dla funduszu krajowego zwyczaj doleczania chirurgicznych rekonwalescentów szpitalnych w ambulatoryum, małą ma realną wartość, bo chorzy zwykle zaniedbują się w domu i ze znacznem pogorszeniem powracają do szpitala, tak, że ilość dni leczenia chorego powiększa się niepotrzebnie ze szkodą dla funduszu krajowego.

Z przytoczonych powodów Wydział krajowy ambulatorya szpitalne znosi i zabrania, by w szpitalu istniały puszki, których celem jest zachęcanie chorych do składania niedozwolonych datków. Gdyby w którym ze szpitali ambulatoryum dla pewnej kategoryi chorób było potrzebne, należy drogą urzędową przez komitet szpitalny uzyskać od Wydziału krajowego upoważnienie, które będzie udzielane tylko wyjątkowo na pewien oznaczony czas, z wykluczeniem pobierania jakichkolwiek datków i w jakiejkolwiek formie.

Oprócz zwykłego ambulatoryum zdarzają się w szpitalu przypadki, że prywatny pacyent życzy sobie za umówionem z lekarzem honoraryum, poddać się czyto mniejszej operacyi, czy instrumentalnemu, trudniejszemu badaniu, które z praktycznych względów odbyć się ma w szpitalu, a nie wymaga pozostania w opiece szpitalnej. W takich przypadkach chory powinien zapisać się sam lub za pośrednictwem lekarza do szpitala, jako samopłacący, na czas choćby najkrótszy, na II klasę, by w ten sposób pokryte zostały wydatki szpitala na opatrunki, lub zużycie materyałów i narzędzi, a zarazem, by pozostał w księgach ślad dokonanych czynności.

Uważając za potrzebną rzecz zwrócenie uwagi lekarzy na przytoczone powyżej postulaty etyki szpitalnej, Wydział krajowy wzywa PP. lekarzy, by się do wytkniętych w okólniku zasad ściśle zastosowali, co też niewątpliwie wpłynie na podniesienie się szpitali powszechnych, jako zakładów humanitarnych. Lwów, dnia 28 września 1906. Wydział krajowy królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem. Marszałek krajowy: *Badeni*. Członek Wydziału krajowego: *Onyszkiewicz*«.

Okólnik ten ogłosiło 27 października 1906 równocześnie i dosłownie kilka dzienników politycznych we Lwowie i w Krakowie, dodając tylko następującą np. uwagę:

»Okólnik ten, wystosowany do wszystkich lekarzy w publicznych szpitalach prowincyonalnych, posiada cechę wielkiej stanowczości i dlatego powitać go należy z uznaniem. Wydział krajowy postanowił z gruntu wykorzenić wszelkie niewłaściwości, jakie tu i ówdzie się wydarzały, a tem samem podnieść poziom szpitali do tego znaczenia, jakie w rzędzie instytucyi humanitarnych słusznie im się należy«.

Równobrzmiący z okólnikiem Wydziału krajowego i równoczesny komunikat w dziennikach krajowych budzić musi uzasadnione przypuszczenie, że dostał się on do prasy codziennej nie bez wiedzy Wydziału krajowego. Otóż, nie poruszając zupełnie merytorycznej strony okólnika Wydziału krajowego, musimy wyrazić conajmniej zdziwienie, że w ten sposób podano wbrew zwyczajowi do wiadomości szerokiego ogółu nietylko te zarządzenia, które ogół ten obchodzić mogą, ale i te, które odnoszą się do wewnętrznych spraw szpitalnych i bywały zazwyczaj osłaniane tajemnicą urzędową, oraz motywa, skłaniające Wydział krajowy do tych zarządzeń. Nie przeczymy, że przytoczone w motywach tych nadużycia niektórych lekarzy, są smutnymi, ale prawdziwymi faktami, dokładnie przez Wydział krajowy stwierdzonymi, które nietylko można, ale powinno się stawić pod pręgierz opinii i należycie napiętnować, za czem sami się oświadczaliśmy. Ale fakta te, wyjątkowe, w okólniku zestawiono w taki sposób, że nawet nieuprzedzeni, a światli i krytyczni czytelnicy ze świata nielekarskiego, jak to wielokrotnie już sprawdziliśmy, tak rzecz zrozumieli, jakoby nadużycia takie były zjawiskiem powszechnem i codziennem we wszystkich szpitalach galicyjskich. Wrażenia tego nie osłabiła w niczem dodana w niewielu miejscach uwaga, że te »nieprawidłowości« »wydarzają się« w »niektórych« szpitalach, »tu i owdzie«, ale przeciwnie, jeszcze spotęgowała ciemne barwy, jakimi zbyt jednostronnie maluje okólnik obraz stosunków szpitalnych. Tem gorsze wrażenie wywrzeć musiała taka forma okólnika na szerokie, bezkrytyczne masy czytelników prasy codziennej, nietylko obniżając opinię o lekarzach wogóle, ale także osłabiając zaufanie do szpitali.

W ten sposób motywa, przytoczone w okólniku, zrozumiane zostały przez ogół, jako ciężkie oskarżenie wszystkich lekarzy szpitalnych, wniesione przez Wydział krajowy przed sąd społeczeństwa. Zbyt generalizując wyjątkowe nadużycia, potępiono w czambuł złych i dobrych, uczciwych i nieuczciwych i wyrządzono niepowetowaną krzywdę zarówno tej olbrzymiej większości lekarzy szpitalnych, która uczciwie, ofiarnie i z poświęceniem pracuje w służbie krajowej, jak i całemu stanowi lekarskiemu.

Forma, w jaką ujęto okólnik Wydziału krajowego i w jakiej on dostał się do wiadomości publicznej, tak różna od komunikatów w innych sprawach publicznych, dotyka boleśnie wszystkich lekarzy w kraju i wzbudzić musi słuszne, a głębokie ich oburzenie.

Władza ma moc i środki po temu, by ukrócić nadużycia i ukarać wykroczenia podwładnych sobie poszczególnych jednostek. Uczynić to mógł i powinien był Wydział krajowy, któremu nadużycia, nie od dzisiaj popełniane przez takie jednostki, nie od dzisiaj też były znane. Ale najsłuszniejszych choćby i najlepszych zarządzeń nie powinno się ogłaszać publicznie w formie, zanadto generalizującej przypadki nadużyć, rzucającej niezasłużoną plamę na cały personal szpitalny w kraju i będącej ciężką ujmą dla tej części lekarzy szpitalnych, której postępowanie jest czyste, gdyż to, mogąc obniżyć zaufanie publiczne do szpitali, szkodzi zarazem samejże instytucyi.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie biernego oporu lekarzy dolno-austryackich wnieśli w parlamencie austryackim 24 paźdz. b. r. interpelacye posłowie dr Kindermann, Buchmüller, Malik i Opydo, oraz poseł Wolf, żądając, by rząd zakończył sprawę przez uwzględnienie uzasadnionych żądań lekarzy. Interpelacya ta pozostała dotąd bez odpowiedzi.

Śmiertelność w Warszawie obniżyła się, według »Prac warszawskiego komitetu statystycznego« w ostatnich 15 latach z 30‰, na 26,8‰, co przypisać należy kanalizacyi i wodociągom.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 21 do 27 października 1906 doniesiono o 11 nowych przypadkach duru plamistego w 6 gminach, a mianowicie w pow. Brzeżany (Kozłów 1), Jarosław (Dobcza 1, Pawłowa 1), Jaworów (Jazów stary 5, Zawadów 2), Zaleszczyki (Beremiany 1). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 14/X do 20/X b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 10 (obcych 1), krztuśca 1 (—), ospy — (—), płonicy 10 (—), odry 32 (1), duru brzusznego 1 (2), czerwonki — (—), gorączki połogowej —; w tymże czasie zmarło: z błonicy 1, z duru brzusznego 1 (1), z czerwonki 1.

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 14 a 20/X b. r. urodziło się dzieci żywo 57, nieżywo 3; zmarło osób 45 (obcych 14); z tego z gruźlicy 10 (4), zapalenia płuc 6 (1), błonicy 3 (2), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 4 (4), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (1), czerwonki — (—), cholery niemowląt 1 (—), gorączki połogowej 1 (—).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 31/X 1906 posiedzenie, na którem prym. Borzęcki przedstawił przypadek samoistnej słoniowacizny jednej kończyny dolnej i przypadek t. zw. »meatus paraurethralis«, doc. Gliński przedstawił okaz wrodzonej niedrożności dwunastnicy z trzustką dodatkową w żołądku i okaz mnogiego nowotworu barwikowego u 70-letniej kobiety bez wykazalnego punktu wyjścia, poczem prof. Rosner miał wykład »W sprawie techniki myomotomii drogą brzuszną«. W dyskusyi przemawiali dr Bogdanik, Dobrowolski, Piotrowski, Wojciechowski.

— Wydział lekarski nadał »veniam legendi« z zakresu medycyny wewnętrznej dr Józefowi Latkowskiemu i dr Erwinowi Mięsowiczowi.

— W sprawie budowy kliniki chorób nerwowych i umysłowych w Krakowie dowiadujemy się, że Ministerstwo oświaty postanowiło, przyjmując jednorazowe przyczynienie się Sejmu krajowego w kwocie 50.000 koron, wybudować klinikę chorób nerwowych i umysłowych w Krakowie własnym kosztem na gruncie, ofiarowanym przez Wydział krajowy i przyjąć ją we własną administracyę, jako piątą klinikę c. k. instytutu klinicznego. W ten sposób pertraktacye w tej sprawie pomiędzy rządem a Wydziałem krajowym, rozpoczęte 13 czerwca 1892 r., zostały ostatecznie pomyślnie ukończone. Tak pomyślne zakończenie tej ważnej sprawy zawdzięczać należy przedewszystkiem życzliwości rozstrzygających sfer rządowych.

Powstanie kliniki chorób nerwowych i umysłowych ma doniosłe znaczenie nietylko dla uniwersytetu, ale i dla miasta. Uniwersytet Jagielloński zdobędzie pierwszorzędnej wagi placówkę naukową, niezbędną dla prawidłowego i całkowitego przygotowania słuchaczów medycyny do ich przyszłego zawodu; miasto zaś zyska nową instytucyę szpitalną, która nietylko będzie oddawać wielkie usługi ludności miejscowej, ale także będzie przyciągać do Krakowa lekarzy i leczących się zamiejscowych, co niewątpliwie wyjdzie także na korzyść miasta.

Budowa tej kliniki mogłaby się niebawem rozpocząć, gdyby nie ta okoliczność, że grunt, na ten cel przez Wydział krajowy ofiarowany, — część ogrodu szpitala św. Łazarza, — pod budowę tego rodzaju kliniki zupełnie się nie nadaje.

Ponieważ Wydział krajowy innych gruntów w obrębie miasta Krakowa nie posiada, przeto Uniwersytet Jagielloński, nie widząc żadnej innej drogi wyjścia, a znając gotowość Rady miejskiej do popierania wszystkiego tego, czego wymaga dobro wszechnicy i pożytek miasta, zwrócił się do Rady miejskiej z usilną prośbą o odstąpienie pod budowę kliniki chorób nerwowych i umysłowych odpowiedniego placu z gruntów miejskich. A wobec tego, że według zasiągniętych w tym względzie informacyi, Wydział krajowy gotów byłby oddać gminie miasta Krakowa część gruntu szpitala św. Łazarza, gdyby gmina odstąpiła potrzebny grunt pod budowę tej kliniki, nie wątpimy, że i ten, dziś jedyny jeszcze szkopuł, jaki stoi na przeszkodzie rychłemu powstaniu tej dla Krakowa tak niezbędnej instytucyi, zostanie, ku pożytkowi kraju, miasta, uniwersytetu i cierpiącej ludzkości, wkrótce usunięty.

— Służba sanitarna miejska w Krakowie będzie wkrótce zreorganizowaną. Podkomitet sanitarny miejski opracował już bowiem projekt (referent dr Schaitter) reorganizacyi i regulaminu dla lekarzy miejskich, którzy mają w przyszłości spełniać także obowiązki lekarzy szkolnych, a których obecna szczupła liczba gwałtownie wymaga pomnożenia. Władze miejskie zajęły się również sprawą zwalczania gruźlicy, nad czem rozpoczęła obrady komisya, do której należą wszyscy lekarze miejscy, a której przewodniczy prof. Domański. Po obradach wstępnych postanowiono zająć się pouczeniem szerokich warstw społeczeństwa o istocie i drogach szerzenia się gruźlicy, zająć się sprawą szerzenia się gruźlicy drogą pokarmów (referent prof. J. Nowak), sprawą odosobnienia chorych, donoszenia o przypadkach gruźlicy władzom sanitarnym i sprawą odkażania. Opracowanie tych spraw rozdzielili między siebie członkowie komisyi. Roztrząsano także sprawę budowy sanatoryum i zakładania dyspensatoryów. Osobna znów komisya miejska ma zbadać stosunki zdrowotne lokali publicznych, jak restauracyi, piwiarń itd. Wogóle w zakresie potrzeb sanitarnych miasta objawia się żywszy ruch, który oby był początkiem szerokiej, energicznej działalności na tem polu, pomimo zbudowania wodociągów, szybszego tempa kanalizacyi, poprawy bruków i budowy łaźni ludowych, rozległej jeszcze wymagającem pracy. W tych dniach otwartą zostanie pierwsza łaźnia ludowa, fundowana przez Miejską Kasę Oszczędności kosztem 40.000 K.

— W sprawie budowy zakładu dla umysłowo chorych w zachodniej części Galicyi odbyła się 24/X b. r. ankieta w Wydziale krajowym we Lwowie, na której jednomyślnie oświadczono się za zwołaniem jeszcze jednej ankiety po ukończeniu badań gruntu w Lusinie i wypracowaniu planów szczegółowych, oraz za tem, aby Wydział krajowy już teraz jaknajrychlej zamianował dyrektora przyszłego zakładu. Szczegóły ankiety podamy w numerze następnym.

— Wyszedł z pod prasy i pojawił się na półkach księgarskich dodatkowy zeszyt do dzieła »Nauka o chorobach wewnętrznych«, zawierający »Choroby krwi« pióra prof. Edwarda Korczyńskiego i dra Stanisława Szurka. Ś. p. Edward Korczyński ze szczególnem zamiłowaniem pracował w tym dziale medycyny wewnętrznej i zebrał w nim bogate doświadczenie, którego wyniki zamierzał przedstawić właśnie w opracowywanej przez siebie części zbiorowego dzieła. Jeszcze złożony ciężką ostatnią chorobą nie odłożył pióra i przy współpracownictwie dra Szurka spieszył wykończyć pracę; w ten sposób stała się ona ostatnią spuścizną niepospolitego klinicysty, ocalając od zapomnienia godne uwagi zapatrywania jego na niejedno sporne zagadnienie. Zeszytem »O chorobach krwi« zostało ostatecznie zakończone wydawnictwo pierwszego oryginalnego polskiego podręcznika, obejmującego całość medycyny wewnętrznej; samem podjęciem tego wydawnictwa i doprowadzeniem go mimo wielu przeciwności i trudności do końca zdobywa sobie prof. W. Jaworski rzetelną zasługę wobec lekarzy, uczącej się młodzieży i piśmiennictwa polskiego.

Lwów. Zamiast wieńca na trumnę śp. dra Wal. Jastrzębskiego, zmarłego w Sieniawie, złożyli członkowie Sekcyi jarosławskiej Tow. lek. gal. kwotę 146 kor. na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach. Na ten sam cel złożyli lekarze kołomyjscy na ręce dra Piaskiewicza kwotę 58 kor. 30 h. zamiast wieńca na trumnę Bronisława Witosławskiego, aptekarza, burmistrza m. Kołomyi i posła na Sejm krajowy.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył w dniu 24/X posiedzenie, na którem zajmował się następującemi sprawami: Przyjęto do wiadomości sprawozdanie prezydenta z posiedzenia Wydziału wykonawczego z dnia 27/IX i z Wiecu Izb, odbytego w Krakowie w dniach 16 i 17 października. Przyjęto referat w sprawie taryfy lekarskiej, proponowanej przez Sekcyę jarosławską Tow. lek. gal. Udzielono zapomogi jednemu z lekarzy z powodu choroby. Postanowiono wdrożyć śledztwo dyscyplinarne przeciw dwom lekarzom z powodu niewłaściwej reklamy. Załatwiono szereg spraw bieżących mniejszego znaczenia.

— Z przeznaczonych przez rząd na urządzenie klinik w Wiedniu, Pradze i Lwowie 5 milionów, mają być we Lwowie utworzone 4 kliniki, (z których 2 tymczasowo już puszczono w ruch), mianowicie klinika chorób krtani i uszu, chorób nerwowych i umysłowych, chorób skórnych i chorób ocznych.

— »Tygodnik lekarski« (Nr 43) wyraża nadzieję, że długo przewlekająca się mimo usilnych starań grona profesorów i pomimo osobnej rezolucyi Sejmu zeszłorocznego sprawa budowy lwowskich klinik chorób krtani i uszu, oraz nerwowych i umysłowych, jakoteż odpowiedniejszego pomieszczenia klinik chorób ocznych i skórnych, wejdzie wkrótce na nowe tory, ponieważ Wydział krajowy zdołał po długich rokowaniach zakupić w lipcu b. r. w sąsiedztwie szpitala krajowego obszerny grunt, na którym mogłyby stanąć wszystkie te kliniki.

Z różnych stron. Dr Glück, krakowianin, dyrektor i prymaryusz szpitala krajowego w Sarajewie, obchodził 23 września b. r. 25-letni jubileusz swej działalności.

— Prof. szkoły weterynarskiej w Alfort, Vallée, ogłosił świeżo ostateczne wyniki doświadczeń z bowowakcyną Behringa. Doszedł on do wniosku, że środek ten uodparnia wprawdzie bydło przed sztucznem zakażeniem gruźlicą, ale nie chroni przed zakażeniem drogami naturalnemi, albo przynajmniej nie wytwarza odporności dostatecznie stałej. (Presse méd. Nr. 83).

Mianowani: Dr. G. Pascale profesorem nadzwycz. chirurgii w Neapolu, prof. Pestalozza z Florencyi profesorem położnictwa i ginekologii w Rzymie; dr fil. Burgerstein w Wiedniu docentem higieny szkolnej;

prof. Finger w Wiedniu członkiem honorowym włoskiego Towarzystwa dermatologicznego w Rzymie.

Powołani: Prosektor Henke z Charlottenburga na katedrę anatomii patol. do Królewca

Zmarli: Dr Jan Januszkiewicz, neuropatolog, ur. 1864 w Petersburgu, — w Oranienbaumie; dr Julian Serwiński, lekarz powiatu sochaczewskiego — w Sochaczewie; dr Salomon Urich w Bóbrce w Galicyi;

dr G. Pugliatti, b. profesor fizyologii w Messynie, dr F. L. Hesse, profesor dentystyki w Lipsku, dr J. v. Holst, b. prof. położnictwa w Dorpacie.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr 43. Janowski (dok.). Krajewski (c. d.). Flatau i Koelichen (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr 41. Jaworski J.: O stosowaniu drożdży sterylizowanych w ginekologii. Pawiński, Kijewski (c. d).

— *Kronika dentystyczna* Nr 4. Kozaczka: O środkach miejscowo znieczulających w dentystyce.

— *Tygodnik lekarski* Nr 43. Schneider (c. d.), Rencki (dok.).

— *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych* Nr 9. Bukovský, Karwacki (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr 20. Biehler M., Hallé i Motz, Biehler W., Giedroyć (c. d.).

— *Časopis lekařův českých* Nr 42. Kubr: Intrauterinni tyfová nákaza plodu a vylučováni bacillů tyfových žlazou mléčnou. Honl (c. d.). Kimla (dok.). Dvořak (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 40. Łarjonow: Dokładniejsza budowa i nowy sposób barwienia mózgu ludzkiego i zwierzęcego. Szujeninow: W sprawie pierwotnych zaników wątroby. Zimnicki (dok.) Nieporożnyj: W sprawie swoistej surowicy przeciwgruźliczej. Mahakjan: Zakrzep w żyle wrotnej.

— *Semaine medicale* Nr 42. Pierre Marie: Rewizya sprawy niemoty: co należy myśleć o niemotach podkorowych. — Nr 43. Vulliet: Chirurdzy, a wyrostek robaczkowy.

— *Presse medicale* Nr 83. Nattan-Larrier: Rozpoznawanie świdrowicy u rasy białej. Langlois: Odkażanie bielizny. — Nr 84. Babes: Ciałka Negriego, a pasorzyt wścieklizny. Desfosses: Walka przeciw morowi w Japonii. — Nr 85. Sollier: Chromanie przestankowe pochodzenia rdzeniowego. Labbé i Vitry: Znaczenie sulfoeterów moczowych. Martinet: Rozdział posiłków w ciągu dnia.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 43 Böhme: Próby żywienia mlekiem perhydrazowem. Rolly: Badania doświadczalne nad biologicznem zachowaniem się bakteryi w kiszce grubej. Huismans: Przypadek choroby Tay-Sachsa. Bradt: W sprawie uszkodzeń szyi. Scheib: O gojeniu się ran po przecięciu kości łonowej piłką Gigliego. Boesser: Postępowanie Helmholtza przeciw gorączce siennej. Schoengut: W sprawie leczenia ograniczonego zapalenia ucha zewnętrznego i spraw pokrewnych.

— *Münchener mediz. Wochenschrift* Nr 43. Fehling: Pubiotomia i sztuczny poród przedwczesny. Pässler: O ostrej gruźlicy jelit pod postacią ciężkiej ogólnej choroby zakaźnej. Jochmann i Ziegler: O zaczynie leukocytowym w śledzionie, gruczołach chłonnych i szpiku w białaczce i białaczce rzekomej. Tiedemann: Ostre zapalenie rogów rdzenia i nagminne zapalenie opon. Liefmann i Nieter: O czerwonce u obłąkanych. Trautmann: Rumień wysiękowy wielopostaciowy i guzkowy błony śluzowej i stosunek tych spraw do kiły. Fränkel: O leczeniu stawów rzekomych i sztucznem ich wytwarzaniu. Herz: Leczenie przewlekłych chorób serca światłem i powietrzem. Wätzold: Pęknięcie wątroby i śmiertelny krwotok wskutek pęknięcia powierzchownego tętniaka. Mennacher: Przypadek przewlekłej białaczki limfocytowej u 11-miesięcznego dziecka. Bettmann: Przenośny przyrząd do leczenia zesztywnień stawów palcowych i nadgarstkowych. Wiesner: W sprawie techniki leczenia promieniami Röntgena. Grisson: Praktyczne wnioski w sprawie higieny odzieży niewieściej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 43. Maragliano: Swoiste leczenie gruźlicy. Rautenberg: Zatrucie olejem sezamowym. Rojas: W sprawie zaniku błony śluzowej jelit. Jansen: O działaniu ciepła przy leczeniu sposobem Finsena. Posner: W sprawie cytologii ropy wiewiórowej. Halle (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 43. Wagner v. Jauregg: O matołectwie nadmorskiem. Bail: Zmiany morfologiczne bakteryi w ciele zwierząt. Picker: Badania bakteryologiczne nad dwoinką wiewiórową. Wartość sposobu Grama w rozpoznawaniu różniczkowem tej dwoinki. Alt: W sprawie operacyjnego leczenia porażeń nerwu twarzowego pochodzenia usznego. Braun-Fernwald: O szczęśliwie zakończonym przypadku nadmiaru potoku i zatoru tętnicy płucnej w 24. dniu po porodzie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się w **Domu lekarskim** (ul. Radziwiłłowska l. 4) **we środę dnia 7 listopada b. r. o godzinie 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Zmiana umowy z Towarzystwem lekarzy galicyjskich co do „Przeglądu lekarskiego". 2) Wykład dra Gettlicha: „O wynikach leczenia płonicy surowicą" (z doświadczeń, wykonanych w szpitalu św. Ludwika).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol przy krztuścu jest przedmiotem pracy, którą ogłosił dr v. Oefele, z Bad Neuenahr (*Deutsche medizin. Presse* 1906, Nr 15). Działanie pyrenolu wobec krztuśca polega na wyraźnem skróceniu, złagodzeniu i mniejszej częstości napadów, jakoteż na ułatwieniu wykrztuszania, tak iż może on być uważany za środek niemal swoisty przy wszelkiego rodzaju napadowym kaszlu. Dokładne rozbiory kału dwu sióstr, chorych na krztusiec, używających tej samej dyety, z których atoli starsza otrzymywała chininę i atropinę, młodsza zaś, ciężej chora, co 3 godziny kołaczyk pyrenolowy, dowodzi, że u starszej siostry wskutek niekorzystnego wpływu leków na wydzielanie soków trawiennych, spożytkowanie pożywienia pozostawiało wiele do życzenia, natomiast trawienie u siostry młodszej, zażywającej pyrenol, odbywało się prawidłowo. I tak zawierał kał przy leczeniu pyrenolem z najważniejszego składnika pożywienia, białka, tylko jeszcze 28·37 prc., u drugiego zaś dziecka 40·68 prc. w stanie niewyzyskanym. Podobny stosunek okazują inne liczby, i tak: składników organicznych 83·32 prc. wobec 93·18 prc., azotu 4·54 prc. wobec 6·51 prc. i t. d. Nadto przy leczeniu pyrenolem następował łatwiej rozkład tłuszczu, w stosunku 60·09 prc. do 58·17 prc.

Zastosowanie pyrenolu nie wpływa zatem pod żadnym względem na odżywienie dziecka, raczej sprowadza poprawę stanu ogólnego. Wobec wagi, jaką ma stan ogólny w przypadkach krztuśca, posiada ten stwierdzony wpływ korzystny pyrenolu na trawienie, obok działania uspokajającego i wykrztuśnego, niezaprzeczone znaczenie. *Hr.*



PIERWSZY ZAKŁAD
BANDAŻO-ORTOPAEDYCZNY
H. BOGDANOWICZA
Z PRAGI 80

UL. GRODZKA 35. W KRAKOWIE UL. FLORYANSKA 9.

Dostawca bandaży dla Miejskiej Kasy chorych.
Specyalista brzusznych pasów. — Dla Pań damska obsługa.
Poleca swoje własne wyroby w najlepszych gatunkach we własnych i zagranicznych konstrukcyach, pasy przepuklinowe, pachwinowe, pępkowe, pasy brzuszne i nerkowe, konstrukcyi najsłynniejszych WP. Profesorów. Sznurówki i szelki do prostego trzymania się. Sztuczne aparaty do równania różnych części ciała oraz poduszki i pończochy gumowe. Pasy hygieniczne miesięczne system Teufla. Irygatory, strzykawki, wata, przyrządy do inhalacyi, prześcieradła gumowe, suspensorya i t. p.
Zamówienia wykonuje się szybko i odwrotną pocztą.
Na żądanie Wiel. P. T. Klientów przychodzę lub przyjeżdżam na Prowincyę.

MERAN
Dr Romuald Binder
ordynuje
w chorobach wewnętrznych
i nerwowych 216

WILLA „STEFANIE".

GLYCEROPHOSPHATE
GRANULÉ
ROBIN



Glycerofosfat wapnia i sody.

Jedyny fosfat ulegający asymilacyi i nie psujący żołądka.

Wprowadzony w szpitalach paryskich.

Działa niechybnie w przypadkach: krzywicy, osłabienia kości, upośledzonego wzrostu u dzieci, karmienia, ciąży, neurastenii, przemęczenia umysłowego i t. d.

Bardzo miły w smaku, zażywa się w małej ilości wody lub mleka. — Dla chorych na cukrzycę wyrabia się w kształcie pastylek. 67 b

Sprzedaż en gros: 13 rue de Poissy, Paris.
Drobiazgowa: w pierwszorzędnych aptekach.

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., któr przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: original Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 168 S.

Rok XLV. Kraków 10 Listopada 1906. Nr 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Spostrzeżenia z zakładu anatomii patologicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie (Dyrektor-Profesor Dr Browicz).

O nerwiaku zwojowym (*ganglioneuroma*) wraz z opisem własnego przypadku.

Podał

Doc. L. K. Gliński.

(Dokończenie.)

U chorej, liczącej obecnie 10 lat, matka już w 7-ym miesiącu jej życia zauważyła na szyi po stronie lewej mały guzek, który powoli, lecz stale wzrastał, w ostatnich zaś czasach począł nawet utrudniać oddechanie; to skłoniło ostatecznie matkę chorej do zasięgnięcia porady lekarskiej w tutejszym szpitalu św. Łazarza w oddziale Dra Bogdanika [1]). Badaniem przedmiotowem stwierdzono u tej chorej na szyi po stronie lewej obecność głęboko usadowionego guza, sięgającego od okolicy przyusznej aż do obojczyka i odchylającego tchawicę o 3 cm. na prawo; guz ten, mało ruchomy, dość twardy, o niezupełnie równej powierzchni, sprawiał na pierwszy rzut oka wrażenie wola, po dokładniejszem jednak zbadaniu został rozpoznany jako nowotwór, nie pozostający w związku z gruczołem tarczowym. Zresztą przedmiotowo nie stwierdzono u chorej nic ważniejszego, w szczególności nie zauważono u niej żadnych zboczeń w zakresie układu nerwowego.

Po zadecydowaniu, iż operacya jest niezbędną, przystąpił dr B o g d a n i k do wyłuszczenia guzu nowotworowego, przyczem stwierdził następujące stosunki: guz leżał głęboko na szyi po stronie lewej, przylegając do kręgów szyjnych, i sięgając od gruczołu przyusznego aż do obojczyka; guz ten wypychał tchawicę ku stronie prawej, wielkie zaś naczynia szyjne na prawo i ku przodowi. Tętnica szyjna (*a carotis*) przebiegała po przez guz na jego przedniej powierzchni. Guz ten udało się wyłuszczyć dość łatwo, silniej był on pozrastany tylko z gruczołem przyusznym; zrostów z pniami nerwowymi nigdzie nie zauważono. Po wyłuszczeniu nowotworu tchawica i naczynia szyjne cofnęły się na swoje właściwe miejsce. Chora po zagojeniu się rany opuściła szpital w zupełnie dobrym stanie zdrowia. Podnieść przytem należy, iż wyłuszczenie tego guza ani zaraz po operacyi, ani podczas dalszego pobytu chorej w szpitalu nie wywołało żadnych zaburzeń w zakresie układu nerwowego wogóle, w zakresie zaś nerwu współczulnego w szczególności.

[1]) Przytoczone tutaj szczegóły kliniczne zawdzięczam uprzejmości kol. Prymaryusza B o g d a n i k a, któremu też na tem miejscu jeszcze raz składam za to szczere podziękowanie.

Wyłuszczony guz na pierwszy rzut oka sprawiał wrażenie tłuszczaka, znaczniejsza jednak jego zbitość i głębokie usadowienie przemawiały przeciw temu, wobec czego celem dokładniejszego zbadania i określenia przyrody guza przesłał go dr B o g d a n i k do tutejszego zakładu Anatomii patologicznej prof. B r o w i c z a.

Guz ten przy oglądaniu gołem okiem już zwracał uwagę swem niezwykłem wejrzeniem. Miał on postać tworu owalnego przypłaszczonego, o dość znacznych wymiarach (długość 9 cm., szerokość $6^1/_2$ cm., grubość $3^1/_2$ cm.), był wogóle wiotki, mimo to przy dotykaniu cechował się dość znaczną twardością; guz ten o powierzchni lekko nierównej był otoczony jakby torebką z tkanki łącznej: na jego powierzchni dokładne badanie nie stwierdziło obecności żadnych pasm, któreby można było uważać za przecięte pnie nerwowe. Na przekroju guz na pierwszy rzut oka sprawiał wrażenie tłuszczaka, był jednak nieco przeświecający, więcej szarawo zabarwiony, obok tego zaś przy nieco już dokładniejszem oglądaniu łatwo można było zauważyć szereg pasm różnej szerokości, wzajemnie się przeplatających i przypominających znane obrazy przekroju włókniako-mięśniaków; wogóle więc oglądany gołem okiem, guz ten przypominał częściowo wejrzenie tłuszczaka, częściowo zaś — włókniako-mięśniaka, różniąc się jednakowoż równocześnie pewnemi cechami od tych obu nowotworów. Celem dokładniejszego zbadania mikroskopowego tego guza ustaliłem kilka drobnych kawałków w $2^0/_0$ formalinie i w takimż roztworze przechowałem i cały ten guz. Już badanie pierwszych skrawków, otrzymanych przez zamrożenie, pozwoliło mi stwierdzić utkanie, złożone z komórek zwojowych i włókien nerwowych, co zachęciło mnie do dokładniejszego zbadania tego guza różnemi metodami.

Badania te stwierdziły, że guz ten w najrozmaitszych swych częściach (zbadałem wycinki z przeszło 20 różnych miejsc) miał wszędzie mniej więcej to samo utkanie: składał się on mianowicie głównie z pęczków włókien nerwowych, wzajemnie się przeplatających i tworzących zbitą pilśń; pomiędzy tymi pęczkami włókien wszędzie rozsiane były mniej lub więcej liczne komórki zwojowe, leżące już to pojedynczo, już też drobnemi gromadkami po kilka, już wreszcie tworzące wielkie skupienia po kilkadziesiąt razem. Obok tych dwu głównych składników w guzie nowotworowym stwierdzić mogłem jeszcze obecność tylko niewielkiej ilości tkanki łącznej z naczyniami krwionośnemi; innych składników mimo zwróconej w tym kierunku uwagi i mimo zbadania licznych skrawków nigdzie nie stwierdziłem.

Tkanka łączna w guzie zachowywała się podobnie jak

w nerwach i zwojach nerwowych, to jest tworzyła tylko osłonki włókien i podścielisko dla tkanki nerwowej; wogóle ilość jej w porównaniu z pierwocinami nerwowemi była bardzo mała, co zwłaszcza wybitnie można było widzieć (skutkiem wybitnej różnicy w zabarwieniu) w preparatach barwionych sposobem van Giesona. Ta tkanka łączna posiadała wogóle budowę włóknistą i nie okazywała cech bujania; gdzieniegdzie tylko posiadała ona utkanie komórkowe. Miejscami wreszcie tkanka ta była jakby obrzękła i pomiędzy porozsuwanemi jej włókienkami widoczna była jakaś ciecz, skrzepła pod wpływem środków ustalających.

Co się tyczy właściwych składników nowotworu, komórek i włókien nerwowych, to te musimy omówić nieco obszerniej.

Komórki zwojowe, jak to wyżej wspomnieliśmy, znajdowały się w dość znacznej ilości we wszystkich częściach guza, leżąc wśród włókien nerwowych już to pojedynczo, już też większemi lub mniejszemi gromadkami; komórki te były rozsiane w guzie dość równomiernie, jakiejś różnicy w ich rozmieszczeniu w obwodowych i środkowych częściach guza nigdy nie zauważyłem. Na podobieństwo prawidłowych komórek zwojowych wiele z tych komórek posiadało otoczkę z plaskich komórek śródbłonkowych. Wielkość i kształt komórek zwojowych były bardzo rozmaite: komórki leżące pojedynczo miały kształt okrągławy i były zwykle bardzo znacznych rozmiarów; natomiast tam zwłaszcza, gdzie tworzyły one większe gromady, obok komórek dużych, prawidłowo wykształconych znajdowały się komórki mniejsze różnokształtne, z których niektóre nie przekraczały wielkości białego ciałka krwi. Ilość protoplazmy w komórkach zwojowych była wogóle znaczna; protoplazma ta niekiedy miała wejrzenie jednolite szkliste, w przeważnej jednak liczbie komórek była ona wyraźnie ziarnista. W bardzo wielu komórkach, przy użyciu swoistego barwienia można było stwierdzić obecność ciałek Nissla, które były już to drobne, już nawet stosunkowo wielkie i w różnych komórkach różnie rozmieszczone: bardzo pospolicie n. p. gromadziły się one w częściach obwodowych komórki, innym razem przeciwnie zajmowały jej środek, otaczając ze wszech stron jądro; niekiedy bywały one rozrzucone dość równomiernie wśród protoplazmy całej komórki. Nadmienić wreszcie należy, że wśród protoplazmy komórek zwojowych dość często spotykałem wakuole, badanie jednak za pomocą swoistych odczynników stłuszczenia tych komórek nie wykrywało.

Jądra tych komórek zwojowych również nie wszędzie zachowywały się jednakowo: w jednych komórkach były one duże pęcherzykowate, barwiły się dość słabo, zawierały jedno lub dwa silnie się barwiące wyraźne jąderka; w innych natomiast komórkach jądra okazywały wyraźnie zagęszczenie (*pycnosis*), barwiły się silnie, lecz dość jednostajnie, przytem na obwodzie były wyraźnie pomarszczone, co przemawiało za ich schorzeniem. Ilość jąder w komórkach bywała różna: dość często widywałem komórki jednojądrzaste, wcale liczne jednak były również komórki o 2, 3, 4, a nawet niekiedy i 6 jądrach, co zdawało się przemawiać za szybkiem mnożeniem się tych komórek. Za tem samem przypuszczeniem przemawiały również względnie często przezemnie napotykane obrazy, przypominające figury podziału jądra (obrazy kłębka, gwiazdy macierzystej, gwiazdy pochodnej). Spotykałem również niekiedy komórki z jądrem już całkowicie rozdzielonem, lecz z nieukończonym jeszcze podziałem protoplazmy, przyczem niekiedy jedno z nowopowstałych jąder znajdowało się już w spoczynku, gdy natomiast drugie było jeszcze w okresie kłębka. Wszystkie te obrazy przemawiały za szybkiem mnożeniem się komórek zwojowych i to drogą karyokinezy, podobnie zresztą jak to było w przypadku Kredla i Benckego.

Dodać należy, iż opisane powyżej komórki posiadały często liczne wypustki dobrze rozwinięte; spotykałem jednakowoż również i komórki (zwłaszcza drobniejsze), w których wypustek nie znajdowałem zupełnie.

Co się tyczy wchodzących w skład nowotworu i stanowiących główną jego masę włókien nerwowych, to olbrzymia ich większość należała do typu włókien bezrdzennych i tylko bardzo rzadko spotykałem oddzielne włókna, posiadające osłonkę myelinową (barwienie sposobem Weigerta). Te włókna rdzenne były rozsiane pojedynczo pomiędzy innemi włóknami i nigdy nie występowały gromadnie. Łącząc się ze sobą, włókna nerwowe tworzyły pnie rozmaitej grubości, wzajemnie się przeplatające i otoczone od zewnątrz niewielką ilością tkanki łącznej.

Zestawiając pokrótce wszystko to, co wyżej przytoczyliśmy, widzimy, iż guz nowotworowy w danym przypadku zawierał prawie wyłącznie składniki, których przynależność do układu nerwowego nie mogła ulegać żadnej wątpliwości. Nowotwór ten oprócz włókien nerwowych zawierał również i liczne komórki zwojowe, które posiadały cechy komórek mnożących się, wobec czego cały guz uważać należało za nowotwór, powstały przez rozrost komórek zwojowych, znajdujące się zaś w nim włókna nerwowe — za włókna nowowytworzone przez mnożące się komórki zwojowe. Wogóle więc nowotwór ten posiadał cechy nerwiaka prawdziwego, nerwiaka zwojowego (*ganglioneuroma*).

Co się tyczy punktu wyjścia tego nowotworu, to już głębokie usadowienie guza na szyi nasuwało przypuszczenie, iż wychodził on z układu współczulnego, jak to zresztą było również w przeważnej liczbie dotychczasowych spostrzeżeń. Przypuszczenie to zostało wymownie potwierdzone przez dokładniejsze badanie mikroskopowe, które dowiodło, że zarówno budowa komórek zwojowych, jak i olbrzymia przewaga włókien bezrdzennych nad rdzennemi w guzie nowotworowym w wysokim stopniu przypominają typ budowy zwojów współczulnych. Gdyby jednakże nowotwór ten wychodził z jednego z 3 zwojów szyjnych, leżących w przebiegu głównego pnia nerwu współczulnego, w takim razie nieuniknione przy wyłuszczaniu guza przecięcie nerwu współczulnego byłoby musiało wywołać szereg znanych zaburzeń nerwowych, co znów nie mogłoby ujść uwagi operatora. W rzeczywistości zaburzenia te nie wystąpiły zupełnie. Można było jeszcze przypuszczać, że punktem wyjścia nowotworu był któryś z mniejszych zwojów, rozrzuconych na szyi wśród splotów nerwowych. Wobec tego jednakże, iż prawidłowe komórki nerwowe w ustroju wykształconym rzadko tylko rozmnażają się, a jak utrzymują niektórzy autorowie, nawet wogóle są niezdolne do mnożenia się, bez porównania prawdopodobniejszem wydaje mi się przypuszczenie, że punktem wyjścia nerwiaka w danym przypadku nie był żaden ze zwykłych na szyi zwojów współczulnych, lecz raczej jakiś zwój dodatkowy lub wprost jakieś zbłąkane ognisko komórek zwojowych, nie pozosta-

jące w ściślejszej łączności z głównym pniem nerwu współczulnego. Już w warunkach prawidłowych niekiedy ilość zwojów współczulnych na szyi bywa większą, niż zwykle, wskutek np. względnie częstego istnienia tutaj zwojów dodatkowych (t. zw. *ganglia intermedia s. intercalaria*). co zresztą jest zrozumiałem wobec tego, iż, jak to nas uczy historya rozwoju, 3 zwykłe zwoje leżące w przebiegu głównego pnia nerwu współczulnego na szyi, powstają przez zlanie się ze sobą kilku pierwotnych zawiązków. Z drugiej strony, jak wiadomo, układ współczulny rozwija się z komórek nerwowych, które wywędrowują z rdzenia i z których pewne komórki podczas tej wędrówki łatwo mogą zbłąkać się i następowo dać początek już to jakiemuś zwojowi dodatkowemu, już też nawet, ulegając nadmiernemu rozrostowi, stać się punktem wyjścia nerwiaka zwojowego. Stąd też jako najprawdopodobniejsze przyjąć musimy, iż punktem wyjścia nowotworu w naszym przypadku stało się jakieś zbłąkane gniazdo komórek nerwowych, niezużytkowanych na wytworzenie właściwego układu współczulnego. Przypuszczenie to wydaje się nam tem prawdopodobniejszem, że w naszym przypadku, podobnie zresztą, jak w przeważnej części dotychczas znanych podobnych spostrzeżeń, początek rozwoju nowotworu odnieść należało niewątpliwie do życia płodowego: wprawdzie nowotwór usunięto operacyjnie dopiero w dziesiątym roku życia chorej, matka zauważyła go jednak już w 7 miesiącu życia dziecka. Uwzględniając zaś powolny wzrost guza nowotworowego, przyjąć należy, że musiał on poprzednio rozwijać się już dość długo, nim wreszcie przy głębokiem zwłaszcza usadowieniu mógł dojść do takich rozmiarów, aby zostać dostrzeżonym przez nie-lekarza.

Powyżej przytoczony przypadek nerwiaka zwojowego, jakkolwiek nie jedyny w piśmiennictwie, należy jednak do spostrzeżeń bardzo rzadkich, o czem najlepiej świadczą zestawienia dotychczas znanych przypadków. Thomson w r. 1900 zdołał zebrać z piśmiennictwa zaledwie 5 przypadków, Beneke i Kredel w r. 1902 wspominają już o 11—12 przypadkach, obecnie ogólna liczba znanych przypadków nerwiaka zwojowego wynosi około 20, nie wszystkie jednak ogłoszone drukiem przypadki można uważać za pewne.

Jak wynika ze szczupłej liczby dotychczas znanych spostrzeżeń, nowotwór ten zwykle wychodzi z układu współczulnego, stosunkowo rzadko tylko dotychczas znajdowano go w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (przypadki Haenela i Klebsa) i w przebiegu obwodowych nerwów mózgowordzeniowych (przypadki Bendy i Soyki) a i te spostrzeżenia z wyjątkiem przypadku Bendy nie są zupełnie pewne, jakkolwiek możliwość istnienia tutaj tych nowotworów nie da się zaprzeczyć, zwłaszcza wobec niewątpliwie zdarzającego się niekiedy w ośrodkowym układzie nerwowym przemieszczenia tkanki nerwowej. W przebiegu obwodowych nerwów mózgowordzeniowych punktem wyjścia nerwiaków zwojowych stać się mogą zwoje nerwowe lub jakieś zbłąkane komórki nerwowe; w przypadku Bendy nowotwór, zdaniem tego autora, rozwinął się ze zwoju nerwu błędnego (*ganglion n. vagi*). Oczywiście nerwiaki zwojowe, wychodzące z ośrodkowego układu nerwowego i z nerwów mózgowordzeniowych różnić się muszą swą budową od nerwiaków, rozwijających się z układu współczulnego; zasadniczo biorąc, różnica ta odpowiadać musi różnicy w budowie zwojów rdzeniowych i współczulnych, a więc w nerwiakach układu nerwowego ośrodkowego i nerwów mózgowordzeniowych typ budowy komórek zwojowych będzie inny, niż w nerwiakach układu współczulnego, a jednocześnie nerwiaki te zawierać będą przeważnie włókna rdzenne w przeciwieństwie do nerwiaków układu współczulnego, składających się głównie z włókien bezrdzennych.

Nerwiaki zwojowe spotkać możemy w najrozmaitszych miejscach ustroju. Dotychczas najczęściej spotykano je w nadnerczu i w jego sąsiedztwie (przypadki Weichselbauma, Brüchanowa, Ribberta, Soyki, Fabrisa, Schmidta), lub też w sąsiedztwie wogóle jamy brzusznej i miednicy małej (Busse, Beneke, Chiari, Glockner); rzadziej opisywano podobne nerwiaki pomiędzy opłucną a kręgosłupem (Loretz, Borst), na szyi (przypadek Bendy i mój), w różnych miejscach skóry (Knauss, Axel Key, Beneke i Kredel), w ścianie przewodu pokarmowego (Askanazy), w ośrodkowym układzie nerwowym i jego oponach (Klebs, Haenel). Niepodobna nam tutaj wdawać się w omawianie dokładniejsze poszczególnych spostrzeżeń, zwłaszcza, że zostały one już zestawione i omówione w pracach Schmidta i Benekego, od czasu zaś ostatniej pracy Benekego (wspólnej z Kredlem) pojawiły się opisy nowych przypadków tylko w pracach Ribberta, Bendy i Fabrisa.

Nerwiaki zwojowe występują zwykle u osobników młodych, zwłaszcza zaś u dzieci, stosunkowo rzadko tylko u osobników dorosłych, przyczem jednak dokładne badanie prawie zawsze wykrywa początek rozwoju nowotworu jeszcze w życiu płodowem. Najstarszy o ile mi wiadomo w dotychczas znanych przypadkach osobnik, dotknięty tym nowotworem, liczył 46 lat (przypadek Haenela), lecz i w tym przypadku początek guza nowotworowego odnieść należało do zaburzeń w życiu płodowem.

Pod względem klinicznym nerwiaki zwojowe cechują się wogóle łagodnym przebiegiem, powolnym wzrostem, nie dochodzą zwykle wielkich rozmiarów, mogą jednak niekiedy stać się groźne dla chorego ze względu na swe usadowienie w pobliżu ważnych dla życia narządów, zwłaszcza że w pewnych razach mogą się one rozrastać nawet bardzo znacznie, dochodząc wielkości głowy ludzkiej, a nawet i więcej. W opisanym powyżej przezemnie przypadku już stosunkowo niezbyt wielki nerwiak zwojowy ugniatał tchawicę i przy dalszym wzroście mógł był nawet wywołać śmierć dziecka przez uduszenie. Obok tego niekiedy nerwiaki zwojowe, zjawiające się zwykle pojedynczo, tworzyć mogą guzy mnogie (przypadki Axel Keya, Soyki, Knaussa, Benekego i Kredla) i wtedy ze względu właśnie na tę mnogość nabierać ważnego znaczenia pod względem klinicznym. Wspomnieć wreszcie należy, że, o ile to wnosić można z dotychczasowych spostrzeżeń, niekiedy nerwiaki zwojowe przybierać mogą charakter wybitnie złośliwy, być źródłem przerzutów w gruczołach chłonnych i skutkiem swej złośliwości stać się nawet bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. Dotychczas jednakże, o ile mi wiadomo znanym jest tylko jeden tego rodzaju przypadek (drugi przypadek Benekego) i stąd też dalsze dokładne badania poszczególnych przypadków tego rzadkiego wogóle nowotworu są bardzo pożądane zarówno ze względów naukowych, jak i czysto praktycznych.

Piśmiennictwo. 1) Askanazy: Arbeit. a. d. patholog. Inst. II 3 1899. Tübingen. — 2) Axel Key: Hygiea 1879 (przytocz. u Schmidta). — 3) Benda: Verhandl. d. Dtsch. path. Ges. 7 Tagung Jg. 1904 H. 1. — 4) Beneke: a) Zieglers Beitr. 1901 T. XXX; b) Verhandl. d. pathol. Gesellsch. I 1898 (Düsseldorfer Naturforscherversammlung). — 5) Bischoff: (przytocz. u Virchowa). — 6) Borst: a) Sitzungsber. d. phys. med. Gesellsch. Würzburg 1897; b) Die Lehre v. d. Geschwülsten 1902. — 7) Brüchanow: Zeitschr. f. Heilkunde XX. 1899. — 8) Busse: Virchows Arch. CLI. Suppl. 1898. — 9) Chiari: (Dyskusya nad odczytem Benekego). — 10) Fabris: Arch. per le sc. med. 1904 Fasc. II (referat w CBl. f. allgem Pathol. 1904 Nr 16—17. — 11) Glockner: Arch. f. Gynaek. LXIII 1. 1901. — 12) Goldmann: (przytocz. u Borsta). — 13) Günsburg (przytocz. u Virchowa). — 14) Haenel: Arch. f. Psychiatrie XXXI. 1. 1901. — 15) Hanau: Virchows Arch. 1897. — 16) Kahlden: Zieglers Beitr. 1895, T. XVII. — 17) Klebs: Vierteljahrschr. für pract. Med. T. 133. — 18) Knauss: Virchows Arch. CLIII. 1. 1898. — 19) Kredel i Beneke: D. Zeitschr. f. Chir. T. 67, 1902. — 20) Loretz: Virchows Arch. XLIX. 3, 1870. — 21) Raymond: Arch. de neurol. 1893, T. XXVI. — 22) Ribbert: Geschwulstlehre, 1904. — 23) Schlesinger: Arbeit. a. d. Instit f. Anat. u. Physiol. v. Obersteiner 1895, III b.— 24) Schmidt M. B.: Virchows. Arch. CLV 3. 1899. — 25) Soyka: Prager Vierteljahrschr. T. 135, 1877. — 26) Świtalski: Polskie archiwum nauk biol. i lekarsk. T. II. zesz. 2, 1903. — 27) Thomson: On neuroma and neuro-fibromatosis. Edinburgh, 1900. — 28) Virchow R.: Geschwülste T. III, str. 277 i nast. — 29) Weichselbaum: Virchows Arch. 1881, T. 75.

O nerwobólu międzyżebrowym *(neuralgia intercostalis)* głównie ze stanowiska skarg chorego.

Podał

Władysław Janowski

docent Akademii i ordynator szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie

(Ciąg dalszy).

12. Również od nerwobólu międzyżebrowego zależeć mogą skargi na dawny, uporczywy ból w pasie. Podobnych przypadków spostrzegałem 6. Naśladowały one wiąd rdzenia lub kamienie nerkowe, ale przez wszystkich chorych były brane za gościec. Przy badaniu znajdowałem punkty bolesne w 9-em i 10-em, lub też w 10 tem i 11-em międzyżebrzu, przyczem stwierdziłem po jednym punkcie blizko kręgosłupa, a 4—6, a raz nawet 10 na liniach pachowych i na sutkowej w ścianie brzucha. Ból był 5 razy lewostronny, a raz obustronny. Wszystkie przypadki dotyczyły kobiet. Dwie z nich cierpiały na swój ból od wielu lat i prosiły tylko o jaką taką ulgę. To też wdzięczność ich po zupełnem wyleczeniu istotnie nie miała granic. Rzecz jasna, że w podobnych zastarzałych przypadkach musiałem tępić punkty bolesne na całym szeregu posiedzeń, — zwykle na 3—4, a raz aż na 6, co wymaga około 7—8 tygodni czasu, zważywszy, iż chorym takim każę do siebie przychodzić dopiero po zupełnem wygojeniu ran po przystawionych pryszczydłach.

13. W końcu do rzadszych skarg miejscowych, wywołanych wyłącznie przez nerwoból międzyżebrowy, należą skargi na ból w krzyżu[11]). Takich spostrzeżeń mam dokładnie zanotowanych pięć. Wymagały one wyłączenia cierpień kręgosłupa, kanału kręgowego, rdzenia kręgowego, nerek, narządów płciowych, a nawet kiszki grubej. Po zachowaniu jednak tej ostrożności, mogłem stanowczo rozpoznać odrazu, że ból w krzyżu zależał w powyższych przypadkach od nerwobólu międzyżebrowego, a mianowicie w 2 od dwustronnego nerwobólu 11. i 12. nerwu grzbietowego; w jednym od dwustronnego nerwobólu 9. i 10. n. grzbietowego; w jednym od dwóch punktów dwustronnych neuralgicznych na 11-em i 12-em żebrze, mianowicie od t. zw. punktu kręgowego; wreszcie w ostatnim od obustronnego nerwobólu 10. i 11. n. grzbietowego, przyczem bóle promieniowały po obu stronach w brzuch. Po prawej stronie znalazłem tylko 2 t. zw. punkty kręgowe i jeden na przedłużeniu linii pachowej i sutkowej, a po lewej liczba znalezionych na brzuchu punktów bolesnych wyniosła odrazu pięć, a przy następnych badaniach chorej jeszcze trzy. Wszystkie te przypadki udało mi się wyleczyć.

14. Najtrudniejszymi wreszcie do rozpoznania są te przypadki, w których chorzy mają szereg dolegliwości nie umiejscowionych, lecz pozornie ogólnych tak, iż dopiero dokładne wypytanie się, z uwzględnieniem wiadomości, opartych na doświadczeniu, zdobytem już przez badanie powyżej opisanych przypadków, wykryło, iż i te dolegliwości zależą od nerwobólu międzyżebrowego. Takich spostrzeżeń mam 8, z których tylko 1 dotyczy mężczyzny, a 7 — kobiet. Główną skargą takich chorych są napady ogólnego niepokoju lub duszności, po których występują nieokreślone bóle bądź w różnych miejscach ciała, bądź n. p. w jednym boku, zazwyczaj w lewym. Wszyscy ci chorzy mówili mi, że po napadzie owej duszności, czy niepokoju ogólnego, dostawali bicia serca, a 6 z nich mówiło mi nadto, że, o ile te napady duszności lub bicia serca chwytają ich w nocy, ogarnia ich taki lęk, że spać nie mogą. Podobne skargi słyszałem tylko od osób, które były jednocześnie bardzo nerwowe i dotknięte dną (artrytyczne), przyczem dwa spostrzeżenia odnoszą się do kobiet w okresie przekwitu płciowego. Już pobieżne ich zbadanie wykrywało szereg nerwobólów międzyżebrowych obustronnych z przeważającą jednak liczbą punktów bolesnych po stronie lewej. W przypadkach tych liczne nerwobóle międzyżebrowe należy poczytywać głównie za następstwo stanu ogólnego, choć pilniejsze spostrzeganie ich przekonało mnie stanowczo, że zaniedbywanie miejscowego leczenia nerwobólów prowadzi do bardzo znacznego pogorszenia ogólnego. O ile bowiem z jednej strony nadzwyczajna nerwowość niektórych osób, zwłaszcza artrytycznych, wywołuje na nieznanej nam drodze łatwe u nich powstawanie licznych nerwobólów międzyżebrowych, o tyle znowu te nerwobóle, drażniąc chorych i chore swymi objawami rozpromieniania się, w najwyższym stopniu pogarszają stan ich ogólny. Postępowanie z takimi chorymi musi być oględne, ale stanowcze. Po pewnem uspokojeniu ich bromem z antypiryną i letniemi kąpielami, należy przedewszystkiem wyszukać i wytępić te punkty bolesne, które wpływają na powstawanie napadów duszności, lub bicia serca. Mam tu na myśli nerwobóle w okolicy serca. Następnie dopiero wyszukuję inne punkty neuralgiczne, tępiąc je najczęściej, obok ogólnego leczenia kojącego, konsekwentnie pryszczydłami. Przyznać jednak muszę, że tego rodzaju przypadki są jedynymi, w których z góry za wyleczenie nerwobólu międzyżebrowego ręczyć niepodobna. Przynajmniej 2 z moich chorych nie doprowadziły leczenia do końca. Jestto rzecz zrozumiała, jeżeli zważymy, że podrażnienie ogólne podtrzymuje u takich osób skłonność do

[11]) Pomijam tu zupełnie podobne skargi wskutek nerwobólów nerwów lędźwiowych, które również kilka razy spostrzegałem.

ciągłego powstawania nowych punktów bolesnych, a samo leczenie pryszczydłami, o ile punktów bolesnych jest dużo, przyczynia się również w tych razach do potęgowania rozdrażnienia chorego. Powodzenie leczenia zależy tu głównie od stopnia posiadanego już dawniej do lekarza zaufania, i, co zatem idzie, od jego wytrwałości. Jednak nawet owe dwie niewyleczone przezemnie chore przyznają, że już po pierwszem wytępieniu części punktów bolesnych doznały ulgi tak znakomitej, że napady duszności i bicia serca ustąpiły zupełnie. Ponieważ zaś to stanowiło główną ich dolegliwość, więc leczyć się przestały, pomimo, że miewają jeszcze latające bóle to w tym, to w owym boku na różnej wysokości. Pozostałe 6 osób udało mi się zupełnie wyleczyć. Szczególnie efektownym pod tym względem był przypadek nerwobólu u pewnej 36-letniej osoby, której przypuszczenie moje na razie wydało się, jak mi się potem przyznała, dziwnem. U osoby tej tępiłem punkt za punktem przez 6 posiedzeń z rzędu, postawiwszy ogółem prawie 60 pryszczydeł w ciągu 9 tygodni. Chora straciła jednak od roku nietylko duszność, ból i bicie serca, ale i wszelkie bóle. Przyznała mi się niedawno, spotkawszy mnie przy swej matce, że o ile chwyta ją czasem ból w jakiemś miejscu, wymacuje starannie odpowiedni punkt i sama sobie stawia pryszczydło, „nie chce bowiem czekać, aż jej dawne okropności“, pozbawiające ją wprost sprawności w domu, powrócą.

Szczegóły te opowiadam dlatego, że pragnę przez to zachęcić kolegów do uważnego szukania i tępienia punktów bolesnych nawet w przypadkach tej grupy, które przecież pozornie nic wspólnego z nerwobólem międzyżebrowym mieć nie mogą.

15. Ostatnią wreszcie grupę chorych, niezmiernie ciekawych pod względem klinicznym, stanowili tacy, którzy leczyli się u mnie z powodów innych cierpień organicznych rozmaitych narządów, a jednocześnie lub później mieli nerwobóle międzyżebrowe w ich bezpośredniem sąsiedztwie.

Są to przypadki niezmiernie pouczające, dowodzą bowiem, że nawet znając oddawna swego chorego i wiedząc, że miał inny powód do skarżenia się na ból, lekarz nie powinien jednak nigdy zapomnieć o szukaniu nerwobólu międzyżebrowego.

Przypadki moje tego rodzaju były następujące:

a) Nerwoból w okolicy serca u chorych z niewątpliwymi napadami dusznicy bolesnej. Takich chorych znam dwóch. Jednego z nich leczyłem w październiku roku zeszłego na moczówkę cukrową, w której przebiegu wystąpiły 3 razy. po zmęczeniu się chodzeniem, lekkie, ale typowe napady dusznicy bolesnej. U chorego tego szukałem odrazu nerwobólu międzyżebrowego, ale ze skutkiem ujemnym, co mam wyraźnie w książce zanotowane. Po zupełnej poprawie zdrowia chory ten przestał u mnie bywać od końca grudnia roku 1905. Nagle przyszedł do mnie w połowie marca 1906 r., skarżąc się znowu na ból w okolicy serca, ale bez związku z chodzeniem, i występujący przy lekkiem naciskaniu na okolicę serca. Ból ten miał już od tygodnia, a w dniu przybycia do mnie dostał nadto bicia serca, na które nigdy nie cierpiał, i co go bardzo przeraziło. Badanie wykryło 3 punkty neuralgiczne: dwa w 2-em międzyżebrzu (l. przymostkowa i sutkowa) i jeden w 3-em (l. sutkowa). Wyzdrowiał zupełnie po jednorazowem zastosowaniu trzech pryszczydeł. Zaleciłem mu jednak jeszcze jedno w 3-em międzyżebrzu, gdyż przy następnem widzeniu chorego znalazłem jeszcze pewną bolesność punktu sutkowego w 3-em międzyżebrzu. — Podobnem jest drugie spostrzeżenie, dotyczące pewnego 62-letniego osobnika z prowincyi, którego leczyłem wskutek typowych, częstych i ciężkich napadów dusznicy bolesnej od listopada r. 1905 do końca lutego roku 1906. Chory ten schudł za mojem staraniem stopniowo z 99,8 do 89,2 k. Nie miał żadnych bólów w sercu od 8 stycznia roku 1906. Nagle przyjechał do mnie przed 8 rano 18. maja r. b. twierdząc przerażony, że „wszystko wraca“. Dodał jednak potem, że trapiący go ból w okolicy serca jest od trzech dni stały i palący, i że mu robi ulgę, gdy okolicę tę pięścią naciśnie. Spostrzegłem odrazu, o co idzie. Znalazłem mianowicie jeden punkt bolesny na linii mostkowej w 3-ciem międzyżebrzu i 3 na linii sutkowej w 3-em, 4-em i 5-em międzyżebrzu. Zupełnie innem dla tego bólu rokowaniem, niż dla dawnego, odrazu dźwignąłem chorego moralnie. Pisał potem w końcu czerwca, że ból ten ustąpił po pryszczydłach odrazu i dotąd nie wraca. Gdybym, ufając swemu pierwotnemu rozpoznaniu, nie zadał sobie trudu starannego obmacania międzyżebrzy u obu tych chorych, byłbym ich skazał na ciężkie cierpienie fizyczne i moralne.

b) Nerwoból w okolicy serca u osób z organiczną wadą zastawek spostrzegałem 3 razy. Spostrzeżenia te dotyczą chorych młodych, liczących po lat 14, 28 i 32, z których pierwszy i trzeci miał niedomykalność zastawki dwudzielnej, a drugi zwężenie lewego ujścia żylnego. Przyszli oni do mnie ze skargą „że mają chorobę serca“ i odczuwają bicie serca i duszność przy chodzeniu, wyrażoną więc tak samo, jak u 6 chorych z grupy 6 *e*). Różnili się jednak od nich tem, że istotnie mieli wadę serca. Gdybym ograniczył się do jej wykrycia i nie obmacał międzyżebrzy, nie przyniósłbym ulgi tym chorym, którzy cierpieli przecież nie z tego, co się uleczyć nie da, tylko z tego, co się przypadkowo do ich wady organicznej przyplątało. Ostatnimi czasy, jak wiadomo, podnoszony jest związek, zachodzący pomiędzy punktami nadczułymi skóry, a cierpieniem głębiej leżących narządów[12]). Nie podejmuję się rozstrzygnąć, o ile związek ten zachodził w powyższych trzech przypadkach. Zwracam tu tylko szczególną uwagę na praktyczną ważność usunięcia punktów bolesnych, oddziaływających drażniąco na czynność serca u osób, cierpiących na wadę jego zastawek.

c) Cztery razy zdarzyło mi się spostrzegać wybitny nerwoból międzyżebrowy w przebiegu suchego zapalenia opłucnej. Wszystkie te spostrzeżenia dotyczą lewego boku. Tylko w jednem chora cierpiała równocześnie z powodu bólu wskutek rozległego ostrego zapalenia opłucnej, który ją do mnie skierował, oraz z powodu 3 bardzo bolesnych punktów na lewej linii pachowej. W pozostałych 3 przypadkach chorzy w sile wieku (l. 29, 32 i 47), inteligentni, nie wiedzieli nic o przebywanem przez nich rozległem zapaleniu opłucnej, czego dowodem, że przyszli do mnie do domu. Skarżyli się tylko na bardzo ostry ból w dolnej części lewego boku, krępujący ich w ruchach i rozmowie. Bólowi temu odpowiadały ściśle 2, resp. 3 pun-

[12]) Henry Head: Über Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen. Berlin 1898.

kty bolesne na linii pachowej tylnej w 6, 7 i resp. 8 międzyżebrzu. Zdziwienie chorych było bardzo poważne, gdy im oświadczyłem, że ów silny ból, który ich do mnie sprowadził, jest drobnostką, że jednak muszą się położyć do łóżka z powodu przebywanego jednocześnie zapalenia opłucnej. Jakoż bóle ustąpiły odrazu wskutek pryszczydeł, zapalenie jednak opłucnej biegło zwykłym trybem, przyczem u osobnika 47-letniego z rozległemi, prócz tego, zmianami w obu szczytach, trwało około 8 tygodni. Ponieważ wszystkie 4 moje spostrzeżenia dotyczą osób gruźliczych, być może więc, że, w myśl tego, co mówiłem w końcu punktu 1. niniejszej pracy, tłem do powstawania nerwobólu były u tych osób dawne zrosty, które wywołały jednak wystąpienie nerwobólu dopiero przy nowych zaburzeniach w krążeniu żylnem, powstałych przy rozwijaniu się nowej, ostrej sprawy zapalnej.

W każdym razie pamiętać należy o uważnem szukaniu nerwobólu międzyżebrowego u osób, dotkniętych zapaleniem opłucnej, zwłaszcza, jeżeli objawy osłuchowe są rozległe, a dotkliwy ból, przeciwnie, ograniczony.

d) Nadmienić tu muszę, że zdarzyło mi się raz spostrzegać pewną 62-letnią osobę, która w początku przebiegu krupowego zapalenia płuc w dolnym lewym zrazie miała 2 bardzo wybitne punkty neuralgiczne w 2-em i 3-em międzyżebrzu na lewej linii sutkowej. Nie umiem dopatrzeć się innego związku między temi dwiema tak różnemi dolegliwościami, jak ostre zaburzenia w krążeniu żylnem u osoby, mającej zrosty po dawnej wybitnej obustronnej gruźlicy szczytowej, przebywanej przez rzeczoną chorą przez lat z górą 30. Przypadek ten miał w sobie nawet z tego powodu jeden rys komiczny. Ponieważ mianowicie krupowe zapalenie płuc przebiegało w tym przypadku bez innego bólu, prócz wspomnianego nerwobólu z przodu w samym początku zachorowania, chora więc po ustąpieniu tego bólu uważała się za zdrową i musieliśmy początkowo, wspólnie z kol. E. Zielińskim, bardzo nalegać na to, by chora ta, bardzo z natury swej despotyczna, zgodziła się na leżenie w łóżku.

e) Zdarzyło mi się też 4 razy spostrzegać nerwoból międzyżebrowy u osób, które jednocześnie cierpiały na kamienie żółciowe. Dwie z nich miały bardzo wybitne punkty bolesne w prawem 6. i 7. międzyżebrzu na linii sutkowej i pachowej przedniej. Trzecia miała, oprócz wymienionych punktów, nadto punkt bolesny w 8-em międzyżebrzu na linii kąta łopatki. Wreszcie czwarta z nich miała aż 9 punktów bolesnych: 3 w 7., 8. i 9. międzyżebrzu na linii pachowej tylnej, 3 punkty t. zw. kręgowe w tych samych międzyżebrzach, 2 — w 7. i 8. międzyżebrzu na linii pachowej przedniej i 1 w 6. międzyżebrzu na linii sutkowej. Ostatnia z tych chorych przebywała obok tego przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego. Być może więc, że w tym przypadku grały również rolę zaburzenia w obocznem krążeniu żylnem, powstałe wskutek prawdopodobnych zrostów dokoła pęcherzyka żółciowego.

f) W 4 przypadkach spostrzegałem wybitny nerwoból międzyżebrowy, towarzyszący nerce ruchomej. We wszystkich przypadkach nerwoból ten był prawostronny, przyczem w 2 przypadkach po 2 punkty bolesne znajdowały się w 8-em i 7-em międzyżebrzu na punkcie kręgowym, w jednym, oprócz powyższych dwóch punktów, znalazłem trzeci na linii pachowej w 8-em międzyżebrzu, w ostatnim zaś punktów tych było aż pięć: jeden na linii pachowej przedniej w 8-em międzyżebrzu, dwa na linii sutkowej i przymostkowej 7. międzyżebrza, a 2 na samym łuku żebrowym 7. żebra. Trzy z tych chorych wcale skarg swych nie umiały wytłómaczyć, czwarta zaś powiedziała mi odrazu, że leczona jest oddawna na nerkę ruchomą, że jednak czuje sama, iż, obok tępego bólu, powstającego przy ruchach nerki podczas chodzenia, ma w tym samym boku inny, ostry ból, który prawie nigdy jej nie opuszcza i o którego usunięcie przyszła prosić. Trudno o lepsze odczucie i rozsądniejsze postawienie sprawy.

Ponieważ nerka ruchoma wywołuje z wiadomych powodów cały szereg poważnych zaburzeń w krążeniu, powstawanie więc przy niej nerwobólu międzyżebrowego jest aż nadto zrozumiałe. Nawrotowi nerwobólu zapobiega właściwe leczenie nerki ruchomej, ale powstałe już nerwobóle należy niezależnie od tego leczyć objawowo.

g) Zdarzyło mi się wreszcie widzieć dwa przypadki, w których chorzy cierpieli na kamicowe zapalenie miedniczek nerkowych, a jednocześnie mieli nerwoból międzyżebrowy. Jeden przypadek dotyczył 28-letniego mężczyzny, u którego znalazłem przy prawostronnem kamicowem zapaleniu miedniczki nerkowej dwa punkty bolesne na linii sutkowej prawej w 10-em i 11-em międzyżebrzu, oraz jeden na linii sutkowej prawej dwa palce poniżej łuku żebrowego. Wywołane przez ten nerwoból bóle były silne i czasem promieniowały gwałtownie w górną część brzucha, trochę poza linię pośrodkową. To pomogło mi wpaść na właściwą myśl niezwłocznie. Podobne były też skargi drugiej chorej (l. 10), która, obok bólów i skarg, zależnych od kamicy nerkowej, cierpiała często wskutek napadów gwałtownego obustronnego bólu w górnej części brzucha. Nielogiczność tej skargi przy kamicy nerkowej sprawiła, że obmacałem tułów starannie i znalazłem symetryczne po obu stronach wyraźne punkty bolesne w podżebrzach na linii pachowej przedniej i dwa palce poniżej łuku żebrowego na linii sutkowej.

Ponieważ podobny zbieg okoliczności widziałem tylko dwa razy, chociaż spostrzegałem mnóstwo przypadków kamieni nerkowych, przeto taki zbieg okoliczności uważam za bardzo rzadki. Zwracam jednak na niego uwagę, gdyż przypadek chciał, że powikłanie nerwobólem międzyżebrowym sprawiało obydwu tym chorym nierównie większy ból, niż cierpienie główne.

Tyle co do objawów nerwobólu międzyżebrowego. Sądzę, że streszczony tu mój materyał aż nadto przekonywa o wielobarwności objawów zajmującego tu nas cierpienia i skłonić powinien kolegów do daleko większej czujności w rozpoznawaniu nerwobólu międzyżebrowego. (Dok. nast.)

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Koch, Schütze, Neufeld, Miessner. **O uodpornieniu bydła przeciw gruźlicy.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, tom 51). Pierwszą część pracy swej poświęcają autorowie omówieniu sposobów uodpornienia przeciw gruźlicy, stosowanych przez innych badaczy przez wprowadzenie do ustroju zwierzęcego bądź wytworów wymiany materyi (tuberkuliny), bądź zabitego zarazka gruźlicy, dalej przy użyciu zarazka pokrewnego

zarazkowi gruźlicy ludzkiej (gr: ptasia, zimnokrwistych, i prątki kwasoodporne) którymi osiągano uodpornienie z rozmaitym skutkiem tylko u małych zwierząt. Na baczniejszą uwagę zasługują z doświadczeń obcych jedynie doświadczenia Behringa i jego uczniów, podejmowane ze ściśle oznaczoną odmianą zarazka gruźlicy ludzkiej, wstrzykiwaną zwierzętom do żył. Zdaniem autorów można tą drogą osiągnąć uodpornienie bydła, nie można jednak uważać jej za odpowiedni sposób (metodę) uodpornienia. Uodpornienie, uzyskane przez Baumgartena przez wstrzykiwanie żywych bakteryi pod skórę zwierzęcia, wymaga jeszcze bliższych wyjaśnień samego autora. W drugiej części pracy omawiają autorowie przypadki uodpornienia od r. 1901 osłów i kóz, a następnie i bydła, osiągnięte przez wstrzykiwanie do żył szyjnych odważanych ilości zarazka gruźliczego, hodowanego 4—6 tygodni na bulionie glicerynowym, i pozbawionego bulionu odżywczego, rozpuszczanego jedynie w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej. Jedno lub dwukrotne wstrzyknięcie chroniło od zakażenia perliczego niechybnie śmiertelnego. Cielęta otrzymywały 0,01—0,02 gr. zarazka w 1—2, a w późniejszych doświadczeniach, po 3 miesiącach—0,05 gr. do żył, oddziałując na to kilkudniową silną gorączką, nieraz i ubytkiem na wadze; powtórne wstrzyknięcie oddziaływało na nie mimo przeszło zdwojonej dawki słabiej. Uodpornienie występowało powoli, a było szybsze, jeżeli za pierwszem wstrzyknięciem wprowadzano większą ilość zarazka; rozwijało się lepiej, jeżeli odstęp pomiędzy dwoma wstrzykiwaniami przekraczał miesiąc; pochodzenie zaś zarazka, użytego do wstrzykiwań, nie wywiera na uodpornienie żadnego wpływu. Użyty do szczepień kontrolnych zarazek perliczy, wywołujący w ilości 0,5 mgr. niechybną śmierć z gruźlicy prosówkowej w ciągu miesiąca, pozostał bez wpływu, gdy go wstrzyknięto w 40 dni po powtórnem wstrzyknięciu dawki uodporniającej nawet w ilości 0,02 gr. Z 12 cieląt, które zakażono takąż dawką tego zarazka dopiero w 3 miesiące po drugiej dawce uodporniającej, u 5, zabitych po upływie roku, nie znaleziono śladów gruźlicy, u dalszych 2 napotkano dawne, niewątpliwie wyleczone ogniska gruźlicze; pozostałe zaś 5 cieląt są zupełnie zdrowe. Równie korzystny wynik osiągnięto przy jednorazowem wstrzyknięciu do żył 0,03, 0,02 i 0,01 gr. hodowli gruźliczej albo 0,01—0,02 gr. osłabionej hodowli perliczej; jak długo trwa tym sposobem osiągnięta odporność nie zdolano jeszcze stwierdzić. W końcowym ustępie pracy zaznaczają autorowie, że powyższe doświadczenia pracowniane nie dadzą się bez ograniczeń zastosować do praktyki, gdyż sposób przenoszenia się gruźlicy jest inny, niż w doświadczeniach pracownianych. *L. Bier.*

H. Vallée. **O pochodzeniu zmian płucnych w gruźlicy.** (*Ann. Past.* XIX. 1905, str. 619). Z dawniejszych doświadczeń autora i innych badaczy wynika, że zmiany gruźlicze w płucach są zwykle pochodzenia jelitowego. Treścią obecnej pracy jest wyjaśnienie powstawania częstych zmian w gruczołach oskrzelowych, wobec bardzo tylko nieznacznych zmian w płucach i gruczołach krezkowych. Autor wykonał swe doświadczenia wyłącznie na zdrowych cielętach, używając szczepu gruźlicy bydlęcej, który w ilości 2 mg. śródżylnie zaszczepiony wywoływał zawsze śmierć cieląt. W pierwszym szeregu doświadczeń starał się autor wywołać zakażenie płuc przez wstrzykiwanie 2 cielętom do tchawicy 10 mg. hodowli gruźlicy. Po 6 miesiącach znaleziono przy sekcyi ognisko gruźlicze w miejscu operacyi i kilka ognisk gruźliczych na opłucnej, natomiast płuca, gruczoły oskrzelowe i śródpiersia zupełnie zdrowe, a więc wynik podobny, jak otrzymali już dawniej Nocard i Rossignol. W dalszych doświadczeniach rozpylał autor u 12 cieląt w jamie gardła po kilka mg. prątków gruźliczych. Tylko 4 z tych cieląt zapadły na gruźlicę. U pierwszego, zabitego po 33 dniach, znaleziono jedynie zserowacenie gruczołów pozagardłowych. U drugiego, zabitego po 137 dniach, były zmiany gruźlicze wyłącznie w gruczołach pozagardłowych, karkowych i okołotchawicznych. Trzecie zginęło samo po 178 dniach; u tego były ogromne zmiany gruźlicze, ale wyłącznie tylko w gruczołach pozagardłowych. Czwarte, zabite po 208 dniach, miało zmiany gruźlicze wyłącznie w gruczołach pozagardłowych i okołotchawicznych. Gruczoły oskrzelowe były u wszystkich tych cieląt zupełnie zdrowe. Stąd wnosi autor, że zakażenie początku dróg oddechowych zwykle nie wywołuje zmian w gruczołach oskrzelowych. W drugim szeregu doświadczeń zakażał autor cielęta przez przewód pokarmowy. 4 bardzo młodych cieląt karmiła 2 razy (co 48 godzin) krowa, dotknięta gruźlicą wymion, zresztą żywiły się one cały czas mlekiem niegruźliczem. Po 35 dniach wszystkie oddziaływały bardzo gwałtownie na tuberkulinę, poczem autor kolejno je zabijał po 54, 90, 118 i 146 dniach i znalazł u wszystkich bardzo wybitne zmiany gruźlicze w gruczołach oskrzelowych i śródpiersiowych. Te zmiany było zawsze o wiele wybitniejsze, aniżeli zmiany w gruczołach krezkowych. W innych narządach nie było zmian gruźliczych, tylko na przedniej powierzchni przepony były zmiany gruźlicze: prawdopodobnie więc zakażenie z jelit szerzy się naczyniami limfatycznemi aż do gruczołów oskrzelowych. Wszystkie gruczoły limfatyczne na głowie i karku były zupełnie zdrowe: widocznie zmiany w gruczołach oskrzelowych nie pochodziły od zakażenia początków dróg pokarmowych. Oprócz tego zaszczepił autor po $1^1/_2$ mg. hodowli gruźliczej jednemu cielęciu do żyły krezkowej, drugiemu do jednego z gruczołów krezkowych. Pierwsze padło po 30 dniach, a sekcya stwierdziła rozległą ostrą gruźlicę wątroby i gruczołów oskrzelowych i śródpiersiowych; płuca i gruczoły krezkowe zdrowe. Drugie cielę zabił autor po 49 dniach. Znalazł znaczne zmiany gruźlicze w zakażonym gruczole, ale sąsiednie gruczoły, płuca i wątrobę zdrowe. Jedynie w gruczołach oskrzelowych, w trójnasób powiększonych, stwierdzono przez szczepienie świnek morskich zakażenie gruźlicze. Tu więc zajęła gruźlica gruczoły oskrzelowe, chociaż zakażenie wywoływano przez szczepienie do jamy brzusznej; można więc stanowczo wyłączyć zakażenie gdziekolwiek w przewodach pokarmowym i oddechowym. Nocard już dawno zwracał uwagę na to, że nosacizna u koni, chociaż objawia się stale zmianami w płucach, to jednak powstaje niewątpliwie przez zakażenie przez przewód pokarmowy. Ostatecznie zatem utrzymuje autor, że 1) ze wszystkich rodzajów zakażenia, wywołuje zakażenie przez przewód pokarmowy najłatwiej zmiany gruźlicze w gruczołach oskrzelowych; 2) przejście prątków gruźliczych przez ściany jelita może się odbyć, nie wywołując żadnych widocznych zmian ani na błonie śluzowej jelit, ani w gruczołach krezkowych. Nie pozostawiając żadnych śladów swej wędrówki mogą prątki gruźlicze zatrzymać się ostatecznie w gruczołach oskrzelowych i tam się rozmnażać. *R. Nitsch*

PEDYATRYA. Basch. **Przyczynki do fizyologii i patologii grasicy.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, VIII). Obszerna i gruntowna praca, ozdobiona licznymi foto- i radyogramami. Treść jej jest następująca: Grasica była długo uważana za narząd limfoidalny, biorący udział w wytwarzaniu krwi, a to przedewszystkiem na tej podstawie, że jej głównymi składnikami komórkowymi są limfocyty. Tymczasem już badania Köllikera dowiodły, że narząd ten jest pochodzenia nabłonkowego, mianowicie powstaje z nabłonka bruzd oskrzelowych. Mniemano więc, że limfocyty wnikają do grasicy później, lub następuje przemiana nabłonka w limfocyty i przemiana przyrody narządu. Nowsze badania, przedewszystkiem Hammara i Stöhra, stwierdziły jednak, że wszystkie znamienne dla grasicy komórki są pochodzenia nabłonkowego i pozostają nabłonkami. Odnosi się to do gwiaździstych komórek zrębowych, ciałek Hassala, a także t. zw. limfocytów grasicy. Także różnorodność składników, brak łącznotkankowej torebki i grubego wewnętrznego zrębu, brak doprowadzających i odprowadzających naczyń limfatycznych, wreszcie skład chemiczny (obfitość ciał nukleinowych) przemawiają za tem, że grasica nie jest gruczołem chłonnym, lecz prawdziwym nabłonkowym gruczołem, wobec braku przewodu wydzielniczego gruczołem o wydzielaniu wewnętrznem. Stwierdzenie znaczenia takich gruczołów dla ustroju udaje się najlepiej przez wyłączenie. Doświadczenia takie podejmowano, a praca Friedlebena z roku 1858 dotychczas zachowała wartość. Mimo to sprawa nie została wyświetloną. Ażeby bowiem dojść do stanowczych wyników, trzeba spełnić cały szereg warunków. Doświadczenia można wykonywać tylko na zwierzętach, u których grasica jest dostatecznie rozwiniętą. Nadają się z tego powodu do doświadczeń psy, nie nadają się króliki i koty. Usunięcie grasicy musi się wykonać w tym okresie życia, w którym grasica jest w pełni rozwoju. U psa wzrasta ona w stosunku do ciała w pierwszych 2 tygodniach, w drugim zaś i trzecim miesiącu szybko się zmniejsza. U człowieka wzrasta do końca 2-go roku życia. U psa zatem musi się zabieg wykonać bardzo wcześnie, ze względu tylko na małą oporność bardzo młodych zwierząt nieco później, aniżeli w idealnym terminie. Dla porównań trzeba używać zwierząt tego samego miotu. Wycięcie grasicy musi być całkowite. Autor wykonał doświadczenia na 20 miotach, z tego w 17 udało mu się w każdym utrzymać przy życiu co najmniej jedno zwierzę operowane i jedno kontrolne dłużej, niż cztery tygodnie. Zwierzęta zabijał autor zwykle w drugim miesiącu dla podjęcia badań anatomicznych, jedną parę trzymał przez pół roku. U zwierząt operowanych występowały stale, choć zależnie od różnych okoliczności w różnym stopniu następujące zmiany: Kości były miększe i giętsze, przy łamaniu stawiały mniejszy opór. Występowało to szczególniej wybitnie na kościach kończyn, mianowicie tylnych i wywoływało ten skutek, że chód zwierzęcia stawał się szerokośladowym i niezręcznym. Niektóre zwierzęta chodziły też zamiast na palcach, na całej powierzchni stopy. Upośledzenie wzrostu i zastój w ciężarze ciała były niekiedy bardzo znaczne. Badanie (radiogramy) złamań podudzia, wywołanych w parę tygodni po wycięciu grasicy, stwierdziło, że kostnina wytwarza się mniej obficie, niż u zwierzęcia z grasicą,

jest więcej pierścieniowato rozmieszczoną, jama szpikowa mniej zostaje zwężoną. Przeciwnie zdolność używania kończyny wraca szybciej. Niekiedy powstają tylko zrosty łącznotkankowe, stawy rzekome. Badanie anatomiczne i mikroskopowe stwierdza znaczne opóźnienie się rozwoju kości i zmiany, mające niejakie podobieństwo, choć nie takie same, jak w krzywicy. Także w psychicznym stanie wyraźna różnica: zwierzę operowane jest mniej ruchliwe i mniej inteligentne, ociężałe, jakby ogłupiałe. Badanie wymiany materyi stwierdza wzmożenie wydzielania wapna moczem. Autor nie utożsamia wywołanych zmian ze zmianami krzywiczemi, sądzi jednak, że przy krzywicy na tle ogólnego upośledzenia odżywienia łatwo rozwijać się może przedwczesny zanik grasicy i na jego podstawie upośledzenie wzrostu kości. Że bez operacyi wahania w czynności grasicy mogą wywoływać wychylenia w rozwoju kości, wynikałoby z pewnem prawdopodobieństwem z badania jednego miotu, złożonego z trzech zwierząt. Jedno z nich w pięć tygodni po urodzeniu przeszło dwa razy cięższe, niż dwa inne, miało także grasicę 12, względnie 15 razy cięższą. *Lewkowicz.*

Auché i Campana. **Seroterapia przeciw czerwonkom u dzieci.** (*Revue des mal. de l'enf.* 1906, VI i VII). 19 przypadków. Wiek od 3 tygodni do 12 lat, najczęściej między 2—3 r. ż. Postacie kliniczne były różne: od typowej czerwonki do biegunek, które tylko na podstawie badania bakteryologicznego i aglutynacyi należało uważać za zakażenia czerwonkowe. Zakażenie było wywołane prątkiem Shigi, Flexnera lub Stronga. Surowica, którą wstrzykiwano, pochodziła z dwóch pracowni, w obu otrzymaną była zapomocą pnia Shigi. Ilości zastosowane wahały się między 5—30 cm³; naraz wstrzykiwano 5—10 cm³ i powtarzano wstrzykiwania w miarę potrzeby. Wyniki były bardzo korzystne. Wpływ uwydatniał się szybko w ilości i znamionach stolców, przypadłościach podmiotowych, stanie ogólnym i trwaniu choroby. Szczególnie można to twierdzić o przypadkach, wywołanych pniem Shigi. Zdarzył się tylko jeden przypadek śmierci, ale i ten skutkiem powikłań, niezależnych od czerwonki. *Lewkowicz.*

Méry. **Ochrona dzieci szkolnych przed gruźlicą.** (*Arch. de méd. des enf.* 1906, VII). Autor dochodzi do wniosku, że gruźlica pochodzenia rzeczywiście szkolnego, tj. powstała przez zakażenie w szkole (bezpośrednio od nauczycieli lub współuczniów z otwartą gruźlicą, pośrednio przez zakażenie sal szkolnych podczas kursów dla dorosłych, zgromadzeń publicznych itd.), ogranicza się do liczb bardzo skromnych, niewątpliwie jest jednak możliwą. Dotychczas wszystkie usiłowania zwalczania gruźlicy w wieku szkolnym zwracały się we Francyi wyłącznie przeciw temu zakażeniu w szkole. Jest to zadanie bardzo ważne, lecz zdaniem autora, który w tym względzie idzie za Grancherem, nie najważniejsze. Według liczb zebranych przez autora z kilku szkół paryskich. na 500 dzieci znajduje się tylko jeden przypadek prawdziwie zaraźliwy. Tymczasem zmiany gruźlicze w płucach znajduje się przy użyciu sposobu badania, podanego przez Granchera, u chłopców w 11—15%, u dziewcząt w 17—27% przypadków. Są to zmiany zamknięte, niezaraźliwe, które stanowią niebezpieczeństwo jedynie tylko dla dziecka dotkniętego. Jestto gruźlica pochodzenia najczęściej rodzinnego, gruźlica utajona. Jest zasługą Granchera, że pierwszy zwrócił uwagę na konieczność zwalczania tej właśnie postaci gruźlicy w wieku szkolnym, do czego podstawą musi być wczesne rozpoznanie. Dzieci, dotknięte gruźlicą zamkniętą, można podzielić na lżej i ciężej dotknięte. Pierwsze nie potrzebują opuszczać szkoły. Wystarczy tutaj zastosować forsowne żywienie (dostarczenie proszku mięsnego, tranu rybiego w zimie, ulepku jodowo-garbnikowego w lecie, urządzenie kantyn szkolnych i gimnastyka oddechowa). Dla dzieci ciężej dotkniętych wymaga Grancher opuszczenia szkoły i stałego pobytu na wsi, na wolnem powietrzu przez cały okres szkolny. To żądanie jednak dotychczas nigdzie w praktyce przeprowadzone nie zostało. Wysyłanie dzieci na krótki czas na wieś, spełnia tylko częściowo zadanie i musi być uważane za niewystarczające. *Lewkowicz.*

J. Karten. **Krwotoki płucne u osesków.** (*Beiträge zur Klinik der Tuberkulose* V. 4). Krwotoki płucne u osesków należą do nadzwyczajnych wyjątków, to też rzadko który z podręczników nauki o chorobach dzieci wspomina o tem. Autor miał sposobność spostrzegać na klinice pedyatrycznej w Rostoku krwotok płucny z zejściem śmiertelnem u 7 miesięcznego oseska. U tego dziecka za życia były objawy gruźlicy płucnej z jamą w płacie górnym prawym. Sekcya stwierdziła tę jamę, wypełnioną skrzepami krwi obok innych zmian w płucach i gruźlicy prosówkowej ogólnej. Autor zebrał z piśmiennictwa jeszcze 4 przypadki krwioplucia u osesków, niżej 1 roku liczących. Wszystkie te dzieci cierpiały na gruźlicę, najmłodsze liczyło 3 miesiące. Krwotoki niezawsze wywoływały natychmiastową śmierć. Autor podaje jako przykład oseska, który żył po silnym krwotoku jeszcze 45 dni. *E. S.*

OKULISTYKA. Junius. **O uszkodzeniach, wywołanych prądem elektrycznym o wysokiem napięciu, w szczególności o uszkodzeniach oczu.** (*Ophthalm. Klinik* 1906, Nr 8). W pracy tej zbiera autor wyniki licznych już dziś spostrzeżeń, zmian ocznych, wywołanych prądem o wysokiem napięciu, używanym w przemyśle, lub też spotęgowanym wskutek chwilowego wypadku, n. p. przy uderzeniach piorunu w sieć telefoniczną. Mimo bardzo licznych opisanych już przypadków, niepodobna dziś jeszcze ułożyć żadnych prawideł ogólnych, któreby mogły znawcy ułatwić zadanie. W każdym przypadku potrzebne jest dłuższe śledzenie przebiegu, bo niezawsze zmiany występują odrazu. Autor przytacza spostrzeżenie, w którem u robotnika, rażonego prądem o napięciu 500 wolt, dopiero po 6 miesiącach pojawiło się lekkie drżenie gałek i osłabienie odruchów źrenicznych, a w cztery lata później zanik lewego nerwu wzrokowego. *Doc. K. W. Majewski.*

A. Vogt. **Badania kliniczne i doświadczalne nad działaniem barwików anilinowych na spojówkę.** (*Arch. d'Opht.* 1906, Nr 4). Autor przekonał się, że tylko barwiki zasadowe działają szkodliwie na spojówkę króliczą, jakoteż ludzką, obojętne zaś, a zwłaszcza kwaśne nie wywołują żadnego prawie odczynu. Wszystkie barwiki zasadowe są dla oka niebezpieczne, jakkolwiek w różnym stopniu, co nietyle zależy od stopnia ich zasadowości, jak raczej od pewnych grup atomowych, wchodzących w ich skład, a zwłaszcza od grupy alkylowej. — Badania Vogta nietylko pozwoliły podzielić barwiki na szkodliwe i nieszkodliwe, ale co ważniejsza, wydały także dodatni wynik w kierunku leczniczym. Jedynym środkiem, który wczas użyty zupełnie zobojętnia gryzące działanie barwików anilinowych, jest garbnik (tannina) w rozczynie wodnym 5—10 prc., z dodatkiem kwasu borowego. Taki rozczyn garbnika powinien się, zdaniem autora, znajdować wszędzie tam, gdzie niebezpieczeństwo uszkodzenia oczu barwikami anilinowymi zachodzić może. *Doc. K. W. Majewski.*

A. Patry. **Rogówka o długiej osi pionowej a stożkogłowie.** (*Ann. d'Ocul.* 1906, Nr 4). Na oddziale ocznym szpitala Lariboisière spostrzegano u 17-letniego robotnika, który się zgłosił z powodu ciała obcego, wybitne stożkogłowie w połączeniu z wrodzoną zmianą postaci obu rogówek. Zamiast prawidłowego owalu poziomego tworzyły rogówki wyraźny owal pionowy, przyczem wymiary rogówek wogóle były powiększone, przytem istniała olbrzymiość rogówki (*megalocornea*). W przypadku tym badanie oftalmometrem stwierdziło mimo istniejącej zmiany postaci rogówek astygmatyzm rogówkowy, wynoszący 1,0 D. Bystrość wzroku na obu oczach prawidłowa, również dno oczu bez zmian. Ze względu na powiększenie ogólnych rozmiarów rogówek możnaby sądzić, że chory przebył jaskrę dziecięcą (*glaucoma infantile*), przeciw czemu jednak przemawia prawidłowy wzrok i brak wszelkich innych objawów. *Doc. K. W. Majewski.*

Caillaud. **Wrodzona przetoka woreczka łzowego.** (*Arch. d'Opht.* 1906, Nr 3). Autor opisuje przypadek ogólnego obrzęku śluzowatego u dziewczyny 11-letniej. Od dziecka oczy ropiały i łzawiły. Poniżej i ku wewnątrz od wewnętrznych kącików obu oczu ledwo widzialne otwory przetok, prowadzących do obu woreczków. Z powodu dokuczliwego łzawienia wyłuszczono gruczoł łzowy Rosenmüllera u prawego oka, na lewem ustąpiło łzawienie pod wpływem zgłębnikowania. Autor sądzi, że w tym przypadku przetoki łzowe były następstwem przebytego w życiu płodowem zapalenia woreczka łzowego. *Doc. K. W. Majewski.*

Rochon Duvigneaud i Oufray. **Obustronny przewlekły wytrzeszcz gałek ocznych, wywołany gruźliczem zwyrodnieniem mięśni wśródoczodołowych.** (*Arch. d'Opht.* 1906, Nr 3). U 62-letniego stolarza powstał wzmagający się stopniowo wytrzeszcz obu gałek ocznych bez objawów zapalnych i bez upośledzenia ruchomości. Gałki można było wcisnąć napowrót w głąb oczodołów, przyczem nie uczuwało się żadnego twardego oporu. Gdy następnie z powodu większego wysadzenia powstała niedomykalność powiek i owrzodzenia na rogówkach, zaszyto obie szpary powiekowe. Chory umarł. Szczegółowe badanie histologiczne obydwu oczodołów stwierdziło zwyrodnienie włókniste we wszystkich mięśniach prostych i skośnych obu gałek ocznych. które, z powodu wykrycia nielicznych, ale typowych gruzełków, uznano za zmianę gruźliczą. Brzuśco wszystkich mięśni były w czwórnasób zgrubiałe, i to było jedyną przyczyną wysadzenia gałek ocznych. Że jad gruźliczy może wywołać wśród tkanek ustroju odczyn w postaci zwyrodnienia włóknistego, to jest już dziś rzeczą pewną. Auclair wykazał, że wyciąg eterowy hodowli prątków Kocha wywołuje zserowacenie, wyciąg zaś chloroformowy — zwyrodnienie włókniste. Tylko siedziba zmiany, ograniczającej się wyłącznie do mięśni oczodołowych, jest w przypadku autorów bardzo niezwykła.

Doc. K. W. Majewski.

Brunetière. **Krwiak samoistny oczodołu u kobiety.** (*Ann. d'Ocul.* 1906, Nr 6). Do nielicznych dotychczasowych spostrzeżeń dorzuca autor dwa własne, odnoszące się do młodych kobiet i wyraża przekonanie, że samoistny krwiak oczodołu może się pojawiać u kobiet jako miesiączka zastępcza. Przypadki te bywają ciężkie i mogą się, skutkiem ucisku, skończyć zanikiem nerwu wzrokowego. W przeciwieństwie do Panasa, który przestrzegał przed zabiegiem operacyjnym ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia, sądzi autor, że właśnie tylko wczesna pomoc chirurgiczna, oczywiście w warunkach bezgnilnych wykonana, może wzrok uratować i chorą od cierpień uwolnić. *Doc. K. W. Majewski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłasza:

I.

Wobec zdarzających się przypadków, że lekarze ogłaszają się w dziennikach zbyt długo, po parę miesięcy lub nawet przez cały rok, Wydział Izby widzi się zmuszonym przypomnieć uchwałę, powziętą w tej sprawie przez X Wiec Izb lekarskich, która opiewa: »Niedozwolonem jest lekarzowi ustawiczne ogłaszanie się w pismach nielekarskich, chyba że uzyska w tym celu osobne pozwolenie ze strony Wydziału Izby, w której okręgu mieszka. Odnosi się to także do właścicieli i kierowników zakładów leczniczych«.

Z Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.
Langie, sekretarz. *Wicherkiewicz*, prezydent.

II.

Ponieważ coraz częściej zdarza się, że pp. koledzy proszą Izbę o wyznaczenie im honoraryum, jakiego mają żądać od chorych za leczenie, przeto Wydział Izby zwraca uwagę, że nie może zajmować się układaniem taryfy w każdym poszczególnym przypadku. Natomiast na żądanie udziela swej opinii, jeżeli proszący wyraźnie poda kwotę. Uprasza się zatem pp. kolegów, aby, zwracając się w podobnej sprawie do Izby, zechcieli zawsze podać dokładnie wysokość honoraryum, jakiego za dany zabieg czy też leczenie żądają, a wtedy otrzymać mogą orzeczenie Wydziału, czy kwota ta jest odpowiednią, czy nie.

Z Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.
Langie, sekretarz. *Wicherkiewicz*, prezydent.

Przymus ordynowania w kasach chorych. Na ostatnim wiecu kas chorych niemieckich w Düsseldorfie żądano, aby lekarze byli ustawą zobowiązani do ordynowania w kasach chorych, gdzie one istnieją, a za tem oświadczyli się także socyalni demokraci. Pisma lekarskie niemieckie podnoszą, że w ten sposób chce socyalna demokracya narzucić stanowi lekarskiemu to, co gdzieindziej sama zwalcza, żądając, aby każdy robotnik miał prawo tam szukać pracy, gdzie ona daje mu najlepsze warunki bytu i porzucić pracę, gdyby mu to przynieść miało pożytek. Tylko lekarzom, według socyalnej demokracyi, nie wolno byłoby pracy sobie wybierać, ani starać się o lepsze za nią wynagrodzenie. *R.*

Stowarzyszenie lekarzy przeciw nadużyciom w poliklinikach. Jednym ze sposobów, w który zamożni uzyskują poradę lekarską za darmo, jest nadużywanie t. zw. poliklinik po większych miastach. Wielu ludzi zamożnych czyni to świadomie, niektórzy może nawet nie wiedzą, że nie mają prawa do bezpłatnej porady w poliklinikach. Ażeby sprawę postawić jasno, powinno się zamiast »Poliklinika«, na szyldzie napisać »Bezpłatna porada lekarska dla niezamożnych« — przyczem słowo »dla niezamożnych« powinno być wyraźnie zaznaczone. A wtedy niejeden zamożny dobrze się rozmyśli, zanim się uda po poradę do polikliniki. Dziś każdy może się tłómaczyć tem, że nie wie, co znaczy słowo »poliklinika«. A lekarze praktyczni zaczynają obok innych szkód (jak n. p. przez kasy chorych) doznawać szkód i przez polikliniki i zaczynają już nawet organizować się do walki z nadużyciami w poliklinikach. W Berlinie np. istnieje zajmujące się tem stowarzyszenie, do którego należy przeszło 250 lekarzy. Na ostatniem posiedzeniu tego stowarzyszenia (Aerztlicher Verein gegen Missbrauche in Polikliniken) uchwalono »kierującym lekarzom w miejskim szpitalu Moabit drowi Renversowi i drowi Sonnenburgowi wyrazić podziękowanie, że w nowym gmachu szpitalnym już nie utworzono poliklinik, które istniejąc w starym gmachu, sąsiednim lekarzom ciężko szkodziły«. Nadto uchwalono prosić kierowników nowo wybudowanego szpitala dra Virchowa, dra Goldscheidera i prof. dra Hermesa, by w interesie całego zawodu nie urządzali poliklinik w tym szpitalu. *Stahr.*

Państwowy Związek organizacyi lekarskich austryackich, niedawno utworzony, spełni, zdaniem dra Perko (»Arztl. Standesztg.« Nr 21) tylko wtedy swe zadanie, jeśli będzie się składał z rzeczywistych silnych organizacyi, nie z luźnych stowarzyszeń i jeśli będzie miał silną podstawę materyalną. Konieczne są dlatego roczne opłaty od każdego lekarza na rzecz organizacyi. Wpływ poszczególnych organizacyi w »Związku« musi być w stosunku do liczby członków każdej z nich, podobnież i opłaty z ich strony na rzecz Związku, bo niepodobna, by lekarze przedarulańscy, których jest wszystkiego 34, płacili takąż sumę i znaczyli w Związku tyleż, co np. organizacya czesko-niemiecka, licząca 1,400 członków [1]). *R.*

Reformę ustaw austryackich, dotyczących **obłąkanych,** zapowiedział minister sprawiedliwości, odpowiadając w parlamencie na interpelacyę dra Ellenbogena.

W sprawie polepszenia bytu lekarzy więziennych w Galicyi doradza dr Mikołajski (»Głos lekarzy« Nr 21), by Izby lekarskie galicyjskie, nie czekając na zbiorową akcyę Izb austryackich, rozpoczęły starania, przedewszystkiem w ministerstwie sprawiedliwości i by oprócz tego lekarze więzienni wnosili do ministerstwa indywidualne podania o podwyższenie płacy. Gdzie niema lekarzy więziennych, należy starać się o stworzenie takich posad (u Prezydyum Sądu wyższego, podając przez Izbę lekarską). Lekarze sądowi, pełniący bezpłatnie czynności więzienno-lekarskie, powinni solidarnie wypowiedzieć służbę bezpłatną i żądać unormowania poborów w tej wysokości, jaką Izba lekarska uzna za odpowiednią. Izba lek. zachodnio-galicyjska powinna rozpisać ankietę na wzór ankiety Izby wschodnio-galicyjskiej. *R.*

Lekarze gminni dolnoaustryaccy muszą należne sobie płace wywalczać nieraz... przez sądy, jak o tem poucza ciekawy dokument, przysłany nam przez prezydyum »Państwowego związku organizacyi lek. austr.«. Jest nim wyrok sądu w Retz w sprawie dra Schleichera przeciw gminie Unterretzbach. Gmina ta ofiarowała temu lekarzowi zastępstwo za lekarza gminnego na warunkach, jakie miał poprzednik, pobierający płacę z funduszów gminnych z dodatkiem subwencyi Wydziału krajowego. Zamiast należnych za zastępstwo 260 K otrzymał jednak dr Schleicher na polecenie Wydziału krajowego tylko 47 K; wówczas zaskarżył gminę o całe 260 K, a sąd przyznał mu słuszność. *R.*

Lekarze w parlamentach przeważnie niewiele troszczą się o sprawy zawodu lekarskiego. Stwierdzono to o lekarzach-posłach we Francyi, obecnie uskarża się Rada naczelna Związku stowarzyszeń lek. włoskich, że grupa lekarska w parlamencie rzymskim nie poczuwa się do swych obowiązków zawodowych. Warto to zapamiętać wobec głosów, nawołujących lekarzy austryackich do większego udziału w życiu parlamentarnem (por. Sprawozdanie z Wiecu Izb lek. w Nr 42 »Przeglądu«). *R.*

Statystyka śmiertelności osesków i ich sposobu karmienia w Austryi. Poseł sejmowy dr Lindheim wniósł podanie do władz austr. centralnych o wprowadzenie na próbę takiej statystyki w jednym okręgu rolniczym, jednym fabrycznym i jednym miejskim. Izba lek. zaś zwróciła się do lekarzy wiedeńskich z odezwą, by zabiegi dra Lindheima jaknajgoręcej popierali.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 28 października do 3 listopada 1906 doniesiono o 5 nowych przypadkach duru plamistego w 2 gminach, a mianowicie w pow. Jaworów (Zawadów 3), Drohobycz (Jasienica rolna 2). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 21 a 27/X b. r. urodziło się dzieci żywo 49, nieżywo —; zmarło osób 46 (obcych 22); z tego z gruźlicy 12 (7), zapalenia płuc 4 (—), błonicy 1 (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry 2 (1), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (1), czerwonki 1 (1), cholery niemowląt 1 (—), innych chorób zakaźnych 3 (2), śmierci gwałtownej 1 (—). — Między 28/X a 3/XI urodziło się dzieci żywo 42, nieżywo 5; zmarło osób 64 (obcych 24), z tego z gruźlicy 12 (5), zapalenia płuc 8 (2), błonicy 1, płonicy 2 (2), duru brzusznego 1, cholery niemowląt 1, śmierci gwałtownej 1 (1).

---

[1]) Obecnie każda organizacya ma w »Związku« jeden głos i płaci tyle, co druga; obowiązkowych opłat rocznych lekarze do organizacyi nie płacą.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Stała Delegacya Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich oznaczyła termin X. Zjazdu we Lwowie na m. Lipiec 1907 i zaprosiła na przewodniczącego Komitetu gospodarczego doc. dra Władysława Bylickiego, a na wiceprezesa prof. dra Maryana Raciborskiego.

— Po czterdziestoletniej nieznużonej działalności dydaktycznej, uproszony przez Wydział lekarski o prowadzenie wykładów i zakładu chemii lekarskiej jeszcze przez rok ubiegły, ustąpił z początkiem roku bieżącego z katedry radca dworu prof. dr Aleksander Stopczański. Dnia 7. b. m. odbyło się uroczyste pożegnanie zasłużonego, a powszechnie kochanego profesora w sali wykładowej nowego zakładu, który w ostatnim roku swej działalności zdołał uzyskać w budynku dawnej kliniki lekarskiej i wzorowo urządził. Usuwającego się w zacisze domowe Jubilata żegnał i za znakomitą działalność dziękował mu imieniem Wydziału lek. dziekan prof. Kostanecki, składając mu w upominku jego biust, który będzie umieszczony w sali wykładowej zakładu; imieniem uczniów i słuchaczy Jubilata, którzy na jego cześć umieścili w zakładzie tablicę pamiątkową, przemawiali dr Mostowski i jeden ze słuchaczy medycyny. Jubilat, żegnając się w dłuższem przemówieniu z kolegami i ukochaną przez siebie młodzieżą, życzył powodzenia Wydziałowi lekarskiemu, swemu następcy, prof. Marchlewskiemu i swoim uczniom. Tegoż dnia podejmował Jubilata Wydział lekarski wieczerzą, na której przemawiali prof. Kostanecki, Jakubowski, Łazarski, Pieniążek i Cybulski, podnosząc zalety koleżeńskie i zasługi kolegi, opuszczającego grono nauczycielskie wszechnicy.

Do wyrażonych Czcigodnemu Jubilatowi życzeń jaknajdłuższych jeszcze lat czerstwych i pogodnych przyłączamy się z całego serca, a w życzeniach tych bierze gorący udział kilka żyjących pokoleń lekarskich, przez Jubilata kształconych i pamiętnych zapału i poświęcenia, z jakiemi krzewił umiłowaną przez siebie naukę.

— Wydział Izby zachodnio-galicyjskiej odbył dnia 30 października b. r. posiedzenie, na którem po przyjęciu do wiadomości uchwał XI. Wiecu Izb lekarskich w Krakowie i uchwaleniu, aby je do ratyfikacyi przedstawić pełnej Izbie, załatwiono szereg spraw administracyjnych i kasowych. Powzięto dalej uchwały w sprawie anonsowania się przez czas dłuższy lekarzy, oraz w dwóch sprawach partactwa leczniczego, uprawianego przez osoby niepowołane. Postanowiono nadto wdrożyć energiczne kroki przeciw autorowi pewnej popularnej broszury, ubliżającej w wysokim stopniu całemu stanowi lekarskiemu. *L.*

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 7. b. m. posiedzenie, na którem uchwalono zgodzić się na to, aby »Tygodnik lekarski« został od 1. stycznia 1907 organem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego (sekcyi lwowskiej Towarzystwa lek. galic.), poczem dr Gettlich wykładał »O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą«. W dyskusyi nad wykładem przemawiali doc. Lewkowicz, dr Merz, Gertler i prelegent.

— W sprawie budowy zakładu dla umysłowo chorych w Galicyi zachodniej odbyła się, jak wspomnieliśmy w Nr 44, w Wydziale krajowym we Lwowie druga z rzędu ankieta dnia 24/X. b. r. Ankiecie przewodniczył członek Wydziału krajowego, radca Onyszkiewicz, a uczestniczyli w niej z lekarzy: krajowy referent sanitarny radca dw. dr Merunowicz, inspektor szpitali krajowych dr Łuszczkiewicz, prof. Halban, prof. Piltz, dyrektor zakładu kulparkowskiego dr Kohlberger i dyrektor prywatnego zakładu we Lwowie dr Świątkowski. Ankiecie przedłożono ogólne szkice zakładu, wypracowane przez komisyę (prof. Halban, dyr. Kohlberger i inż. Klimczak), którą Wydział krajowy wysłał w lecie dla zwiedzenia kilku najlepszych zakładów zagranicznych. Inna komisya (radca Onyszkiewicz, prof. Piltz, dr Łuszczkiewicz i inż. Klimczak), zwiedziwszy w czerwcu b. r. grunta, ofiarowane pod zakład w pobliżu Krakowa, oświadczyła się za gruntami w Lusinie, jeżeli i badania hydrotechniczne dowiodą, że te grunta są odpowiednie. Badania te, prowadzone przez inż. Turskiego i Cornellę, nie są jednak jeszcze ukończone. Wobec tego nie mogła ankieta roztrząsać ostatecznych planów sytuacyjnych i zajęła się szczegółami, dotyczącymi budowy wszystkich projektowanych pawilonów. W końcu, jak już donieśliśmy, uznała ankieta jednomyślnie potrzebę ponownych narad po ukończeniu badań hydrotechnicznych, wypracowaniu planu sytuacyjnego i planów szczegółowych, oraz konieczność zamianowania już obecnie dyrektora lekarza, któryby wespół z architektem czuwał nad całą budową zakładu.

— Komisya sanitarna miejska uchwaliła instrukcyę dla lekarza naczelnego i część instrukcyi dla lekarzy obwodowych, według której obowiązkiem tych lekarzy będzie oprócz higienicznego i policyjno-sanitarnego dozoru w odpowiednim obwodzie, sprawować czynności lekarzy szkolnych, wydawać opinie lekarskie, leczyć bezpłatnie ubogich, szczepić i rewakcynować krowianką, oraz współdziałać w innych agendach miejskiego urzędu zdrowia. Było to pierwsze posiedzenie komisyi sanitarnej od ośmiu miesięcy, mimo, że jest obowiązaną zbierać się co miesiąc.

— W więzieniu krakowskiem utworzono osobny oddział dla pomieszczenia takich więźniów, których stan umysłowy wymaga badania lekarskiego. Kierownikiem lekarskim odpowiednio wyposażonego i w osobno wykształconą służbę zaopatrzonego oddziału mianowany został doświadczony psychiatra, dr Stanisław Jankowski. Uznając trafność wyboru kierownika lekarskiego, nie można jednak przemilczeć, że uchybiono przy tem, jak i przy niedawnem mianowaniu stałych lekarzy sądowych, zasadzie, aby publiczne stanowiska obsadzane były drogą konkursu publicznego.

Lwów. Dotychczasowy profesor higieny, dr Stanisław Bądzyński, mianowany został zwycz. profesorem chemii lekarskiej, a doc. dr Karol Kučera nadzw. profesorem higieny na Wydziale lekarskim.

— Kursa dla lekarzy we Lwowie odbędą się 1—20 grudnia b. r. Szczegółowy program pomieszczamy w dziale inseratowym.

— Porządek dzienny posiedzenia Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w d. 9. listopada b. r.: 1) dr Piasecki: Przedstawienie nowego pulpitu zdrowotnego dla dzieci, 2) dr Szumowski: Galicya za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka (1772—1783).

— Słuchacze medycyny uchwalili na wiecu w dniu 29/X 1906 zwrócić się do władz z prośbą o jaknajrychlejsze rozszerzenie i lepsze uposażenie pracowni chemicznej i pomnożenie jej personalu.

Warszawa. Ministerstwo oświaty zawiadomiło rektora uniwersytetu warszawskiego, że »zgodnie z uchwałą rady ministrów charakter tego uniwersytetu nie może być zmieniony, a profesorowie postarać się powinni o jak najprędsze rozpoczęcie wykładów«. Według zaś ostatnich wiadomości sprawę szkół w Królestwie odłożył rząd do czasu zwołania Dumy.

— Z zapomogi kasy im. Mianowskiego wydane zostało dzieło K. Günthera: »Zagadnienia życia« w tłómaczeniu A. Kudelskiego i K. Kulwiecia.

— »Przegląd chorób skórnych i wenerycznych« otwiera rubrykę słownictwa, celem uzupełnienia nazw polskich z tego zakresu.

— Rada miejska warszawska postanowiła podwyższyć płace służby w zakładzie obłąkanych w Tworkach na 11 i pół rubla miesięcznie; po 5 latach służby płaca ta wzrasta o połowę; po 10 latach zostaje podwojoną. »Gazeta lek.« (Nr 42) podnosi konieczność podobnego polepszenia bytu służby w innych szpitalach i utworzenia dla tej służby emerytur.

— Rada miejska warszawska uchwaliła wybudować przy szpitalu im. św. Stanisława, mieszczącym chorych zakaźnych, pracownię bakteryologiczną i nową salę sekcyjną. »Gazeta lekar.« (Nr 42) podnosi, że przedtem należało pomyśleć o usunięciu rażących braków w szpitalu, do których należą: brak komory odkażającej (w szpitalu dla zakaźnych!), (istniejąca jest nieodpowiednia i całkiem nieczynna), fatalna pralnia, brak odosobnienia chorych na poszczególne choroby zakaźne, brak gabinetu lekarskiego, oddziału dla dzieci, niewystarczające oddzielenie mężczyzn od kobiet, ohydny, ze starych desek sklecony barak ospowy, obora na podwórku szpitalnem, nieodpowiednie sale przyjęć i t. p.

— Uwięziono świeżo dra Kraśniewskiego.

— Dr Wacław Lasocki z Nałęczowa, b. lekarz naczelny kolei nadwiślańskich, zapisał 12,000 rb. na założenie szkoły rolniczej w Bochotnicy pod Nałęczowem.

Z różnych stron. W mowie, wygłoszonej świeżo w Draguignan, dał minister Clemenceau do poznania, że zamierza przekształcić urząd sanitarny (»Direction d'hygiène et d'assistance publique) francuski w odrębne ministerstwo; »Semaine méd.« (Nr 42) obawia się jednak, że dr med. minister Clemenceau »jak w całem swem życiu politycznem, tak i tu pod pozorem przekształcania będzie niszczyć«.

— »Unia syndykatów lekarskich« francuskich zwróciła się do rządu z prośbą o reformę studyów lekarskich, wskazując na to, że obecnie są one »zawikłane i nielogiczne«, że przy konkursach mają znaczenie protekcye, a przy egzaminach postępuje się zbyt łagodnie. Minister oświaty przyrzekł sprawę zbadać z udziałem syndykatów; zanim je jednak do narad powołał, przedłożył prezydentowi rzeczypospolitej do zatwierdzenia rozporządzenie, ustanawiające t. zw. certyfikat wyższych studyów lekarskich na podstawie osobnego egzaminu. (Egzamin ten składa się z wypracowania piśmiennego z zakresu anatomii, fizyologii lub histologii, z ustnego jednogodzinnego wykładu po trzechgodzinnem przygotowywaniu się bez podręczników na zadany temat z patologii szczegółowej i z praktycznego egzaminu z anatomii patologicznej w połączeniu z badaniem tkanek i płynów chorobowych histologicznem, bakteryologicznem i chemicznem). Certyfikat muszą uzyskać wszyscy ci, którzy zamyślają o zawodzie nauczycielskim w uniwersytetach; ustanowienie certyfikatu ma zapewnić lepszy dobór materyału na wykładających asystentów (chefs de clinique, chefs de travaux), i na t. zw. »agregés«. Z drugiej jednak strony certyfikat wytworzy lekarzy niby »lepszego gatunku« obok zwykłych lekarzy — ze wszystkiemi wadami tej dwoistości.

— »Rok praktyczny«, który muszą obecnie odbywać ukończeni słuchacze medycyny w Niemczech, zanim uzyskają dyplom, ma być ulepszony. Praktykanci mają na przyszłość przynajmniej trzecią część roku poświęcić chorobom wewnętrznym, a odbywać praktykę zaraz po złożeniu egzaminów, ile możności w sposób internatowy, aby cały dzień mogli w szpitalu spędzać, przyczem powinni ustawicznie mieć zajęcie.

— Towarzystwo »Viribus unitis«, które ma od rządu austr. w r. 1907 na cele zwalczania gruźlicy otrzymać 2 miliony kor., posiada oddziały swe na Morawach, w Czechach, na Śląsku i w Krainie. Wobec tego niewielką można mieć nadzieję, aby się z 2-milionowego funduszu coś okroiło na zwalczanie gruźlicy w Galicyi.

— Pierwszą sekundaryuszką szpitalną w Austryi została panna dr Oktawia Rollet (córka profesora fizyologii) w szpitalu dziecięcym w Gracu.

— Pewien szynkarz drezdeński wywiesił szyld »Bier-Sanatorium«. Władze miejskie zaskarżyły go do sądu, twierdząc, że »sanatoryum« oznaczać może tylko zakład leczniczy, a użycie tej nazwy na szyldzie szynkowni może wprowadzić publiczność w błąd co do własności sprzedawanego piwa. Sąd przyznał słuszność — szynkarzowi.

— Gruźlica była chorobą panującą już w epoce neolitycznej. Takby przynajmniej zdawało się z odkrycia dra Bartesa, który na cmentarzysku w Heidelbergu razem z przedmiotami z epoki neolitycznej znalazł kręgosłup ludzki z wyraźnymi śladami garbu pochodzenia gruźliczego, a zawiadomił o tem na tegorocznym zjeździe niemieckiego Towarzystwa antropologicznego w Görlitz.

Mianowani: Prof. chemii fizyologicznej Tangl profesorem patologii ogólnej w Peszcie; dr Fleiner dyrektorem polikliniki lekarskiej w Heidelbergu; prof. Sarwey z Tübingen profesorem położnictwa w Rostocku;

Dr Ignacy Link, komendant szpitala wojskowego we Lwowie, szefem sanitarnym XI korpusu; dr. Stanisław Markowski i dr Wiktor Reis asystentami kliniki okulistycznej, a p. Franciszek Czubalski demonstratorem przy katedrze farmakologii we Lwowie; w galicyjskiej służbie rządowej mianowano koncepistę sanit. dra Kazimierza Mossora lekarzem powiatowym, asystentów sanit. dra Wojciecha Kurzyńca, dra Franciszka Kropaczka i dra Lud. Sobieszczańskiego koncepistami sanitarnymi, a przeniesiono lekarzy powiatowych: dra Stan. Gawlikowskiego z Kamionki do Złoczowa, dra St. Karpińskiego z Liska do Podgórza, dra Edw. Piotrowskiego z Cieszanowa do Kamionki i dra Kaz. Mossora z Podhajec do Cieszanowa; koncepistów sanitarnych dra J. Lubowiedzkiego ze Skałatu do Podhajec, dra St. Jarukiewicza ze Śniatyna do Skałatu, dra A. Godłowskiego z Mielca do Liska i dra F. Kropaczka z Krosna do Mielca, tudzież asystenta sanitar. dra H. Palestra z Brzeżan do Śniatyna;

Dr Władysław Tatarczuch, dyrektor polikliniki lwowskiej, otrzymał pozwolenie noszenia krzyża *„pro ecclesia et pontifice"*.

Zmarli: B. prof anatomii patolog. Winogradow w 60 r. ż. w Petersburgu; prof. anatomii Tenchini w Parmie; b. prof. patologii i wieloletni prezes Towarzystwa lekarskiego kijowskiego Nikanor Chrząszczewski w Kijowie w 70 r. ż.; b. prof. okulistyki Rothmund w Monachium w 76 r. ż.

Bibliografia.

— **Spemanns historischer Medizinal-Kalender** bearbeitet von Prof. Dr J. Pagel und Prof. Dr J. Schwalbe. 1908. Nakład W. Spemanna w Stuttgardzie. Cena 2 Mk. — Od kilku już lat wychodzi kalendarz lekarski historyczny Spemanna, bardzo pożądany dla wszystkich tych lekarzy, dla których historya medycyny nie jest obojętną. Ma on postać kalendarza bloczkowego, zawierającego na każdej karcie dobre reprodukcye portretów znakomitych lekarzy lub dzieł sztuki, ze stanowiska historyi medycyny interesujących, następnie odpowiednie zapiski historyczne, rocznice ważniejszych wydarzeń w dziejach medycyny, a wreszcie wybrane sentencye z pism starych lekarzy. Rocznik bieżący otrzymał nowe ilustracye, dobrane przez prof. Schwalbego, który też wraz z prof. Pagelem przejrzał i uzupełnił tekst kalendarza. *Z.*

— *Gazeta lekarska* Nr 42. Cykowski: Przelewania krwawe oraz rozwiązanie w leczeniu eklampsyi porodowej. Pawiński, Kijewski (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr 21. Mikołajski: W sprawie akcyi o polepszenie bytu lekarzy więziennych. Mikołajski i Piórko: Sprzedaż i kupno praktyki lekarskiej. Langie: XI wiec Izb lekarskich w Krakowie.

— *Tygodnik lekarski* Nr 44. Machnicki: Dwa przypadki ciąży porodu i połogu, powikłane poprzecznem zapaleniem rdzenia pacierzowego. Schneider (dok.).

— *Przegląd higieniczny* Nr 11. Szpilmann: II Kongres międzynarodowy higieny mieszkań. Papée, Lewiński (c. d.).

— *Časopis lekařův českých* Nr 44. Streit: O přešiti podežrelých a gangraenosnich inkarceračnich rýh. Černičky: O panaritiu. Honl, Dvořak (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 41. Czystowicz: Wrzekoma białaczka z okresową gorączką. Krymow: O kamieniach nerkowych. Szujeninow (dok.). Uskow i Kałaczew: O leczeniu białaczki X-promieniami. Zarcyn: 328 operacyi w znieczuleniu miejscowem mieszanką kokainowo-adrenalinową.

— *Semaine médicale* Nr 44. Lejars: Zapalenie wyrostka robaczkowego, czy dur.

— *Presse médicale* Nr 86. Letulle: Badanie wątroby. Rey: Higiena oświetlenia (domów). — Nr 87. Bazy: Wylew do otrzewnej w toku poronienia jajowodowego. Martinet: Przetwory *hamamelis virginica.*

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 44. Wassermann i Plaut: O niwecznikach kiłowych w płynie mózgowordzeniowym chorych na porażenie postępujące. Litten i Levy: O atypowej promienicy. Schlesinger: W sprawie rozpoznania różniczkowego chorób nerkowych a zapalenia okołokątniczego. Bloch: O dowolnem rozszerzaniu źrenic. Heüman: Therapia electromedicamentosa. Geissler: Gruźlica sutka. Schmidt: W sprawie rozpoznawania ciężkich zgnieceń brzucha; wskazania do laparotomii. Scheib (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 44. Hoffa: O surowicy Marmorka w leczeniu gruźlicy chirurgicznej. Krönig: Prosty sposób wywołania odruchu kolanowego. Hoffmann: O rozpoznawczem znaczeniu krętka bladego. Morgenroth i Capri: O toksolecytydzie jadu pszczół. Cohn: Pylica płucna i jej pochodzenie jelitowe. Maragliano (c. d.). Simon: Nowy odczyn na wolny kwas solny w treści żołądkowej. Laqueur: W sprawie wodoleczenia przy wiądzie rdzenia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 44. Mosetig-Moorhof: Wyłączenie jam w ranach operacyjnych. Weisz: Spostrzeżenia nad odczynem dwuazowym przy gruźlicy płuc. Markovich: Dwoinki zapalenia opon w krwi krążącej. Khautz: Cholecystitis typhosa. Lichtenstein: O badaniu czynności nerki, pozostałej po wycięciu drugiej nerki. Ludwig, Panzer i Zdarek: O źródle św. Ruperta w Abtenau.

— *Münchener mediz. Wochenschrift* Nr 44. Velden: Śródżylne leczenie zapomocą strofantyny. Veiel: O digalenie. Schläpfer: Biologiczne znaczenie fotoaktywności krwi i stosunek jego do życiowego działania światła i ciepła. Wolf-Eisner: O składnikach jadu tężcowego przy użyciu bezwodnego chlorowodoru w ciepłocie ciekłego powietrza. Lengfellner: Działanie promieni Röntgena na jajniki i ciężarną macicę morskich świnek. Meyerstein: W sprawie wczesnego rozpoznawania duru. Baer: O proteolitycznych działaniach zaczynów śródkomórkowych. Fock: W sprawie zastosowania wyskoku przy zapaleniu płuc. Eckersdorff: Pozorne zwężenie odźwiernika przez przewlekły wrzód dwunastnicy; pooperacyjne zapalenie ślinianki przyusznej.

Riehl: Tętniak tylnej ściany lewej komórki serca. Peters: Działalność stacyi cholerycznej w Kistrzyniu (w r. 1905). Schuberg: W sprawie pierwotniakowatych drobnoustrojów, występujących według O. Schmidta w nowotworach złośliwych. Lindemann: Czy przez kopalnie węgla szerzy się nagminne zapalenie opon?

Redakcya otrzymała: Baurowicz: 1) Eine otogene Abducenslähmung. Odb. z „Monats. f. Ohrenhk." 1906. 2) Eine Modification des Schütz-Passow'schen Laryngotoms. Odb. z „Archiv f. Laryng." T. 19. Z. 1. — Brudziński: Szpital Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi. Brudziński i Trenkner: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą. Odb. z „Czasop. lekar." 1906. — Łuniewski: 1) Zranienie rogówki żądłem pszczoły. 2) Leczenie zapalenia gruźliczego okostnej brzegu oczodołowego mieszanką jodoformową. 3) Dwa przypadki wgłobienia gałki ocznej pochodzenia urazowego. Odb. z „Postępu okul." — Dr Rafał Spira: 1) Lizbona. XV międzynarodowy Zjazd lekarski. 2) Przyczynek do zachowawczego leczenia przewlekłego ropienia ucha środkowego zapomocą preparatów formalinowych. Odb. z „Tygodnika lek." 3) i 4) To samo po niemiecku, odb. z „Heilkunde" 1906. 5) Bericht üb. die Thätigkeit des rhinootiatrischen Ambulatoriums des israel. Spitales in Krakau im J. 1905. Odb. z „Monatss. f. Ohr." 1906. — Schoengut: Zur Therapie der Otitis externa circumscripta und verwandter Affektionen. Odb. z „Deuts. med. Wochs." 1906. — Horoszkiewicz i Leers: 1) Über die Entstehungsweise des epiduralen Blutextravasates in verbrannten Leichen. Odb. z „Viertelj. f. ger. Med." 2) Sind die beim Ertrinkungstod gefundenen Gewebszerreissungen in der Lunge charakteristisch für die Todesart? Odb. z „Aerztl. Sachv. Ztg." — Horoszkiewicz i Marx: Über die Wirkung des Chinins auf den Blutfarbstoff etc. Odb. z „Berl. klin. Wochs." — Janeczek: Statistik der Gemeindeärzte Niederösterreichs. 1904.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Walne Zgromadzenie członków „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego", odbędzie się **we wtorek, d. 13. listopada b. r., o godz. 6 wieczorem w gmachu kliniki lekarskiej**, ul. Kopernika l. 15. — W razie braku kompletu odbędzie się drugie zgromadzenie w tymże dniu o godzinę później, bez względu na komplet.

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim c. k. Uniwersytetu we Lwowie w r. 1906.

Kursa te trwać będą od dnia 1. do 20. grudnia 1906 r. Zapisy przyjmuje Kwestura Uniwersytetu od 26. listopada do 1. grudnia 1906. Godziny wykładowe w przeważnej części wykładów będą oznaczone później w porozumieniu z uczestnikami.

Liczba uczestników dla niektórych wykładów ograniczona.

Zgłoszenia przyjmuje i bliższych wiadomości udziela prof. dr Władysław Szymonowicz we Lwowie, ul. Pańska 4.

1) Radca dworu prof. dr H. Kadyi: »Wybrane rozdziały z anatomii«, 5 godzin tygodniowo. Czesne 20 K.

2) Radca dworu prof. L. Rydygier: *a)* »Nowsze sposoby badania i leczenie następowe chorób chirurgicznych z uwzględnieniem praktyki prywatnej«, 10 godzin tygodniowo (od 10 do 12 z wyjątkiem soboty). Czesne 25 K. *b)* »Kurs operacyjny wspólnie z asystentami«. 50 K.

3) Prof. dr A. Gluziński: »Klinika chorób wewnętrznych z uwzględnieniem nowszych sposobów badania i leczenia«, razem godzin 20. Czesne 25 K. (Prof. Gluziński przy współudziale doc. dra Renckiego, doc. dra Marischlera i asystentów klinicznych drów: Frankego, W. Ziembickiego, Reichensteina i Czerneckiego), a mianowicie: *a)* Choroby krwi (hematologia kliniczna). Badania krwi w chorobach zakaźnych w celach rozpoznawczych z demonstracyami (Widal, Ficker), 3 godz.; *b)* Narząd krążenia (nowsze poglądy na leczenie chorób narządu krążenia, dzisiejsze zapatrywania na powstawanie i znaczenie kliniczne niemiarowości tętna — arythmia), 3 godz.; *c)* Narząd moczowy (badania chemiczne i drobnowidowe, leczenie), 3 godz.; *d)* Narząd pokarmowy (sposoby badania i rozpoznawania), 3 godz.; *e)* Moczówka cukrowa (diabetes mellit.) i prosta (d. insipidus) z okazaniem najnowszych sposobów badania moczu i z uwzględnieniem postępowania dyetetycznego), 3 godz.; *f)* Demonstracye przypadków klinicznych i nowsze leki, 5 godz.

4) Prof. dr A. Mars: »O postępie ginekologii w ostatnich latach«, 5 godz. tygodniowo. Czesne 20 K.

5) Prof. dr Wł. Łukasiewicz: »Rozpoznawanie i leczenie chorób skórnych i wenerycznych«, 5 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

6) Prof. dr Machek: »Rozpoznawanie i leczenie chorób oczu«, 5 godz. tyg. Czesne 20 K.

7) Prof. dr Raczyński: *a)* »Choroby przewodu pokarmowego« przy pomocy dra Progulskiego, 3 godziny tyg. Czesne 15 K. *b)* »Ćwiczenia w intubacyi i tracheotomii« przy pomocy dra Bielskiego, 2 godz. tyg. Czesne 20 K.

8) Prof. dr Halban: »Dyagnostyka chorób nerwowych ze szczególnem uwzględnieniem chorób rdzenia kręgowego«, 5 godz. tyg. Czesne 20 K.

9) Prof. dr G. Ziembicki: »Ćwiczenia operacyjne«, codziennie od 10 do 12 przedpołudniem. Czesne 50 K.

10) Prof. dr H. Schramm: »Ćwiczenia w chirurgii wieku dziecięcego«, 6 godz. tyg. Czesne 30 K.

11) Prof. dr Wiczkowski: »Badania chemiczno-mikroskopowe przy łóżku chorego« (wspólnie z drem Gittelmacherem-Wilenko i drem M. Selzerem), 5 godz. tyg. Czesne 20 K.

12) Prof. dr R. Barącz: »Kurs operacyi brzusznych z uwzględnieniem wskazań« (na zwłokach, w razie zgłoszenia się przynajmniej 10 uczestników), 5 godz. tyg. Czesne 50 K.

13) Doc. dr Gabryszewski: »Kurs miesienia«, 4 godz. tyg. Czesne 50 K.

14) Doc. dr F. Kośmiński: »O nowszych operacyach położniczych«, 3 godz. tyg. Czesne 15 K.

15) Doc. dr A. Sołowij: »O nowszych poglądach na leczenie powikłań połogowych«, 2 godz. tyg. Czesne 10 K.

16) Doc. dr A. Szulisławski: »Kurs wziernikowania«, 4 godz. tyg. Czesne 20 K.

17) Doc. dr A. Gońka: »Ćwiczenia w wyjmowaniu zębów z uwzględnieniem ogólnego i miejscowego znieczulenia«, 4 godz. tyg. Czesne 20 K.

18) Prof. dr P. Kučera: »Bakteryologia lekarska« (ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznawania bakteryologicznego w praktyce), 6 godz. tyg. Czesne 25 K.

19) Doc. dr E. Biernacki: »Hematologia praktyczna«, 4 godz. tyg. Czesne 20 K.

20) Doc. dr M. Herman: »Wybrane rozdziały chirurgii ogólnej«, 5 godz. tyg. Czesne 20 K.

Meran - - - Meran

Dra Bindera, WILLA „STEFANIA“

Sanatoryum i zakład wodoleczniczy

z komfortem urządzony, wspaniale położony.

Środki lecznicze zakładu: Woda we wszelkiej formie, kąpiele mineralne, gazowe obojętne i solankowe, kąpiele elektryczne z różnymi prądami, świetlne, słoneczne i powietrzne. Leczenie dyetetyczne, winogronowe, wzniesieniowe. Mechanoterapia, gimnastyka lecznicza, szkoła do chodzenia dla tabetyków, sport. — Leczenie elektrycznością; prądy stałe, zmienne, faradyczne, influenzyjne i wysokiego nasilenia. Gruźliczych i obłąkanych nie przyjmuje się. Ceny umiarkowane.

Prospekty wysyła Dr BINDER.

217

Rok IV. 108 Rok IV.

„GŁOS LEKARZY“

Dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.

Wychodzi we Lwowie pod redakcyą

Dr Szczepana Mikołajskiego.

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron = 6 marek = 3 ruble

Adres redakcyi i adminitsracyi: Lwów, ul. Śniadeckich, Nr. 6.



PIERWSZY ZAKŁAD

BANDAŻO-ORTOPAEDYCZNY H. BOGDANOWICZA

Z PRAGI 80

UL. GRODZKA 35. W KRAKOWIE UL. FLORYANSKA 9.

Dostawca bandaży dla Miejskiej Kasy chorych.

Specyalista brzusznych pasów. — Dla Pań damska obsługa.

Poleca swoje własne wyroby w najlepszych gatunkach we własnych i zagranicznych konstrukcyach, pasy przepuklinowe, pachwinowe, pępkowe, pasy brzuszne i nerkowe, konstrukcyi najsłynniejszych WP. Profesorów. Sznurówki i szelki do prostego trzymania się. Sztuczne aparaty do równania różnych części ciała oraz poduszki i pończochy gumowe. Pasy hygieniczne miesięczne system Teufla. Irygatory, strzykawki, wata, przyrządy do inhalacyi, prześcieradła gumowe, suspensorya i t. p.

Zamówienia wykonuje się szybko i odwrotną pocztą.

Na żądanie Wiel. P. T. Klientów przychodzę lub przyjeżdżam na Prowincyę.

Praktyka lekarsko-dentystyczna

215

ze stałym dochodem i z inwentarzem tanio do nabycia. Zgłoszenia pod „Doctor-dentysta“ do Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“.

Patentowany. Nazwa ustawowo strzeżona.

Histosan

(Guajakol-Albuminat)

Patentowany. Nazwa ustawowo strzeżona.

W miejsce dotychczasowych przetworów guajakolowych, z których część pewna wywiera szkodliwe działania uboczne, podczas gdy sole guajako-siarczane z powodu niepewnego swego działania ogromnie utrudniają leczenie, polecamy Panom lekarzom najusilniej nasz Histosan.

Według badań Panów Prof: Dr. Nevinny'ego z instytutu farmakologicznego uniwersytetu w Innsbruku i badań w instytucie dla śledzania chorób zakaźnych uniwersytetu w Bernie, jakoteż w myśl przeróżnych doświadczeń w zakładach leczniczych i sanatoryach, wywiera Histosan wyjątkowo korzystne działanie przy gruźlicy jakoteż przy innych zakaźnych chorobach narządów oddechowych. Histosan przewyższa, jak to każdy lekarz a priori przyzna, jako połączenie białkowate każdy dotąd znany przetwór guajakolowy składem racyonalnym a wypróbowanie go praktyczne pouczy w każdym przypadku, że przewyższa on skutecznością daleko wszystkie dotąd używane środki wewnętrzne w omawianych cierpieniach.

Postaci przyjęcia dla dorosłych:

Rp. Sirup Histosani lag. orig. I. S. 3—4 raz. dz. 1 łyż. kaw.

Rp. Tablettae Histosani scat. orig. I. S. 4—6 kołaczyków dzien.

Rp. Histosan pulv. 0·5 tal. dos. No XX. S. 3—4 raz. dzien. 1 prosz.

Ceny:

1 pudełeczko oryginalne kołaczyków-mleczno-czekoladowych-histosanu 40 sztuk zawierające fr. 4·—, mk. 3·20, K. 4·—.
1 flaszka oryginalna syrupu-histosanu fr. 4·—, mk. 3·20, K. 4·—.

Dokładne piśmiennictwo i próbki Panom lekarzom chętnie bezpłatnie do rozporządzenia.

Fabrik chemischer & diätetischer Produkte

Schaffhausen (Schweiz) Singen (Baden)

50 a

Rok XLV. Kraków 17 Listopada 1906. Nr 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell. (Dyrektor: Prof. Kader).

Powikłania płucne w chirurgii.

Podał

dr Adolf Eugeniusz Klęsk

I asystent kliniki.

Bezwątpienia los operowanych rozgrywa się zwykle na stole operacyjnym i pozostaje w ścisłym związku z samąż operacyą; prócz tego jednak wchodzą tu w grę i inne czynniki, nie zupełnie zależne od operacyi, jako takiej, tak że rokowanie w znacznej części przypadków do nich stosować się musi. Należą tu przedewszystkiem powikłania w zakresie płuc i serca.

Powikłania płucne, to dla chirurga istny miecz Damoklesa, wiszący nad nim zawsze i niszczący nieraz jego najmozolniejsze usiłowania. Prócz pooperacyjnych powikłań płucnych musimy bardzo się liczyć i ze stanem przedoperacyjnym płuc i wyrobić sobie zawsze zdanie, czy stan płuc zezwala na operacyę i co w razie powikłań płucnych zagraża większem niebezpieczeństwem dla życia chorego, czy operacya z możliwemi jej następstwami, czy też sama choroba Pytanie to, tak ważne w chirurgii, zamierzam poruszyć, opierając się na spostrzeżeniach 1922 operacyi, wykonanych w klinice krakowskiej prof. Kadera.

Powikłania płucne pooperacyjne występują w kilku typowych rodzajach. Najczęściej spotykamy jako bezpośrednie następstwo operacyi lub zabiegów pomocniczych nieżyt oskrzelowy. Pojawia się on bardzo często i stanowi powikłanie stosunkowo łagodne, przemijające i nie wikłające sprawy wyzdrowienia, o ile nie przechodzi w nieżytowe zapalenie drobnych oskrzelków i zrazików płucnych. Jako bezpośrednie następstwo operacyi spotykamy też nieraz pierwotne nieżytowe zrazikowe zapalenie płuc, zwłaszcza u ludzi starszych i po zachłyśnięciu się wśród uśpienia, lub osłabienia chorego, przy wymiotach i t. d. W razie ciężkiego schorzenia i bezwładności chorego kładzie znowu nieraz kres życiu opadowe zapalenie płuc. Z nieco innych powodów występują po operacyach włóknikowe zapalenia płuc i to albo bezpośrednio po zabiegu, lub dopiero w pewien czas po nim, przybierając nieraz w klinikach niemal nagminny charakter. Jako wreszcie rzadsze powikłania płucne spotykamy zatory i zakrzepy w płucach, lub ropnie i zgorzel płuc. Prócz płuc bywa często zajęta opłucna, i to albo pierwotnie, albo następowo

Już dawno zwracała na siebie uwagę okoliczność, że szczególnie niektóre operacye pociągają za sobą zmiany w płucach, a w pierwszym rzędzie należą do nich operacye brzuszne, zwłaszcza wykonywane powyżej pępka. Okoliczność ta pobudziła chirurgów do badania tej sprawy; na niejednym zjeździe chirurgicznym omawiano ją już szczegółowo, szukając jej wytłómaczenia. Jako ogólne przyczyny występowania powikłań płucnych przyjmuje się pewne czynniki usposabiające, a mianowicie: 1) wiek, 2) płeć, 3) uśpienie, 4) ułożenie chorych przy i po operacyi, 5) wpływy naczynio-ruchowe (serce), 6) powikłania operacyjne, jak wymioty, zapad, ustawanie oddechu, 7) ból i wstrząs psychiczny. 8) utratę krwi, 9) wynędznienie chorego i zmniejszenie się odporności ustroju, 10) zakażenie wśród operacyi.

Co się tyczy wieku, jest rzeczą powszechnie znaną, że u ludzi starszych powikłania płucne występują najczęściej i najgroźniej. Dotyczą one osobników, cierpiących już zwykle na rozedmę płuc i stwardnienie tętnic, do czego dołącza się jeszcze osłabienie serca, co wszystko sprawia, że i samo uśpienie dla takich chorych jest już zabiegiem poważnym Według Henlego powikłania płucne po laparotomiach zdarzają się u chorych, liczących ponad 70 lat życia w 27%, natomiast u młodych w drugim i trzecim dziesiątku lat zaledwo w 5·5%. Śpiączka, częsta u starców, zwiększa się jeszcze zwykle wskutek osłabienia po operacyi: chorzy leżą bezwładnie, nie odkrztuszają i oddychają płytko.

Co do płci statystyka poucza nas znowu, że powikłania płucne występują bez porównania częściej u mężczyzn, niż u kobiet; prawdopodobnie ma tu znaczenie u mężczyzn częstsze stwardnienie tętnic (wyskok, tytoń), a z drugiej strony żebrowy tor oddechowy u kobiet.

Co do położenia chorych przy i po operacyi, to do powikłań płucnych usposabia położenie poziome, lub, co gorzej, z głową nieco zwieszoną, jak to często stosuje się przy operacyach w jamie brzusznej. Powstają przy tem nieraz wymioty, treść z jamy nosowej i ustnej gromadzi się w ustach i bywa potem aspirowaną do płuc. Powikłania takie z zachłyśnięcia spostrzegano głównie po stronie prawej, prawdopodobnie z tego powodu, że prawe oskrzele jest szersze i odchodzi pod kątem, umożliwiającym łatwiejszy dostęp.

Jedną z najważniejszych bezwątpienia przyczyn występowania powikłań płucnych jest uśpienie. Uśpienie jednak samo przez się wywołuje rzadko powikłania płucne i statystyka dowodzi, że mniej więcej na 5000 uśpień przypada jedno zapalenie płuc. W klinice naszej na 63 uśpień w celach rozpoznawczych nie zdarzyły się ani razu powikłania płucne pomimo, że w 4 przypadkach narząd oddechowy

nie był prawidłowy, bo w 2 były wybitne zmiany gruźlicze, a w 2 nieżyt oskrzelowy miernego stopnia. Za zasadę przyjąć więc można, że uśpienie tak chloroformowe, jak eterowe, prowadzone dobrze, bez powikłań, przy niewielkim i krótkotrwałym zabiegu operacyjnym jest samo przez się dla płuc czynnikiem nieszkodliwym. Inaczej jednak rzecz się przedstawia, gdy uśpienie nie przebiega gładko. Wymioty, zapad, wstrzymanie oddechu, aspirowanie treści pokarmowej lub wydzieliny jamy ustnej i nosowej, wywołują bardzo często powikłania płucne, a najlepiej objaśni to zestawienie statystyczne. W klinice naszej n. p. na 162 operacyi wola nastąpiły powikłania płucne w 43 przypadkach, a z tych zanotowano w historyach chorób: w sześciu bezdech wśród operacyi, w czterech zaś wymioty wśród uśpienia. (C. d. n.)

O nerwobólu międzyżebrowym *(neuralgia intercostalis)* głównie ze stanowiska skarg chorego.

Podał

Władysław Janowski

docent Akademii i ordynator szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Dokończenie.)

III.

W końcu pragnę na zasadzie mego materyału przytoczyć kilka danych statystycznych oraz powiedzieć słów kilka o rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu nerwobólu międzyżebrowego.

1) Częstość nerwobólu międzyżebrowego w moich spostrzeżeniach wynosi 258: 2906. Wynika stąd, że około 8·8% wszystkich moich chorych dotkniętych było nerwobólem międzyżebrowym.

2) Co do płci, to stwierdziłem nerwoból u 188 kobiet i u 70 mężczyzn; stosunek więc kobiet do mężczyzn wynosi 73% do 27%. Zgadza się on w ogólnych zarysach ze stosunkiem odsetkowym, otrzymanym na daleko mniejszym materyale przez dawniejszych autorów. Mianowicie, stosunek ten kobiet do mężczyzn przedstawia się u Bassereau, jak 31: 6, u Valleixa, jak 20: 5, u Eulenburga, jak 22: 5. Tylko w spostrzeżeniach Bernhardta stosunek ten wynosi 21: 24.

3) Wiek chorych, cierpiących na nerwoból międzyżebrowy, przedstawia się według moich spostrzeżeń, jak następuje:

Wiek	Ilość przypadków
1—10 rok życia	3
11—20 „ „	28
21—30 „ „	77
31—40 „ „	77
41—50 „ „	48
51—60 „ „	18
61—70 „ „	7
	258

Liczby te mówią same za siebie i osobnego objaśnienia nie potrzebują,

4) Co do strony, po której występował nerwoból to, wyrażając otrzymane liczby w stosunkach odsetkowych okrągłych, otrzymamy:

183	przypadków nerwobólu międzyż. lewostronnego:	71%
41	„ „ „ prawostronnego:	16%
34	„ „ „ obustronnego:	13%
258		100%

Poprzedni autorowie (Valleix, Henle, Erb, Eulenburg i Bernhardt) również twierdzą, że nerwoból międzyżebrowy występuje nierównie częściej po stronie lewej, niż po prawej. Zebranych przez nich liczb, jako drobnych w stosunku do moich, nie przytaczam. Jeden tylko Bassereau spostrzegał na ogólną liczbę 37 przypadków aż 19 obustronnych, 12 lewostronnych i 5 prawostronnych.

Znaczniejszą częstość występowania nerwobólu po stronie lewej wszyscy autorowie, zgodnie z zapatrywaniami poraz pierwszy w 1854-tym przez Henlego wypowiedzianemi, upatrują w stosunkach anatomicznych żył. Odpływ krwi żył po stronie lewej jest trudniejszy, niż po stronie prawej. Powstają stąd po tej stronie drobne zastoje w krążeniu żylnem, a ucisk na nerw międzyżebrowy przez rozszerzone, wskutek zastoju, żyły jest właśnie głównym powodem powstawania nerwobólu międzyżebrowego. Pozostaje jednak nie rozwiązanem, dlaczego u jednych osób zastoje powstają łatwiej, a u innych trudniej.

5) Przyczyny, wywołujące powstawanie nerwobólu międzyżebrowego, w każdym poszczególnym przypadku zupełnie ściśle określić się nie dadzą. Ogólnie jednak biorąc, należy je podzielić na usposabiające i wywołujące. Bez współdziałania obu z nich nerwoból, zdaniem mojem, się nie rozwinie.

Według moich notatek uważać muszę za czynnik usposabiający: w 74 przypadkach neurastenię i dnę (artrytyzm) u tych samych osób; w 56 przypadkach samą tylko skazę moczanową; w 38 histeroneurastenię; w 28 współistnienie neurastenii, skazy moczanowej i gruźlicy płuc, która niewątpliwie sama bardzo do powstawania nerwobólu usposabia, a to, dzięki skłonności osobników gruźliczych do częstych i nagłych wahań w ukrwieniu różnych części ciała. W 32 przypadkach nerwoból wystąpił u osób z szeregiem objawów nerwowych naczynioruchowych u osobników ze stwierdzonym przezemnie początkowym okresem gruźlicy płuc [13]). W pozostałych 30 przypadkach notatki moje nie dają dostatecznych danych do wskazania w nich czynników usposabiających. Uderza mnie jednak już oddawna, że wpływ przebytego przymiotu, oraz dawnej zimnicy, nie da się w tym kierunku stwierdzić. To samo dotyczy wpływu cierpień macicy. Wyjątek stanowią objawy głodu płciowego, występujące albo u niektórych kobiet na początku okresu przekwitania, albo u przywykłych do życia płciowego i nagle jego pozbawionych. U takich osób spostrzegam oddawna szczególne usposobienie do powstania szeregu nerwobólów międzyżebrowych. Zależy to również prawdopodobnie od zaburzeń naczynioruchowych.

Do czynników, wywołujących nerwoból u osób do niego usposobionych, zaliczyć muszę na zasadzie swoich spostrzeżeń przedewszystkiem zaziębienie, a następnie świeżo przebyte zakażenie. Zakażenia bywały czasem tak lekkie, że chory nawet o nich nie wiedział, zanim do mnie przyszedł, cza-

[13]) Na towarzyszenie neuralgii przebiegowi gruźlicy płucnej wogóle zwracał z polskich autorów uwagę A. Sokołowski (Gaz. Lek. 1882. Nr 22—24), o występowaniu zaś jej w początkowych okresach gruźlicy pisał w r. 1867 E. Miłosz (Tygodnik Lek. str. 268-a).

sem zaś wyraźne. W 12-tu przypadkach nerwoból wystąpił w kilka dni lub tygodni po przebytej grypie, w 3 zaś — po zapaleniu gardła. Nawiasem mówiąc, sądzę, że ta druga przyczyna jest nierównie częstszym czynnikiem, wywołującym nerwoból, niż się to bezpośrednio stwierdzić daje. — Związku między nerwobólem międzyżebrowym, a zimnicą nigdy mi się dotąd wykryć nie udało. — W 4 przypadkach liczne nerwobóle międzyżebrowe wystąpiły po nagłem wychudnięciu chorego. Zachodzą wtedy widocznie trwalsze zaburzenia w krążeniu, wpływające na łatwość powstawania nerwobólów. Nadto w 2. przypadkach szybkie wychudnięcie, oprócz innych nerwobólów międzyżebrowych, wywołało powstanie prawej nerki wędrującej z omawianymi w ustępie 15. f. punktami neuralgicznymi. Z przytoczonych w punkcie 1, oraz w 15. e. danych widać, że 11 razy udało mi się wykazać bezpośredni związek pomiędzy zapaleniem opłucnej, a nerwobólem międzyżebrowym po tej samej stronie.

Dalej nie ulega dla mnie żadnej wątpliwości, że uporczywy kaszel, zwłaszcza u osób, liczących mniej, niż lat 40, jest wybitnym czynnikiem, wywołującym nerwoból międzyżebrowy u usposobionych do niego osobników.

Pomiędzy memi spostrzeżeniami znajduję mianowicie 11 przypadków nerwobólu międzyżebrowego, powstałego w przebiegu uporczywego kaszlu przy zapaleniu oskrzeli, oraz 5 w przebiegu krztuśca u osób dorosłych. W przypadkach tych, obok urażania nerwów międzyżebrowych przy częstym kaszlu, muszą też grać rolę i zaburzenia w krążeniu żylnem, powstające wskutek częstych i znacznych zmian w ciśnieniu krwi w żyłach podczas ciężkich napadów kaszlu.

Wreszcie przekonałem się wielokrotnie, że u osób nerwowych świeżo przebyte silne wstrząśnienia moralne wpływają niewątpliwie na powstanie nerwobólów międzyżebrowych. Prawdopodobnie i w tych przypadkach rzecz cała zależy od nieuchwytnych jeszcze dziś dla nas zaburzeń naczynioruchowych.

6. Rozpoznanie nerwobólu międzyżebrowego jest bardzo łatwe. By to cierpienie rozpoznać, wystarczy dokładne kolejne obmacanie wszystkich międzyżebrzy na całym ich przebiegu i stwierdzenie przy tem na przebiegu nerwu niewątpliwych, wybitnie bolesnych przy ucisku punktów, oddzielonych od siebie mniej lub więcej rozległemi częściami nerwu, na ucisk zupełnie niewrażliwemi. Żadne bowiem inne cierpienie wyłącznie jednym palcem rozpoznać się nie da. Rzecz prosta, że dla upewnienia się, iż dany ból zależy wyłącznie od nerwobólu, i że nerwoból ten nie jest tylko objawem innego poważniejszego cierpienia, należy, stosownie do miejsca występowania bólu, wyłączyć ściśle inne anatomiczne powody jego powstania. Należy bowiem zawsze dobrze pamiętać o tem, że dla rozpoznania samoistnego nerwobólu międzyżebrowego trzeba nietylko stwierdzić przez obmacanie niewątpliwe, wybitnie bolesne punkty nerwowe, ale i przekonać się nadto, że niema żadnych innych powodów do powstawania bólu, dręczącego chorego. Inaczej niepodobna uniknąć błędów, zależnych od zbiegu okoliczności, omówionych szczegółowo w całym ustępie 15-tym niniejszej pracy. Należy więc wykluczyć cierpienia płuc, opłucnej, serca, żeber, tętnicy głównej, kręgów, kanału kręgowego, opon mózgowych, rdzenia kręgowego, nerek, macicy, otrucie ołowiem, uraz i t. p. Wygląda to jednak w wyliczeniu na papierze daleko gorzej, niż się przedstawia w rzeczywistości.

7) Rokowanie jest w nerwobólu międzyżebrowym, o ile nie jest on objawem innego poważnego cierpienia, znakomite. Jak to powiedziałem w różnych miejscach niniejszej pracy, tylko o 3 moich chorych z 258 wiem, że nie udało mi się u nich nerwobólu wyleczyć. Gdyby nawet jeszcze innych 3 chorych znaleźć się udało, to jeszcze odsetka wyzdrowień równałaby się około 98%. Już ta jedna okoliczność powinna zachęcić do uważnego szukania nerwobólu międzyżebrowego w każdym przypadku bólu, w którym to przypuszczać można.

8) O leczeniu wspominałem już wielokrotnie w toku całej pracy. Jedynem leczeniem niezawodnem i szybko skutecznem jest pryszczydło. Należy je tylko postawić nie bylegdzie, na bolący bok, lecz zupełnie ściśle na dokładnie oznaczony punkt bolesny. Jeżeli nerwoból trwał niedługo, zostaje wyleczony odrazu. Jeżeli trwał długo i przytem punktów bolesnych jest dużo, należy po wygojeniu punktów, wyszukanych przy pierwszem badaniu chorego, wyszukać przy następnem badaniu dalszą ich seryę. Czasami takie szukanie punktów, zawsze w przerwach 6—8-dniowych, t. j. po zupełnem wygojeniu ran po poprzednio przyłożonych pryszczydłach, powtarzać należy 3, 4, a nawet więcej razy aż do stwierdzenia, że już nowych punktów bolesnych nie ma. W 90% przypadków chory doznaje olbrzymiej ulgi już po pierwszem zastosowaniu pryszczydła. Pozostawienie jednak bez leczenia takich nawet punktów bolesnych, które choremu na razie nie dolegają, wywołuje wcześniej lub później nawroty. Gra to mniejszą rolę, o ile idzie o pospolity ból w boku. Przeciwnie zaś należy być pod tym względem nieubłaganie konsekwentnym w tych przypadkach, w których chorzy doznają powyżej szeroko omówionych objawów sercowych, żołądkowych lub wogóle trzewnych.

Twierdzę stanowczo na zasadzie swego dużego w tym kierunku doświadczenia, na które złożyło się ogółem około 500 przypadków, że przy konsekwentnem szukaniu punktów bolesnych i stawianiu na nie pryszczydeł, wyleczenie zupełne następuje mniej więcej w 98% przypadków, i że żadne inne leczenie wyników nawet w połowie tak pomyślnych nie daje. Ile razy próbowałem chorym, obawiającym się bólu po przystawieniu pryszczydeł, zalecić cokolwiek innego, n. p. gorczyczniki (papier Rigollot) lub zajodynowanie bolesnych punktów, musiałem tego później żałować. To też podzielić muszę zachwyty znakomitego Valleix z tego powodu i sądzę, że przeciw nerwobólom międzyżebrowym niema pewniejszego środka nad maleńkie pryszczydła *(mouche de Milan)* na punkty bolesne[14]). Nie należy się obawiać szkodliwego ich wpływu na nerki. Pomimo, iż wielokrotnie mocz takich chorych badałem, nie stwierdziłem nigdy białkomoczu po stosowaniu muszek medyolańskich, i to nawet u tych chorych, którym stosować je musiałem na okolicę nerek. Działanie małych pryszczydeł polega prawdopodobnie na wyrównaniu na drodze zwrotnej tych minimalnych zaburzeń

[14]) Spieszę zastrzedz się, że, według mego doświadczenia, w nerwobolach głowy i kończyn pryszczydła tak pewnego skutku nie dają. W pierwszych pomaga najskuteczniej wygniatanie bolesnych punktów, w drugich zaś wyciąganie kończyn w ew. połączeniu z wygniataniem punktów bolesnych.

w krążeniu, których wytworzenie się doprowadziło do powstania nerwobólu międzyżebrowego, a właściwie tego punktu bolesnego, na który daną muszkę zastosowano. Wyrównywają one krążenie, widocznie, tylko w najbliższem otoczeniu, i dlatego każdy nowo znaleziony punkt bolesny wymaga przystawienia oddzielnej muszki.

Jeżeli chory ma punktów bolesnych bardzo dużo, tak, że nie umie ich dokładnie oznaczyć, stosuję, jak to już mówiłem, najpierw brom z antypiryną i letnie kąpiele przez 6—10 dni, a dopiero potem, gdy chory się ogólnie uspokoił, wyszukuję punkty bolesne i ściśle je oznaczam. Czasami obok pryszczydeł, podaję nadto wewnętrznie któryś ze środków znieczulających. Robię to jednak tylko na początku leczenia. Dalsze poszukiwania punktów bolesnych prowadzę już zawsze u chorych, nie zażywających żadnych środków znieczulających.

Obok powyższego leczenia miejscowego stosuję prawie zawsze i ogólne przeciw przyczynie usposabiającej. Chorych więc na dnę (artrytycznych) leczę dyetą, wodami alkalicznemi, w danym razie kąpielami słonemi, gruźliczych odżywiam, wzmacniam i t. d. — Co do środków miejscowych ostrzegam specyalnie przed stosowaniem baniek, które przez przypadkowe urażanie punktów bolesnych sprowadzają czasem pogorszenie wprost rozpaczliwe.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Calmette i Guérin. **O powstawaniu gruźlicy płuc wskutek zakażenia przewodu pokarmowego.** Część. II. (*Ann. de l'Inst. Pasteur* 1906, Nr 5). W poprzednich badaniach nad powstawaniem gruźlicy płuc, z których zdaliśmy sprawę w Nrze 2 „Przeglądu lekarskiego" z r. b. stwierdzili autorowie, że dorosłe kozy po wprowadzeniu do przewodu pokarmowego zawiesiny prątków gruźlicy bydlęcej, zapadają po upływie krótkiego czasu na gruźlicę płuc, natomiast u młodych koźląt po takiem zakażeniu występuje gruźlica gruczołów krezkowych. Wynik tych badań zbija przeto twierdzenie Behringa, jakoby gruźlica u osób dorosłych powstawała wskutek zakażenia przewodu pokarmowego, które nastąpiło u nich jeszcze w wieku dziecięcym.

W badaniach niniejszych autorzy zakazili gruźlicą 4 krowy, którym wprowadzili zapomocą umyślnie w tym celu zbudowanego przyrządu zawiesinę prątków gruźlicy bydlęcej do przewodu pokarmowego. Wynik takiego zakażenia, zdaniem autorów, w wysokim stopniu zależy od techniki doświadczenia; ażeby zwierzę przeżuwające w ten sposób zakazić, należy wprowadzić prątki do ksiąg i ślazu (trzeciego i czwartego żołądka), omijając wole (pierwszy żołądek), co da się osiągnąć przez bardzo powolne wlewanie cieczy, zawierającej prątki, do dolnego odcinka przełyku.

Żadna z krów, do doświadczeń użytych, przed zakażeniem na tuberkulinę nie oddziaływała. Przez 29 dni po zakażeniu u zwierząt tych nie było żadnych zaburzeń. 30-go dnia po zakażeniu wystąpił u wszystkich zwierząt silny odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny. Nazajutrz zabito jedną krowę, ażeby zbadać jej narządy pod względem anatomiczno-patologicznym oraz bakteryologicznym, a w 15-dniowych odstępach czasu zabijano w tym samym celu pozostałe zwierzęta. Wynik tego badania był następujący: U krowy, zabitej 30-go dnia po zakażeniu, najstarszej ze wszystkich, 7-letniej, której wprowadzono do przewodu pokarmowego najwięcej prątków gruźliczych, nie stwierdzono żadnych widomych zmian gruźliczych ani w płucach, ani w gruczołach limfatycznych, ale zapomocą prób, wykonanych na świnkach morskich, stwierdzono, że w jej gruczołach krezkowych, oskrzelowych, oraz pozagardłowych znajdowały się prątki gruźlicze. U drugiej krowy, 4-letniej, zabitej w 45 dni po zakażeniu, nie znaleziono również podczas sekcyi żadnych zmian gruźliczych; w gruczołach limfatycznych, z wyjątkiem gruczołów krezkowych, prątków gruźliczych już nie było, ale natomiast wykazano je w szczycie płuca prawego. U trzeciej krowy, 5-letniej, zabitej w 60 dni po zakażeniu, w gruczołach limfatycznych znajdowały się jeszcze prątki gruźlicze. U czwartej krowy, 3-letniej, zabitej w 75 dni po zakażeniu, której wprowadzono do przewodu pokarmowego najmniejszą dawkę prątków gruźliczych, stwierdzono przy sekcyi wybitne zmiany gruźlicze gruczołów limfatycznych, oraz kilkadziesiąt gruzełków w okresie zserowacenia w płucach.

Na podstawie wyniku powyższych doświadczeń autorowie twierdzą bardzo stanowczo, że gruźlica płuc powstaje, jeśli nie wyłącznie, to co najmniej niezmiernie często wskutek zakażenia przewodu pokarmowego. Nawet nieliczne wprawdzie, bo trudno osiągnąć się dające wyniki dodatnie zakażenia płuc u zwierząt gruźlicą przez drogi oddechowe, co miało, według dotychczasowych zapatrywań, wywoływać pierwotną gruźlicę płuc, uważają autorowie za zakażenie wtórne, powstałe wskutek zakażenia przewodu pokarmowego połkniętą wykrztusiną.

Pogląd autorów na powstawanie gruźlicy płuc jest następujący: poza przypadkami wyjątkowymi, w których prątki gruźlicze dostają się do ustroju przez naczynia krwionośne, w warunkach naturalnych zakażenie gruźlicą następuje zazwyczaj przez drogi limfatyczne. Przez nie to z jelita cienkiego dostają się prątki gruźlicze do gruczołów krezkowych, gdzie zatrzymują się znacznie dłużej, niż inne mikroby, zaniesione tu również z jelita, i wywołują zmiany patologiczne, będące wyrazem odczynu miejscowego tkanki, a zarazem obrony ustroju, które po upływie pewnego czasu ujawniają się jako typowe gruzełki. Na szczęście najczęściej prątki gruźlicze nie przechodzą poza zaporę, jaką gruczoły krezkowe dla nich stanowią i tu giną, zwłaszcza w wieku młodym, gdy czynność obronna tych gruczołów jest znacznie silniejsza, niż u osobników starszych. U osobników dorosłych z gruczołów krezkowych uchodzą w znacznej ilości do naczyń chłonnych ciałka białe z zawartymi w ich protoplazmie prątkami gruźliczymi, które przez przewód piersiowy, serce prawe, oraz tętnicę płucną dostają się do naczyń włosowatych płucnych; tem się tłómaczy, że u osobników starszych gruźlica sadowi się stosunkowo często w płucach. Gruzełki wytwarzają się, zdaniem autorów, w płucach oraz w błonach surowiczych łatwiej, niż w miąższu innych narządów dlatego, że naczynia włosowate przebiegają tu wśród niezmiernie zbitej tkanki łącznej, tak, że leukocyty, zawierające prątki gruźlicze, dostawszy się do tych naczyń, osiadają tutaj i ulegają później pożarciu przez komórki śródbłonkowe, które następnie przeistaczają się na komórki olbrzymie gruzełka.

Ze swoich badań doświadczalnych, z których powyżej zdaliśmy sprawę, wysnuwają autorowie następujące wnioski ostateczne. 1) Zwierzęta łatwo zakażają się gruźlicą przez przewód pokarmowy nietylko w pierwszej młodości, ale i w stanie dorosłym, przyczem prątki gruźlicze przechodzą przez ścianę jelita, nie pozostawiając w niej żadnych widomych zmian patologicznych; 2) u zwierząt młodych prątki gruźlicze zatrzymują się zazwyczaj w gruczołach krezkowych; takie zakażenie miejscowe trwa rozmaicie długo i może zakończyć się albo wyzdrowieniem, albo też wytworzeniem się gruzełków, po których zserowaceniu zakażenie gruźlicze szerzy się przez drogi limfatyczne; 3) u zwierząt starszych znacznie łatwiej, niż u młodych, dostają się ciałka białe wraz z prątkami gruźliczymi przez naczynia limfatyczne i tętnicę płucną do płuc; 4) tak zwana pierwotna gruźlica płucna u osobników dorosłych jest najczęściej skutkiem zakażenia gruźlicą przewodu pokarmowego; 5) ze wszystkich sposobów zakażenia zwierząt gruźlicą, zakażenie przez przewód pokarmowy daje wynik najpewniejszy, a zarazem najbardziej odpowiada naturalnemu zakażeniu się gruźlicą w zwykłych warunkach.

K. Klecki.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Edlefsen. **Leczenie nieżytu pęcherza i miedniczek nerkowych.** (*D. Arch. f. klin. Med.* T. 87). Polecane w ostatnich 10 latach środki nowe jak: urotropina (heksametylentetramin) i od niej pochodne neurotropin, helmitol, dalej hetralina (dioksybenzol), jakoteż złożone z wyciągu liści mącznicy (*uvae ursi*) i urotropiny kolaczyki uropurpuralowe zawdzięczają swe działanie lecznicze tej okoliczności, że powstały w ustroju przez odszczepienie aldehyd kwasu mrówkowego, po wydzieleniu go przez nerki, odkaża mocz. Powyższe środki, podobnie jak i wprowadzona w bieżącym roku wesipiryna, pochodna od salolu, a odszczepiająca kwas salicylowy w jelitach, są wszędzie tam wskazane, gdzie przyczyną zmian chorobowych błony śluzowej dróg moczowych są drobnoustroje chorobotwórcze, jak prątki durowe, okrężnicy, gronkowce, lub też tam, gdzie pod wpływem ziarenkowca moczowego (*micrococcus ureae*) lub innych bakteryi powstaje amoniakalny rozkład moczu wewnątrz dróg moczowych. Doświadczenie jednak poucza, że pomimo energicznego stosowania powyższych środków przez dłuższy czas zwykle nie następuje zupełne wyleczenie; lekarze zazwyczaj uciekają się do przepłukiwań pęcherza, gdy tymczasem zdaniem autora można w tych przypadkach osiągnąć bardzo

dobre jeszcze wyniki dawnymi środkami leczniczymi, jak: olejek terpentynowy, balsam kopaiwiany, chloran potasowy, liście mącznicy niedźwiedziny (*fol. uvae ursi*), salol i kwas salicylowy; zwłaszcza olejek terpentynowy i chloran potasowy w odpowiednich dawkach, działając ściągająco na błonę śluzową, zmniejszają jej wydzielanie i usuwają z moczu ciałka ropne; w przypadkach gruźliczego nieżytu pęcherza nadaje się najwięcej kreozot lub gwajakol, natomiast przy tryprowym nieżycie balsam kopaiwiany. Jeżeli chloran potasowy ma wywrzeć pożądany skutek, podawać się go powinno w dawkach odpowiednio dużych (u dorosłego 6—8 $\times$ dziennie po 0·5—0·75 w roztworze); obawiać się o zatrucie nie należy u ludzi zresztą zdrowych; przeciwwskazanie do jego podawania stanowi niedomoga nerek przy ostrem lub przewlekłem zapaleniu nerek, żółtaczka, ogólna sinica przy rozedmie płuc lub wadach serca. *Wilczyński.*

Prof. Rumpf. **Przyczynek do leczenia chorób serca.** (*Medic. Klinik.* 1906. Nr 37). Od lat 18 używa autor z pomyślnym wynikiem w leczeniu ostrej niedomogi, połączonej ze znacznem rozszerzeniem serca, prądów oscylacyjnych o wysokiem napięciu. Jak kilka przytoczonych przypadków dowodzi, rozszerzenie serca, a z niem i wszystkie jego kliniczne następstwa znikały w ciągu kilku tygodni bez użycia żadnych środków sercowych. Autor przypuszcza, że prąd elektryczny musi działać na sam mięsień sercowy, a prócz tego na nerwy rozszerzające naczynia w płucach, które skutkiem tego zdołają pomieścić większą ilość krwi z prawego przedsionka, ułatwiając tem samem jego pracę. *Wilczyński.*

Wennagel. **Stosunek między czasem trwania choroby a wiekiem zmian jelitowych w durze brzusznym.** (*D. Arch. f. klin. Med.* T. 87). Ogólnie przyjęte przekonanie, że w durze brzusznym każdemu tygodniowi choroby odpowiada ściśle określony okres sprawy chorobowej na błonie śluzowej jelit, nie znajduje aż nadto często potwierdzenia na stole sekcyjnym; zdarza się, że przy najcięższym przebiegu klinicznym duru nie powstają wcale zmiany w jelicie i odwrotnie, że przy bardzo lekkim, prawie utajonym przebiegu duru spotyka się daleko sięgające wrzody durowe w jelitach; pewne okresy sprawy chorobowej błony śluzowej jelit spotykamy zarówno w pierwszych, jak i w późniejszych tygodniach choroby; w ogólności powiedzieć można, że w I tygodniu nie posuwa się sprawa dalej, niż do tworzenia strupów, w II tygodniu w większości przypadków spotyka się obraz obrzęku rdzeniastego; przed III tygodniem wrzody rzadko tylko się oczyszczają. Wynika z tego, że z obrazu anatomicznego nie możemy określić ściśle czasu trwania choroby. *Wilczyński.*

Prof. Gottlieb. **Teorya działania naparstnicy.** (*Med. Klin.* 1906, Nr 37). Od czasu Traubego sądzono powszechnie, że głównym objawem leczniczego działania naparstnicy jest podniesienie parcia krwi tętniczego, a zmniejszenie parcia żylnego. Szczegółowe jednak pomiary tego parcia krwi u chorych, wykonane głównie przez Sahliego, dowiodły, że usunięcie objawów zastoinowych, jako wynik skutecznego działania leczniczego naparstnicy, dokonać się może w pewnych warunkach i bez wszelkiego podniesienia się parcia krwi. Skutek działania naparstnicy objawia się w pierwszym rzędzie powiększeniem amplitudy serca, t. j. wzmożeniem skurczu, a pogłębieniem rozkurczu; w drugim rzędzie nastaje i skurcz naczyń, zwłaszcza naczyń jamy brzusznej. Oba te czynniki musiałyby zawsze parcie krwi znacznie podnosić, gdyby nie okoliczność, że naparstnica obok powyższych dwóch posiada jeszcze własność zwalniania czynności serca przez zadrażnienie ośrodka nerwu błędnego. Dopóki więc w początkowym okresie działania naparstnicy tętno jest zwolnione, dopóty parcie krwi może się nie powiększać; podnosi się ono jednak natychmiast po atropinie, po przecięciu u zwierzęcia nerwów błędnych, w danym razie u chorego w okresie zatrucia, gdy serce już nie oddziaływa na hamujące wpływy nerwu błędnego. *Wilczyński.*

CHIRURGIA. Oettingen. **Postrzałowe zranienia brzucha** (podług doświadczeń w wojnie ros.-japońskiej 1904—1905 r.). (*Arch. f. klin. Chir.* T. 80, Z. I). Japończycy używali w wojnie karabinów systemu Arnsaka i Murata. Karabiny Arnsaka mają kaliber 6·5 mm., Murata (używane pod koniec wojny) 8·0 mm. Kule szrapnelowe miały w przekroju 12·4 mm., a wagę 10·2 gr. Ciężkość zranienia kulami karabinowemi zależy od szybkości, z jaką pocisk bieży, od kąta padania na ciało, budowy i napełnienia danego narządu. W ranach, zadanych z bliższej odległości w części miękkie, nie można często odróżnić wlotu postrzału od wylotu. Do 400 metrów zranienia są bardzo ciężkie, zadane zaś z dalszej odległości zwykle o wiele lżejsze. Żołądek i jelita, a także i naczynia usuwają się nierzadko przed kulą. W jelitach największe zniszczenia powstają na błonie śluzowej (najmniej elastycznej), potem w błonie surowiczej, a najmniejsze w błonie mięsnej. Przestrzelone naczynia krwionośne zatykają się zwykle skrzepami, a silne krwotoki są rzadkie. Zranienia wątroby, śledziony i nerek są gorsze, o ile przytem wystąpi silny krwotok. Pęcherz moczowy wypełniony pęka bardzo rozlegle. Śmierć na polu walki wskutek postrzałów brzucha należy do rzadkości. Po zranieniu jelit występuje z reguły odruchowe zatrzymanie stolca i zniesienie ruchu robaczkowego i mimo braku objawów zapalnych silna gorączka. Pierwotne zapalenie otrzewnej jest rzadkie, zwykle tworzą się ropnie, krwiaki (często ropiejące), lub następowe zapalenie otrzewnej, n. p. wskutek złego transportu. Przetoki żółciowe (po postrzale) goją się zwykle same. Rany nerek bez zranienia większych naczyń goją się w kilka dni bez powikłań. Przetoki kałowe po postrzałach odbytnicy goją się same dziwnie dobrze. Odsetek śmiertelności postrzałów brzucha wynosi obecnie najwyżej 50 prc. (w wojnie niemiecko-francuskiej 70 prc.). W rokowaniu o gojeniu się ran ma bardzo wielkie znaczenie rodzaj pocisku, zachowanie się chorego przed udzieleniem mu pomocy, jakość tej pomocy, a w końcu transport. — Zranienia szrapnelami są zwykle bardzo poważne. Kula zabiera tu ze sobą w głąb często skórę i ubranie zakażone, rany te też często ropieją. Naczynia ulegają zmiażdżeniu i dlatego krwotoki groźne nie należą do rzadkości. Powłoki brzuszne ulegają rozszarpaniu i jelita wypadają. Kule znajdowano bardzo często zniekształtnione. Śmiertelność przy zranieniach brzucha pociskami działowymi wynosi najmniej 70 prc. Zranienia takie spotyka się najczęściej na plecach (odwrót wojska). Po zranieniu w brzuch kulą karabinową niezawsze żołnierz pada, przeciwnie wstrząs występuje obecnie rzadziej, niż dawniej. Bolu nie odczuwa raniony zrazu prawie żadnego. Rozpoznać zranienie trzew nieraz bardzo trudno, a jedynie krwotok, wymioty, odchodzenie z rany gazów, kału, glist, tasiemców, jest oznaką zranienia jelit. Napięcia powłok nie spotyka się często. Rany pęcherza cechuje pieczenie w cewce moczowej. Wprawdzie pusty żołądek i jelita ochraniają od zranienia, trudno jednak wymagać, by żołnierze nic nie jedli. Oficerowie przed bitwami brali często dla opróżnienia jelit kalomel, ale niestety kule często gdzieindziej trafiały. Żołnierzy powinno się pouczać, by po zranieniu leżeli spokojnie i nic nie jedli, ani nie pili. Patrole sanitarne o tem często nawet nie wiedzą i pierwszą ich czynnością jest zaraz podać zranionemu manierkę. Autor twierdzi, że zranionych powinno się zostawić na polu bitwy 4—5 godzin; małych ran nie zawijać, lecz zostawić w spokoju. Zapewne, że przy takiem postępowaniu ten i ów zginie z krwotoku, ale wogóle wyniki będą bardzo dobre, bo dotąd głównie szkodzi na wojnie transport za szybki i nieoględny. Pierwszy opatrunek najlepszy: tabletka kollargolu, kawałek gazy i mastyks. Niezwłocznej operacyi wymagają przypadki rozległego rozdarcia powłok, wypadnięcia i uwięźnięcia jelit, sieci lub innych narządów, wreszcie krwotok. Co do innych zranień, to nie mamy nigdy pewności, jakiego są rodzaju i lepiej wyczekiwać chwili sposobniejszej do operacyi. Przy wypadnięciu trzew po oczyszczeniu, odprowadzenie i tamponada, w razie zranienia jelita umocowanie w powłokach. Resekcye jelit robić należy dopiero poza frontem, w dobrym szpitalu polowym. Chciano stwarzać osobne przenośne szpitale do laparotomii w polu przy froncie wojska, autor jednak sądzi, że lepiej obrócić fundusze, przeznaczone na te szpitale, na ulepszenie transportu chorych. Leczenie zachowawcze z powodu braku sił lekarskich i powierzania opieki osobom niefachowym, ciągle się zmieniającym, musi być szablonowe. N. p. dyeta na wojnie brzmiała: pierwsze dwa dni łyżeczkami zimna herbata, lub nawet zupełnie nic, trzeciego dnia 3 jaja i herbata, czwartego 4 jaja, bulion, piątego 5 jaj, wino, bulion, mleko i t. d. Ilość jaj dla łatwiejszego spamiętania równa ilości dni choroby. Na odżywianie przez odbytnicę na wojnie nie ma czasu. Makowca autor nigdy nie podawał, lecz tylko morfinę, a miejscowo worek z lodem. W razie wystąpienia objawów otrzewnych okłady gorące i pilna uwaga, by na czas operacyjnie wkroczyć. Nie operowano nigdy w takich przypadkach zaraz, bo często sprawa się ograniczała lub przechodziła sama; ocenić jednak wtedy stosowną chwilę i potrzebę operacyi jest rzeczą najtrudniejszą, bo zranienia brzucha i bez operacyi goją się często bardzo dobrze same.

Klęsk.

Haslauer. **Przekrwienie bierne w leczeniu ropień ucha.** (*Münch. med. Wochft.* Nr 34, 1906). Wyniki leczenia ropienia ucha przekrwieniem zastoinowem ogłosili dotąd Keppler i Heine. Keppler, asystent Biera, wyraża się o leczeniu tem entuzyastycznie, Heine już nieco chłodniej, podobnie jak i Vohsen i Hinsberg. Za to Stenger zaleca bardzo to leczenie, otrzymał on bardzo dobre wyniki nawet w przypadkach ciężkich, w których zastosował swój sposób leczenia, polegający na wydłutowaniu cienkiego kanału w kości w kierunku jamy sutkowej, założeniu tamże sączka lekko i stosowaniu na to ssawki prócz przekrwienia głowy. Autor stosował leczenie przekrwieniem w 39 przypadkach ropienia ucha. W przypadkach przewlekłych przekrwienie nie dało dodat-

niego wyniku, natomiast w ostrych skutek był wybitny. W 4 przypadkach wyleczył H. zapalenie bez przecięcia błony bębenkowej, chociaż obraz chorobowy zdawał się wymagać przecięcia. Często zapalenie ustępowało samo mimo obrzęku okolicy wyrostka sutkowego. 3 przypadki autor operował, lecz z początku, gdy jeszcze nie dowierzał leczeniu przekrwieniem, 3 przypadki leczył sposobem Stengera z wynikiem bardzo pomyślnym, choć były ciężkie. Opaskę chorzy przeważnie dobrze znoszą. Autor używa gumy przetykanej i zapina opaskę na klamrę. Raz spostrzegał autor przejściowy niedowład mięśnia poprzecznego krtani wśród leczenia opaską. Opaskę zostawiał 22 godzin. Bole ucha znikały szybko; natomiast bardzo często rozwijało się wśród leczenia zapalenie przewodu usznego. Równocześnie ogłosił Fleischmann z kliniki Politzera swoje przypadki, w których albo żadnego dodatniego wyniku nie widział, albo tylko niewielki i to jedynie w przypadkach ostrych. Metodę Stengera F. odrzuca, bo równa się ona prawie operacyi. Według niego leczenie przekrwieniem łudzi lekarza i odciąga go nieraz w stosownej chwili od koniecznej operacyi. *Klęsk.*

Riedinger. **O stawach cepowatych.** *(Würzb. Abhandl.* Z. 3, 1906). Stawy cepowate powstać mogą z trojakich przyczyn: 1) urazowo, 2) wskutek spraw zapalnych i zwyrodnienia mięśni i nerwów, 3) z przyczyn statycznych. Urazowo może powstać staw cepowaty wskutek przesunięcia złamanych powierzchni stawowych. Dołącza się do tego zwykle zanik skróconych mięśni. Prócz złamań wywołują też wspomnianą chorobę zwichnięcia częściowe lub zupełne, a zwłaszcza rozdarcia powięzi i więzadeł. Nierzadko zajęcie chorego wpływa na wytworzenie się stawu cepowatego, n. p. gdy chory musi pewien ruch zbyt forsownie wykonywać. Zniszczenie powierzchni stawowych chorobowe i operacyjne pociągnąć może za sobą również to cierpienie. Ze spraw zapalnych wywołują chorobę wysięki. Wyciąganie, stosowane wadliwie przy złamaniach, bywa także częstą przyczyną tworzenia się stawu cepowatego. Z chorób ogólnych usposabiają do powstawania stawów cepowatych: krzywica, przewlekły gościec, zapalenie stawów zniekształtniające, porażenia. Tworzenie się stawów cepowatych wskutek wpływów statycznych spostrzegamy w stopie płaskiej i krzywem kolanie (na nodze zdrowej) w razie skrócenia kończyny drugiej, chorej. Rozróżniamy 3 okresy rozwoju cierpienia: 1) okres rozciągania, 2) okres zwiotczenia, 3) okres cepowaty. Okres pierwszy cechuje zawsze silna bolesność, która często bywa tłomaczoną błędnie czem innem. W okresie zwiotczenia bolesność zwolna ustępuje, zaczyna się zjawiać nadmierna ruchomość. W okresie zaś trzecim stwierdzamy już zwykle zupełne zwichnięcie stawu i wiotkość więzadeł. Choroba rozpoczyna się niepewnością danego stawu, np. chory często przekręca sobie przy chodzeniu stopę i męczy się prędko chodzeniem, a wkrótce zjawiają się bóle, rozpromieniające się i na sąsiednie części. Rokowanie wogóle nie jest dobre. Leczenie: W razie urazu spokój, unikanie ruchów męczących staw. Leczenie ogólne. Miesienie, leczenie gorącem powietrzem, gimnastyką, aparaty stałe lub do chodzenia. Skrócenie operacyjne ścięgien, w ostateczności stałe połączenie powierzchni stawowych. *Klęsk.*

Hoffmann. **W sprawie odkażania przewodu pokarmowego.** (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chirurg.* Tom XV, Z. 5). W badaniach swych doszedł autor do przekonania, że najlepiej jeszcze odkaża przewód pokarmowy izoform. Badania swe wykonał autor na chorych z przetokami kałowemi, a podawał izoform także przed operacyami żołądkowemi celem odkażenia żołądka. Izoform podać można dorosłemu mężczyźnie w dawce 7—9 gramów dziennie bez obawy jakichkolwiek niemiłych objawów. Celem wzmocnienia działania izoformu zastosować można równocześnie olejek rącznikowy. Autor poleca próbować izoform także w zakaźnych chorobach przewodu pokarmowego, jak w durze, czerwonce i t. d. *Klęsk.*

Wilms. **Odsłonięcie serca przy zranieniach.** *(Zentrbl. für Chir.* Nr 30, 1906). Odsłonięcie serca z pomocą cięć płatowych daje dobry dostęp do przedniej powierzchni serca, natomiast szycie tylnej ściany serca napotyka przytem na ogromne trudności. W jednym przypadku zmuszony był autor z tego powodu przeciąć mostek. Zamiast cięcia płatowego, poleca też autor w przypadkach podobnych cięcie śródżebrowe, które podali Mikulicz i Sauerbruch do swych śródpiersiowych operacyi. Krwotok przytem bywa mały, a operacya o wiele łatwiejsza. W ten sposób operował już autor w 2 godziny po postrzale. Założył na serce 6 szwów, zeszył przestrzelone płuco i osierdzie, a w końcu całą ranę zaszył zupełnie. Chory wyzdrowiał. *Klęsk.*

Prof. Sprengel. **W sprawie techniki operacyi przepuklin udowych.** (*Archiv f. klin. Chirurg.* T. 80, Z. I). Dotychczasowe sposoby operacyi przepuklin udowych polegają na podwiązaniu worka i zaszyciu bramy przepuklinowej szwem, łączącym okoliczne tkanki, lub z pomocą plastyki, do której używa się mięśni, okostnej, lub i kości. Sposób autora jest następujący: Cięciem zwykłem otwiera się worek przepuklinowy, odprowadza treść jego, jeżeli jaka jest, do jamy brzusznej i tamponuje się ranę tymczasowo. Ułożywszy chorego następnie głową w dół, otwiera się przez mięsień prosty jamę brzuszną i szczypcami wyciąga się oswobodzony worek od wewnątrz, przyszywając go następnie do otrzewnej ściennej, lub też do więzadła okrągłego. Następnie zaszywa się obie rany całkowicie, nie troszcząc się już zupełnie o kanał udowy. Sposób ten nadaje się głównie u kobiet przy dużych przepuklinach. — Małe otwarcie jamy brzusznej nie wchodzi w rachubę, a położenie głową w dół ochrania od styczności z jelitami. Sposób ten jest prostszy od wielu innych, podanych w tym celu. *Klęsk.*

I Międzynarodowa konferencya w sprawie badania raka w Heidelbergu i Frankfurcie n/M.

(25—27 września 1906 r.).

Po uroczystem otwarciu nowego zakładu badania raka w Heidelbergu rozpoczął obrady:

1) Leyden wykładem p. t.: **Próby leczniczego traktowania raków.** Obecnie jedynie chirurdzy mają możność istotnego leczenia chorych na raka. Dawniej osiągano zaledwo 20% wyleczeń, obecnie już 40%, szukać zaś należy środków, któreby dały jeszcze lepsze wyniki. L. jest zwolennikiem teoryi pasorzytnej i uważa za istotę raka spółżycie zarazka z komórką ustroju. Podjęte przez Jensena i Ehrlicha przeszczepiania raków u myszy, pozwalają się spodziewać wyświetlenia niejednego zagadnienia w sprawie powstawania nowotworów. W zakładzie Leydena w Berlinie stwierdził Blumenthal, że komórki rakowe zawierają substancye rozpuszczające białko, oraz, że trypsyna rozpuszcza łatwo komórki nowotworowe. Trypsyną próbowano leczyć raka, ale bez widocznego wyniku, podobnie jak światłem, radem i promieniami Röntgena. Leczenie surowicą rakową ma zdaniem Leydena przyszłość przed sobą. Autor leczył 2 chorych surowicą baranów, zakażonych rakiem, i mimo znacznych rozmiarów nowotworu uzyskał wybitne polepszenie.

2) Czerny: **Niespodziewane wyleczenie raka.** Lomer zestawił liczne przypadki zupełnego wyleczenia raka po niedoszczętnych operacyach lub po przypaleniach. Rak ginie nieraz bez śladu przy zakażeniach przyrannych, róży itd. C. przytacza takie przykłady ze swej praktyki, zwracając uwagę, że czasem rak żołądka znika po połączeniu żołądka z jelitem, a rak odbytnicy po założeniu odbytu sztucznego. Jeszcze niespodziewaniej, niż raki, ustępują czasem mięsaki. W końcu przeczy C., jakoby widział wyniki lecznicze po surowicy Schmidta, który pracował w klinice C. nad szczepieniem raków myszom zapomocą drobnoustrojów i pleśni, wyhodowanych z raków ludzkich i na 70 doświadczeń raz otrzymał wynik dodatni.

3) Fromme: **Zachowanie się gruczołów limfatycznych przy raku szyjki macicy; próby przenoszenia tegoż raka na szczury.** W gruczołach, wydobytych operacyjnie przy raku szyjki macicy, spotyka się często drobnoustroje tesame, co i w samem pierwotnem owrzodzeniu rakowem. Te to drobnoustroje są zawsze przyczyną rozpadu w środku gruczołów. Nagromadzanie się komórek tucznych w sąsiednich, nie zajętych jeszcze gruczołach, tłomaczy F. w ten sposób, że zadaniem tych komórek jest niszczenie trujących substancyi raka. W gruczołach już zrakowaciałych znajduje się mało komórek tucznych. — Na 35 doświadczeń nie udało się Frommemu ani razu przenieść raka macicy ludzkiej na szczury.

4) Goldman: **Zmiany ścian naczyń w nowotworach złośliwych.** Zmiany w ścianach naczyń w mięsakach i rakach występują wcześniej w ścianach żył (jako zapalenie błony wewnętrznej), potem dopiero w ścianach tętnic (zapalenie okołotętnicze). Podobne zmiany w naczyniach spotyka się przy gruźlicy i kile. G. uważa je za obronę ustroju przed zakażeniem. Nastrzykując bizmutem naczynia nowotworów i badając je potem promieniami Röntgena, przekonał się autor, że na granicy tkanki zdrowej są naczynia bardzo silnie rozwinięte; zresztą przebiegają zupełnie nieregularnie.

5) Dungern. **Teorya raka Kellinga.** Kelling twierdzi, że złośliwe nowotwory u człowieka pochodzą z zawleczonych

do ustroju młodocianych komórek różnych zwierząt, jak kur, owiec, świń itd., a opiera swe zdanie na rzekomo swoistym odczynie, jaki daje surowica krwi chorych na raka i substancye białkowe nowotworów. D. na mocy swych badań udowadnia liczne błędy w doświadczeniach Kellinga i wypowiada przekonanie, że i nadal uważać należy komórki nowotworów za powstałe z komórek tegosamego ustroju, w którym się nowotwór rozwija.

W drugim dniu obrad, we Frankfurcie n/M., miał pierwszy wykład:

1) Ehrlich: **Badania raka.** Ehrlich składa sprawozdanie ze swych czteroletnich badań raka. Komórkę rakową traktował w swych badaniach tak, jak się traktuje drobnoustroje. Powiodło mu się przeszczepić samorodnie u zwierzęcia powstały nowotwór 278 razy w postaciach przejściowych od gruczolaków do raków, głównie w sutku. Przeszczepialność raka udawało się stopniowo zwiększać. E. spostrzegał też w toku tych przeszczepiań przemianę stopniową raka w mięsaka. Udało się też przeszczepić chrząstniaka. Po przemianie raka w mięsaka udało się Haalandowi w zakładzie Ehrlicha z pomocą oddziaływania różnej ciepłoty, z tego zmienionego nowotworu przez przeszczepianie osiągnąć osobno raka, a osobno mięsaka. Na wpływy ciepłoty najodporniejsze są komórki chrząstniaka. Samorodnie u myszy powstałe nowotwory rosną u szczurów przez tydzień po przeszczepieniu, a potem ulegają wessaniu. Ze szczura na mysz udaje się taki nowotwór zaszczepić, ze szczura zaś na szczura nigdy, z czego wnosi Ehrlich, że u myszy istnieje jakiś czynnik, potrzebny do rozwoju raka, którego to czynnika szczur nie posiada. Po przyjęciu się i wśród rozwoju przeszczepionego nowotworu ponowne szczepienie nie przyjmuje się. Jeżeli zaszczepiony bardzo zjadliwy nowotwór się nie przyjmie lub jeżeli przygotuje się zwierzęta osłabionemi cząstkami nowotworów, wtedy osiągnąć można odporność i to tak na raka, jak i na mięsaka, nieco zaś mniej na chrząstniaka, bez względu na budowę guza, używanego do uodpornienia.

2) Apolant przedstawił obrazy nowotworów myszy, opisanych przez Ehrlicha.

3) Spiess: **Doświadczalne próby leczenia raków myszy.** S. próbował leczyć raka myszy zapomocą wstrzykiwań środków znieczulających celem zmniejszenia dopływu krwi do guzów nowotworowych. Z 74 leczonych zwierząt u 54 otrzymał wyniki pomyślne t. j. zserowacenie lub zwapnienie guzów i ich oddzielenie się. 22 myszy wyleczył zupełnie, u 14 nastąpiła wybitna poprawa. Im nowotwór wolniej rośnie, tem wyleczenie pewniejsze. Po wyleczeniu powtórne szczepienie udawało się i znowu można było zapomocą wstrzykiwań środków znieczulających wywołać wyleczenie; udawało się to nawet i za trzecim razem.

4) Hübner: **Leczenie rentgenowskie raków skóry** (z przedstawieniem chorych). H. leczy raki skórne w ten sposób, że najpierw celem zniszczenia tkanki nowotworowej stosuje silne naświetlania, a potem celem pokrycia ubytków nabłonkiem — słabsze. W ten sposób u 20 chorych osiągnął zupełne wyleczenie, lub przynajmniej znaczną poprawę. Wynik kosmetyczny jest lepszy, niż po operacyach. H. używa lamp miękkich. Wielką przeszkodą i niedogodnością w leczeniu jest to, że promieni nie można dokładnie dawkować.

5) Werner: **W sprawie powstawania nowotworów złośliwych.** Tkankę prawidłową można przez drażnienie pobudzić do bujania, ale do pewnej granicy, poczem następuje albo przyzwyczajenie się do podniety, lub, gdy ta jest za silną — obumarcie tkanki. Przez łączenie dwóch takich podniet można wywołać nadmierne bujanie tem większe, im podniety są bardziej różnorodne. Spostrzeżenia te dowodzą, zdaniem W., że sztuczna przemiana tkanki prawidłowej w nowotworową nie jest niemożebna.

6) Lewisohn: **W sprawie leczenia nowotworów złośliwych promieniami Roentgena.** L. zdaje sprawę z wyników leczniczych u 34 chorych kliniki heidelberskiej. Wogóle wyniki te są nie bardzo pomyślne. Naświetlanie usuwa bolesność i sączenie z owrzodzeń. Wyleczeń L. nie stwierdził, jedynie poprawę. Naświetlał $1\frac{1}{2}$—8 godzin. Większa część leczonych zmarła z nowotworu w przeciągu roku. Często leczenie rentgenowskie wprost usposabia do rychlejszego tworzenia się przerzutów. W obecnej postaci nie nadaje się jeszcze naświetlanie rentgenowskie wcale do leczenia nowotworów.

7) Borrel: **Powstawanie raka.** Teorya, upatrująca przyczynę raka w pierwotniakach, upadła. Twory, podobne do oczów ptasich, w komórkach rakowych są stanem przejściowym archoplazmy komórek i spotyka się je podobnie jak i redukcyę chromatyny nietylko w nowotworach (np. w komórkach płciowych). B. nie uznaje dziedziczności raka, uznaje natomiast zakażenie rakiem, w czem zdaniem jego pośredniczą robaki jelitowe, które też nieraz w guzach przeszczepionych u zwierząt znajdował.

8) Henke: **Anatomia patologiczna raków myszy.** Nowotwory samorodne u myszy uważać należy za typowe raki. Różnią się one nieco od ludzkich, tak n. p. makroskopowo nie przerastają napozór narządów, lecz je odsuwają z drogi, drobnowidowo jednak wnikają w nie. Przerzuty tworzą głównie drogą krwi, lecz przerzutów tych nie widać gołem okiem, a gruczoły często zostają wolne. H. nie spostrzegał samorodnego wyleczenia bardzo dużych guzów.

9) Lubarsch: **Niszczący rozrost i złośliwość nowotworów.** Niszczący rozrost niekoniecznie zawsze musi występować przy nowotworach t. zw. złośliwych. Znamy raki i mięsaki, rzec można łagodne, nie niszczące otoczenia i ustępujące same po pewnym czasie, jak również nadmiernie rosnące nowotwory zupełnie niezłośliwej napozór istoty. Przerzuty nie tworzą się odrazu, lecz tkanka zostaje do nich powoli niejako przygotowywaną. Często zatory nowotworowe obumierają, nie rozrastając się w przerzut. Złośliwość guza nie tyle zależy od jego budowy, ile raczej od zdolności tworzenia przerzutów, t. j. od wolno występujących zmian równowagi chemiczno-biologicznej. Z budowy drobnowidowej o złośliwości wnosić nie można, bo i tłuszczak lub włókniak może stać się złośliwym, a naodwrót rak lub mięsak mogą zachowywać się łagodnie. L. sądzi, że nowotwory nie mają właściwych zarazków, lecz wogóle pewne drobnoustroje, podobnie jak i pewne substancye chemiczne, wywołać mogą wyemancypowanie się pewnych komórek, niezależność ich od ustroju i nadmierne wskutek tego bujanie.

10) Haaland: **O przerzutach przeszczepionego mięsaka myszy.** H. badał myszy, przysłane mu przez Ehrlicha, pod względem przerzutów zaszczepionego mięsaka i przekonał się, że dostrzegalne gołem okiem przerzuty są rzadkie. Drobnowidowe przerzuty występują głównie w płucach. Przerzuty zjawiają się głównie wtedy, gdy miazga, użyta do przeszczepienia, przez rozcieranie zostaje uszkodzoną.

11) Dollinger przedstawił statystykę raka na Węgrzech.

12) Leaf: **Przyczyny powstawania raka sutka i kilka uwag o sztucznem wywoływaniu raka u zwierząt.** Jako przyczyny powstawania raka sutka przytacza autor na podstawie 100 przypadków z »Cancer Hospital« w Londynie: liczne porody, gruźlicę, a zwłaszcza wstrzymywanie pokarmu; a dalej uraz, zapalenia i wilgotne mieszkanie. Zapewne składa się na choroby kilka przyczyn. Przez przewlekłe podrażnienia nie udało się Leafowi ani razu wywołać raka u zwierząt.

13) Behla: **Stosunek nawodnienia kraju do raka.** W okolicach bagnistych, obfitujących w jeziora, rzeki, stawy, łąki i moczary, rak występuje bardzo często; w okolicach suchych rzadko. Przyczyną raka jest zapewne zarazek, żyjący w wodzie lub w środowiskach wilgotnych. U ryb w stawach występuje rak często epidemicznie.

14) Spude przedstawia **rysunki początkowych raków skóry,** przemawiające zdaniem jego za tem, że we krwi znajdować się musi ciało, działające przyciągająco na komórki nabłonkowe. Ciało to znajduje się może i u ludzi zdrowych, lecz zapewne w małej ilości i bywa prawdopodobnie u zdrowych ciągle wydalane lub zobojętniane.

15) Blumenthal: **Właściwości chemiczne komórek rakowych.** Komórki rakowe cechuje chemicznie 1) większa ilość albumin w porównaniu z globulinami; 2) białko komórek rakowych zawiera obficie kwas glutaminowy, fenylaminowy, asparaginowy i diaminowy, a mało leucyny; 3) komórki rakowe trawi łatwo trypsyna, a trudno pepsyna (odwrotnie jak komórki prawidłowe); 4) tkanka rakowa zawiera ferment, zdolny rozłożyć tkankę rakową i białko innych narządów. B. sądzi, że komórki muszą najpierw nabyć wspomnianych własności chemicznych, nim przemienią się w rakowe. Proteolityczny ferment rakowy wywołuje, być może, charłactwo, a niszcząc sąsiednią zdrową tkankę dozwala nowotworowi rozrastać się bezgranicznie.

16) Bergell w wykładzie p. t.: **Chemia guzów rakowych** dochodzi do podobnych wniosków.

17) Leonor-Michaelis. **Próby uodpornienia myszy przeciw rakowi; przeszczepialny rak szczurów.** Około 56% myszy szczepionych ulega zakażeniu rakiem. U tych, których szczepienie nie przyjęło się za pierwszym razem, przyjmuje

się za drugim w 12% L.-M. próbował uodporniać myszy, szczepiąc je materyałem rakowym ze szczurów, innych gatunków myszy lub materyałem osłabionym lub zabitym przez działanie chloroformu lub ciepła. Ostatni ten sposób dał stosunkowo najlepsze wyniki. W końcu zawiadamia L.-M., że powiodło mu się przeszczepić na szczury raka, samorodnie zdarzającego się u tych zwierząt.

18) Löwenthal: **Badania nad naroślą u karpi.** Narośl u karpi jest chorobą o nieznanej przyczynie, a stanowi przejście od chorób zakaźnych do nowotworów.

19) Lewin: **Próby przenoszenia raka ludzkiego na zwierzęta.** Lewinowi powiodło się w dwóch przypadkach przenieść raka ludzkiego na zwierzęta i wywołać u nich przeszczepialne guzy ziarninowe.

20) Sticker. **Nagminne występowanie raka.** S. przedstawia statystykę, mającą stwierdzać pojawianie się nagminne raka w pewnych okolicach, miastach, a nawet ulicach. Przenoszenie się raka z jednego osobnika na drugi nie ulega już zdaniem S. żadnej wątpliwości.

21) Prinzing: **Śmiertelność z powodu raka w południowych Niemczech, Austryi i Szwajcaryi.** W okolicach, badanych przez P., zwiększa się stale śmiertelność z powodu raka żołądka i przełyku. Na raka umiera więcej mężczyzn i więcej także na tę chorobę zapada. Zdaje się, że raki w różnych narządach są różnego pochodzenia.

22) Meyer: **Opieka nad chorymi na raka.** M. wzywa do zakładania przytulisk dla chorych na raka.

23) Ledoux-Lebard: **Zwalczanie raka.** L. zachęca do walki z rakiem i objaśniania społeczeństwa o tej chorobie.

24) Béclère: **Leczenie rentgenowskie guzów złośliwych.** Nowotwory złośliwe zachowują się pod wpływem naświetlania rozmaicie, zależy zaś to od głębokości ich usadowienia, budowy, zajęcia gruczołów i szybkości, z jaką dotąd rosły.

Konferencya postanowiła w najbliższym czasie założyć międzynarodowe Towarzystwo zwalczania raka. *Dr Klęsk.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 27 czerwca 1906.

Obecnych członków 21; przewodniczy kol. doc. Rutkowski. Kol. Latkowski wygłasza rzecz: **O wpływie białka surowicy krwi na jej punkt marznięcia** (przeznaczone do druku). W dyskusyi przemawiali koledzy Gertler i Frączkiewicz. Sekretarz: *Dr Wilczyński.*

Posiedzenie z dnia 31 października 1906.

Obecnych członków 26; przewodniczy kol. doc. Rutkowski. Przewodniczący wita jako gości kol.: Kossaka, Kerkena i Nowakowskiego.

I. W poczet członków Towarz. przyjęto kol. L. Rappaporta.

II. Kol. prym. Borzęcki przedstawia a) przypadek samoistnej **słoniowacizny kończyny dolnej prawej,** b) chorego, dotkniętego ostrym wiewiórem przedniego odcinka cewki, u którego równocześnie istnieje t. zw. *meatus poraurethralis*

III. Kol. doc. Gliński przedstawił: a) narządy wewnętrzne 70-letniej kobiety, u której przy badaniu pośmiertnem stwierdzono obecność **mięsaka barwikowego** (melanosarcoma). Główne zmiany nowotworowe znaleziono w sieci i w wątrobie; skutkiem rozległego dość jednostajnego czarno zabarwionego nacieku nowotworowego uległa sieć bardzo znacznemu zgrubieniu (miejscami około 3 cm.); w wątrobie znajdował się jeden guz znacznych rozmiarów, obok niezliczonej liczby mniejszych guzów i guzków, zabarwionych już to całkowicie czarno, już też jaśniejszych, więcej szarawych. Obok tego obecność mniej lub więcej licznych guzków nowotworowych stwierdzono na otrzewnej, opłucnej, osierdziu, w gruczołach chłonnych krezkowych, pozaotrzewnych, śródpiersiowych, w obydwu nadnerczach, w błonie śluzowej pęcherza moczowego i w szpiku kostnym. Poza względną rzadkością mięsaków barwikowych, przypadek ten zasługuje na uwagę zwłaszcza z tego względu, iż mimo najdokładniejszych poszukiwań niepodobna było odszukać punktu wyjścia tego nowotworu w narządach, z których zwykle bierze on początek (skóra, gałki oczne, opony mózgowordzeniowe), wobec czego przyjąć należało, iż nowotwór rozwinął się pierwotnie w tym przypadku najprawdopodobniej w sieci; b) okaz **wrodzonej niedrożności dwunastnicy** z jednoczesnem istnieniem **dodatkowej trzustki** w ścianie żołądka u 4-dniowego noworodka (rzecz przeznaczona do druku).

IV. kol. prof. Rosner wykłada: **W sprawie techniki myomotomii drogą brzuszną** (rzecz przeznaczona do druku). W dyskusyi przemawiali kol.: Bogdanik, Dobrowolski, Piotrowski i Wojciechowski. Sekretarz: *Dr Wilczyński.*

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 31 maja 1906 r.

1) Kol. Bocheński przedstawia wyniki **leczenia nadżerek** części pochwowej **metodą Biera** i drobnowidowe preparaty, wskazujące, jak gojenie się tych nadżerek postępuje. Leczenie to trwa długo i jest przeciwwskazane, jeżeli przydatki macicy są zajęte.

2) Kol. Bocheński przedstawia **płód, wydobyty po przebiciu brzuszka z powodu płynu w brzuchu i czaszce.** Przyczyną tego były zmiany wątroby i torbielkowe zwyrodnienie nerek.

Kol. Czyżewicz jun. przytacza opis podobnego przypadku, w którym powodem przebicia brzuszka było jednostronne wodonercze.

3) Kol. Bocheński przedstawia chorą, u której z powodu **raka łechtaczki i marskości sromu** (*kraurosis vulvae*) usunięto części rodne zewnętrzne.

Kol. Groebel zaznacza, że rak łechtaczki jest chorobą rzadką, a tem rzadszą w połączeniu z marskością sromu (*kraurosis*). Tę ostatnią uważa za sprawę pierwotną, a dopiero potem z powodu drażnienia rozwija się rak, podobnie jak u palaczy fajki powstaje rak wargi dolnej.

4) Kol. Daum omawia przypadek **przetoki moczowodowopochwowej i pęcherzowopochwowej,** uleczony przez wszczepienie moczowodu do pęcherza śródotrzewnie. Pęcherz przytwierdzono do powłok brzusznych. Przetoka pęcherzowopochwowa na razie jeszcze pozostała.

Kol. Czyżewicz jun. sądzi, że byłoby lepiej przytwierdzać pęcherz do bocznej ściany miednicy, a nadto operować pozaotrzewnie. Kol. Bocheński dodatkowo nadmienia, że w przedstawionym przypadku badano przed operacyą mocz z obu nerek oddzielnie. Operowano śródotrzewnie, bo przez otwarcie przedniej blaszki więzadła szerokiego zyskano płat otrzewny, potrzebny do pokrycia miejsca zabiegu.

5) Kol. Machnicki przedstawia preparat **carcinoma papilliferum ovarii primarium bilaterale,** wyjętego w całości. Przypadek nietylko rzadki, ale tem pomyślniejszy, że poprzednio już 13 razy wypuszczano płyn z brzucha.

6) Kol. doc. Kośmiński okazuje **puste jaje płodowe.** Pacyentka przed zastąpieniem karmiła przez 15 miesięcy. Ciąża rozwijała się przez 3 miesiące, potem wzrost ustał, a odtąd pojawiały się w odstępach czterotygodniowych ślady krwawe. Dopiero po 9 miesiącach trwania tej ciąży nastąpiło poronienie, tj. mniej więcej w czasie, kiedy prawidłowa ciąża byłaby dobiegła końca. Przyczyny szuka prelegent, podobnie jak Fränkel i Graefe, w hyperinwolucyi macicy z powodu zbyt długiego karmienia.

Kol. Bocheński nadmienia, że zatrzymanie tak długie obumarłego jaja w macicy dowodzi, iż bodziec do porodu wychodzi z samej macicy, a nie jest skutkiem obumarcia płodu.

7) Kol. doc. Kośmiński przedstawia preparat guza macicy, zawierający liczne ogniska martwicze, co nawet wywoływało u chorej stan podgorączkowy. Chora zniosła dobrze ciężki zabieg. Sekretarz: *Czyżewicz jun.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Płace lekarzy szpitalnych galicyjskich. W dziennikach politycznych ukazał się następujący komunikat:

»W roku zeszłym przekazał Sejm Wydziałowi krajowemu do zbadania petycye lekarzy i urzędników szpitali krajowych we Lwowie i Krakowie, którzy domagali się podwyższenia płac. Pe-

tycye te zbadano szczegółowo i na tej podstawie uchwalił Wydział krajowy przedłożyć Sejmowi wniosek o podwyższenie poborów lekarzy obu szpitali krajowych, oraz niższych funkcyonaryuszów administracyjnych. Przedewszystkiem mają być podwyższone płace prymaryuszów szpitali krajowych we Lwowie i Krakowie do kwoty 3000 koron rocznie, wynosić więc będą 600 koron wyżej od płac dotychczasowych. Liczba posad lekarzy pomocniczych w krajowym szpitalu we Lwowie ma być powiększoną o 1 sekundaryusza I kl. i 2 sekundaryuszów II klasy, zaś w krajowym szpitalu św. Łazarza w Krakowie o 1 sekundaryusza I kl., nadto ma być podwyższona dotychczasowa liczba adjutów po 600 koron dla bezpłatnych praktykantów lekarskich po dwa dla każdego szpitala. Tym sekundaryuszom w obu szpitalach krajowych, którzy nie mają pomieszkania w naturze, ma być przyznany dodatek do płacy po 300 koron rocznie, na czas, póki nie otrzymają pomieszkania. Wypłata dodatku ustanie jednak na wypadek, gdyby sekundaryusz nie zajął oddanego mu mieszkania w szpitalu. Dalej uchwalił Wydział krajowy przedstawić Sejmowi wniosek, aby kierownikom oddziałów chorób zakaźnych w obu szpitalach krajowych przyznać charakter prymaryuszów i odpowiednie pobory służbowe«.

Dalej podaje komunikat, jakie polepszenie bytu wniesie Wydział krajowy do Sejmu co do aptekarzy i urzędników szpitalnych, a wreszcie zawiera wiadomość, że Wydział krajowy postanowił reaktywować posadę chemika przy krajowym szpitalu we Lwowie z płacą roczną 2400 koron, oraz prawem do trzech dodatków pięcioletnich po 300 koron rocznie.

Przygotowany przez Wydział krajowy wniosek zasługuje na szczere uznanie i należy mieć nadzieję, że w Sejmie nie napotka on na żadną opozycyę, a będzie początkiem dalszej akcyi w kierunku uregulowania płac lekarzy szpitalnych w Galicyi i pomnożenia ich liczby. W tym względzie nadszedł czas naprawy niejednego zaniedbania lat dawniejszych, bez której prawidłowy rozwój szpitalnictwa poprostu nie byłby możliwy. *R.*

Organizacyę pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej omawia dr Sterling w »Czasopiśmie lekar.« (Nr 9, 10). By w tym względzie poprawić stosunki, panujące w Królestwie Polskiem, uważa autor za konieczne: 1) zniesienie monopolu lekarza fabrycznego, czyli wolny wybór lekarzy, 2) przeniesienie punktu ciężkości medycyny fabrycznej z lekko na ciężko chorych, t. j. zniesienie ambulatoryów fabrycznych, apteczek fabrycznych i posad stałych lekarzy fabrycznych, 3) organizacyę stałej pomocy lekarskiej dla rodzin robotniczych — kosztem samych robotników, 4) zakładanie kas chorych, obejmujących większą liczbę fabryk naraz. *R.*

Ambulatorya w Wiedniu zostaną wskutek uchwały Rady przybocznej szpitali rządowych, powziętej 16. paźdz. b. r., ograniczone nietylko w oddziałach szpitalnych, ale i w klinikach. Na temsamem posiedzeniu uchwalono powiększyć oddziały dla chorych płacących i utworzyć dla nich nowe oddziały z wyższą opłatą i obowiązkiem wynagradzania lekarza, a za to zapewniające większy komfort. *R.*

W sprawie lekarzy dolnoaustryackich zapewnił minister, odpowiadając 6 b. m. na wniesione w parlamencie interpelacye, że rząd czynił ze swej strony wszystko, aby przyspieszyć pomyślne rozwiązanie sprawy, oraz, że zdrowie ludności przez bierny opór lekarzy nigdzie nie zostało narażone na szkodę. *R.*

Korzystne warunki dla młodych lekarzy powstały w szpitalu im. cesarza Franciszka Józefa w Wiedniu, gdzie wskutek utworzenia wielkiego oddziału dziecięcego daje się odczuwać brak lekarzy. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 4. do 11 listopada 1906 doniesiono o 5 nowych przypadkach duru plamistego w 3 gminach, a mianowicie w pow. Brzeżany (Kozłów 2), Jaworów (Jazów stary 2), Zaleszczyki (Beremiany 1). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 28/X do 3/XI b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 12 (obcych —), krztuśca 2 (1), ospy — (—), płonicy 11 (—), odry 7 (—), duru osutkowego 1 (—), duru brzusznego 2 (1) nagminnego zapalenia opon 2. W tymże czasie zmarło z błonicy — (1), z duru brzusznego 1 (—).

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 21 a 27/X b. r. urodziło się dzieci żywo 49, nieżywo —; zmarło osób 46 (obcych 22); z tego z gruźlicy 12 (7), zapalenia płuc 4 (—), błonicy 1 (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry 2 (1), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (1), czerwonki 1 (1), cholery niemowląt 1 (—), innych chorób zakaźnych 3 (2), śmierci gwałtownej 1 (—). — Między 3 a 10/XI urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo 3; zmarło osób 52 (obcych 25), z tego z gruźlicy 12 (6), zapalenia płuc 5 (2). błonicy 2 (1), płonicy 4 (3), cholery niemowląt 1, zakażenia przyrannego 2 (1).

Epidemia płonicy w Łodzi słabnie dzięki energicznej działalności lekarzy sanitarnych (z początku 12, obecnie stale 4). którzy rewidują szkoły, handle, pracownie, kierują odkażaniem i t. d. (»Czas. lek.« 10).

Epidemia płonicy w Wilnie. Od początku października szerzy się w Wilnie i całej gubernii płonica. Epidemia ta wzmaga się i przybiera charakter ciężki, zwłaszcza częste są powikłania ze strony nerek i gruczołów, a śmiertelność jest znaczna. Surowica krakowska w cięższych przypadkach wcale nie działa, lepsze nieco wyniki daje surowica moskiewska Blumenthala. Do szerzenia się epidemii najbardziej się przyczyniają szkoły wileńskie tak męzkie, jak i żeńskie, w których inspekcya, zajęta polityką, nie dość przestrzega, aby dzieci z rodzin, w których są chorzy na płonicę, do szkół nie uczęszczały. W szerzeniu się epidemii współdziała też zwyczaj, jaki w Wilnie od niepamiętnych czasów istnieje, mianowicie zmiana mieszkań tylko dwa razy w roku: w dzień św. Jerzego i w dzień św. Michała. Dawny lokator nie zdąży jeszcze opuścić mieszkania, gdy na jego miejsce wnosi się inny bez uprzedniego oczyszczenia i odkażenia lokalu, chociażby w nim był chory uprzednio. *Z.*

Dżuma. We wsi Abagastruj, w okręgu Aczyńskim, zaszło — jak donosi »Pet. aj. tel.« — 8 przypadków dżumy z wynikiem śmiertelnym. — W Tryeście zaszedł 8. b. m. przypadek śmierci z moru u majtka okrętowego z okrętu »Kalipso«, na którym przewożono towary z Indochin.

Wiadomości bieżące.

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. Wydział gospodarczy Zjazdu, którego sekretarzem głównym obrany został doc. dr Adam Szulisławski, ogłasza: 1) Prawie wszyscy gospodarze dwudziestu sześciu sekcyi Zjazdu pozostają ci sami, którzy rozpoczęli byli swe czynności w odroczonym Zjeździe. 2) W połączeniu ze Zjazdem odbędzie się wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna, której dyrektorem pozostaje nadal dr Kalikst Krzyżanowski. 3) Osobiste zaproszenia z wymienieniem szczegółowej daty Zjazdu, oraz wszystkich sekcyi i ich gospodarzy, otrzyma każdy z lekarzy i przyrodników polskich, albo wprost od Wydziału gospodarczego, lub za pośrednictwem istniejących lub mających się na nowo utworzyć komitetów organizacyjnych z siedzibą w Krakowie, Poznaniu i Warszawie. 4) Wszystkich informacyi, wyjąwszy dotyczących wystawy przyrodniczo-lekarskiej i higienicznej, udzielać będzie sekretarz główny docent dr Adam Szulisławski w sekretaryacie X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich (Lwów, ulica Jagiellońska l. 8).

Kraków. Zakład dla umysłowo-chorych w Galicyi zachodniej ma według planów, przedłożonych ostatniej ankiecie, w oddziale męskim i kobiecym liczyć po 250 łóżek. Każdy z oddziałów ma składać się z 6 pawilonów: 1) dla chorych gwałtownych (40 łóżek), 2) dla niespokojnych (30), 3) dla nowoprzyjętych (11), i półspokojnych (20), 4) dla spokojnych (20 ściśle nadzorowanych i 25 zamkniętych, ale nie wymagających tak ścisłego nadzoru), 5) dla spokojnych niezamkniętych (30), 6) dla klasowych (24). Nadto ma zakład posiadać osobny budynek dla obłąkanych chorych fizycznie, w obu skrzydłach mieszczący po 50 łóżek, a w środkowym gmachu salę operacyjną i mieszkania zakonnic, dalej pawilon zakaźny, warsztaty dla obłąkanych pracujących, wreszcie kaplicę i potrzebne budynki gospodarcze. Przy rozpatrywaniu ogólnem tych planów oświadczyła się większość członków ankiety za powiększeniem pawilonu dla chorych klasowych, których znaczniejsza liczba może nawet być źródłem dochodu i zmniejszyć wydatek kraju na utrzymanie reszty zakładu.

— Dyplom doktorski otrzymał p. Karol Emil Sermak, rodem z Krakowa.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia ma zająć się wkrótce wynikiem obrad ankiety w sprawie budowy nowego zakładu położniczego w Krakowie, do którego ma być przeniesioną klinika uniwersytecka i rządowa szkoła położnych, oraz położni-

czy oddział szpitala. Ankieta ta odbyła się w Krakowie 26/X. b. r. przy udziale delegata namiestnictwa r. dw. Federowicza, profesorów: r. dw. Jordana, Rosnera, Browicza, Kostaneckiego, Ponikły jako delegata Wydziału krajowego, dra Festenburga jako delegata Rady Zdrowia, oraz inżynierów st. radcy Saarego i Kamienobrodzkiego. Ankieta oświadczyła się ponownie za planami, przyjętymi jeszcze w r. 1904, oraz — wbrew zdaniu Wydziału kraj. — za urządzeniem internatu dla położnych w Zakładzie.

— Wydział Izby lekarskiej wsch.-gal. odbył w dniu 12 b. m. posiedzenie, na którem zajmował się następującemi sprawami: Omawiano sprawę kursów uzupełniających dla lekarzy, przyczem postanowiono wnieść petycyę do Sejmu o wstawienie pewnej kwoty do budżetu na zasiłki dla lekarzy, pozostających w służbie krajowej, celem ułatwienia im wzięcia udziału w tych kursach, nadto za pośrednictwem Wydziału wykonawczego i przyszłego Wiecu Izb postanowiono zwrócić się do Rządu z memoryałem, wykazującym potrzebę zajęcia się przez Rząd sprawą uzupełniającego wykształcenia lekarzy w podobny sposób, jak się to dzieje n. p. w Niemczech. Uchwały Wiecu Izb uchwalono przedłożyć pełnej Izbie do ratyfikacyi z wyjątkiem uchwały, określającej jako najniższe honoraryum za badanie osób dla Towarzystw Ubezpieczeń na życie kwotę 10 koron. Przyjęto sprawozdanie Prezydenta Izby z posiedzenia Wydziału wykonawczego, które się odbyło w dniu 4 b. m. celem załatwienia uchwał Wiecu Izb. Zażalenie kilku lekarzy sądowych przeciw pewnemu sędziemu postanowiono przesłać do Prezydyum Sądu wyższego. Załatwiono kilka drobniejszych spraw administracyjnych i spraw honorowych.

— XVIII posiedzenie naukowe Tow. lek. lwowsk. odbyło się d. 9 listopada 1906. 1) Dr Piasecki przedstawił nowy pulpit zdrowotny, nadający się tak dla dzieci, jak młodzieży i dorosłych. Pulpit ten o tyle jest wygodny, że można go zabrać ze sobą, np. do szkoły (wnętrze jego służyć może za schowek na książki i inne rekwizyta szkolne) i tu odpowiednio do lekcyi ustawiać go, względnie używać w sposób należyty; cena nieznaczna, 8 złr. za sztukę. 2) Dr Szumowski wygłosił odczyt »Galicya za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka (1772—1783)«. W odczycie tym przedstawił obraz smutnych stosunków sanitarnych w Galicyi za panowania Maryi Teresy — jakoteż dodatnią pracę Krupińskiego nad poprawieniem tych stosunków. W dyskusyi zabierali głos dr Obtułowicz, prof. Machek, dr Skałkowski i prelegent.

— Jedyna w Galicyi wielka fabryka przetworów dyetetycznych p. St. Gurgula w Jarosławiu spłonęła z końcem zeszłego miesiąca. Ocalała tylko część budynków, między innymi oddział, wyrabiający mączkę dla dzieci; wyrób więc tego przetworu krajowego, wypierającego dzięki poparciu naszych lekarzy mączki zagraniczne, nie dozna przerwy.

Warszawa. Zjazd felczerów w sprawach zawodowych odbędzie się 8 stycznia 1907.

— Kierownictwo ambulatoryum dla chorych nerwowych w szpitalu ewangielickim objął dr Koelichen.

— Z działalności Towarzystwa lekarskiego w Radomiu w r. 1905 zdaje sprawę »Czasopismo lek.« (Nr 10). Towarzystwo to liczyło z końcem roku: 2 członków honorowych, 61 rzeczywistych, 2 korespondentów. Zarząd składali drdr: Majkowski (prezes), Fidler (wiceprezes), Cennere (sekretarz), Szczepaniak (skarbnik), Kondratowicz (bibliotekarz), Pełczyński i Idzikowski. Posiedzeń odbyło się 7 (zamiast zwykłych 10 — z powodu niepokojów) ze średnim udziałem 20 członków; demonstracyi 4, wykładów 7; z tych część największa dotyczyła walki z grożącą cholerą. Z komisyi czynne były tylko stacye szczepienia krowianki. Zarząd odbył 23 posiedzeń, przeważnie wypełnionych sprawą walki z cholerą. Dochody wynosiły 1,077 rbs., rozchody 893 rbs. Biblioteka liczyła z końcem roku 870 dzieł i broszur w 1,026 tomach.

— Lekarz miejski w Zgierzu, dr R. Hagen, otrzymał z rozkazu wojennego gubernatora dymisyę.

Wilno. Zarząd miasta Wilna, rozumiejąc, iż asanizacya miasta nie posunie się naprzód bez urządzenia kanalizacyi i dostarczenia mieszkańcom dobrej wody, zaczyna myśleć o urządzeniu wodociągów. W ostatnich czasach rozpoczął rokowania z kilku przedsiębiorcami i jednocześnie oddał sprawę do rozpatrzenia Towarzystwu lekarskiemu, na którego ostatniem posiedzeniu inżynier Sokołowski wygłosił wyczerpujący wykład w tej sprawie.

— Ponieważ szkoły zbyt małą zwracają uwagę na zdrowie fizyczne dzieci, przeto społeczeństwo wzięło tę ważną sprawę w swe ręce. W roku bieżącym Towarzystwo Sokołów urządziło u siebie ćwiczenia gimnastyczne dla dzieci i młodzieży pod dozorem lekarzy, a przed miesiącem i kursa szermierki. Dobroczynność publiczna skierowała również swą pożyteczną działalność w kierunku zdrowia młodego pokolenia. Jedna po drugiej są zakładane liczne ochronki, doskonale prowadzone. W nich dzieci ubogich rodziców otrzymują oprócz opieki, nauki i pożywienia, także opiekę i pomoc lekarską. Szczególną uwagę w ochronkach zwraca się na czystość skóry i ubrania, to też kąpiele, natryski, woda, mydło, są szeroko stosowane. Niedawno otwarto bezpłatne jadłodajnie, w których przeszło 200 ubogich dzieci otrzymuje codziennie zdrowy i posilny obiad. Towarzystwo kolonii letnich wysyła latem przeszło 300 ubogich dzieci na wieś i do Druskienik. Prawie wszystkie te instytucye są dziełem znanego filantropa p. Józefa Montwiłła.

— Inspektor lekarski wileński zwrócił się do lekarzy wolnopraktykujących z propozycyą czasowego zajęcia posad w wojsku, albowiem Rada wojskowa w formie środka tymczasowego pozwoliła na przyjmowanie do wojska lekarzy cywilnych. Będą oni pobierali 75 rubli miesięcznie (188 kor.); w razie zaś zmiany miejsca, wynagrodzenie to ma być podwyższone o 25 rubli (63 koron), nie licząc dodatków na podróż. Jak dotąd, amatorów znalazło się nie wielu.

— Niedawno została otwarta w Wilnie szkoła rządowa felczerska, do której będą przyjmowani tak mężczyźni, jak i kobiety.

— Budowa szpitala dziecinnego, którego brak oddawna daje się Wilnu we znaki, zbliża się ku końcowi i prawdopodobnie szpitalik wkrótce zostanie otwarty. Wzniesiony w zdrowej miejscowości, ma on odpowiadać wszelkim wymaganiom nauki.

— Pogotowie ratunkowe pomimo, iż dowiodło, jak bardzo jest dla Wilna potrzebne, ponieważ dziennie udziela bezpłatnej pomocy lekarskiej w 15—20 nagłych przypadkach, nie jest pewne dalszego istnienia. Jeżeli społeczeństwo nie przyjdzie mu z pomocą materyalną, po 5—6 miesiącach przestanie istnieć.

— Tow. przyjaciół nauk zawiązuje się w Wilnie. Będzie ono posiadało także sekcyę lekarską. *Dr Władysław Zahorski.*

Z różnych stron. Wykład wstępny pani Curie-Skłodowskiej, pierwszej kobiety, która otrzymała katedrę w Sorbonie, odbył się 5 b. m. wobec przedstawicieli ministerstwa oświaty i grona profesorów z dziekanem na czele. Znany milioner-filantrop Carnegie oddał do rozporządzenia pani Curie-Skłodowskiej stypendyum dla pracujących w jej pracowni nad ciałami promieniotwórczemi.

— W Kamieńcu Podolskim stanął w starożytnej katedrze pomnik zasłużonego niegdyś lekarza i znanego historyka Podola, dra Antoniego Józefa Rollego. Pomnik ten, dłuta Popiela, stanął staraniem p. Bohdana Żebrowskiego.

— Przeciwko »certyfikatowi wyższych studyów lekarskich« zbiera Rada główna Towarzystw lekarskich paryskich i depart. Sekwany podpisy na ułożonym przez siebie proteście.

— W Paryżu powstaje zakład dla badania raka. Po wykładzie prof. Poiriera w Akademii lekarskiej, wskazującym na potrzebę takiego zakładu, złożył natychmiast dr med. baron Henryk Rothschild czek na 100,000 franków na ten cel, a inne osoby dalsze 47,000 franków. Prof. Poirier utworzył niezwłocznie komitet, który pokieruje dalszą akcyą i gromadzić będzie fundusze (między innymi zapomocą loteryi publicznej 15-milionowej), a na którego czele stanęli dyrektor Zakładu Pasteura Roux i profesorowie Bouchard i Debove.

— Międzynarodowa wystawa higieny środków spożywczych i przemysłu w Anvers odbędzie się w kwietniu, maju i czerwcu 1907. Wyjaśnień udziela sekretaryat wystawy (Anvers, 30, rue d'Arenberg).

— Nagrodę Nobla z zakresu medycyny ma otrzymać w r. b. prof. Golgi z Pawii i Ramon y Cajal z Madrytu.

— Najwyższa Rada zdrowia austryacka wybrała swym prezesem prof. Vogla, a wiceprezesem prof. Ludwiga.

— Kursa dla pielęgnowania chorych rozpoczynają się w Wiedniu 13. listopada. Składają się one z wykładów ogólnych i nauki pielęgnowania chorych chirurgicznych (prof. Mosetig), umysłowo-chorych (prof. Wagner), chorych na choroby wewnętrzne i zakaźne (prof. Frisch) i położnic (dr Peham). Kursa te nie mają na celu kształcić zawodowych dozorców i dozorczynie, lecz wśród szerokich kół szerzyć wiadomości, jak należy pielęgnować chorych w rodzinie. Opłata za kurs wynosi tylko 2 korony.

— W Hamburgu wielkiego rozgłosu nabrał proces o obrazę czci, wytoczony przez szpital Eppendorf jednemu z chorych za szerzenie wieści, że ze szpitala sprzedaje się części zwłok sekcyonowanych zamiejscowym zakładom anatomicznym i t. d. Szpital sprawę przegrał, bo obwiniony przeprowadził dowód prawdy. Okazało się mianowicie, że posługacz prosektoryum handel taki rzeczywiście (oczywiście potajemnie) prowadził. Posługacza natychmiast wydalono, ale proces stał się mimo to powodem gwałtownych dziennikarskich napaści na zarząd szpitala, a zarazem tak wielkiej agitacyi przeciw sekcyom, że »Münch. med. Wochs.« (Nr 45) obawia się, iż interesa nauki mogą być zagrożone i podnosi przeciw tej agitacyi protest.

— Stosunki polityczne w Rosyi odbijają się także na Wydziale lekarskim wiedeńskim, gdzie frekwencya nagle wzrosła, a na 300 nowozapisanych słuchaczy przeszło 100 pochodzi z Rosyi.

— Najbliższy Zjazd Towarzystwa im. Pirogowa ma się odbyć w Helsingforsie.

Mianowani: Ginekolog prof. Resinelli z Parmy profesorem położnictwa we Florencyi; dr G. Pascale profesorem nadzwyczajnym chirurgii w Neapolu; dr H. Preiss profesorem bakteryologii w Peszcie; dr J. Modrakowski asystentem przy katedrze higieny we Lwowie.

Powołani: Prof. Kaufmann z Bazylei na katedrę anatomii patologicznej do Göttingen (na miejsce Borsta).

Bibliografia.

Komentarza do VIII. wydania farmakopei austryackiej, wydawanego staraniem Tow. farm. „Unitas“, wyszedł zeszyt 7 i 8. Zeszyt 7 zawiera dalszy ciąg części bakteryologicznej, napisanej przez docenta Drobę, a mianowicie dokładne przepisy przyrządzania pożywek, rozdziały o oddzielaniu bakteryi, ich hodowaniu w różnych warunkach, badaniu ich pod względem biologicznym i pod mikroskopem. Zeszyt 8 mieści ciąg dalszy właściwego komentarza, pióra doc. Lembergera, od wyrazu *Bacilli medicati* do *Emulsio oleosa*. *Z.*

— *Gazeta lekarska* Nr 43. Pawiński (dok.), Cykowski, Kijewski (c. d.).

— *Medycyna* Nr 44. Maliniak: Kilka uwag o kryoskopii wysięków i przesięków. Świątecki: Przypadek szwu tętnicy udowej. Krajewski (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr 11. Wrzosek (dok.). Goldschmit: Luźne myśli. II. Bieliński (c. d.).

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. III. Sterling Władysław: Badania psychologiczne nad spostrzeganiem i pamięcią przy porażeniu postępującem. Bieliński, Bucelski, Gedroyć (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr 10. Sędziak: Zaburzenia nosowogardlano-krtaniowo-uszne w przebiegu moczówki cukrowej. Rosenthal: Kilka słów o paratyfusie. Raszkes: O stosowaniu odczynnika durowego z pracowni Karwackiego. Pański: Przypadek obustronnego porażenia nerwów twarzowych samoistnego. Sterling (c. d.) Pławski: Sprawozdanie z 2-go roku istnienia kąpieli tanich im. B. Prusa w Nałęczowie.

— *Tygodnik lekarski* Nr 45. Nowicki: O pochodzeniu i znaczeniu mnogich uchyłków jelitowych. Machnicki (dok.).

— *Casopis lekařův českých* Nr 45. Schnurpfeil: Neoperativní léčení kýl pupečních. Pruška: Zpráva o morbiditě a mortalitě na III poradnické klinice w r. 1905 Honl, Dvořak (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 42. Zabołotnyj: W sprawie patogenezy kiły. Czlenow: O kile doświadczalnej u małp. Uskow i Kałaczew (dok.). Cholcow: W sprawie patologii i patogenezy odruchowego bezmoczu. Adamiuk: Miejscowa skrobiawica powiek, wywołana doświadczalnie u królików. Szor: Cranium natiforme z punktu widzenia anatomii patologicznej.

— *Presse médicale* Nr 88. Debove: Istota raka i charłactwa rakowego. Faure: Technika odjęcia sutka. Hartenberg: Nerwica strachu. — Nr 89. Girard-Mangin i Roger: Badania doświadczalne nad jadami rakowymi.

— *Semaine médicale* Nr 45. Bernheim: Czy istnieje ośrodek niemoty ruchowej?

— *Münchener mediz. Wochenschrift* Nr 45. Fraenkel: O chorobie Moeller-Barlowa. Bechtold: O gromadnem występowaniu zapalenia wsierdzia przy gośćcu mięśniowym. Eppenstein: O zaczynie proteolitycznym krwinek białych, szczególnie w białaczce i o hamującem zaczyny działaniu surowicy krwi. Blum: Przypadek wyleczonego durowego zapalenia tętnic. Grassmann: Rzadkie rodzaje przebiegu wad zastawkowych. Schöppler: Mięsak nasierdzia. Besold: Obrazowe przedstawienie wyników badania płuc. Wallart: O równoczesnem wykazywaniu tłuszczu, barwika żelazonośnego i jąder komórkowych w skrawkach z tkanki zamrożonej. Sondermann: W sprawie leczenia ssącego chorób nosa. Grosse: Środki ochronne przeciw chorobom płciowym.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 45. Bernhardt: W sprawie „status hemiepilepticus“. Dege: W sprawie etyologii porażenia nerwu krtaniowego dolnego. Hübner. W sprawie kiły nerwowej. Sellei: Leczenie zapalenia pęcherza wyskokiem. Maragliano, Cohn (dok.). Finder: Badanie krtani i główne choroby krtani u dzieci.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 45. Mayendorf: O bezpośredniem przewodzeniu obrazów słownych i głoskowych z ośrodka optycznego do kinestetycznego. Wintersteiner: Kokaina i zastępujące ją środki w okulistyce. Schiffmann: Przyczynek do histologii cholery kur. Łapiński: O kryształach gipsu w moczu ludzkim. Landsteiner i Mucha: W sprawie techniki badania co do krętków. Pfeiffer: Styryjskie uzdrowisko dla suchotników.

Redakcya otrzymała: Babiński: 1) Ma conception de l'hysterie et de l'hypnotisme. 1906. 2) De la paralysie par compression du faisceau pyramidal sans dégénération secondaire. 3) De l'epilepsie spinale fruste. 4) Sur le traitement de la nevralgie faciale par les courants voltaiques a intensité élevée. 5) Asynergie et inertie cerebelleuses. (C. r. de la Soc. de Neur de Paris. 1906). — Hlava: Problem rakoviny. 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 21. listopada b. r. o godzinie 6 wieczorem w Domu lekarskim** (ul. Radziwiłłowska l. 4). Porządek dzienny: 1) Oddanie pomnika ś. p. Adryana Baranieckiego w opiekę Towarzystwu lekarskiemu przez wiceprezesa Delegacyi stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich. 2) Wybór miejscowego komitetu dla spraw X. Zjazdu lekarzy i przyrodników. 3) Doc. Gliński: Przedstawienie preparatów. 4) Prof. Reiss: Przedstawienie chorych. 5) Doc. Horoszkiewicz: „O zatruciu lysolem“ (z przedstawieniem preparatów).

Po posiedzeniu wieczerza koleżeńska.

Posiedzenie komisyi higienicznej Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **w poniedziałek 19. b. m.** o godz. 6 wieczorem w **Domu lekarskim** (ul. Radziwiłłowska l. 4). Na porządku dziennym: Rozdział na sekcye.

Rok XLV. Kraków 24 Listopada 1906. Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zaburzenia nosowo-gardłowo-krtaniowo-uszne w przebiegu chorób narządów trawienia [1]).

Napisał

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

Stosunek wzajemny cierpień narządów trawienia do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych, oraz uszów, jak wogóle stosunek laryngo-ryno-otologii do ogólnej medycyny, został odpowiednio opracowany dopiero w ostatnich 20 latach. Pierwszą fundamentalną w tym kierunku pracą była znakomita monografia Loeriego z Pesztu z r. 1885 p. t. „Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre“, w której zaburzeniom gardłowo-krtaniowo-tchawiczym w przebiegu chorób narządów trawienia poświęcono oddzielny rozdział (p. 67). — W r. 1893 w doskonałem również dziele Hauga z Monachium p. t. „Die Krankheiten des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen“ na str. 238 znajduje się dodatek, poświęcony stosunkowi zaburzeń usznych do chorób narządów trawienia. Następnie w r. 1898 Sokołowski ogłosił bardzo dobrą monografię „O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych“, w której na str. 16, 37 i 57 omawiany jest stosunek zaburzeń nosowo-gardłowo-krtaniowych do chorób narządów trawienia. W roku następnym (1889) wyszła z druku najlepsza od czasów Loeriego monografia Friedricha z Lipska p. t. „Rhinologie, Laryngologie und Otologie in ihrer Bedeutung für die allgemeine Medicin“, traktująca między innemi i o stosunku zaburzeń nosowo-gardłowo-krtaniowo-usznych do chorób narządów trawienia (p. 54). Wreszcie w roku 1900 Jonas z Liegnitz w obszernem dziele p. t. „Symptomatologie und Therapie der nasogenen Reflexneurosen und Organerkrankungen — ihre Wichtigkeit für den practischen Arzt und ihre soziale und forensische Bedeutung“, usiłuje na str. 199 dowieść między innemi, dochodząc w tem zresztą do przesady, że wiele cierpień narządów trawienia da się podciągnąć pod kategoryę nerwic zwrotnych pochodzenia nosowego.

Dotąd zaburzenia nosowo-gardłowo-krtaniowo-uszne w przebiegu cierpień narządów trawienia były opracowywane tylko, jako oddzielne rozdziały w pracach ogólnych (monografiach), mających za przedmiot stosunek laryngo-ryno-otologii do ogólnej medycyny.

Następne 3 prace traktują już ten przedmiot zupełnie oddzielnie. Są to mianowicie prace: 1) Ménièrea z Paryża (Revue mensuelle de Laryngologie etc. 1886, Nr. 6) o stosunku zaburzeń usznych do cierpień żołądka. 2) Bottermunda z r. 1900 p. t. „Pathologische Wechselbeziehungen der oberen Luftwege zu den Verdauungsorganen“ (Therap. Monat.), oraz 3) Coffina z r. 1903—4 p. t. „The relation of diseases of the upper air passages to diseases of the stomach“. (The Laryngeterap. 25/IV). Wreszcie w sprawie tej t. j. wzajemnego stosunku zaburzeń nosowo-gardłowo-krtaniowo-usznych do cierpień narządów trawienia istnieje cały szereg prac kazuistycznych, które będą uwzględnione w ciągu niniejszego artykułu.

I. Zaburzenia nosowe w przebiegu chorób narządów trawienia nie należą do rzadkich zjawisk.

Przedewszystkiem sprawy chorobowe w nosie lub też jamie nosowo-gardłowej mogą upośledzać czynności narządów trawienia

1) na drodze mechanicznej. Wiadomo, że w razie niedrożności jam nosowych (przerost małżowin, polipy, wyrośle gruczołowate), powietrze, wdychane przez usta, działa ujemnie na błonę śluzową jamy ustnej i gardła, mianowicie ochładzająco i wysuszająco, wywołując nieprzyjemne dla chorych uczucie zasychania.

Niedrożnością nosa objaśnić sobie można skłonność górnych dróg pokarmowych (jama ustna i gardło) do spraw nieżytowych, zarówno ostrych, jakoteż i przewlekłych.

Lecz stała niedrożność nosa np. wskutek wyrośli gruczołowatych może wywoływać zmiany poważniejsze, mianowicie w budowie szczęki górnej, na co zwrócił przedewszystkiem uwagę Koerner w roku 1891 [2]). Szczęka górna w tych razach znamionuje się swoją wysokością, oraz wązkością, wogóle zaś niedorozwojem, przyczem zęby sieczne wystają ku przodowi nad zębami dolnej szczęki, do czego się dołącza w następstwie wązkość warg wogóle, oraz skrócenie wargi górnej, co wszystko takim chorym nadaje wejrzenie wysoce znamienne.

Niedrożność nosa, zwłaszcza u osesków utrudnia przy-

[1]) Jest to część obszernej monografii o zaburzeniach nosowo-gardłowo-krtaniowo-usznych w przebiegu cierpień ogólnych ustroju. Część 1-sza, obejmująca opis tych zaburzeń w przebiegu ostrych cierpień zakaźnych była ogłoszona w roku 1900 w Nowinach Lekarskich, gdzie również drukuje się obecnie praca p. t. „Zaburzenia nosowo-gardłowo-krtaniowo-uszne w przebiegu chorób narządów krążenia (serce, naczynia)“.

[2]) Untersuchungen über Wachsthumstörungen und Missgestaltung des Oberkiefers und des Nasengerüstes in Folge von Behinderung der Nasenathmung. Leipzig bei Vogel, 1891.

jęcie pokarmów, co naturalnie odbija się ujemnie na ich stanie ogólnym.

2) Zmiany chorobowe w nosie, jego zatokach, oraz jamie nosowogardłowej jeszcze w inny sposób ujemnie oddziaływać mogą na przewód pokarmowy i na trawienie.

I tak przedewszystkiem sprawy nieżytowe mogą się przez ciągłość lub zetknięcie szerzyć (*per continuitatem resp. contiguitatem*) na jamę ustną i gardłową, oraz przełyk i żołądek, przyczem w żołądku mogą występować zaburzenia (objawiające się brakiem apetytu, odbijaniami lub i wymiotami) poprostu wskutek połykania wydzieliny cuchnącej, ropnej, co szczególnie zdarza się w przypadkach zanikowego nieżytu nosa i ozeny, jakoteż ropień w zatokach bocznych nosa, zwłaszcza klinowej (Jonas). Zwłaszcza w przebiegu ozeny stosunkowo bardzo często widywałem te zaburzenia w trawieniu, co się tłómaczy oprócz drażnienia przełykaną, rozkładającą się wydzieliną, jeszcze zaburzeniami węchowemi i smakowemi, uniemożliwiającemi wprost przyjmowanie pokarmów wskutek różnorodnych parestezyi (zgniły smak w ustach i t. p.). Według Jonasa ma tu znaczenie zobojętnianie soku żołądkowego. Peck[3]) również stosunkowo często spostrzegał zaburzenia żołądkowe (*dyspepsia, gastritis*) w przebiegu ozeny.

Stewell[4]) zwrócił w osobnej pracy uwagę na zaburzenia w przewodzie pokarmowym u dzieci w następstwie połykania śluzu w cierpieniach jamy nosowogardłowej (wyrośle gruczołowate, (toż samo Aviragnet[5]), oraz Harleness[6]).

Wreszcie Jonas, autor wyżej przytoczonej pracy, usiłuje też podciągnąć pod kategoryę nerwic pochodzenia nosowego (*nasogene-Reflex Magenneurosen*), pewne cierpienia narządów trawienia, jakoto kurcz, oraz ucisk żołądka, uczucie pełności w okolicy żołądka, kolki wątrobne, wreszcie objawy otrzewne [*peritonitis* (?)].

Oprócz tego związku przyczynowego między zaburzeniami nosowemi z jednej, a cierpieniami narządów trawienia z drugiej strony istnieje jeszcze odwrotny, t. j. zaburzenia w przewodzie pokarmowym mogą dać powód do różnorodnych cierpień nosa. I tak przedewszystkiem cierpienia zębów mają pewne znaczenie w powstawaniu ropień w zatoce Highmora (Schech), zwłaszcza zdarza się to przy próchnieniu 2-go zęba przedtrzonowego i 1-go trzonowego, co się tłómaczy stosunkami anatomicznymi tych zębów do dna jamy Highmora. W każdym razie przy obecnym stanie naszej wiedzy o etyologii ropień w zatoce szczękowej górnej, cierpienia zębów odgrywają o wiele mniejszą rolę, aniżeli to dawniej przypuszczano. O wiele częściej natomiast bywają te ropienia pochodzenia wewnątrznosowego. Również, acz rzadko, i torbiele naokołozębowe mogą się szerzyć na jamę Highmora (Kunert[7]).

Następnie cały szereg zaburzeń w nosie może powstawać wskutek zastojów krwi w cierpieniach narządów trawienia, zwłaszcza w marskości wątroby. Mogą one dać powód do groźnych niekiedy krwotoków nosowych. (Chauffard, Thierfelder[8]). Amerykańscy autorowie (Beverley Robinson, Coffin) zwracają uwagę na znaczenie niestrawności, jako przyczyny nieżytów jamy nosowogardłowej wskutek drażnienia gazami, oraz kwasami przy odbijaniu się. Coffin zwłaszcza zajmował się tą sprawą: na 15 dzieci dotkniętych wyroślami gruczołowatemi i 30 dorosłych, cierpiących na nieżyt jamy nosowogardłowej, w 10 przypadkach u dzieci i 24 u dorosłych istniały zmiany w żołądku (nadmierna kwaśność soku żołądkowego).

Wreszcie spostrzegano pewne zaburzenia nerwowe narządu węchowego (kichanie, wyciek z nosa *hydrorrhoea nasalis*), odruchowo powstałe w przebiegu cierpień żołądka (wrzodu okrągłego (M. Schmidt), oraz kiszek (glistnica robaczkowata, — Jonas), wreszcie wątroby (kolka — M. Schmidt).

II. Zaburzenia gardłowe w przebiegu cierpień narządów trawienia (żołądka, kiszek) nie należą również do zbyt rzadkich.

I tu podobnie, jak i w nosie, istnieje wzajemny stosunek przyczynowy, t. j. z jednej strony zaburzenia w jamie ustnej i gardle zależą od cierpień narządów trawienia, z drugiej zaś strony zaburzenia w narządach trawienia wywoływać mogą cierpienia jamy ustnej i gardłowej.

I tak przedewszystkiem sprawy nieżytowe przewlekłe, zwłaszcza zanikowe, będące, jak wiadomo, następstwem takichże zmian w nosie i jamie nosowogardłowej (*rhinitis et rhinopharyngitis chr. atrophicans s. sicca*) mogą szerzyć się przez ciągłość na przełyk, oraz żołądek, w którym również mogą występować różnorodne zaburzenia (brak apetytu, niestrawność, odbijania, wymioty), a to wskutek drażnienia rozkładającą się wydzieliną gardła lub jamy nosowogardłowej, co zwłaszcza w nocy u dzieci stosunkowo często się zdarza.

Również u pijaków (przy t. zw. *angina s. pharyngitis potatorum*), oraz u palaczy namiętnych (*Rauchercatarrh*) bywa jednocześnie zajęta błona śluzowa przełyku i żołądka (mocne zaczerwienienie i obrzmienie), zresztą jako następstwo jednego i tego samego czynnika szkodliwego.

Wreszcie powszechnie znanym jest objaw, jakim jest obłożenie języka w przebiegu różnorodnych cierpień narządów trawienia. I przeciwnie pewne cierpienia żołądka mogą wywoływać różnorodne zaburzenia, przeważnie przyrody nerwowej (t. zw. nerwice odruchowe), w jamie ustnej i gardle, pod postacią różnorodnych zboczeń czuciowych (*paraesthesiae*), np. w niestrawności, oraz nerwowym niedowładzie jelit, zwężeniach kurczowych przełyku (Sokołowski) itp. Również wskutek drażnienia gazami przy niestrawności u dzieci mogą występować zmiany na błonie śluzowej gardła (Coffin), podobnie, jak to wspominaliśmy przy zaburzeniach nosowych i nosowogardłowych.

Wreszcie wskutek zastojów ogólnych, np. przy cierpieniach wątroby (marskość, rak) zdarzają się też zaburzenia w jamie ustnej i gardle w postaci uczucia zawady, chrząkania, lub i kaszlu, przyczem błona śluzowa jest wówczas stale zaczerwieniona i obrzmiała, zwłaszcza na fałdach.

---

[3]) W rozprawie o powikłaniach ozeny (Paris—1899).

[4]) Chronic intestinal indigestions in children". Intercol. Med. Jour. of Austr. 20 Juni 1899.

[5]) „Traitement des troubles digestifs liés à la rhinopharyngite et à l'amygdalite chronique". Presse méd. 20/XII, 1900.

[6]) „Nose and throat from a constitutional Standpoint". N. J. med. Rec. 31/VII, 1906.

[7]) Arch. f. Laryng. VII, p. 34.

[8]) Ziemssen's Handbuch der speciel. Path. und Ther. Band VIII, 1880.

bocznych (Sokołowski). Loeri stosunkowo często w tych razach widywał drobne wybroczyny na błonie śluzowej gardła: budziły one zawsze przypuszczenie marskości wątroby, będąc w wielu razach jedydynym objawem tego cierpienia (Loeri). Oprócz marskości wątroby widywał ten autor także wybroczyny i w przebiegu raka, oraz bąblowca, jakoteż przy żółtym zaniku wątroby.

Wreszcie w przebiegu żółtaczki spostrzegano zaburzenie żółtawe błony śluzowej gardła (Loeri).

III. Zaburzenia krtaniowe w przebiegu chorób narządów trawienia występują też stosunkowo często.

Przedewszystkiem sprawy nieżytowe przewlekłe gardła lub jamy nosowogardłowej mogą się opuszczać na krtań i tchawicę przez ciągłość i zetknięcie, zwłaszcza u palaczy tytoniu i pijaków. W ten sposób między innemi powstają przewlekłe suche nieżyty krtani i tchawicy w przebiegu takichże nieżytów gardła i jamy nosowogardłowej. I przeciwnie nieżyty przełyku i żołądka, acz rzadko, mają również szerzyć się na krtań i tchawicę (Loeri), czemu jednakże przeczy z naszych autorów Sokołowski.

Odbijania kwaśne przy kwaśności nadmiernej soku żołądkowego, jakoteż wymioty, połączone z dostawaniem się resztek pokarmowych do górnych dróg oddechowych, mogą również wywoływać przez drażnienie różnorodne cierpienia krtani i tchawicy (nieżyty, kurcze, kaszel — Coffin).

Rak przełyku, zwłaszcza usadowiony w górnej $^1/_3$ części, może się szerzyć na krtań lub też tchawicę. Cierpienie to jeszcze na innej drodze może wywoływać zaburzenia krtaniowe, mianowicie przez porażenia nerwów wstecznych, przeważnie lewego, wskutek ucisku tych nerwów przez zrakowaciałe gruczoły naokoło-przełykowe, jak to między innymi było w jednym z moich przypadków, stwierdzonym badaniem promieniami Roentgena [9]).

Również ropnie naokoło- i zaprzełykowe mogą drogą ucisku wywołać zwężenie tchawicy (Loeri, Pieniążek [10]).

Przy niestrawności i niedowładzie żołądka i kiszek przyrody nerwowej występują też stosunkowo często różnorodne zaburzenia krtaniowe, również przyrody nerwowej, jako przeczulice w postaci łechtania i bolu w okolicy krtani, oraz przemijające chrypki, zależne od porażeń zwieraczy głośni (*mm. adductores*). Objawy te niekiedy mają cechę nerwic odruchowych pochodzenia żołądkowego; tu należy przedewszystkiem t. zw. kaszel żołądkowy (Bull [11]), chociaż Naunyn i Nothnagel nie przyjmują tego pochodzenia kaszlu nerwowego. Według Sokołowskiego takie objawy nerwowe (parestezye itp.) zależą raczej od ogólnego usposobienia neuropatycznego, jakie znamionuje takich chorych.

W raku żołądka, zwłaszcza w ostatnich okresach, bywa osłabienie głosu lub chrypka, zależne od niedowładu strun głosowych, jako następstwa niedokrwistości ogólnej.

W przebiegu chorób narządów brzusznych, zwłaszcza wątroby, występują również na błonie śluzowej krtani i tchawicy stosunkowo częste zmiany, przeważnie przyrody zastoinowej, w postaci silnego zaczerwienienia tylnej ściany krtani, nagłośni, tylnych odcinków strun głosowych, wreszcie części podgłośniowej krtani i w tchawicy. Loeri w marskości wątroby widywał wybroczyny na błonie śluzowej krtani i tchawicy, Dreyfuss [12]) — krwotoczne zapalenie krtani.

Wreszcie obrzęki przewlekłe w krtani spostrzegano w przypadkach nieżytu jelit (Schroetter), oraz marskości wątroby (Loeri, Schroetter).

W przebiegu żółtaczki błona śluzowa krtani, zwłaszcza na nagłośni, oraz wyrostkach głosowych strun prawdziwych przybiera wyraźne zabarwienie żółtawe (Loeri). Gerhardt [13]) i Hertel [14]) spostrzegali w tem cierpieniu porażenie zwieraczy głośni (*mm. adductores laryngis*), wreszcie Schmidt [15]) — napady kaszlu na drodze odruchowej przy kamieniach żółciowych.

Loeri spostrzegał ciekawy przypadek wymiotów pochodzenia odruchowego przy obecności ciała obcego (ość), tkwiącego w tylnej ścianie krtani, po usunięciu którego ustąpiły te uporczywe wymioty, opierające się wszelkim innym środkom.

IV. Zaburzenia uszne w przebiegu chorób narządów trawienia występują często i w wielu razach, zwłaszcza u dzieci, mają wielkie znaczenie.

Według Menièrea na 43 przypadków cierpień żołądka, tylko w 17 badanie przedmiotowe narzadu słuchowego nie stwierdziło zmian, natomiast we wszystkich były mniej, lub więcej wyrażone objawy podmiotowe.

Goeppert [16]) stwierdził, że wśród dzieci dotkniętych cierpieniami jelit odsetka chorób usznych jest o wiele większa (tylko w 12 prc. zdrowe uszy, gdy przy innych cierpieniach w 39 prc.).

Zwłaszcza często zęby bywają powodem cierpień usznych. T. zw. *otalgia e carie dentium* jest oddawna powszechnie znanem cierpieniem. Tem się tłomaczy fakt, że po włożeniu do ucha waty, napojonej jakimś olejkiem (np. migdałowym z dodatkiem mentolu), natychmiast następuje ulga w bolach zębów. Że nerwica (*otalgia*) ta jest pochodzenia zębowego, najlepszym dowodem jest ustąpienie tego nerwobolu po zaplombowaniu, lub usunięciu zepsutego zęba. Nerwobole te mogą być przemijające (*otalgia intermittens* — Urbantschitsch [17]), Schwartze [18]).

Już trudniej objaśnić sobie związek przyczynowy między cierpieniami zębów, a zmianami przedmiotowemi w narządzie słuchowym, a co Friedrich uważa za prosty zbieg okoliczności.

Tak np. Walb [19]) widział w następstwie cierpienia zębów ostry nieżyt ucha środkowego, toż samo Blau [20]), oraz Haug [21]), w przebiegu zapalenia miazgi zęba trzono-

[9]) „Z kazuistyki laryngorynologicznej". Kronika lekarska, 1898.

[10]) „Zwężenie tchawicy przez ropnie zaprzełykowe (abscessus retropharyngealis)". Przegl. lek. 1906, Nr 7—8.

[11]) Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 41.

[12]) Münch. med. Wochs. 1898, Nr 32.

[13]) Deut. med. Wochs. 1887, p. 325.

[14]) Charité Annal. 1891, XVI.

[15]) Die Krankheiten der oberen Luftwege. II Aufl., p. 749.

[16]) Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 45, p. 1.

[17]) Lehrbuch der Ohrenheilkunde II Auf., p. 251.

[18]) Arch. f. Ohrenheilk. I, p. 224.

[19]) Arch. f. Ohrenheilk. XXVI, p. 186.

[20]) Arch. f. Ohrenheilk. XXIH, p. 12.

[21]) Verhandl. der deut. Otol. Gesellsch. 1895, p. 41.

wego (krwotoczne zapalenie ucha środkowego z wytworzeniem się krwawego pęcherza w przewodzie słuchowym zewnętrznym, wreszcie Schwartz[22]), (ostre ropienie ucha środkowego i próchnienie wyrostka sutkowego w toku próchnienia 2-go zęba trzonowego). Przeciwnie Burnett[23]) widział wyleczenie ropnego zapalenia ucha środkowego po usunięciu 2 spróchniałych zębów trzonowych. Według tego autora ząbkowanie u dzieci jest najczęstszą przyczyną ropień usznych; słusznie jednakże Haug czyni te ropienia zależnemi raczej od innych przyczyn, jakoto ostre wysypki, zapalenie gardła, nieżyty jamy nosowogardłowej, do czego dodałbym wyrośle gruczołowate. Oprócz nerwobolów *(otalgia)* pochodzenia zębowego zdarza się i upośledzenie słuchu lub też głuchota nerwowa tegoż pochodzenia (Lucae[24]), Hesse Vantill[25]), Eitelberg[26]), co stwierdzono na zasadzie wyników leczenia (ustąpienie głuchoty po usunięciu zęba spróchniałego, zwłaszcza ostatniego trzonowego).

Humm[27]) przeciwnie spostrzegał głuchotę po wyrwaniu zęba!

Przy zapaleniu przewodu słuchowego zewnętrznego, jakoteż wysokich stopniach zajęcia wyrostka sutkowego sprawą zapalną lub nowotworową bywa wskutek zajęcia stawu szczękowego dolnego utrudnione przyjmowanie pokarmów. W toku nieżytu i rtęciczego zapalenia jamy ustnej może sprawa przechodzić na trąbki słuchowe i na ucho środkowe, wywołując w uchu środkowem sprawy nieżytowe.

W przebiegu chorób żołądka stale istnieją szmery podmiotowe (Menière), będące prawdopodobnie w związku z zaburzeniami w krążeniu (niedokrwistość) — Haug, Abercrombie, Jacobson[28]).

Opryszczki na małżowinie usznej (*Herpes auricularis*) w następstwie zaburzeń w trawieniu spostrzegał Ladreix de Lacharrière[29]).

Bardzo ważnym jest związek przyczynowy między cierpieniami (ropieniami) usznemi, a zaburzeniami żołądkowo-kiszkowemi u małych dzieci i osesków (Itard, Hartmann[30]), Ponfick[31]), Goeppert), przyczem sprawy w jelitach mogą powstawać wskutek samozakażenia, pochodzącego z zatrzymanej w uchu środkowem ropy lub zatrucia toksynami, ujemnie oddziaływającemi na ustrój dziecięcy (nieżyt jelit z jego następstwami — Hartmann). Zaburzenia te mogą powstawać też wskutek połykania ropy, spływającej przez trąbkę słuchową do gardła (Ponfick). Wobec niezmiernie częstego spotykania się tych cierpień ze sobą, o czem między innemi pouczają nas dane sekcyjne, Hartmann radzi słusznie przy każdem cierpieniu jelitowem u dzieci, przebiegającem z gorączką i wychudnieniem badać narząd słuchowy. Przy cierpieniach wątroby spostrzegano wskutek zastojów żylnych wybroczyny na błonie bębenkowej, oraz w uchu środkowem.

[22] Zeitschrift f. Ohrenheilk. XXIII.
[23]) Amer. Journ. of Otology. II.
[24]) Arch. f. Ohrenheilk. III, p. 217.
[25]) Blätter d. pract. Heilk. 1815 – XXXIV. p. 325.
[26]) Wiener med. Wochs. 1891, Nr 3.
[27]) Viertel. f. Zahnheilk. 1874 p. 154
[28]) Arch. f. Ohrenheilk. XIX. p. 38.
[29]) Ann. des mal. de l'oreil etc. 1877, p. 349.
[30]) Deut. med. Wochs. 1894 Nr 26.
[31]) Berl. klin. Wochs. 1897. Nr 38.

W przebiegu żółtaczki Haug spostrzegał żółtawe zabarwienie błony bębenkowej. Brieger[32]) objaśnia występowanie, zresztą bardzo rzadkie, żółtaczki w przebiegu samoistnego zapalenia ucha środkowego rozpadem ciałek czerwonych krwi w wysiękach krwotocznych w jamie bębenkowej. W ten również sposób objaśnićby można niezbyt rzadkie występowanie żółtaczki w kilka dni po operacyach na wyrostku sutkowym.

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell. (Dyrektor: Prof. Kader).

Powikłania płucne w chirurgii.

Podał

dr Adolf Eugeniusz Klęsk
I asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Znaczny wpływ na pooperacyjne powikłania płucne wywiera zabieg operacyjny w przypadkach zwężenia tchawicy. Pomiędzy powyższymi 43 przypadkami było 7 chorych, u których przed operacyą stwierdzono silne zwężenie tchawicy i nieżyt oskrzelowy.

Co do wpływu obu głównie używanych środków usypiających, to eter wprawdzie więcej drażni narząd oddechowy, z drugiej jednak strony nie działa tak źle na serce i nie tak często wywołuje wymioty, jak chloroform. Że uśpienie usposabia do występowania powikłań płucnych następowo, dowiódł Müller swemi doświadczeniami, w których przekonał się, że zwierzęta usypiane oddziaływały o wiele silniej na zmiany ciepłoty, niż nieusypiane.

Powikłania płucne nie są jednak zależne li tylko od tego, że chorego usypiano tym lub innym środkiem i że przez to podległ on pewnym zmianom.

Z pracy Gottsteina z kliniki Mikulicza przekonaliśmy się bowiem, że n. p. zapalenie płuc po znieczuleniu miejscowem sposobem Schleicha, zwłaszcza po przypadkach laparotomii, występuje nieraz i częściej, niż po uśpieniu ogólnem; tak n. p. na 114 znieczuleń miejscowych wystąpiło ono w 27 przypadkach, co stanowi aż 20 3%. Z mojego zestawienia, uwzględniającego również i znieczulenie lędźwiowe, dotąd w rachubę nie brane, wynika, że znieczulenie lędźwiowe nie chroni wcale przy operacyach brzusznych od powikłań płucnych. Z naszych bowiem 574 operacyi brzusznych wykonano:

376	w znieczul. lędź. z tego powikłań płucn.	46	tj. 12·2%
124	w uśp. chloroform „ „	14	tj. 11·2%
63	w obu poprzednich razem „ „	11	tj. 14·8%
3	bez uśpienia „ „	2.	

Z zestawienia tego widzimy, że stosunek odsetkowy częstości powikłań płucnych przy znieczuleniu lędźwiowem i uśpieniu chloroformowem różni się mało. Najlepszy stosunkowo wynik jest przy uśpieniu chloroformowem. Zestawienie to przemawia jednak na korzyść chloroformu tylko pozornie, a mianowicie li tylko z tego powodu, że obecnie z zasady operujemy wszystko w znieczuleniu lędźwiowem, a w chloroformie jedynie wyjątkowo, ze względów psychicznych, a więc np. młode kobiety w przypadkach niewielkich zabie-

[32]) Klin. Beitr. zur Ohrenheilk., p. 64.

gów w okolicy części rodnych, zwłaszcza w przypadkach przepuklin, a przy operacyi przepuklin powikłania płucne należą do rzadkości.

Z zestawienia powyższego wynika przedewszystkiem, że sam zabieg operacyjny w jamie brzusznej, niezależnie od rodzaju znieczulenia, czy też uśpienia, usposobić może do powikłań płucnych. Poniżej uwzględniam poszczególne czynniki, mające znaczenie u chorych, których zamierzamy operować.

Nieco inaczej przedstawia się rzecz co do uśpienia przy operacyach na głowie i szyi. Operacye n. p. w jamie ustnej, na języku, na szczęce górnej, dalej wycięcie krtani lub jej nowotworów w uśpieniu ogólnem, pociągają za sobą bardzo często powikłania płucne z zachłyśnięcia się. Zapobiega się temu przez operowanie z głową zwieszoną, pilne wycieranie krwi i tamponadę gardła, dalej przez zapobiegawcze otwarcie krtani i zatkanie jej rurką Trendelenburga; a w końcu przez intubacyę krtani od strony ust. W klinice naszej darzyło się nam dość szczęśliwie, bo na 8 wycięć szczęki górnej nie spostrzegaliśmy ani razu powikłań zapalnych w płucach, co najwyżej lekkie pooperacyjne podniesienie się ciepłoty, lub nieżyt oskrzelowy miernego stopnia. Operujemy w pozycyi półsiedzącej, nie otwierając krtani. W usta wkładamy zawsze większą ilość gazy, sfałdowanej wiotko i zatykamy nią dość silnie tylną część jamy ustnej. Gaza ta tworzy sączek, przepuszczający powietrze, a zatrzymujący inne ciała. Tampon ten zmieniamy kilkakrotnie w czasie operacyi. Oddaje on znakomite usługi i niejednokrotnie przekonaliśmy się, że był on nasiąknięty krwią, a mimo to w gardle i krtani nie było krwi wcale, albo tylko bardzo mało. W podobny sposób postępujemy przy wszystkich zabiegach, połączonych z niebezpieczeństwem zalania krwią gardła i krtani. Usypiamy chorych bardzo lekko, pozwalając choremu odkrztuszać, przyczem zmieniamy tampon. Zaraz po operacyi podajemy środki wykrztuśne. Przy operacyach w jamie ustnej straciliśmy natomiast dwóch chorych na zgorzel płuc, raz w przypadku rozległej plastyki wargi dolnej po wycięciu raka (rana ropiała silnie), a drugi raz w podobnym przypadku, w którym jednak wycięto także część żuchwy i wykonano tracheotomię.

Uśpienie przy operacyach wola usposabia również do występowania powikłań płucnych, to też z tego powodu wielu chirurgów operuje wole w znieczuleniu miejscowem za przykładem Kochera.

W klinice naszej na 162 operacyi wola operowano:

142 razy w chloroformie,
18 „ w znieczuleniu lędźwiowem [1]),
1 raz w obu,
1 „ w znieczuleniu miejscowem,

z tego zapadło na powikłania płucne:

przy chloroformie 41 czyli 28·16%,
(wliczone i zapalenie oskrzeli).
przy znieczuleniu sposobem Biera 2 czyli 11·1%.

Odsetek powikłań jest tu bardzo znaczny. Do szczegółów, wchodzących tu w grę, jeszcze wrócimy, tutaj stwierdzamy tylko, że częstość powikłań przy znieczuleniu lędźwiowem jest prawie 3 razy mniejsza, niż przy uśpieniu chloroformowem.

Widzimy z tego, że znieczulenie lędźwiowe posiada tu wyższość, zwłaszcza że w jednym z przytoczonych przypadków było zwężenie tchawicy i nieżyt oskrzelowy przed operacyą, a w drugim zakażenie rany, co usposabia bardzo do powikłań płucnych. Do zalet, jakiemi odznacza się znieczulenie lędźwiowe, przybywa jeszcze jedna, t. j. uchronienie operowanych przy operacyach na szyi od powikłań płucnych.

Bardzo duży wpływ na zachowanie się płuc ma oziębienie i przeziębienie chorych przed, podczas lub po operacyi. W pierwszym rzędzie usposabia do zaziębienia samo już mycie rozległej powierzchni ciała chorych. Nagła zmiana ciepłoty wywołuje kurcz naczyń skórnych, a równoczesne przekrwienie narządów wewnętrznych. Staramy się temu zapobiegać przez mycie chorych w salach silniej ogrzanych, do 18° C i wyżej, przez używanie do mycia wody ciepłej, a dalej przez jak najkrótszy sposób odkażania skóry. Wielu chirurgów zaleca myć chorych wprost w łóżku spirytusem mydlanym, wyskokiem i sublimatem i to bardzo krótko, a potem przed samą operacyą jeszcze raz wyskokiem i sublimatem. Inni zalecają myć chorych na dzień przedtem, co pozwala ocenić już przed operacyą, czy mycie nie wywołało zaziębienia. Chorych myje się zwykle na stołach, których ciepłota jest stosunkowo nizka. Podkładanie bielizny niewiele pomaga, ulega ona bowiem przemoczeniu i ochładza jeszcze więcej powierzchnię ciała. Ogrzewanie zbyt silne samychże sal operacyjnych także nie jest dobre, osłabia bowiem odporność ustroju i następowo łatwo wywołuje zaziębienie, zwłaszcza gdy się chorych po operacyi przewozi przez chłodne kurytarze lub, co gorsza, przez wolne powietrze do pawilonów lub baraków. Z doświadczeń Allena (Hildebr. Jahresb. 1897) okazało się mianowicie, że operacye, wykonywane na zwierzętach w bardzo ciepłych salach, dają co do przebiegu i gojenia się wyniki gorsze, zwierzęta bowiem były po zabiegach bardzo wyczerpane i ciśnienie krwi opadało.

Wpływ zaziębienia mieliśmy w naszej klinice sposobność spostrzegać częściej może, niż inni chirurdzy. Wychodki, korytarze i łazienki nie są ogrzane wcale, albo ogrzewają się niedostatecznie, a na salach chorych znajdują się posadzki kamienne. Zdarzało się, że chory, zerwawszy się w nocy po operacyi z łóżka, stawał rozgrzany bosą nogą na zimnej posadzce i wtedy bardzo łatwo o zaziębienie. W separatkach naszej kliniki są posadzki drewniane i rzadziej zdarzały się w naszej klinice powikłania płucne u chorych, tutaj pomieszczonych. Przeziębienie przy operacyi ma także wielki wpływ na występowanie powikłań płucnych; i tak, przekonałem się, że powikłania płucne występują bardzo często po operacyach, przy których wypuszcza się dużą ilość płynu z brzucha lub przy których przepłukuje się jamę brzuszną, a więc przy laparotomiach wobec wysięków, przy operacyi Talmy i przy operacyach z powodu zapalenia otrzewnej. Odsetek powikłań płucnych dochodzi tu do 25·2%. Płyn wylewający się moczy chorego, a potem parując ochładza bardzo powierzchnię ciała. Toteż należy temu zapobiegać przez wypuszczanie płynu zapomocą trójgrańców lub sączków. Przy

---

[1]) Obecnie operujemy wyłącznie tylko w znieczuleniu lędźwiowem, o czem w swoim czasie dokładniej zdamy sprawę.

7 nakłuciach i wypuszczeniu płynu z otrzewnej, nie spostrzegaliśmy ani razu powikłań płucnych, natomiast na 4 operacye Talmy w 3 nastąpiły powikłania płucne. Do przemywań otrzewnej używać należy również sączków, a płyn powinien mieć ciepłotę wysoką, około 45°, gdyż ciepło wywiera zarazem zbawienny wpływ i na samo zapalenie otrzewnej, o czem szczegóły w licznych pracach o leczeniu zapaleń otrzewnej znaleźć można. Podobnie przy operacyach „na mokro" używać należy tylko gorących kompresów i często je zmieniać. Henle spostrzegał częste występowanie zapalenia płuc po przepłukiwaniach jam bąblowca zimnymi płynami.

Jeżeli chory przy operacyi przestanie oddychać, otwiera się często okna, aby wpuścić świeże powietrze To otwieranie okien odbija się bardzo często szkodliwie na chorym i wywołuje też zapalenie płuc. Stoły operacyjne starano się ogrzewać, jednakże woda. używana do ogrzewania, często wywoływała oparzenie, gdy była za gorąca, lub naodwrót była za chłodna i tylko szkodziła. Zamiast ogrzewać, lepiej pokrywać stoły grubą materyą n. p. filcem (Sattelfilz). Długość operacyi wpływa oczywiście także na oziębienie ciała.

Zaziębieniem też może tłómaczyć sobie należy włóknikowe zapalenie płuc, występujące dopiero w pewien czas po operacyi, np. po pierwszej zmianie opatrunku. W klinice krakowskiej spostrzegaliśmy też często zapalenie płuc u chorych, leżących na pierwszych łóżkach bezpośrednio przy drzwiach korytarzy i narażonych przez to często na zmiany ciepłoty przy otwieraniu i zamykaniu drzwi.

Związku przyczynowego między zaziębieniem, a powikłaniami płucnemi wytłómaczyć sobie nie możemy, istnieje on jednak bezwątpienia. I tak stwierdzono, że zapalenie nieżytowe płuc występuje głównie od grudnia do kwietnia i że wtedy ludzie są najwięcej skłonni do nieżytów dróg oddechowych wogóle. Podobnie zapalenia włóknikowe płuc najwięcej występują w zimie i na wiosnę. Z porą deszczową idzie w parze rzadsze występowanie zapalenia włóknikowego płuc. Zestawiliśmy podług miesięcy powikłania płucne po laparotomiach, a wynik podajemy poniżej:

	Zapalenie włóknikowe	Zapalenie nieżytowe	Razem
styczeń . . .	2	5	7
luty	4	4	8
marzec . .	2	6	8
kwiecień . . .	—	4	4
maj	1	1	2
czerwiec . . .	1	5	6
lipiec	1	2	3
sierpień . . . } wrzesień . . . }	ferye		
październik (zwykle od 15.)	—	2	2
listopad . . .	2	3	5
grudzień . . .	2	2	4

Z zestawienia tego widać, że powikłania płucne wydarzają się głównie w styczniu, lutym i marcu. Statystyki takie naturalnie mają tylko względną wartość, bądź co bądź jednak zawsze choć w przybliżeniu pozwalają ocenić stosunek wpływów atmosferycznych do powikłań płucnych.

Do wpływów naczynio-ruchowych zaliczyć może należałoby także wstrząs psychiczny, występujący przy każdej operacyi. Tym wstrząsem psychicznym tłómaczyćby sobie można częste występowanie powikłań płucnych przy operacyach w znieczuleniu miejscowem lub lędźwiowem. By wstrząsu tego uniknąć, starano się do znieczulenia miejscowego dołączyć odurzenie pacyentów. Penkert z kliniki kobiecej Krőniga we Fryburgu doniósł o znakomitych wynikach stosowania znieczulenia lędźwiowego wspólnie z odurzeniem morfinowo-skopolaminowem. Chore popadały w półsen, odpowiadający uśpieniu. Po tym sposobie znieczulenia nie zdarzyło się podobno na 140 przypadków ani razu powikłanie płucne, nawet nieżyt oskrzeli. Pamiętać jednak należy, że Penkert donosi o operacyach ginekologicznych, a jak wiemy, w tych przypadkach powikłania płucne są o wiele rzadsze, niż przy operacyach, wykonywanych powyżej miednicy małej. Tak naprzykład ze statystyki Bibergeila widzimy, że przy operacyach powyżej pępka zdarza się 9·8% powikłań płucnych, gdy przy operacyach poniżej pępka 6·6%, a przy operacyach ginekologicznych zaledwo 3·9%. (C. d. n.)

O jadach zwierzęcych.

Podał

Doc. Dr Ignacy Lemberger.

Wiadomości nasze o jadach i zwierzętach jadowitych sięgają bardzo dawnych czasów i pochodzą od klasycznych pisarzy starożytnych narodów. Wiadomości starożytnych mają w sobie wiele mistycyzmu, trącą zabobonem. Czytamy tam przeważnie o wężach, ropuchach, jaszczurkach, trętwikach jadowitych i t. p.; dowiadujemy się n. p., że Egipcyanie uważali węże za symbol choroby, a w czasach nie tak dawnych jeszcze przypisywano przyczyny pewnych chorób zwierzętom, jako to: wściekliznę przypisywano obecności robaka pod językiem, pląsawicę ukąszeniu tarantuli, ospę ukłuciu owada; dowiadujemy się o samobójczej śmierci Kleopatry wskutek ukąszenia zdradnicy *naja haja*, Galen podaje, że Egipcyanie używali tych wężów do wykonania wyroku śmierci na zbrodniarzach, a Owidyusz opowiada (*Metam. IX. 158*), że strzała Herkulesa napojoną była jadem żmii lernajskiej, Aelianus (*Hist. animal. V. 16*) zaś, nawiązując do tego przypadku, sądzi, że ludzie prawdopodobnie od pszczół, nauczyli się używać zatrutych strzał.

Piśmiennictwo, dotyczące jadów zwierzęcych, jest niezmiernie bogate, mimo to jednak, znajomość jadów, ich składu, sposobu wytwarzania się w ustroju zwierząt, sposobu działania, jest stosunkowo bardzo mała, a te szczupłe wiadomości jakie posiadamy, są często sprzeczne, niepewne. Przyczyna tych braków leży, pomijając trudności w rozwiązywaniu tego rodzaju zagadnień, przedewszystkiem w tem, że trudno jest o materyał, potrzebny do badań. Gdy n. p. trucizny roślinne badać możemy w materyale zasuszonym lub w świeżym, który jest łatwiej dostępny, to jady zwierzęce badać musimy na materyale tylko świeżym, gdyż jady zwierzęce szybko ulegają rozkładowi.

Z powodu rozkładu tkanek zwierzęcych, w których jady się znajdują, już też pod wpływem fermentów lub drobnoustrojów istota jadu zostaje zniszczoną albo wytwarzają się inne istoty trujące. Ztąd trudność i pomyłki w badaniu i spostrzeganiu.

Nazwą jadów zwierzęcych, obejmujemy te istoty, farmakologicznie działające, które wytwarzają się drogą fizyologiczną w ustroju zwierzęcym, nie zaś te istoty, które się tworzą w ustroju pod wpływem bakteryi lub innych drobnoustrojów. Te zwierzęta, które drogą fizyologiczną jady w ustroju swoim wytwarzają, nazywamy jadowitemi; musimy tu jednak rozróżnić dwie grupy t. j. zwierzęta czynnie jadowite i biernie jadowite. Czynnie jadowite jest zwierzę, wyposażone w urządzenia, narządy, jad wytwarzające lub gromadzące zapomocą których zwierzę, zaczepiając lub broniąc się przed napastnikiem, a więc świadomie, może zadziałać jadem i wprowadzić go w ustrój przeciwnika. Typem takich czynnych zwierząt jadowitych są np. żmije jadowite. Zwierzęta biernie jadowite pozba-

wione są możności zużytkowania jadu w razie potrzeby i wszczepić go napastnikowi nie mogą; jad ich może je zatem chronić tylko biernie przed dotknięciem lub pożarciem przez napastnika. Tu należą np. nasze ropuchy, wytwarzające jad w gruczołach skórnych, lub majka lekarska, wytwarzająca kantarydynę. Za takie zwierzę jadowite może być uważany także człowiek, który wytwarza n. p. w nadnerczu trującą istotę zwaną adrenaliną.

Jady zwierzęce spotykamy już u niższych zwierząt, jak u jamochłonów *(coelenterata)* i pierwotniaków (*protozoa*), z tych ostatnich szczególnie u gąbczaków (*spongozoa*). Z jamochłonów obok polipów, aktyniów, szczególnie żegawnice (*cnidae*) zasługują na uwagę. Jamochłony wytwarzają jad jużto w mackach, otaczających gębę, jużto w parzydełkach jak u żegawnic, t. j. woreczkach, pokrywających skórę zwierzęcia. Jad działa już miejscowo na skórę, powodując pieczenie i swędzenie, co opisują Bigelow, Meyen i E. Forbes. Chemiczne właściwości jadu badali Portier i Richet, a istotę działającą, która u zwierząt wywoływała śpiączkę a następnie śmierć przez porażenie oddychania, nazwali hypnotoksyną. W nowszych czasach wyosobnił Richet z macków aktyniów dwie istoty trujące, mianowicie talassynę i kongestynę. Talassyna jest istotą krystaliczną, zawierającą 10% azotu, która się przy ogrzaniu topi i rozkłada na karbylamin i amoniak. Wstrzyknięta psu wśródżylnie w ilości 0·1 mg. na kilogram ciała, wywołuje silny świąd skóry, kichanie i pokrzywkę, jednak jeszcze w ilości 10 mg. na kilogram ciała nie działa zabójczo. Kongestyna już w ilościach 2 mg. na 1 kg. ciała działała u psa zabójczo w 24 godzinach. Przez poprzednie wstrzyknięcie talassyny można było do pewnego stopnia uodpornić ustrój tak, że dopiero ilość 13 mg. kongestyny działała zabójczo. Jady jamochłonów mają o tyle praktyczne znaczenie, że pewien rodzaj choroby zawodowej nurków i osób trudniących się połowem gąbek, odnieść należy do działania tych właśnie jadów. Choroba ta objawia się świądem i pieczeniem skóry, jej zapaleniem i tworzeniem się pryszczów i bąbli. Powleczenie skóry warstwą tłuszczu, ma chronić od działania jadu.

Szkarłupnie (*echinodermata*), a mianowicie rozgwiazdy (*asteroïdea*), jeżowce (*echinoidea*) i strzykwy (*holothurioidea*) jak dowiodły badania Wolfa, Hessa, Pronhoa a szczególnie Uexkülla, również zaopatrzone są w narządy, wydzielające jad, a służące zwierzętom do obrony lub do ubezwładnienia zdobyczy. Istota jadowita zawarta jest w płynie gęstym, ciągnącym się, przeźroczystym, oddziaływania słabo kwaśnego, który wydostawszy się z gruczołu krzepnie. Jad działa szczególnie porażająco na ośrodkowy układ nerwowy. Istota właściwie trująca nie jest dotychczas zbadaną. Parker podaje, że psy i koty, karmione rozgwiazdami, ciężko chorowały i ginęły.

Z typu mięczaków (*mollusca*), a gromady małżów (*lamellibranhiata*) zasługują na uwagę omułek jadalny (*mytilus edulis*), sercówka jadalna (*cardium edule*), i odmiany urąbka (*donax denticulatus-anatinus-trunculus*), które wywoływały po spożyciu zatrucia, opisywane przez autorów angielskich, francuskich i holenderskich. Z podań i opisów Da Costa, Burrowsa, Forbesa i Hanleya, Chevaliéra i Duchesnego jakoteż Orfili wynika jako pewnik, że otrucia, opisywane przez tych autorów, wywołane były przez małże świeże, żyjące, a otruć tych nie można odnieść do istot, powstałych w małżach wskutek pośmiertnego rozkładu. Z piśmiennictwa wynika, że zatrucia po spożyciu tych małżów nie dotyczyły nigdy osób pojedynczych, a więc nie były to odsobnione przypadki, lecz otrucia gromadne n. p. w całych rodzinach, okoliczność, która jest bardzo znamienna. Aurel Krause opisuje zatrucie zakończone w 2-ch godzinach śmiercią u 100 żołnierzy, którzy w r. 1799 podczas marszu w Alasce spożyli omułki jadalne, złowione na miejscu w stanie zupełnie świeżym. Combe opisuje 30 zatruć w roku 1827 w Leith koło Edynburga. Wielce znamiennym jest szereg zatruć gromadnych, jakim ulegli w roku 1885 robotnicy warsztatów okrętowych w Wilhelmshaven, spostrzeganych przez Schmidtmanna, a opisanych przez Virchowa. Robotnicy i ich rodziny spożyli muszle, przyczepione na dnie okrętów. W ciągu nocy wystąpiły objawy zatrucia w tych rodzinach u 19 osób. Objawy były u wszystkich jednakie i występowały w postaci ściskania w gardle, pieczenia i kłucia w kończynach górnych i dolnych; tętno było twarde 80—90, ciepłota prawidłowa, źrenice rozszerzone, niewrażliwe, wzrok upośledzony, mowa utrudniona, w kończynach uczucie ciężkości i sztywności; wymioty, uczucie zimna, obfite poty; w 45 minut do 5 godzin po spożyciu muszli następowała śmierć. Według opisu Virchowa w narządach zmarłych były następujące zmiany: błona śluzowa jelita cienkiego silnie obrzmiała, zaczerwieniona, pokryta obfitą wydzieliną śluzową; śledziona silnie powiększona, wątroba przekrwiona z zawałami krwotocznymi. Opisane zatrucia przedstawiają obraz poraźnej postaci zatrucia małżami, które opisał J. Thesen, objawiającej się porażeniami obwodowymi ostrymi, mającymi pewne podobieństwo z działaniem kurary. Oprócz tej postaci poraźnej rozróżniamy jeszcze dwie postacie zatrucia małżami, a mianowicie postać rumieniową i postać jelitową. Postać pierwsza przebiega łagodnie i objawia się wystąpieniem pokrzywki rumieniowej, druga postać, uważana za zatrucie sepsyną, znamionuje się objawami żołądkowo-jelitowymi, podobnymi do tych, jakie spostrzega się w przebiegu cholery. Przyczyny zatrucia małżami nie są dotychczas dostatecznie wyjaśnione, natomiast istnieje co do tego wiele przypuszczeń i hipotez. Ogólnie uważają, że muszle nabierają własności trujących w okresie płodności, zaczemby przemawiała ta okoliczność, że najwięcej przypadków znanych zatruć przypadało na miesiące letnie. Przypuszczają także, że trujące działanie małżów należy odnieść do przypadkowego spożycia przez małże innych małych zwierząt morskich jadowitych (rozgwiazdy, meduzy i t. p.) lub ich jaj. Coldstream i Virchov zwrócili uwagę na okoliczność, którą także do przyczyn wywołujących zatrucie zaliczyć należy, że wątroba jadowitych małżów jest większą, ciemniej zabarwioną i kruchszą, a Wolf i Brieger znaleźli w wątrobie istotę trującą. Tłómaczenie działania trującego małżów nagromadzeniem przez nie jodu, bromu i miedzi, również jak tłómaczenie przez idyosynkrazyę, nie ostało się. Również nie poparto dowodami przypuszczenia Crumpego, Lohmeyera i Kobelta, że tylko pewne pododmiany małżów działają trująco. Natomiast na większą wiarę zasługuje tłómaczenie Schultzego i Martensa, że przyczyny działania trującego należy upatrywać w nieprawidłowym rozwoju małżów i w chorobach, jakim ulega ich ustrój; tłómaczenie, które znalazło poparcie w spostrzeżeniach Crumpego, Permewana oraz Schmidtmanna stwierdzających, że małże w wodach stojących, nabierają trujących własności. Jeżeli takie małże przeniesie się na otwarte morze, w takim razie małże te tracą własności trujące tak, jak na odwrót nietrujące małże, trzymane przez czas dłuższy w stojącej wodzie morskiej, własności trujących nabierały. To samo spostrzeżenie zrobił Thesen w Chrystyanii, który nadto stwierdził, że w sprawie tej odgrywają także rolę własności ziemi, gruntu, na którym małże przebywają. Na podstawie tych badań musimy zatem przyjąć, że w wodach stojących znajdują się zanieczyszczenia, które albo są same przez się trujące, a zostają nagromadzone w ustroju żyjących w nich małżów, albo, że wywołują chorobę muszli, podczas której jad wytwarza się w ustroju małża. O istocie tego jadu nic nam nie wiadomo. Badaniem chemicznych własności jadu małżów zajmowali się Salkowski oraz Brieger. Brieger wyosobnił z jadowitych małżów istotę trującą, działającą podobnie jak kuraryna, którą nazwał mitylotoxyną $C_6H_{15}NO_2$. Czy jednak ta mitylotoxyna rzeczywiście jest owym swoistym jadem, nie jest na razie rzeczą pewną, gdyż Thesen badał także w tym kierunku wielką ilość jadowitych małżów, jednakowoż nie zdołał wyosobnić mitylotoksyny, ani żadnej innej istoty trującej. Również nie zdołał potwierdzić spostrzeżenia Briegera, że istota, wyosobniona z małżów jadowitych, wywoływała śmierć przez porażenie serca u myszy. Jako siedzibę jadu w ustroju małżów, wskazał Wolf wątrobę, co zgadza się z zapatrywaniami wyżej wymienionych autorów t. j. Crumpego i Permewana, Schmidtmanna oraz Thesena.

Z typu robaków (*vermes*) znamy jadowite zwierzęta z gromady płazińców *(platyhelminthes)*, obleńców (*nemathelminthes*) i pierściennic (*annelides*).

Z pierwszych zasługują na uwagę odmiany z rzędu taśmowców *(cestodes)*, a szczególnie brózdogłowiec szeroki *(cothriocephalus latus)*, odmiany tasiemców (*taenia saginata*, *taenia solium*, *taenia echinococus*) i odmiany z rzędu wirków *(turbellaria)*. Żyją one, jak wiadomo, jako pasorzyty w przewodzie jelitowym innych zwierząt. Owe ciężkie zmiany chorobowe, jakim często ulegają chorzy na brózdogłowca, a przebiegające w postaci niedokrwistości złośliwej należy najprawdopodobniej odnieść do istot jadowitych, które wydzielają taśmowce w pewnych warunkach. Schaumann i Tallquist karmili psy rozdrobnionymi brózdogłowcami bezpośrednio, lub też poddanymi trawieniu trypsyną, oraz wstrzykiwali psom podskórnie wyciąg z brózdogłowców, otrzymany zapomocą fizyologicznego rozczynu soli kuchennej i stwierdzili, że w pewnych przypadkach psy te ginęły wśród objawów ciężkiej niedokrwistości, liczba krwinek

czerwonych zmniejszała się do połowy liczby pierwotnej. Wyciąg z bróżdogłowców posiadał własności hemolityczne. Badaniem jadów tasiemców *(taenia)* zajmowali się Messineo i Calamida. Wyciągi tasiemców, sączone przez sączki gliniane, wywoływały również rozpuszczanie się ciałek krwi. Przebicie samoistne jak również nakłucie bąblowców tasiemca bąblowcowego *(ecchinococus)* wywołuje u człowieka objawy zatrucia *(intoxication hydatique)*, objawy otrzewne i pokrzywkę. Treść bąblowca, wstrzyknięta podskórnie królikom i świnkom morskim, wywoływała według Moursona i Schlagdenhauffa oraz Humphreya, śmierć tych zwierząt. Bliższych wiadomości o naturze tej istoty nie posiadamy, jedynie Brieger oddzielił istotę, trującą myszy.

Z rzędu obleńców *(nemathelminthes)* zasługują na uwagę glista ludzka *(ascaris lumbricoides)*, włosień skręcony *(trichina spiralis)*, nitkowiec podskórny *(filaria medinensis)* i tęgoryjec dwunastnicy *(ankylostoma duodenale)*.

Glista ludzka wywołuje znane u dzieci objawy nerwowe, drgawki, zaburzenia w odżywianiu i niedokrwistość. Nierozstrzygnięte tu jest pytanie, czy objawy te należy odnieść do działania odruchowego, czy też do działania jadu, wytworzonego przez glistę, na co zwrócił już Nuttal uwagę. Linstow stwierdził, że w glistach ludzkich znajduje się istota, posiadająca woń nieprzyjemną, pieprzowatą, która drażni silnie błony śluzowe i wywołuje nieżyt spojówki i obrzmienie spojówki gałkowej. Również Arthus i Chanson stwierdzili trujące własności glist, a mianowicie przekonali się, że ciecz wydobyta z ciał tychże zabijała w krótkim czasie (10 min.) króliki po wstrzyknięciu im 2 cm^3 płynu.

Ciężkie objawy chorobowe jakie wywołuje włosień *(trichina spiralis)*, znane pod nazwą włośnicy trudno sobie wytłómaczyć samą obecnością zwierzęcia i wtargnięciem osobników do mięśni; zmuszają one raczej do przypuszczenia, że i tutaj działa istota trująca, wytworzona przez włośnie, o której jednak dotychczas jeszcze nic nie wiemy.

W końcu zauważono jak opisuje Pauly, że zwykła nasza dżdżownica *(lumbricus terrestris* z rzędu obleńców — *annelidae)* zresztą niejadowita, wydziela podczas parzenia się jad, który działa trująco na kaczki, wróble i króliki. Jad ten zawarty jest w pierścieniach, biorących udział w czynności płciowej.

Z typu członkonogów *(arthropoda)* zasługują na uwagę zwierzęta należące do gromady pajęczaków *(arachnoidea)*, wijów *(myriopoda)* i owadów *(hexopoda)*. W piśmiennictwie znajdujemy wprawdzie także opisy zatruć gromadnych, wywołanych przez spożycie obcężników zielonych *(crangon vulgaris)*, należących do garnelowatych *(carididae)*, a gromady skorupiaków *(crustaceae)*. Zatrucia te zdarzyły się w roku 1881 w Emden, a uległo im 250 ludzi; zatruć tych jednak nie można odnieść do jadów fizyologicznych, lecz do jadów, wytworzonych w czasie pośmiertnego rozkładu zwierząt.

Pajęczaki *(arachnoidea)* znano z własności trujących jeszcze w starożytności, lecz wiele z tych podań należy do legend. Badania naukowe, szczególnie najnowsze, wykazały jednak niezbicie, że wiele zwierząt z tej gromady wytwarza jady w osobnych narządach. O narządach tych, o działaniu jadu w ogólności, mamy wiele wiadomości, natomiast nic nie wiemy o naturze chemicznej jadów.

Jadowite pajęczaki należą do rzędów: sołpugi *(solifugae)*, niedźwiadki *(scorpionina)*, pająki *(araneina)* i roztocze *(acarina)*.

Z rzędu sołpug opisują Hertwig, Köppen i Kobert działanie jadu sołpugi zwykłej *(galeodes araneoïdes)*, która wprawdzie nie posiada gruczołów jadowych, ale której ukąszenie pociąga za sobą miejscowe zadrażnienie i stan zapalny, działanie, które należy odnieść częścią do mechanicznego urazu, a częścią do działania drażniącego śliny. Według Koberta ukąszenia tych zwierząt nie mają większego znaczenia.

Z rzędu niedźwiadków *(scorpionina)* działają trująco odmiany podzwrotnikowe, a w szczególności *androctonus funestus*, *buthus afer* i *buthus occitanicus*, natomiast odmiana niedźwiadka europejskiego *(euscorpius europeus, italicus, germanus, carpaticus)*, który dochodzi 3·5 cm. długości, nie ma znaczenia, a ukąszenie jego wywołuje tylko chwilowe objawy miejscowe, jako to zaczerwienienie skóry i obrzęk.

Narządy jadowe niedźwiadków jadowitych znajdują się w zakałduniu; ten złożony jest z 6 guzatych członków, z których ostatni kończy się zgiętym kolcem, opatrzonym w gruczoł jadowy. Gruczoł jadowy otoczony jest warstwą mięśni poprzecznie prążkowanych, przez których skurcz jad wyciśnięty zostaje z gruczołu. Niedźwiadki biegają rączo, zadzierając zakałdunie ku grzbietowi, a ofiarę w ten sposób napadają, że trzymając ją szczypcami przed sobą, ruchem łukowym wbijają kolec w ofiarę i trzymając chwilę, wprowadzają w ranę jad, wyciśnięty mięśniami z gruczołu (Joyeux-Laffuie).

O naturze chemicznej tego jadu nic nie wiemy. Działanie wydzieliny jadowitej znane jest z objawów, spostrzeganych jużto u ludzi, jużto u zwierząt, jakkolwiek i tu brak ścisłych badań farmakologicznych. Prawdopodobnie jednak, podobnie jak przy jadach wężów, o których będzie później mowa, jady różnych odmian niedźwiadków działają jakościowo i ilościowo różnie, zależnie od miejsca nakłucia, ilości wprowadzonego jadu, pory roku i wielu innych jeszcze okoliczności. Przypadki zatrucia jadem niedźwiadków, dość często opisywane przez wielu autorów jak Guyona, Cavaroza, Dalangea, Thompsona a spostrzegane u ludzi dorosłych i dzieci, dotyczyły wyłącznie ukąszeń odmiany niedźwiadków wielkich, żyjących w krajach podzwrotnikowych.

Badania działania jadu niedźwiadków, wykonane na zwierzętach przez Maupertiusa (1731), Rediego (1799), jakoteż w 19 stuleciu przez Berta, Valentina, Joyeux-Laffuieta pozwalają nam poznać dokładniej działanie tego jadu. Według tych autorów działa jad ten, podobnie jak strychnina, na układ nerwowy; inni zaś autorowie jak Jousset de Bellesme i Sanarelli uważają te jady za trucizny krwi. Pierwsi podają zgodnie, że działanie jadu polega na zwiększeniu pobudliwości odruchów, po którem następuje okres poraźny, porażenie układu nerwowego. Joyeux-Laffuie podaje jako przyczynę śmierci uduszenie, wywołane porażeniem mięśni oddechowych (jak po kurarze), gdy znów Valentin porażenia ruchowych zakończeń nerwowych zauważyć nie zdołał, gdyż zwierzę, jakkolwiek porażone, wrażliwe jeszcze było na podniety mechaniczne i elektryczne. Obaj zaś wspólnie z Bertem stwierdzają pojawianie się kurczów tężcowych, podobnych do kurczów strychniną wywołanych, które w początkowym okresie można wywołać przez podrażnienie. Działanie jadu niedźwiadków na krew badał Jousset de Belesme na żabie *lilla viridis*, posiadającej mało barwików. W miejscu ukłucia przez niedźwiadka skóra żaby przybrała rychło zabarwienie fioletowoczerwone, które autor odniósł do włoskowatego przekrwienia, a które to zabarwienie rozszerzyło się wkrótce na skórę całego tułowia. Krwinki pod działaniem jadu zmieniają zrazu swą postać i konsystencyę, później stają się lepkie i tworząc masę bezpostaciową, ciągnącą się, zatykają naczynia. Sanarelli takich zmian krwinek u ssawców nie zauważył, natomiast stwierdził rozpuszczanie się krwinek u gadów ryb i ptaków. O ilościach jadu, działających śmiertelnie, pouczają prace P. Berta, Calmettego, Phisalixa i Varignyego oraz Joyeux-Laffuiego. Podskórnie wprowadzony jad działał zabójczo w ilości 0·05 mg na myszy białe, 0·5 mg na królikii *(scorpio [buthus] afer)* a 0·1 mg. na świnki morskie. Podanie jadu niedźwiadków wewnętrznie przez usta nie zdaje się wywoływać trującego działania. Plutarch opowiada o ludziach, którzy bez szkody mogli spożywać niedźwiadki; okoliczność tę stwierdzili także doświadczalnie w 18. wieku na psach, Charas i Blanchard.

W końcu należy tu jeszcze wspomnieć o działaniu jadu niedźwiadków na same niedźwiadki. Według Phisalixa i Varignyego mają być niedźwiadki odporne na jady, przez siebie wytworzone, podobnie jak się rzecz ma, jak później zobaczymy, u ropuch i wężów. Niebrak jednak w piśmiennictwie spostrzeżeń nawet nowszych, które rzecz inaczej przedstawiają (Blanchard, Bidie, Thomsen, Gillmann, Baer). Autorowie ci ponowili doświadczenia, mające stwierdzić prawdziwość podań pisarzy starożytnych i średniowiecznych, opisujących przypadki »samobójstwa« niedźwiadków, jakich się zwierzęta te mają dopuszczać celem skrócenia sobie męczarni, jeżeli są otoczone pierścieniem żarzących się węgli; zwierzę miało wtedy uwalniać się od mąk przez ukłócie się własnym kolcem w głowę. Morgan oraz de Varigny ponawiali te doświadczenia, de Varigny 15 razy bez żadnego wyniku. Niedźwiadki zatem są nadzwyczaj odporne na swój jad, ale odporność ta nie jest bezwzględną, a dotyczy ona jadu własnego, nie zaś jadu obcego gatunku. Co do uodpornienia przeciw jadom niedźwiadków, to brak odnośnych badań. Calmette tylko podaje, że surowica królika, uodpornionego przeciw jadowi tarczaka okularnika *(naja tripudians)*, znosi trujące działanie jadu niedźwiadków; również świnki morskie, które ginęły po 0·1 mg. jadu niedźwiadka, uodpornione na jad żmii, znosiły 1·0 do 2·0 mg jadu.

Z rzędu pająków *(araneina)* znamy również kilka jadowitych. Pająki znamionują się kałdunem bez śladu przewiężów,

opatrzonym 6 lub 4 kądzielnikami, stanowiącymi ujścia gruczołów przędnych, oraz tułogłowiem, opatrzonem dwuczłonkowemi szponoszczękami o jadowych gruczołach, mięśniami otoczonych. Wydzielina gruczołu jadowego, jad pajęczy, jest cieczą gęstą, jasną, kwaśnego oddziaływania i smaku gorzkiego. Przez częste po sobie następujące ukąszenia, gruczoł zostaje z jadu wyczerpany. O własnościach chemicznych jadu i o istocie działającej nic nie wiemy; przypuszczają, że istota ta nie jest ani alkaloidem, ani glykozydem, ani kwasem; nie podlega dyalizie, a zasuszona traci działanie trujące. Wiemy tylko, że wydzielina gruczołów jadowych pająków zawiera istoty białkowe, co stwierdzono odczynnikami i przez barwienie, a stąd przypuszczają (Kobert), że istota działająca jest toksalbuminą lub trującym enzymem. O działaniu jadu pająków wiemy, że jest ono miejscowe i dalsze, po wchłonieniu jadu występujące. Miejscowe polega na bolesności, zaczerwienieniu i obrzęku miejsca ukąszenia oraz jego otoczenia. Jad, wprowadzony do przewodu pokarmowego, nie działa; wprowadzony zaś w obieg krwi przez wstrzyknięcie podskórne lub śródżylne, działa na układ nerwowy ośrodkowy, na narząd krążenia i na krew samą. Dokładniejsze badania jadu pająków wykonano dotychczas co do dwóch tylko gatunków t. j. z odmianą omatnika tatarskiego zwaną kara-kurtem i z naszym kołoszem krzyżakiem. Te badania służą nam jako prototyp w poznaniu działania jadu pajęczego. Działanie jadu kara-kurtów przypomina działanie rycyny i abryny (Kobert). We krwi działa (1:127000) rozpuszczająco na krwinki i powoduje wystąpienie hemoglobiny (hemoliza). Wyciągi wodne kołosza krzyżaka, zawierające t. zw. arachnolizynę rozpuszczają krwinki niektórych gatunków (człowieka, królika, wołu, myszy, gęsi), na inne zaś nie działają (konia, psa, skopa, świnki morskiej). Na serce odkryte żaby działa jad kara-kurtów (1:100.000) porażająco, jużto z powodu porażenia ośrodków ruchowych serca, już też z powodu porażenia samego mięśnia. Ściany małych tętnic i naczyń włoskowatych ulegają zmianie i przepuszczają krew lub też surowicę, wywołując wybroczyny i obrzęki, obrzęk i zaczerwienienie błon śluzowych. Na ośrodkowy układ nerwowy działa jad kara-kurtów porażająco z przyczyn jeszcze dotychczas nie zbadanych. Dawka śmiertelna jest bardzo mała. Koty ginęły już po wprowadzeniu śródżylnem 0·2—0·35 mg, psy i jeże, a szczególnie żaby są odporniejsze. Przez kilkakrotne wprowadzenie małych niezabójczych dawek, ustrój przyzwyczaja się do jadu. O działaniu jadu pająków na ludzi, zebrał Kobert wiadomości z Azyi, Australii i Europy. Objawy zatrucia są następujące: silne bole, zaczerwienienie i obrzęk miejsca ukąszenia i kończyny, wymioty, uczucie lęku, duszności, omdlenia, zboczenia czucia, niedowład i kurcze. Ozdrowienie następuje powoli.

Z najwięcej znanych gatunków pająków należy wymienić:

Z pogońców (*ciligradae*): pogonik (*lycosa tarantula*) i krzecznik (*lycosa singoriensis*), z których, według średniowiecznych wierzeń ukąszenie pierwszego miało wywoływać pląsawicę (*chorea saltatoria*), chorobę, którą tylko rzekomo muzyką, wcześnie stosowaną, można było wyleczyć. W rzeczywistości ukąszenie pogonika (*tarantuli*) wywołuje tylko objawy miejscowe, nigdy zaś ogólnych, dalszych. Jadowitość drugiego, zamieszkującego południową Rosyę, jest wątpliwą. Kobert wstrzykiwał wyciągi wodne tego pająka kotom i nie zauważył żadnego działania.

Z lejczańców (*tubitelariae*): pierwek (*chiracanthium nutrix*) i czyhak (*segestria perfida*), oba zamieszkujące środkową Europę, wywołują jedynie miejscowe objawy lekkiego stopnia, zaczerwienienie skóry, obrzęk rozlany i pieczenie. Drugi, piwnice zamieszkujący, używany był dawniej jako środek ludowy przeciw zapaleniu gardła.

Z płatakow (*retitelariae*) znane są: omatnik centkowany (*theridium tredecim punctatum*) i omatnik kara-kurt (*theridium lugubre Koch s. lathrodectes lugubris*). Pierwszy barwy ciemnej do czarnej, opatrzony na kałdunie 13 plamkami półksiężycowatemi, zamieszkujący Włochy, Korsykę, Sardynię i dolny bieg Wołgi, groźny jest dla bydła grubego. Szczęsnowicz podaje, że 12% bydła ginie z powodu ukąszenia tego pająka. Drugi, z tatarskiego kara-kurtem (czarny wilk) zwany, zamieszkujący Grecyę i południową Rosyę, odznacza się tem, że jad jego zawiera się nietylko w gruczole jadowym, ale w całem ciele pająka i w jajach. Jad działa tylko podskórnie.

Z kołosnowców (*orbitelariae*) zbadany jest u nas pospolity kołosz krzyżak (*epeira diadema*). W jadowitość jego powątpiewano, jednak badania nowsze Koberta dowiodły stanowczo, że jest jadowitym, a jad jego działa podobnie, lecz słabiej, jak jad kara-kurtów. Jad ten, arachnolizyną zwany, przechodzi w wodne wyciągi pająków, a ilość jego, zawarta w jednym żeńskim kołoszu, wystarcza według Koberta do zatrucia 1000 kotów.

Z pająków czteropłucnych (*tetrapneumones*) zasługują na uwagę zdunek (*nemesia caementaria*) i gatunki ptaszników (*theraphosa*). Pierwszy ma być niebezpieczny dla zwierząt domowych, (koni, wołów) w stanach Honduras, Guatemala i Nicaragua, a przez krajowców zwany jest »*arana picacaballo*«. Ptaszniki odmiany *theraphosa avicularia* (*Vogelspinne*), *theraphosa Blondii* (*Buschspinne*) i *theraphosa javanensis* są silnie rozwinięte, włochate z rozwiniętemi narządami jadowymi; mają napadać małe zwierzęta ciepłokrwiste i zabijać je.

Z rzędu roztocze (*acarina*) szczególnie rodzaj obrzeżkow (*argas*) zasługuje na wzmiankę. Są one zaopatrzone w narzędzia pyszczkowe, urządzone do kłucia, ssania lub do gryzienia. Wszystkie są drobniutkimi a szkodliwymi pasorzytami — działanie ich szkodliwe należy odnieść do wydzielanego przez nie jadu, sprawiającego ból i silny świąd. Są one plagą dla ludzi i zwierząt, szczególnie dla gołębi, kaczek, gęsi i kur, które dotknięte niemi giną. Należą tu obrzeżek gołębi, (*argas reflexus*), obrzeżek perski (*arg. persicus*) i obrzeżek amerykański (*arg. americanus*) oraz różne gatunki świerzbowców (*sarcoptes*).

Z gromady wije (*myriapoda*) wspomnieć należy o gatunkach z rzędu pareczniki (*chilopoda*) i dwuparce (*chilognata*). Z pierwszych *scolopendridae* i *geophylidae* wydzielają z gruczołów jad, dotychczas nieznany co do istoty działającej, który u ludzi wywołuje zmiany miejscowe, a małe zwierzęta, myszy i świstaki, pod wpływem jadu giną (Dubosq, Jourdain).

Obfituje w gatunki jadowite gromada owadów (*hexapoda*), a należą one do pięciu rzędów.

Z rzędu szarańczaków (*orthoptera*) ma znaczenie historyczno-farmakologiczne karaczan (*periplaneta orientalis*, *blatta orientalis*) używany swego czasu jako środek moczopędny przy puchlinie (Steinbrück, Bogomiłow) w postaci proszku ze zasuszonych owadów. Nie można wyłączyć przypuszczenia, że karaczany zawierają istotę drażniącą, która działając na nabłonek nerek, istotnie może zwiększyć wydzielniczość tego narządu.

Chrząszcze (*coleoptera*) wydzielają z gruczołów ślinowych, odbytnicy lub wreszcie z pokrywy ciała swoistą wydzielinę o niemiłej woni i działaniu żrącem lub też krew ich, wydobywająca się często ze stawów członków na powierzchnię, zawiera istoty jadowite. Jady te stanowią obronę zwierzęcia. O naturze chemicznej tych istot nic nie wiemy. Wyjątek stanowi tu jedynie istota, znajdująca się we krwi pryszczawki lekarskiej, czyli majki lekarskiej (*lytta vesicatoria*), t. zw. kantarydyna, która jest dokładnie zbadaną tak pod względem chemicznym, jak i farmakologicznym. Kantarydyna zawarta jest w różnych gatunkach rodziny pryszczawkowatych (*meloidae*): *lytta*, *melöe* i *mylabris* z których u nas najwięcej są znane: oleica lekarska (oleica krówka) (*melöe proscarabeus*) i majka lekarska.

Własności trujące tych odmian znane były starożytnym; Plinius, Aristoteles, Hippokrates wspominają o kantarydach i o ich własnościach leczniczych. Tak w starożytności, jak i w średnich wiekach odgrywają one rolę wybitną w przyrządzeniu t. zw. napojów miłosnych. Częste stosowanie i nadużycie w lecznictwie przyczyniło się do tego, że piśmiennictwo toksykologiczne jest nader bogate, gdyż często stawały się pryszczawki powodem zatruć ekonomicznych, technicznych i medycynalnych. Z badań Warnera, Bluhma, Rennarda, Beauregarda wynika, że chrząszcze z rodziny pryszczawkowatych zawierają 1·0 do 5·7% kantarydyny, majka lekarska (*lytta vesicatoria*) zawiera 0·4—0·5% kantarydyny. Kantarydyna i jej sole potasowców, działają, jak wiadomo, miejscowo wybitnie na skórę, wywołują silne zapalenie już w ilościach 0·1 mg. a następowo tworzenie się bąbli. Ciecz, wypełniająca bąbel, zawiera całą ilość kantarydyny, przez skórę wchłoniętą. Jeżeli bąbel taki pozostawimy w spokoju, nie natniemy go i cieczy nie wypuścimy, natenczas kantarydyna ulega dalszemu wchłonieniu i działa drażniąco na narządy wewnętrzne. Toż samo wprowadzona wewnętrznie, ulega kantarydyna wchłonieniu i wywołuje zapalenia narządów gruczołowych, błon surowiczych i błon śluzowych, przez które się wydziela; największa jej ilość wydziela się przez nerki wywołując białkomocz i zapalenie nerek. Badania, wykonane z kantarydyną na zwierzętach, stwierdziły, że zwierzęta posiadają względną odporność. Radecki wykazał, że kury i żaby znoszą większe ilości kantarydyny bez szkody (kurom wstrzykiwano 15—30 mg. kantarydynianu potasowego bez złych skutków). Harnack, Horvath, Lewin i Ellinger wykazali, że jeż jest bardzo odporny, znosi on na 1 klg 30 mg. bez szkody.

30—50 mg wywołują lekkie zmiany w nerkach, a dopiero 100 mg. ciężkie zapalenie nerek z zejściem śmiertelnem. Króliki są bardzo wrażliwe, gdyż już 1·0 mg na klg wywołuje śmierć.

Co do śmiertelnej dawki kantarydyny dla człowieka, to wysokości jej nie oznaczono; ogólnie przyjmują 30 mg., jednak działanie trujące kantarydyny objawia się już w znacznie mniejszych dawkach, a stosowanie przez Liebreicha metody leczenia gruźlicy kantarydynianem potasowym dowiodło, że już 0.2 mg. tej soli wywołują często białkomocz. Wyobrażenia o stosunku działania kantarydyny na różne gatunki zwierząt, nabierzemy z następującego zestawienia: 1 gram kantarydyny wywołuje objawy zatrucia na 350.000 klg. człowieka, 20.000 klg. królika i mniej niż 35 klg. jeża, natomiast 1 g. kantarydyny jest dawką śmiertelną na 20.000 klg. człowieka, 500 klg. królika, a 7 klg. jeża. Do ustroju jeża wprowadzona kantarydyna nie ulega zniszczeniu, lecz zostaje całkowicie wydaloną z moczem, z czego wynika, że nerki jeża są bardzo odporne na kantarydynę. Objawu przyzwyczajenia się ustroju do kantarydyny nie stwierdzono.

Z innych chrząszczy, zawierających istoty trujące, należą tu jeszcze: Chrabąszcz majowy (*melolontha vulgaris*), zawierający podobnie jak kantyrydyna działającą melolantynę; złotawiec (*cetonia aurata*) zawiera kantarydynę; strzel (*brachinus crepitans*, *Bombardier-Käfer*) wystrzykuje z dwóch gruczołów odbytnicy wydzielinę gazową, która wywołuje pieczenie i plamę żółtą, jak po kwasie azotowym. Według Karstena istota ta odziaływa kwaśno i posiada woń kwasu azotawego. Wydzielina ta barwi wyskok i wodę na czerwono, a z wyskokiem wydaje woń azotanu etylowego. Pod względem biologicznym ciekawym jest także rodzaj *cerapterus quatuor maculatus*, który według Lomana wydziela ciecz trzaskającą, zawierającą jod wolny, która barwi papierki skrobiowe na niebiesko. Podobnie spostrzegał Escherich, że gatunek chrząszcza, żyjącego w Algierze, *paussus favieri*, wydziela również ciecz barwiącą na niebiesko papierki skrobią napojone, zaś odmiana *paussus turcicus* ciecz amoniakalną.

O jadzie larw *diamphidia locusta* pisze H. Schinz (w dziele p. t. *Deutsch-Südwest Afrika)*; miejscowa ludność używa tego jadu do zatruwania strzał (*Pfeilgift der Kalachari*). Böhm stwierdził, że kokony, otaczające larwy, i wyrosłe chrząszcze jadu nie zawierają. Jad ten należy prawdopodobnie do toksalbuminów. Działanie jadu badał dokładnie F. Starcke. Wodne wyciągi larw, wstrzyknięte królikom, psom i kotom, wywoływały u tych zwierząt silne objawy zatrucia, a mianowicie białkomocz i hemoglobinuryę, rozlane nacieki krwawe i obrzęki, zapalenie ropiaste. Dawka 1·5—2·8 mg. suchej substancyi działała na króliki śmiertelnie. Z rzędu błonkówek (*hymenoptera*) należą do jadowitych żądłówki (*aculeata*), a z tych przedewszystkiem pokrewne mrówkowate (*formicidae*), osowate (*vespidae*) i pszczołowate (*apidae*).

Mrówkowate mają przeważnie żądło zanikłe, natomiast silnie rozwinięte żuwaczki, któremi kąsają, wypryskując równocześnie z końca kadłuna piekącą wydzielinę. Ukąszenia naszych zwykłych mrówek są małoznaczące, a działanie ich wyłącznie miejscowe; natomiast odmiany podzwrotnikowe mrówek (*myrmica, ponera*) wywołują ciężkie objawy ogólne, zemdlenia, dreszcze i przemijające objawy poraźne (Husemann). Morfologiczne stosunki narządu jadowego mrówek zbadał dokładnie Forel, o chemicznej zaś naturze wydzieliny niepewne mamy wiadomości. Dawniej przypuszczano, że istotą działającą jest kwas mrówkowy, znajdujący się w wielkiej ilości w wydzielinie jadowej; mało znaczące działanie ukąszeń naszych mrówek, możemy w końcu odnieść do działania kwasu mrówkowego, jednak objawów ciężkich, wywołanych ukąszeniem mrówek egzotycznych w ten sposób wytłómaczyć nie można. Przemawia zatem i ta okoliczność, że według podań Stanleya, ludy afrykańskie używają pewnego gatunku czerwonych mrówek do wyrobu jadu, służącego do zatruwania strzał. W tym celu rozrabiają suszone i proszkowane mrówki z oliwą i tą mieszaniną powlekają ostrza strzał; zwierzęta zranione taką strzałą mają szybko ginąć. Mrówki te zawierać muszą istotę jadowitą, dotychczas nieznaną. Osowate i pszczołowate, których przedstawicielami są osa zwykła (*vespa vulgaris*), szerszeń (*vespa crabro*), pszczoła (*apis mellifica*) i trzmiel (*bombus hortorum*), opatrzone są w żądło, wewnątrz wydrążone, zostające w związku z gruczołem, wydzielającym jad, który w chwili ukłucia wpływa do rany podobnym sposobem jak przy ukąszeniu żmii. Żądło to służy jednym do odparcia nieprzyjaciół, innym, szczególnie karmiącym swe gąsienice, do tego, aby złowioną ofiarę ubezwładnić. Widzimy z tego, że są to zwierzęta czynnie jadowite.

O naturze chemicznej jadu pszczół pouczyły badania Brandta i Ratzenburga, Pawła Berta, Charleta i szczególnie, dokładne badania Józefa Langera, który badał jad zebrany z 25000 sztuk pszczół. Ilość wydzieliny z jednego gruczołu jadowego pszczoły wynosi 0·2—0·3 mg.; jad ten jest przeźroczysty, działa kwaśno, posiada smak gorzkawy i właściwą aromatyczną woń, ciężar gat. = 1·1313 i zawiera około 30% suchej pozostałości. Kwaśne oddziaływanie wydzieliny pochodzi prawdopodobnie od kwasu mrówkowego, podobnie jak i woń. Istota działająca, uzyskana w stanie czystym z jadu pszczół, tworzy z odczynnikami ogólnymi na alkaloidy osady żółte i stąd Langer wnosi, że istota ta musi być zasadą organiczną na wzór alkaloidów. Z powodu braku i trudności dostarczenia odpowiedniej ilości materyału nie można było istoty tej bliżej określić w kierunku chemicznym. Wiemy tylko, że istota ta rozkłada się pod wpływem związków utleniających, n. p. nadmanganianu potasowego, chloru, bromu, a również pod wpływem fermentów, jakoto pepsyny, pankreatyny i podpuszczki.

Działanie farmakologiczne jadu pszczół objawia się wywołaniem silnego bolu i stanu zapalnego w miejscu ukłucia, oraz miejscowem obumarciem tkanki. Dalsza okolica ukłucia ulega silnemu przekrwieniu i obrzękom. Na skórę zdrową, nieuszkodzoną, jad nie działa. Jad, śródżylnie wstrzyknięty psu, wywołuje drgawki, które się wzmagają i przechodzą w napady ogólnych drgawek, połączonych z szczękościskiem, drżeniem gałek ocznych i tężcem tylnym, wśród których zwierzę wskutek ustania oddychania ginie. Na krew psa działa jad hemolitycznie, niszczy krwinki czerwone i wytwarza methemoglobinę. Znamiennem dla tego jadu jest, że małe ilości jadu, wprowadzane często do ustroju, mogą do pewnego stopnia ustrój uodpornić, z tem zjawiskiem spotykamy się u osób, zajmujących się pszczelnictwem.

U człowieka znane są przedewszystkiem objawy, wywołane miejscowem działaniem jadu żądłówek; rzadziej spotykamy się z ogólnymi objawami, powstającymi po wchłonięciu jadu, chociaż znajdujemy w piśmiennictwie kilka przypadków ciężkiego otrucia, ogłoszonych przez Hasselta i Caffego. W przypadkach tych występowały dreszcze, stan gorączkowy z bolem głowy, w niektórych objawy działania na układ nerwowy ośrodkowy, zemdlenia, śpiączka, bredzenie, a w niektórych, szczególnie u dzieci, objawy ciężkie, z zejściem śmiertelnem.

W końcu należy jeszcze wspomnieć o tem, że niekiedy miód przez pszczoły, trzmiele zebrany i wytworzony, posiada własności trujące. O przypadku takim pisze już Xenofont (*Anabasis IV cap. 8*) podobnie Aristoteles, Strabo, Plinius i Dioscorides a Hamilton stwierdził podobny przypadek w Trapezuncie w r. 1843. W nowszych czasach opisuje Auben (*British Medical Journ.* 1. 1905) przypadki zatrucia dzikim miodem, jakie zdarzyły się wśród Maorysów w Nowej Zelandyi. Przyczynę własności trującej pewnych gatunków miodów, należy upatrywać w okoliczności, że pszczoły wysysają z niektórych roślin zawarte w nich trucizny. Do takich roślin trujących, które mogą zatruć miód, należą rośliny z rodziny *apocyneae*, *ericaceae* i *ranunculaceae* (Archangelsky, *Archiv. f. experim. Patolog.* 46. 1901).

Z rzędu muchówek (*diptera*), opatrzonych w narzędzia pyszczkowe, odsiężone w trąbkowatą ssawkę, często kłujkami opatrzoną, szczególnie komarowate (*culicidae*) zasługują na uwagę, a z tych gatunki wodzien (*corethra*), doskwier (*cedes*), widlisz (*anopheles*) i komar (*culex*). Ssawką wysysają soki z roślin lub też krew ze zwierząt i ludzi; ranki drobne, w ten sposób wywołane, są bolesne, a w miejscu ukłucia uczuwamy swiąd silny i spostrzegamy tworzenie się bąbli. Te objawy miejscowe musimy również odnieść do działania istoty silnie drażniącej, o której naturze nic nie wiemy. Badania biologiczne, dotyczące tych owadów, posłużyły jednak do ważnych bardzo odkryć, a mianowicie do wyjaśnienia etyologii niektórych chorób zakaźnych. W ten sposób wiemy, że widlisz (*anopheles*) przenosi pasorzyty zimnicze, nagana śpiączkę afrykańską, a muchy tse-tse (*glossinae Wiedemann*) świdrowicę (*trypanosomiasis*).

Z muchówek, zawierających istoty jadowite, a których ukłucie dotkliwie się daje uczuwać ludziom i zwierzętom wymienić jeszcze należy bolimuszkę kleparkę (*stomoxys calcitrans*), u nas pospolitą i odmianę *stomoxys columbacensis*, pojawiającą się w okolicach dalszego biegu Dunaju, a mianowicie w Serbii, poznaną szczególnie we wsi Golubatz, gdzie chmarami się pojawia i wywołuje u ludzi i zwierząt ciężkie objawy zatrucia wskutek zadanych ukłuć. (C. d. n.)

Kilka słów o gryserynie.

Podał

Dr A. Szancer
(Piotrków).

Różne, jakoby swoiste, sposoby leczenia gruźlicy niepotwierdziły pokładanych w nich nadziei; tak się stało z tuberkuliną Kocha, surowicą Maragliano i Marmorka, hetolem Landerera, leczeniem promieniami Roentgena i światłem. Być może, że przyszłość przyniesie surowicę istotnie swoistą, a dla ustroju nieszkodliwą; dopóki jednak takiej niema, nie należy zaniedbywać prób z innymi, choćby tylko objawowo działającymi środkami. Dlatego chcę zwrócić uwagę na środek, podawany wewnętrznie, mający osłabiać żywotność i dalszy rozwój prątków Kocha. Takim środkiem ma być g r y s e r y n a, wprowadzona do lecznictwa przez Küstera (Berlin). Według niego 2% rozczyn gryseryny, której skład chemiczny określa wzór $C_9 H_4$ JOHS. O_3H. N, działa tak samo, jak 3% rozczyn kwasu karbolowego. Zachwalają ten środek S t e i n e r (Altenburg), M a c h n e r - M o n s (Erfurt), a jeżeli P e t r u s c h k y (Gdańsk) nie otrzymał dodatnich wyników, to przyczyną tego mogło być niewłaściwe stosowanie leku, który należy zawsze podawać dwa razy dziennie — rano na czczo i wieczorem we dwie godziny po posiłku. Gryseryna jest żółtym proszkiem ze słabym zapachem; podaje się ją z początku po 0,3 dwa razy dziennie przez dwa tygodnie, następnie po 0,4 także w ciągu dwóch tygodni, a ostatnie dwa tygodnie po 0,5 również dwa razy dziennie. Dobrze znoszą gryserynę osoby skłonne do zaparcia stolca; przy nieżycie jelit lub skłonności do rozwolnień zamiast rannej dawki gryseryny zaleca się 0,5—1,0 tannalbiny.

Od roku stosuję gryserynę przy gruźlicy płuc ze stwierdzonymi prątkami Kocha w plwocinie i jestem zadowolony z działania tego leku. Trującego działania nie zauważyłem ani razu. Do tannalbiny musiałem uciekać się rzadko kiedy. Waga ciała wzrastała ciągle w czasie sześciotygodniowego leczenia gryseryną; jednemu z chorych moich przez ten przeciąg czasu przybyło 23 funty wagi. Przedmiotowo stwierdzałem w płucach jedynie pewne wyjaśnienie się odgłosu wypukowego i zmniejszenie się ilości rzężeń; natomiast podmiotowo następowała wyraźna poprawa: łatwiejsze wykrztuszanie, większe łaknienie, poty mniejsze, chorzy czuli się silniejsi. W praktyce prywatnej niepodobna zebrać dokładnych spostrzeżeń; możeby przeto koledzy szpitalni[1]) lub w sanatoryach dla gruźliczych zechcieli wypróbować działanie gryseryny, zwłaszcza w tych przypadkach, w których gruźlica rozwinęła się po przebyciu kiły, jak to zaleca M a c h n e r - M o n s. Sam stwierdziłem dobre działanie gryseryny przy kiłowych zmianach tętnic i jednoczesnej gruźlicy płuc.

Leśnik K. przed sześcioma laty przechodził kiłę; leczył się pod moim kierunkiem, miał kilka nawrotów drugorzędnych; przed dwoma laty po przeziębieniu zaczął chorować na płuca: często gorączkował, dużo kaszlał; w plwocinie znaleziono prątki Kocha; później stwierdziłem zgęszczenie w lewym szczycie, poty nocne, wychudzenie. Od paru miesięcy doznawał zawrotów głowy, mdłości, szumu w uszach, nie mógł pracować wskutek drżenia kończyn i częstego omdlewania. Leczenie swoiste mieszane bez skutku. Po dwóch sześciotygodniowych okresach leczenia gryseryną β — ustąpiły wszystkie objawy, chory czuje się dobrze i pracuje.

Przeciwwskazane są przy używaniu gryseryny sole ciężkich metali i kwaśne potrawy.

Próbowałem podawać gryserynę także w durze brzusznym, ale zbyt mało zebrałem spostrzeżeń, by z nich można wysnuć jakieś wnioski. Sprawdzenie skuteczności gryseryny w błonicy, jak opisują K ü s t e r, K o r f f, D ö r s c h l a g i inni — pozostawiam kolegom klinicznym; ja obecnie próbuję działania gryseryny α przy wrzodach goleni, jak to zalecał S t e i n e r, a z wyników zdam w swoim czasie sprawę.

[1]) Gryseryna jest jednym z »cudownych« środków, zaleconym pierwotnie przez laika; dopiero gdy K ü s t e r ogłosił dziwnie entuzyastyczny artykuł w »Berliner klin. Wochenschrift« 1905, dostał się środek ten w ręce lekarzy, spotykając się jednak z uzasadnionym sceptycyzmem. U nas zajął się już ścisłem zbadaniem działania gryseryny K r o k i e w i c z na swoim oddziele w szpitalu św. Łazarza w Krakowie (»Gazeta lek.« 1905, Nr 17, streszczenie w »Przegl. lek.« 1905, Nr 39, str. 621) i stwierdził, że gryseryna działa wprost s z k o d l i w i e. *Przyp. red.*

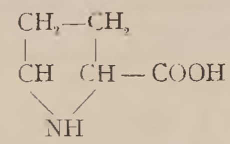
Zaburzenia w wymianie materyi białkowych. Cystynurya, diaminurya, alkaptonurya i stany pokrewne.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

Dr. St. Mostowski.

Pierwszymi wytworami rozkładowymi białka są albumozy i peptony; ostatecznymi kwasy aminowe: glykokol (glycyna = kwas amino-octowy), alanina (kw. α-aminopropionowy), seryna (kwas α-amino- β-oksypropionowy), kwas α-aminowaleryanowy, leucyna (kwas α-aminoisobutylooctowy), kwas asparaginowy (aminobursztynowy), glutaminowy (α-aminoglutarowy), tyrozyna (p-oksyfenylo- α-aminopropionowy), fenylalanina (fenyl- α-aminopropionowy, cystyna (kw. α-diamino- β-ditiodilaktylowy), kwas α-tiomlekowy, α-pyrrolidynokarbonowy



i tryptofan, który przez jednych uważany jest za kwas skatolaminooctowy, przez innych za kwas indol- β-aminopropionowy.

Obok wyliczonych kwasów, nazwanych monoaminowymi, dlatego, że tylko jedną grupę aminową ($—NH_2$) zawierają i to zawsze w związku z węglem, stojącym w najbliższem sąsiedztwie grupy karboksylowej, czyli w pozycyi — α — powstają jako ostateczny wytwór rozkładowy białka kwasy diaminowe: arginina (kwas gwanidyno- α-aminowaleryanowy), lyzyna α- ε-diaminokapronowy i histydyna.

Z tych wyliczonych ciał, a prawdopodobnie z niewielkiej ilości innych, jeszcze niewykrytych a podobnie zbudowanych kwasów aminowych, zbudowaną jest niesłychanie skomplikowana drobina białka.

Dla poznania budowy białek, stanowiących główny składnik substancyi żywej, możliwe są dwie drogi: 1) oddzielenie wytworów pośrednich, między peptonami a kwasami aminowymi stojących, które niewątpliwie można otrzymać przy łagodniejszem zadziałaniu czynników rozkładających białko (ferment żołądkowy, trzustkowy, rozcieńczone kwasy, przy niższej ciepłocie działające). Ta droga analityczna jest jednak niesłychanie trudną. Natomiast lepsze wyniki obiecuje droga odwrotna, zatem droga syntezy.

Po mniej szczęśliwych próbach G r i m e a u x - S c h u t z e n b e r g e r a i P i c k e r i n g a udało się C u r t i u s o w i, głównie jednak E. F i s c h e r o w i. połączyć ze sobą kwasy aminowe. Produkta te nazwał F i s c h e r di-tri-polypeptydami, zależnie od ilości kwasów aminowych, łączących się ze sobą. Ogólnie nazywamy te ciała peptydami. Wiele z nich daje odczyn biuretowy, a także inne odczyny białek lub też peptonów, najznamienniejszą zaś dla peptydów jest możność rozkładu ich przez zaczyn trzustkowy, przyczem rozkład ten różnie przebiega zależnie od budowy i konfiguracyi peptydów. Rozkład przez zaczyn trzustkowy, doprowadzający aż do kwasów aminowych, jest także najznamienniejszym odczynem białek; zagadnienie syntezy białek zostało zatem w z a ł o ż e n i u rozwiązane. Poznanie ciał tych, syntetycznie otrzymanych, ułatwi oczywiście ich analityczne wykrycie w wytworach rozkładu białek w jelitach i w innych częściach ustroju. Te zdobycze czystej chemii wytknęły nowe tory badaniom fizyologicznym.

Pierwsze nasuwało się pytanie, czy w jelitach białko musi uledz zupełnemu rozkładowi, aby mogło być wessane, czy też, jakby się wydawało odpowiedniejszem ze stanowiska teleologicznego, rozkład ten nie jest zupełny, lecz wessaniu ulegają większe kompleksy, o znamionach peptydów, które uwolnione od innych członków, obcych białku ustrojowemu, mogą tworzyć jego jądro. Badania doświadczalne (1) przemawiają za tą drugą możliwością. Drugie pytanie, gdzie odbywa się synteza białka, czy w ścianie jelita, czy w wątrobie, czy wreszcie w samych komórkach ustroju (O. L o e w i) jest jeszcze nierozstrzygnięte.

Białko przyswojone, czyli obecnie już białko ustrojowe, zanim ulegnie sprawie utlenienia na ostateczne wytwory rozkładu, t. j. mocznik, kwas węglowy i wodę, musi przebyć cały szereg przemian, od których poznania i ujęcia pod względem energetycznym zależy zrozumienie fizyologii ustroju. Dział ten jako najtrudniejszy, jest też najciemniejszym z całej fizyologii chemicznej

Pewne światło rzucają na niego zboczenia chorobowe, ciekawe także ze względów klinicznych. Przedstawienie nowszych badań nad tymi stanami jest przedmiotem niniejszego sprawozdania.

Cystynurya.

jest zboczeniem, polegającem na wydzielaniu drogą moczu cystyny; mocz tworzy obfity osad, drobnowidowo składający się z sześciobocznych tabliczek. Dzienna ilość wydzielonej cystyny dochodzi do 0·5 gr. i więcej.

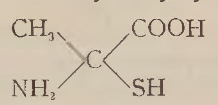
Głównem niebezpieczeństwem tego stanu jest tworzenie się kamyków, z następowemi zmianami w nerkach. W razie zejścia śmiertelnego stwierdzano w opisanych wypadkach zniszczenie nerek wskutek roponercza. Wzór Thaulova dla cystyny jest $(C_3H_6NSO_2)_2$.

Wydzielanie cystyny, lub też wytworu redukcyi tejże, t. j. cysteiny, można wywołać także doświadczalnie, karmiąc psy chlor-, brom- lub jod-benzolem; w moczu występują wówczas kwas bromofenylomerkapturowy $C_{11}H_{12}NSBrO_3$. Że w ciele tem zawarte jest jądro cysteiny, dowodzą badania nad budową tego kwasu. Silne kwasy rozkładają go mianowicie na kwas octowy i ciało o wzorze $C_9H_{10}BrNSO_2$. Gdy to drugie ciało rozłożymy alkaliami, otrzymamy p- bromfenylmerkaptan, amoniak i kwas pyrogronowy według wzoru:

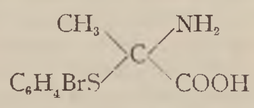
$$C_9H_{10}BrNSO_2 + H_2O = \underset{\text{p-bromfenylmerkapton}}{C_6H_4BrSH} + NH_3 + \underset{\text{kwas pyrogronowy}}{CH_3 - CO - COOH}$$

Ponieważ przy rozkładzie cysteiny alkaliami $[Ba(OH)_2]$ także powstaje kwas pyrogronowy, a nadto amoniak i siarkowodor się odszczepia, zatem ciało o wzorze $C_9H_{10}BrNSO_2$, przy którego rozkładzie w miejsce siarkowodoru cysteiny otrzymujemy bromfenylmerkaptan, musimy uważać za bromfenylcysteinę.

Ponieważ zaś na podstawie wytworów rozkładowych, t. j. kwasu pyrogronowego, amoniaku i siarkowodoru, Baumann uważał za możliwy wzór dla cysteiny tylko

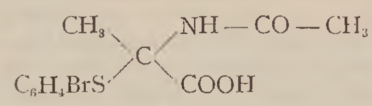


według którego cysteina byłaby kwasem α-amino-tiomlekowym, więc bromfenyl cysteina miałaby według Baumanna wzór



byłaby zatem kwasem α-aminotiobromfenylopropionowym.

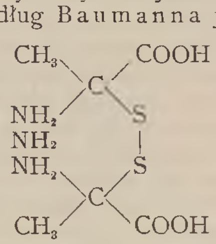
Przy działaniu na to ciało bezwodnikiem kwasu octowego powstaje pierwotny, w moczu w opisanych warunkach występujący kwas bromofenylomerkapturowy



który na podstawie tych danych musimy uważać za kwas α-acetamido-tio-brom-fenylpropionowy.

Cysteina zaś byłaby, jak wspomniano, kwasem α-amino-α-tiomlekowym, t. j. zarówno grupa $-NH_2$, jak $-SH$ (sulfhydrylowa), byłaby związana z węglem w pozycyi α.

Przez utlenienie cysteiny słabymi środkami powstaje cystyna, której wzór według Baumanna jest:



Cystyna jest zatem dwusiarczkiem kwasu α-amidotiomlekowego.

Tak przedstawiała się chemiczna strona badań nad cystyną do ostatnich czasów. Dopiero Friedmann obalił te zapatrywania na budowę cystyny (2).

Udało mu się otrzymać z cystyny z jednej strony kwas β-tiomlekowy, co dowodzi obecności grupy SH w pozycyi —β. Z drugiej zaś strony przy ogrzaniu kwasu cystynowego (wytworu utlenienia cystyny bromem) w rurze do 235—240° otrzymano 59% tauryny. Ponieważ zaś tauryna ma budowę dokładnie znaną i wzór jej jest $CH_2NH_2 - CH_2SO_3H$, przemiana ta dowodzi zatem, że w cystynie grupy $-NH_2$ i SH stoją na odrębnych węglach.

Wzór więc cysteiny byłby według Friedmanna $CH_2 - SH - CHNH_2 - COOH$, t. j. cysteina byłaby kwasem α-amino-β-tiomlekowym. Ten sam autor dowiódł (3), że i w kwasie bromfenylmerkapturowym grupa —SH stoi w pozycyi —β. Z kwasu tego otrzymał bowiem ten autor kwas bromfenyl — β-tiomlekowy, o znanej budowie. Z drugiej strony z cysteiny, co do której stwierdził, jak powiedzieliśmy, że jest kwasem α-amino- β-tiomlekowym, otrzymał syntetycznie kwas bromfenylmerkapturowy.

Wobec tego dla cysteiny, w tem ciele zawartej, należy przyjąć ten sam wzór, co dla cysteiny, z innych źródeł pochodzącej; natomiast, jeślibyśmy utrzymali wzór Baumanna dla kwasu bromfenylmerkapturowego, należałoby przypuścić obecność dwu cystyn w ustroju, z których jedna byłaby substancyą macierzystą dla tauryny, druga dla kwasu bromfenylmerkapturowego.

Badania Friedmanna potwierdziła synteza cystyny, wykonana przez Erlenmeyera jun. (11) z estru benzoylowego seryny $+ P_2S_5$ (wzór seryny jest $CH_2OH - CH(NH_2) - COOH$) (11).

Gdy Friedmann przyjmuje w białku jedną tylko cystynę, Neuberg uważa za udowodnioną przez siebie obecność drugiej cystyny (5). Wykazał on mianowicie, że kamienie, wydzielone w cystynuryi, najczęściej przedstawiają inne krystalizacye, niż cystyna, otrzymana z białka (poraz pierwszy przez Mörnera (4)), a także cystyna, występująca w osadzie moczu; te dwie ostatnie są identyczne. Gdy cystyna z osadu moczu, przez Neuberga nazwana proteinową cystyną, krystalizuje w sześciobocznych tabliczkach, to cystyna z kamieni otrzymana krystalizuje w igłach.

Ta kamienna cystyna niejednokrotnie zanieczyszczona jest cystyną proteinową, z którą w pewnych stosunkach zmieszana, tworzy kryształy mieszane, także iglaste, stąd trudno jest otrzymać ją w stanie czystym.

Według danych Neuberga (6) jest cystyna kamienna łatwiej rozpuszczalna, niż cystyna proteinowa, różni się zaś od ostatniej skręcalnością gatunkową, punktem topliwości i temiż własnościami swych związków.

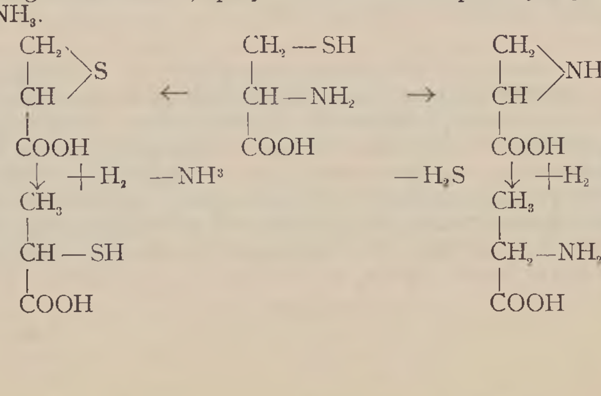
Tej drugiej cystynie czyli izocystynie i z niej otrzymanej cysteinie nadaje Neuberg wzór $CH_2 - NH_2 - CH_2SH - COOH$; byłaby ona zatem kwasem α-tio-β-aminomlekowym. Ciało to zachowywać się ma inaczej, niż zwykła cystyna, także pod względem fizyologicznym, o czem wspomniemy później.

Obok Neuberga największym zwolennikiem zapatrywania, że w białku są obecne dwie cystyny, zatem przynajmniej cztery atomy siarki w drobinie białka, jest Mörner (4) (7). Wogóle następujące fakta przemawiają za obecnością dwu cystyn w drobinie białka: *a*) obok różnych własności fizycznych cystyny kamiennej i proteinowej i ich połączeń, przemawia za tem *b*) otrzymanie z cystyny (oddzielonej z substancyi rogowych) kwasu α-aminopropionowego i α-tiomlekowego. Jeśli się zważy, że Friedmann otrzymał z cystyny kwas β-tiomlekowy, a Mörner α-tiomlekowy, najłatwiej sprzeczność tę pogodzić, przyjmując z Mörnerem i Neubergiem, że surowa cystyna, z białek otrzymana, składa się z dwu izomerów. Dla uproszczenia używamy wzorów dla cysteiny

$$CH_2SH - CH_2NH_2 - COOH \text{ proteinowa cysteina}$$
$$CH_2NH_2 - CHSH - COOH \text{ cysteina kamienna.}$$

Pierwsza byłaby substancyą macierzystą dla kwasu β-tiomlekowego (lub siarkowodoru) i kwasu α-aminopropionowego, druga dla kwasu α-tiomlekowego i amoniaku, które to ciała przy rozkładzie uskutecznionym przez Mörnera powstają.

Natomiast Gabriel nie uważa za konieczne przyjmowanie drugiego izomeru cystyny; otrzymanie opisanych wytworów rozkładowych można pogodzić z obecnością jednej tylko cystyny w białku, jeśli przyjmiemy, że rozkład nie w jednym, lecz w dwu przebiega kierunkach, przyczem raz odszczepia się H_2S, drugi raz NH_3.

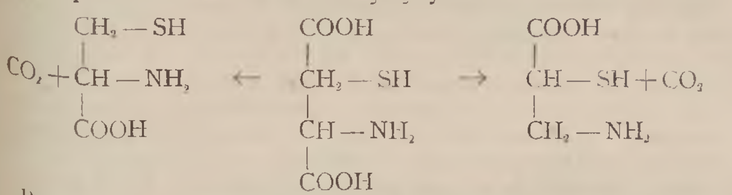


c) Trzecim i najważniejszym dowodem, przemawiającym na korzyść rzeczywistego istnienia dwóch cystyn jest otrzymanie przy dłużej niż tydzień trwającym rozkładzie (HCl) substancyi rogowych cystyny, w igłach krystalizującej, która w odróżnieniu od zwykłej cystyny silnie lewoskrętnej [$(\alpha)_D = -224{\cdot}3$], optycznie słabo tylko była czynną, lub nawet była prawoskrętną [$(\alpha)_D = +47^0$, $+93^0$ nawet]. Wytłómaczyć to możnaby w ten sposób, że lewoskrętna cystyna uległa przy dłuższem ogrzewaniu przemianie w prawoskrętną. To jednak tłómaczenie nie wytrzymuje krytyki. Nigdy bowiem nie stwierdzono, aby lewoskrętna forma przeszła pod wpływem czynników fizycznych (jak ogrzewanie), lub czynników symetrycznych (kwas solny) w enentiomorficzną formę prawoskrętną. Teoretycznie nie da się to nawet pomyśleć. Nadto optyczny antypoda ma zawsze taką samą krystalizacyę, oczywiście tylko enentiomorficzną, natomiast prawoskrętne preparaty krystalizowały w postaci całkiem różnej, bo w igłach. Nadto otrzymana przez Neuberga (8) prawoskrętna proteinowa cystyna krystalizuje rzeczywiście w tabliczkach.

Fakta te przemawiają zatem za izomeryą strukturową, a nie za stereoizomeryą. Otrzymanie przez Mörnera tych iglastych preparatów należy objaśnić odszczepieniem się drugiej cystyny z drobiny białka, która, jak to musimy przypuścić, trudniej zatem da się z kompleksu białka wyłączyć, niż proteinowa cystyna.

Gdyby się dało uzyskać jeszcze więcej pewnych dowodów, że cystyna kamienna odpowiada rzeczywiście wzorowi kwasu α-tio-β-aminomlecznego, zajmowałaby ona między wytworami rozkładowymi białka o tyle szczególne stanowisko, że byłaby kwasem β-aminowym, gdy wszystkie wytwory rozkładowe są α-aminowymi kwasami; zdaje się jednak, że i tryptofan jest kwasem β-aminowym, nie byłoby to zatem tak rażącym wyjątkiem.

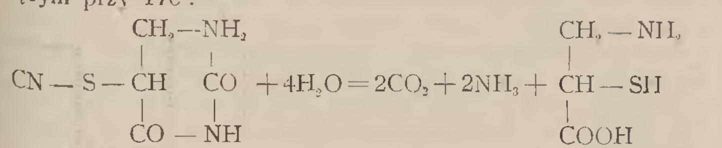
Neuberg skłonnym jest przyjąć za Baumannem obecność hypotetycznej karboksycystyny (-teiny), t. j. kwasu tio-aminobursztynowego w białku. Z tego kwasu przy rozkładzie mogłyby powstać obie omówione cystyny.



Proteincysteina kw. tioaminobursztynowy Cysteina kamienna

Analogon tego hypotetycznego kwasu wykrył rzeczywiście Skraup w wytworach rozkładu białka; jest to kwas oksyaminobursztynowy, który może być i zdaje się jest ciałem macierzystem dla seryny i isoseryny, jak kwas tioaminobursztynowy mógłby być ciałem macierzystem dla obu isomerycznych cystyn.

Isocystyna o wzorze, przez Neuberga dla cystyny kamiennej przyjętym, została otrzymana syntetycznie (9) przez Gabriela przez rozkład rodandihydrourocilu kwasem solnym dymiącym przy 170⁰.



Gabriel sam, badając cystynę kamienną, otrzymaną od Neuberga, nie mógł znaleźć pewnych subtelnych odczynów, które uważa za znamienne dla swej β-cystyny.

Natomiast Fischer i Suzuki (10), badając kawałek tego samego kamyczka, z którego Neuberg otrzymał swą kamienną cystynę, znaleźli, że kamyk ten silnie był zanieczyszczony tyrozyną; autorowie ci skłonni są tem zanieczyszczeniem objaśnić różnicę własności cystyny kamiennej i proteinowej, co dla teoryi Neuberga byłoby ciosem stanowczym, bo ośmieszającym.

W każdym razie jest rzeczą dosyć dziwną, że jeden z izomerów cystyny występuje tylko w osadzie moczu, drugi zaś, i to według wszelkich danych łatwiej rozpuszczalny, niż pierwszy, co więcej ten właśnie izomer, który w ustroju chorego na cystynuryę podany wewnętrznie, zostaje całkowicie spalony, o czem później mówić będziemy, wchodzić ma tylko w skład kamieni moczowych i to niestale, a zawsze niemal w towarzystwie drugiego izomeru. Sprawa zatem obecności dwu cystyn w białku zawsze jeszcze pozostaje wątpliwą.

Nowsze badania obaliły w każdym razie zapatrywania Baumanna na budowę cystyny, a przynajmniej wprowadziły znaczne poprawki do dawnych zapatrywań. Mniej jeszcze szczęśliwą była teorya patogenezy cystynuryi, podana przez tegoż samego badacza, którego badania mimo potrzeby wprowadzenia opisanych poprawek, pozostaną i nadal podwaliną naszych wiadomości o cystynuryi.

Baumann i Udranszky (12) stwierdzili, jak wiadomo pierwsi obecność diaminów; putrescyny (tetrametylendiamin) i kadaweryny (pentametylendiamin) w moczu dotkniętych cystynuryą. Ponieważ ciała te są, jak wiadomo, zwykłymi wytworami gnicia, zatem autorowie ci doszli do wniosku, że i cystyna, względnie cysteina jest wytworem gnicia jelitowego; cystynuryę należałoby zatem objaśnić jakimś nieprawidłowym przebiegiem fermentacyi w przewodzie pokarmowym.

Już w r. 1892 podniósł zarzuty przeciwko temu tłómaczeniu Eywind Bödtker (13); ani podanie salolu lub rezorcyny, zatem środków, znoszących lub zmniejszających fermentacyę jelitową, ani przepłukanie jelit nie wpływały na ilość cystyny w moczu. Nadto Bödtker nie znalazł nigdy ptomainów w kale dotkniętych cystynuryą, których mocz ptomainy zawierał. I z moczu zresztą ptomainy znikały po pewnym czasie.

Dopiero badania Abderhaldena i Loewy-Neuberga wytłómaczyły patogenezę cystynuryi. Kaufmann (Bazylea) znalazł w narządach zwłok 21½-miesięcznego chłopca, zmarłego z wyniszczenia, narządy wewnętrzne, zasiane licznymi białymi punktami; częściowo n. p. w wątrobie nacieki te tworzyły gęste białe masy. Mikroskopowo masy te składały się z okrągłych i kanciastych sześciobocznych tabliczek. Była to cystyna.

Chemicznie przypadek ten zbadał Abderhalden (14). Cała rodzina wspomnianego dziecka cierpiała na rodzinną skazę cystynową. Oprócz owego chłopca, także dwoje innych dzieci zmarło; u obojga stwierdzono podobny do opisanego obraz sekcyjny. W moczu dwu żyjących chłopców, w moczu ojca i dziadka tej rodziny (w linii męskiej) można było stwierdzić obecność mniejszych lub większych ilości cystyny. Diaminów mocz nie zawierał.

Na podstawie tego obrazu anatomicznego Abderhalden pierwszy wypowiedział twierdzenie, że cystynurya polega na swoistej nieprawidlowości rozkładu białka; z badań bowiem Bluma (15) wiadomo, że cystyna podana wewnętrznie lub podskórnie nie opuszcza ustroju jako taka, lecz zwiększa ilość siarkanów i kwasu tiosiarkowego w moczu; natomiast wstrzyknięta do żył krezkowych, zwiększa ilość łatwo odszczepiającej się siarki w żółci.

Ten fakt w związku ze spostrzeżeniem Abderhaldena niewątpliwie dowodzi, że cystynurya polega na niemożności dalszego rozkładu cystyny w ustroju samym. Z drugiej strony tak wielka ilość cystyny, w tkankach nagromadzonej, dowodzi, że ciało to powstało na miejscu w tkankach. Ta okoliczność, podobnie jak występowanie kwasu homogentizinowego w ustroju dotkniętym alkaptonuryą, dla którego to kwasu ciałem macierzystem może być tylko tyrozyna lub fenylalanina, są jednym z głównych dowodów, że wymiana białka w pośredniej wymianie ustroju jest sprawą zupełnie podobną do rozkładu białka sztucznego poza ustrojem, przeprowadzonego czy to drogą fermentacyi, czy przez działanie kwasów, czyli mówiąc poprostu, że białko w tkankach przed zupełnem utlenieniem musi się rozłożyć na te same człony, czyli kwasy aminowe, które otrzymujemy przy jego sztucznym rozkładzie (16).

Późniejsze badania wykryły, że nietylko rozdział dalszy cystyny jest w ustroju dotkniętym cystynuryą zniesiony, ale że ta niemożność dalszego rozkładu czy utlenienia odnosi się także do innych mono- i diaminowych kwasów, że zatem cystynurya jest *par excellence* chorobą wymiany materyi białkowych, analogiczną do cukrzycy. Podobnie jak w cukrzycy ustrój może rozłożyć hydrolitycznie glikogen na cukier gronowy, tego jednakże ciała nie może dalej rozłożyć i ostatecznie spalić, tak i w cystynuryi ustrój rozkłada białko na kwasy aminowe, tych jednakże, a przynajmniej niektórych z nich, głównie zatem cystyny, nie może już dalej rozłożyć i ostatecznie utlenić.

Loewy i Neuberg (17) stwierdzili, że kwasy aminowe n. p. tyrozyna, podane wewnętrznie choremu na cystynuryę, prawie ilościowo wydzielają się drogą moczu. N. p. z 5 gr. podanego kwasu asparaginowego znaleziono w moczu 3·4 gr. Ustrój zdrowy kwasy te spala całkowicie. Proteincystyna, podana zdrowemu człowiekowi wewnętrznie, spala się całkowicie, jak wspomniano wyżej. Natomiast u dotkniętego cystynuryą podanie proteincystyny zwiększa ilość cystyny w moczu. Natomiast cystyna z kamieni, odpowiadająca własnościami opisanej przez Neuberga cystynie kamiennej, zachowuje się w ustroju dotkniętym cystynuryą tak, jak cystyna proteinowa w ustroju prawidłowym, t. j. zwiększa ilość siarkanów i siarki obojętnej w moczu, sama zaś do moczu się nie przenosi.

Podobnie źle zostają przez ustrój wyzyskane i inne kwasy aminowe.

Jeszcze ciekawszem jest jednak zachowanie kwasów diaminowych w ustroju dotkniętym cystynuryą. Przy podaniu takiemu choremu wewnętrznie lizyny, nie można w moczu wykryć tego kwasu, natomiast znaleźć można w moczu kadawerynę (pentametylendiamin), której przedtem mocz wcale nie zawierał; podobnie podana wewnętrznie arginina przechodzi do moczu jako putrescyna (tetrametylendiamin). W ten sposób autorowie ci wykryli, co jest ciałem macierzystem diaminów, tak często w moczu u dotkniętych cystynuryą napotykanych. Z powodu warunków zewnętrznych nie podawali autorowie ciał tych podskórnie: dlatego nie jest rzeczą pewną, czy CO_2 odszczepiało się z kompleksu lizyny w przewodzie pokarmowym pod wpływem bakteryi, czy też w ustroju pod wpływem jego własnych fermentów, które są, zdaje się, identyczne z fermentami, których działanie spostrzegamy przy samostrawieniu (*autodigestio*, *autolysis*) (18).

Poza okresem doświadczeń nie udało się Loewy-Neubergowi wykryć w moczu chorych na cystynuryę, oprócz cystyny, żadnych innych kwasów aminowych.

Natomiast Abderhalden i Schittenhelm (19) wykryli w moczu badanego przez siebie chorego na cystynuryę tyrozynę i leucynę. Także i ci autorowie uważają zatem cystynuryę za ogólne zboczenie wymiany białkowej, nieograniczone do cystyny samej.

Jakże mamy wytłómaczyć sobie dokładniej to zboczenie wymiany materyi? Zasadniczym czynnikiem jest brak możności dalszego rozkładu cystyny, przypuszczalnie odpadnięcie jakiejś sprawy fermentacyjnej.

Czy ferment ten w całym znajduje się ustroju, czy pewien narząd go wytwarza, lub czy istnieje jakie współdziałanie narządów przy jego wytwarzaniu, jak Cohnheim (24) uczynił prawdopodobnem co do trzustki i układu mięśniowego przy cukrzycy, to są nasuwające się pytania. Blum (25) stwierdził, że zawiesina wątroby świeżej rozkłada zmieszaną z nią cystynę. Po tem, co powiemy o związku cystyny z tauryną, jest ten wynik badań Bluma zrozumiały; czyby go jednak można było uważać za dowód, że podkład cystynuryi leży w zboczeniu czynności wątroby? Napewne nic o tem powiedzieć obecnie nie można.

Nakoniec należy wspomnieć o próbach leczenia cystynuryi. Wszelkie leczenie narządu pokarmowego nie ma celu, gdyż cystynurya jest, jak wspomniano, chorobą wymiany materyi. Zadaniem leczenia może być zatem albo: 1) zwiększenie siły utleniającej ustroju, lub 2) podanie ciał, które w ustroju łączyłyby się z cystyną na łatwo rozpuszczalne ciało. Friedmann wykazał chemiczny związek cystyny z tauryną. Bergmann (20) udowodnił, że przy wewnętrznem podawaniu cystyny psu zwiększa się ilość tauryny w żółci, jeśli temu psu podamy równocześnie odpowiednią ilość cholanu sodu, czyli, że w razie zwiększenia ilości kwasu cholowego zmuszamy ustrój do zwiększenia wytwarzania tauryny, potrzebnej do syntezy kwasu tauro-cholowego.

Że zaś według Biddera i Schmidta do 30% siarki opuszcza ustrój jako tauryna żółcią (21), a niewątpliwie głównem, jeśli nie wyłącznem źródłem tauryny jest cystyna, byłoby to zatem sposobem uwolnienia ustroju od nagromadzającej się cystyny.

Dotychczasowe doświadczenia Simona i Campbella (23), polegające na podawaniu choremu na cystynuryę małych ilości kwasu cholowego, nie stwierdziły zmniejszenia ilości siarki neutralnej w moczu. Co prawda, na co zresztą nie zwrócono uwagi, tauryna, wydzielając się głównie jako kwas tauro-karbominowy, także zwiększa ilość siarki neutralnej; znaczna ilość siarki neutralnej niekoniecznie świadczy o znacznej ilości cystyny w moczu.

Alkaptonurya.

Według teoryi Baumanna także alkaptonurya jest pochodzenia jelitowego. Alkaptonurya jest, jak wiadomo, stanem cechującym się tem, że mocz zalkalizowany KOH (lub NH_3) zabarwia się pod wpływem tlenu powietrza na zielono-brunatno, potem na czarno. Mocz taki redukuje alkaliczny roztwór miedzi i srebra nader łatwo, natomiast nie redukuje roztworu alkalicznego bizmutu.

Własność tę zawdzięcza mocz obecności kwasu homogentizinowego = dwuoksyfenylooctowy

$$C_6H_3 \begin{cases} OH\ (1) \\ OH\ (4) \\ CH_2\,.\,COOH\ (5), \end{cases}$$

któremu w rzadkich przypadkach towarzyszy kwas uroleucynowy (dwuoksyfenylomlekowy) $C_6H_3(OH)_2CH_2\,.\,CH(OH)\,.\,COOH$, o podobnych do poprzedniego własnościach.

Substancyą macierzystą tych kwasów jest tyrozyna i kwas fenylaminopropionowy (26). Ilość kwasu homogentizinowego w moczu stoi w prostym stosunku do ilości tyrozyny i leucyny, podanej w pokarmach. Ale i po usunięciu całkowitem pokarmu kwas homogentizinowy nie przestaje się wydzielać, ilość jego spada wprawdzie na połowę, ale stosunek ilości kwasu homogentizinowego do ilości wydzielonego azotu = H : N = 44 : 100 utrzymuje się bez zmiany; dowodzi to, że kwas homogentizinowy powstaje z białka ustroju, nie w przewodzie pokarmowym zatem, ale w tkankach samych, że zatem alkaptonurya nie jest jakąś chorobą przewodu pokarmowego, ale zaburzeniem pośredniej wymiany materyi białkowych. Na innej drodze dowodzą tego samego doświadczenia Abderhaldena i Falty (27). Autorowie ci badali białko krwi chorego na alkaptonuryę co do zawartej w niem ilości tyrozyny i fenylalaniny. Znaleźli, że ilość tych dwu ciał w białkach krwi chorego, dotkniętego opisanem zboczeniem, nie różni się niczem od ilości tych ciał w białkach krwi człowieka prawidłowego. Jeśliby teorya Baumanna o jelitowem powstawaniu kwasu homogentizinowego odpowiadała rzeczywistości, białka ustrojowe chorego na alkaptonuryę nie powinny wcale zawierać w swym składzie tyrozyny i fenylalaniny, albo co najwyżej ślady tych ciał. Doświadczalnie bowiem dowiedziono, że ilość kwasu homogentizinowego, wydzielonego drogą moczu przez chorego na alkaptonuryę odpowiada dokładnie ilości tyrozyny i fenylalaniny, pobranej w pokarmach (28). Neubauer i Falta (29) zbadali dokładniej związek między budową różnych kwasów aromatycznych, a możnością przemiany ich w kwas homogentizinowy w ustroju chorego na alkaptonuryę.

Tylko te kwasy aromatyczne przechodzą w kwas homogentizinowy, które w łańcuchu bocznym w pozycyi —α posiadają grupę aminową lub hydroksylową. Kwasy aromatyczne hydroksylowane w pozycyi —β łańcucha bocznego nie przenoszą się w kwas homogentizinowy. Ponieważ kwas homogentizinowy w ustroju prawidłowym spala się całkowicie, najprościej jest przyjąć, że kwas homogentizinowy jest zwykłym wytworem utlenienia tyrozyny i fenylalaminy, wytwarzającym się w każdym ustroju. Gdy jednak ustrój zdrowy ma możność całkowitego spalenia tegoż kwasu, to w ustroju chorego na alkaptonuryę utlenienie na tym stopniu się zatrzymuje. Alkaptonurya polegałaby zatem na niemożności utlenienia dalszego rodnia benzolowego, które to utlenienie już się zaczęło przez podstawienie wodorów w miejscach 2 i 5 grupami wodorotlenowemi; że tu sam rodzeń benzolowy stanowi przeszkodę nieprzebytą dla siły utleniającej chorego ustroju, niemożność zaś utlenienia nie zależy od łańcucha bocznego, tego dowodzi to, że także kwas gentizinowy (2—5 dwuoksybędźwinowy) zostaje bez zmiany wydzielony przy alkaptonuryi, natomiast ustrój zdrowy spala go całkowicie. Kwas gentizinowy zaś łańcucha bocznego wcale nie posiada.

Czy to zaburzenie czynności mamy sobie tłómaczyć brakiem jakiegoś fermentu, wywołującego nieznany nam rozkład kwasu homogentizinowego, poprzedzający całkowite utlenienie tegoż; czy to zaburzenie czynności da się odnieść wyłącznie do pewnego narządu, n. p. wątroby (30), w którejby ten rozkład się odbywał — to są pytania, na które na razie nie można dać odpowiedzi.

Klinicyści uważają to zboczenie za stałe (31), które już u noworodka zaraz po pobraniu pokarmów się zaczyna i nie ulega wahaniom: nie przynosi jednak żadnej szkody zdrowemu ustrojowi. Garrod (32) uważa alkaptonuryę za igraszkę natury tak jak bielactwo (albinismus). Podobnie jak bielactwo, alkaptonurya występuje głównie w męskiej linii; nader ciekawem także jest występowanie alkaptonuryi, podobnie jak bielactwa u dzieci, których rodzice blisko są ze sobą spokrewnieni. Z 32 zestawionych przez Garroda (32) przypadków 19 należało do 7 rodzin; z 19 przypadków 12 dotyczyło potomstwa bliskich krewnych; na 40 ogółem opisanych przypadków tego zboczenia było 29 mężczyzn, a tylko 11 kobiet.

Zaburzenia wymiany materyi białkowych w innych stanach.

Jak powiedzieliśmy, cystynurya i alkaptonurya dostarczają nam głównego dowodu, że białko w pośredniej wymianie ustroju rozkłada się na te same składniki, co przy rozkładzie sztucznym. Za tem twierdzeniem przemawia również występowanie kwasów aminowych w moczu także i w innych stanach chorobowych. Że przy zaburzeniach wymiany materyi białkowych myślimy przedewszystkiem o wątrobie, tłómaczy się tem, że właśnie przy

ciężkich zboczeniach wątroby, jak przy zatruciu fosforem, ostrym żółtym zaniku wątroby, mocz zawiera znaczną ilość kwasów aminowych.

Obok dawniej znanych (33) kwasów, t. j. leucyny, tyrozyny, glykokolu, fenylalaniny, znaleziono w moczu zatrutego fosforem (34) alaninę i argininę.

Neuberg i Richter (35) znaleźli we krwi chorego na ostry żółty zanik wątroby lizynę.

Okolicznościowo znajdowano kwasy aminowe, głównie tyrozynę i leucynę i w innych stanach, jak w moczówce, przy zamknięciu przewodów żółciowych, po uśpieniu chloroformowem, w białaczce, w durze i t. d.

Z badań systematycznych w kierunku obecności kwasów aminowych w moczu, przeprowadzonych w nowszych czasach przy użyciu metody E. Fischera (17), polegającej na przeprowadzeniu tychże kwasów w połączenie z chlorkiem kwasu β-naftalino-sulfonowego, wymienić należy pracę Ignatowskiego (36), Forssnera (37), Embdena (38), który udoskonalił metodę Fischera i powiększył wyzyskanie kwasów aminowych, Abderhaldena-Schittenbelma (39), Samuelego (40).

Z badań tych wynika przedewszystkiem, że glykokok jest prawidłowym składnikiem moczu. Ilość β-naftalinsulfoglycyny, otrzymana przez dwóch ostatnich autorów z litra moczu prawidłowego, wynosiła 0·050—0,333 gr

Neuberg-Wohlgemuth (41) według własnej metody (przez przeprowadzenie glykokolu w związek z naftylcyanatem) oblicza ilość glykokolu na 0,0025%, coby z poprzedniemi liczbami mniej więcej się zgadzało. Ohie metody nie są niestety wcale ilościowe. Ilość wyzyskanych kwasów aminowych zależy od różnych warunków i waha się między 50—90% ilości rzeczywistej ciała badanego.

Czy glykokol, znajdowany w moczu prawidłowym, jest wytworem rozkładu białka, czy też wytworem przemiany ciał purynowych, nie jest rzeczą rozstrzygniętą. Znanym jest bowiem od dawna związek fizyologiczno-chemiczny glykokolu z kwasem moczowym.

Ignatowski, znajdując w moczu chorych na skazę moczanową znaczniejsze ilości glykokolu, nadto uczyniwszy prawdopodobną obecność leucyny i kwasu asparaginowego w moczu w tych stanach, sądził, że tego zwiększenia glykokolu będzie można użyć do rozróżnienia dny od zniekształtniającego zapalenia stawów według Embdena, który znajdował dość znaczną ilość glykokolu w rwie kulszowej i gośćcu stawowym, obecność glykokolu w moczu nie jest wcale znamienną dla dny i żadnego znaczenia rozpoznawczego mieć nie może.

Piśmiennictwo. 1) Fischer u. Abderhalden: Verdauung einiger Eiweisskörper durch Pankreasferment. Zeit. phys. Chem. 39. Str. 81. 193. Abderhalden u. Rona: Fütterungsversuche mit durch Pankreas unsw. hydrolysiertem Kesein. Zt. phys. Ch. 42. Str. 528. 1904 — 2) Friedmann: Über die Konstitution des Eiweisscystins. Beiträge zur Kenntnis der physiol. Beziehung der schwefelhaltigen Eiweissabkömmlinge I. Mittheil. Hofmeisters Beiträge 3. Str. 1-40. 1902. — 3) Friedmann: Beitr z. Kenntnis der phys. Bezieh. der schwefelhalt. Eiweissabkömmlinge III. Über die Konstitution der Merkaptursäuren. Hofmeisters Beitr. z Ch. Ph. u. P. 4. Str 486. 1903. — 4) Mörner: Cystin, ein Spaltungsprodukt der Harnsubstanz. Z. f. phys. Ch. 28. 605. 1899. — 5) Löwy-Neuberg: Über Cystinurie I. Z. f. phys. Ch. 43. Str. 338. 1904. — 6) Neuberg-Meyer: Über Cystein II. Z. f. phys. Ch. 44. Str. 472. 1905. — 7) Mörner: Zur Kenntnis der Spaltungsprodukte des Cystins. Z. f. physiol. Ch. 42. Str. 348. 1904. — 8) Neuberg-Mayer: Über d—l—r—Proteincystin. Zt. f. physiol. Ch. 44. Str. 498. 1905. — 9) Gabriel: Synthese des Isocystins. Ber. der deutsch. Ch. Gesell. 38. Str. 137. 1905. — 10) Emil Fischer u. Umetero Suzuki: Zur Kenntnis des Cystins. Zt. f. phys. Ch. 45. Str. 405. 1905. — 11) Erlenmeyer jun.: Synthese des Cystins. Ber. d. deut. chem. Gesell. 36. Str. 2720. 1903. — 12) Baumann-Udranszky: Über das Vorkommen von Diaminen sog Ptomainen bei Cystinurie. Zt. f. phys. Ch. XIII. Str. 563. 1889. — 13) Eywind Bodtker. Beitrag zur Kenntnis der Cystinurie. Zt. f. ph. Chem. 45. Str. 393. 1905. — 14) Emil Abderhalden: Familiäre Cystindiathese. Zt. f. phys Ch. 38. Str. 557. 1903. — 15) Blum: Über das Schicksal des Cystins im Thierkörper. Hofmeist. Beitr. 5. Str. 1—14. 1903. — 16) Abderhalden: Abbau und Aufbau der Eiweisskörper im thierischen Organismus. Zt. f. phys. Ch. 44. Str. 50. 1905. — 17) Fischer-Bergell: Ber. d. deut. chem. Gesell. 35. Str. 3779. 1902. — 18) Salkowski: Über Autodigestion der Organe. Zt. f. klin. Med. 17. Suppl. 1890. — 19) Abderhalden-Schittenhelm: Ausscheidung von Tyrosin u. Leucin in einem Fall von Cystinurie. Zt. f. phys Chem. 45. Str. 468. 1905. — 20) Bergmann: Die Überführung von Cystin in Taurin im thier. Organismus. Hofm. Beitr. 4. Str. 192. 1904. — 21) Bidder-Schmidt: Die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel. Leipzig 1852. Str. 215 i 408. — 22) Wohlgemuth: Über die Herkunft der S-haltigen Stoffwechselprodukte. Zt. f. phys. Chem. 40. Str. 82 1903. — 23) Simon-Campbell: Chemisches Centralblatt. 1904. Bd. II. 468. — 24) Cohnheim: Die Kohlenhydratverbrennung in den Muskeln u. ihre Beeinflussung durch das Pankreas. I. Zt. f. phys. Chem. 39. Str. 336. 1903. Cohnheim: Über Kohlenhydratverbrennung II. Die aktivierende Substanz des Pankreas. Zt. f. physiol. Chem. 42 Str. 401. 1904. — 25) Blum: Zt. f. klin. Med. Bd. 47. — 26) Leo Langstein i Erich Meyer: Beiträge zur Kenntnis der Alkaptonurie. Deut. Archiv f. klin. Med. 78. Str. 161. — Verh. der physiol. Gesell. Berlin His Engelmanns Arch. phys. Abtheil. 1903. Str. 383. — 27) Abderhalden-Falta: Die Zusammensetzung der Bluteiweissstoffe in einem Fall von Alkaptonurie. Zt. f. phys. Chem. 39. Str. 143. 1903. — 28) Falta: Der Eiweissstoffwechsel bei der Alkaptonurie. Deut. Archiv f. klin. Med. 81. Str. 231. — 29) Neubauer u. Falta: Über das Schicksal einiger aromatischer Säuren bei der Alkaptonurie. 42. Str. 81. 1904. — 30) Krehl: Lehrbuch der patholog. Physiologie. 1906. — 31) Garrod: Ein Beitrag zur Kenntnis der kongenitalen Alkaptonurie. Centrbl. f. innere Med. 23. Str. 41. — 32. Garrod: The incidence of Alkaptonuria a study in chemical individuality. Lancet II. 1902 (cytowane Jahresbericht f. Thierchemie. 32. 1902) — 33) Abderhalden-Bergell: Über das Auftreten von Monoaminosäuren im Harn von Kaninchen nach Phosphorvergift. Zt. f. physiol. Ch. 39. Str. 464. 1903. — 34) Abderhalden i Lewellys-Barker: Der Nachweis der Aminosäuren im Harne. Zt. f. phys. Chem. 42. Str. 524. 1904. — 35) Neuberg-Richter: Deut. Med. Zt. Str. 499. 1904. — 36) Ignatowski: Über das Vorkommen von Aminosäuren im Harn vrzgws. bei Gicht. Zt. f. phys. Chem. 42 Str. 371. 1904. — 37) Forssner: Über das Vorkom. von freien Aminosäuren im Harn itd. Zt. f. phys. Chem. 47 Str. 15. 1906. — 38) Embden: München. med. Wchschr. N. 19 1905. — 39) Abderhalden-Schittenhelm: Über den Gehalt des normal. Menschenharns an Aminosäuren. Zt. f. physiol. Chem. 47. Str. 339. 1906. — 40) Samuely: Zur Frage der Aminosäur. im normal. und pathol. Harn. Zt. f. phys. Chem. 47. Str. 370. 1906. — 41) Neuberg-Wohlgemuth: Sitzung der Gesell. der Charitéärzte von Februar. 1905.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Calmette i Guérin. **O powstawaniu gruźlicy płucnej po zakażeniu drogą jelit. Część I.** (*Ann. Past.* XIX. 1905, str. 601). Do podjęcia doświadczeń skłoniło autorów twierdzenie Behringa na zjeździe w Kassel (1903), że gruźlica płucna osób dorosłych pochodzi prawie zawsze z wieku dziecięcego i z zakażenia nabytego drogą jelit, a nie powstaje przez zakażenie drogami oddechowemi. Doświadczenia wykonali autorowie wyłącznie na kozach i dzielą je na 3 grupy.

W pierwszej wstrzykiwali ciężarnym kozom do wymion przez przewody mleczne świeże hodowle prątków gruźliczych (po 0,02 gr. w każde wymię). Dwom kozom zaszczepili gruźlicę bydlęcą: obie padły w przeciągu 2 miesięcy wśród wielkiego wychudnienia i charłactwa. Mleko ich zawierało mnóstwo prątków gruźliczych. Sekcya stwierdziła tylko ogromne zmiany miejscowe bez uogólnienia się sprawy gruźliczej. Dalsze kozy szczepiono gruźlicą ludzką, która początkowo wywołała miejscowe zmiany, ale znacznie łagodniejsze. Zmiany te po miesiącu ustąpiły i kozy pozostały całkiem zdrowe. Z mlekiem wydzielały dużo prątków. Gruźlica ptasia u jednej kozy (0·25 gr.) wywołała bardzo krótkotrwałe zmiany miejscowe z następowem zupełnem wyzdrowieniem. Prątki gruźlicze wydzielały się w mleku przez 3 tygodnie. Wreszcie prątki rzekomo-gruźlicze (Bac. Moeller) nie wywołały żadnych zmian, a wydzielały się w mleku kilkanaście dni. Na podstawie tak wybitnej różnicy w oddziaływaniu kóz na zakażenie gruźlicą bydlęcą a ludzką, sądzą autorowie, że przez zaszczepienie do wymienia można zawsze oznaczyć, czy dany szczep gruźlicy jest gruźlicą ludzką, czy bydlęcą.

Każda z zakażonych kóz miała młode, zwykle w kilka dni po zakażeniu. Koźlęta, odosobnione razem z matką, karmiły się dowolnie jej mlekiem, poczem albo je zabijano po 6 tygodniach, albo śledzono dalszy przebieg jeszcze znacznie dłużej. Przy sekcyi owych koźląt znaleziono u wszystkich bez wyjątku bardzo znaczny obrzęk gruczołów krezkowych, jako odczyn na spożywanie zakażonego mleka. Prócz tego koźlęta, żywiące się mlekiem, zakażonem gruźlicą bydlęcą, przestały wkrótce rosnąć i okazywały objawy ciężkiego schorzenia. W gruczołach krezkowych tych koźląt stwierdzono mnóstwo gruzełków, niekiedy zserowaciałych. Koźlęta, żywiące się mlekiem, zakażonem gruźlicą ludzką, miały się znacznie lepiej. Jedno z nich wogóle nie chorowało. W gruczołach krezkowych stwierdzono gruzełki, ale prątków gruźliczych nie wykryto. Mleko, zakażone gruźlicą ptasią, wywołało u 2 koźląt na przednich nogach zmiany, przypominające bardzo gruźlicę stawów u ludzi (*tumor albus*). Gruzełków w gruczołach krezkowych nie znaleziono. Wreszcie mleko, zakażone prątkami rzekomo-gruźliczymi, nie wywołało u koźląt żadnych zmian, prócz opisanego znacznego powiększenia gruczołów krezkowych. Z tych doświadczeń wynika, że gruczoły limfatyczne koźląt oddziaływają bardzo silnie na zakażenie gruźlicą jakiegokolwiek pochodzenia; przytem ograniczają zwykle sprawę chorobową i nie dają się jej szerzyć w ustroju. U jednego

tylko koźlęcia nastąpiło zakażenie płuc po zserowaceniu gruzełków w gruczołach krezkowych.

W drugiej grupie doświadczeń zakażali autorowie młode, zdrowe koźlęta wodną zawiesiną prątków gruźlicy różnego pochodzenia, wprowadzając je przez zgłębnik do żołądka. Gruźlicą bydlęcą zakazili 3 koźlęta, wlewając im przez kilka dni po 0,05 gr. hodowli. Wszystkie wkrótce ciężko zachorowały, a przy sekcyi znaleziono znaczny obrzęk gruczołów krezkowych, zasianych licznymi gruzełkami. U 2 koźląt część gruzełków była zserowaciała i u tych były także liczne gruzełki w płucach. Trzecie koźlę miało płuca zdrowe i gruzełki w gruczołach krezkowych nierozpadłe. W ten sam sposób zakażono kilka koźląt gruźlicą ludzką, ptasią i prątkami rzekomo-gruźliczymi. Żadne z nich nie chorowało po tem zakażeniu; wtedy, po 6 tygodniach, zakażono je gruźlicą bydlęcą (j. w.). Już po kilku dniach zaczęły chorować, a sekcya, wykonana po kilku tygodniach, stwierdziła zmiany takież same, jak wyżej opisane. Jedno koźlę, zakażone tylko prątkami rzekomo-gruźliczymi i zdrowe zabito po 2 miesiącach. Przy sekcyi znaleziono tylko bardzo powiększone gruczoły krezkowe, jednak bez gruzełków i bez prątków. Ta przeto grupa doświadczeń dowiodła, że gruźlica płucna u koźląt była pochodzenia jelitowego i że ani gruźlica ludzka, ani ptasia nie uodporniły koźląt przeciw gruźlicy bydlęcej. Zmiany w płucach rozwinęły się dopiero następowo, gdy już gruczoły krezkowe nie mogły podołać w walce z zakażeniem i gdy powstałe w nich gruzełki zaczęły się rozpadać.

W trzeciej grupie doświadczeń zakażali autorowie starsze kozy gruźlicą bydlęcą przez zgłębniki (j. w.) do żwacza (*rumen*). Już dawniej podali oni 4 starszym kozom obfitą świeżą hodowlę gruźlicy bydlęcej w postaci kożucha wśród 2 kromek chleba. Żadne z tych zwierząt nie dostało gruźlicy. Autorowie uważali to za potwierdzenie teoryi Behringa, że gruźlica dorosłych jest tylko rozwinięciem sprawy, nabytej we wczesnem dzieciństwie. Później jednak przekonali się, że chcąc wywołać zakażenie gruźlicą przez przewód pokarmowy, należy hodowlę podać w postaci delikatnej zawiesiny, po dokładnem roztarciu w moździerzu. U 3 starszych (2—5-letnich) zwierząt, w ten sposób zakażonych przez przewód pokarmowy, wywołali typową gruźlicę płuc, z bardzo tylko nieznacznemi zmianami w gruczołach krezkowych. Na tej podstawie sądzą autorowie, że zwierzęta dorosłe można bardzo łatwo zakazić gruźlicą przez przewód pokarmowy i że wtedy rozwija się u nich gruźlica płuc o wiele łatwiej i wcześniej, niż u zwierząt młodych. Przyczynę tego upatrują w różnicy budowy gruczołów limfatycznych w wieku młodym i dorosłym. Mianowicie w młodym ustroju mają te gruczoły znacznie zbitszą budowę i grubszą warstwę filtrującą. Wskutek tego zatrzymują o wiele łatwiej bakterye, aniżeli gruczoły ustrojów dorosłych, posiadające znacznie cieńszą i poprzerywaną warstwę filtrującą. Tem tłómaczą autorowie znacznie częstsze pojawianie się gruźlicy gruczołów w ustrojach młodych (zołzy), a o wiele częstszą gruźlicę płuc w wieku późniejszym.

Na podstawie swoich doświadczeń odrzucają autorowie twierdzenie Behringa, że gruźlica u dorosłych jest tylko późnym rozwojem sprawy, nabytej we wczesnem dzieciństwie. Owszem ustroje dorosłe mogą się bardzo łatwo zakazić gruźlicą przez połykanie prątków, ale nie przez ich wdychanie. Po zakażeniu rozwija się u dorosłych o wiele łatwiej gruźlica płuc, aniżeli u młodych, u których prątki często nie mogą się przedostać poza gruczoły limfatyczne. Chorzy z gruźlicą rozpadową w płucach zakażają się ciągle na nowo przez połykanie plwociny. Dlatego powinni tego unikać i jak najczęściej płukać sobie usta.

Część II. (*Ann. Past.* XX. 1906, str. 353). W drugiej części pracy próbowali autorowie, czy można zakazić przez przewód pokarmowy gruźlicą krowy, tak jak to poprzednio czynili z kozami. W tym celu wlewali krowom powoli delikatną zawiesinę wodną prątków gruźliczych przez zgłębnik do końca przełyku (a nie do pierwszego żołądka (*rumen*), bo przekonali się, że prątki tam zwykle giną). Zgłębnika używali autorowie w tym celu, aby uniknąć zakażenia jamy ustnej i gardła, skąd prątki mogłyby się dostać do dróg oddechowych. W tym celu też po wlaniu pierwszego litra wody z zawiesiną bakteryi, wlewali drugi litr wody czystej, celem dokładnego przepłukania zgłębnika, aby przy jego wyjmowaniu nie nastąpiło zakażenie. Przez delikatne wprowadzanie i wyjmowanie zgłębnika unikali też krztuszenia się i wymiotów.

Zakażono 4 zdrowe 3—7-letnie krowy, nie oddziaływające na tuberkulinę, podając im naraz od 0·1—1·0 grama hodowli gruźlicy bydlęcej. Po zakażeniu były krowy napozór zdrowe: 29. dnia wstrzyknięto im tuberkulinę, na którą wszystkie gwałtownie oddziaływały. U zabitej 30-go dnia pierwszej krowy, zakażonej 1 gramem prątków, nie było jeszcze żadnych zmian makro- ani mikroskopowych, ale przez szczepienie na świnki stwierdzono, że jej gruczoły krezkowe, oskrzelowe i pozaprzełykowe zawierały prątki gruźlicze. Jest to też przykład tego, że u zwierzęcia, oddziaływającego na tuberkulinę, można nie znaleźć wcale żadnych zmian przy sekcyi, pomimo, że zwierzę jest gruźlicze. Potem co 2 tygodnie zabijano jedną krowę i stwierdzano przez szczepienie na świnki gruźlicę, jużto w gruczołach, jużto w płucach. Jednak tylko u ostatniej krowy, 3-letniej, zabitej po 75 dniach, znaleziono w gruczołach i płucach typowe gruzełki. Dostała ona tylko 0·1 gr. hodowli. — Na tych krowach też zauważyli autorowie, że im starsze one były, tem mniejsze były zmiany w gruczołach (zgodnie z wynikami poprzedniej pracy).

Na podstawie opisanych doświadczeń wnoszą autorowie, że 1) zwierzęta zakażają się łatwo gruźlicą przez przewód pokarmowy, tak w młodym, jak i w późniejszym wieku, przyczem prątki gruźlicze zwykle zmian w jelitach nie wywołują. 2) U młodych zwierząt bakterye zatrzymują się w gruczołach krezkowych i tu albo giną w walce z ustrojem, albo też wskutek rozpadu gruzełków dostają się z limfą do małego krążenia. W obu razach wywołują znaczny obrzęk gruczołów, jako odczyn. 3) U zwierząt dorosłych gruczoły krezkowe zwykle nie zdołają powstrzymać prątków gruźliczych, które dostają się wtedy wprost do płuc. 4) Gruźlica płuc u osób dorosłych, nazywana pierwotną, jest najczęściej pochodzenia jelitowego. 5) Ze wszystkich sposobów zakażenia, jest zakażenie przez przewód pokarmowy i najskuteczniejszem i odpowiadającem najlepiej naturalnym warunkom zakażenia.

Część III. (*Ann. Past.* XX. 1906, pag. 609). Autorowie przypominają doświadczenia Corneta, Cadéaca, a głównie Nocarda i Rossignola, z których zdawało się wynikać, że zakażenie gruźlicą następuje prawie wyłącznie przez przewód oddechowy. Do ostatnich czasów tak się też na to zapatrywali klinicyści i anatomowie patologiczni. Przyczyną fałszywego wyniku doświadczeń tych autorów był nieodpowiedni sposób zakażania zwierząt wielkiemi ilościami prątków w kawałkach tkanek lub hodowli. Tak podane dostawały się te prątki do żwacza (*rumen*) i tam ginęły. Tylko delikatna zawiesina bakteryi w wodzie może w części ominąć żwacz i dostać się do 3. i 4. żołądka, poczem następuje z zupełną pewnością zakażenie. Ten sposób też, stosowany przez autorów, odpowiada najzupełniej naturalnym warunkom zakażenia, gdzie bakterye znajdują się również w zawiesinie bądźto w mleku, bądźto w śluzie i ślinie jamy ustnej i tak bywają połykane. Nocard i Rossignol zmuszali też zwierzęta do oddychania powietrzem, w którem rozpylono prątki gruźlicze. Sekcya w 1—2 miesięcy potem, stwierdzała zawsze gruzełki, rozsiane pod opłucną. Badacze ci przypuszczali, że tu następowało zakażenie przez drogi oddechowe, chociaż w innych doświadczeniach nie udało się im zakazić zwierząt przez wstrzykiwanie im wprost do tchawicy znacznych ilości prątków gruźliczych. Calmette i Guérin twierdzą, że w doświadczeniach Nocarda i Rossignola zwierzęta zakażały się gruźlicą, nie dlatego, że wdychały bakterye rozpylone, tylko dlatego, że je połykały. Dla udowodnienia tego wykonali Calmette i Guérin na 6 jałówkach tego samego wieku i pochodzenia, co jałówki Nocarda i Rossignola, doświadczenie, wlewając im przez zgłębnik po 0.25 gr. hodowli gruźlicy do żołądka. Szczep gruźlicy był również ten sam, co Nocarda. 3 z tych jałówek zabito po miesiącu. Sekcya ich stwierdziła, że płuca zasiane były gruzełkami tak samo, jak u zwierząt Nocarda i Rossignola, zakażonych jakoby przez wdychanie. Również gruczoły oskrzelowe i podopłucne były gruźliczo zmienione. Następne jałówki zabili autorowie po 60 dniach i znaleźli gruzełki zserowaciałe w gruczołach krezkowych i oskrzelowych, ale ku niemałemu zdziwieniu autorów nie było w płucach ani śladu gruźlicy. Zatem zdaniem autorów pomiędzy 30 a 60 dniem po zakażeniu uległy gruzełki w płucach wessaniu, a sprawa gruźlicza wyleczyła się. Z tych i innych doświadczeń wysnuwają autorowie ogólne prawo, że z m i a n y g r u ź l i c z e w p ł u c a c h, powstałe po jednorazowem zakażeniu drogą jelit, mogą się wyleczyć: jeżeli jednak zakażenie powtarza się 2 lub kilka razy, to gruźlica nie leczy się nigdy. Autorowie przywiązują do tego zapatrywania wielką wagę i twierdzą, że posiada ono pierwszorzędną doniosłość w sprawie uodpornienia przeciw gruźlicy.

Następuje opis doświadczenia na śwince morskiej, która w szklanym kloszu wdychała przez 20 minut rozpylone prątki gruźlicze. Świnkę tę natychmiast potem zabito, a cząstki jej przełyku, tchawicy i płuc wstrzyknięto dalszym świnkom. Otóż świnki, którym wstrzyknięto cząstki przełyku, zginęły na gruźlicę po 45 i 67 dniach; świnki zaś, zaszczepione cząstkami tchawicy i płuc albo poginęły bez żadnych śladów gruźlicy w ustroju, albo zabite po 4 miesiącach okazywały tu i ówdzie nieliczne gruzełki. Jestto zatem dowód, że chociaż zwierzę oddychało zakażonem powietrzem, to jednak jego drogi oddechowe zawierały bardzo mało prątków gru-

źliczych, natomiast w przełyku było ich bardzo dużo. Dalej zakazili autorowie przez drogi oddechowe krowę, co nie udawało się zwolennikom teoryi o zakażaniu się gruźlicą przez oddychanie. Autorowie przypominają doświadczenia Colina nad wchłanianiem płynów przez drogi oddechowe. Wlał on koniowi przez tchawicę do płuc 25 litrów wody w przeciągu 6 godzin, co koń zniósł wcale dobrze. Otóż autorowie wlali swej krowie do tchawicy dwa litry wody, w której znajdowało się 0,1 gr. bakteryi gruźliczych w delikatnej zawiesinie. Krowa zabieg ten zniosła nieźle; już po 4 dniach zaczęła gorączkować, a potem kaszleć. Autorowie codziennie badali śluz z jej przełyku co do prątków: ukazały się one w tym śluzie 13. dnia. Ponieważ krowa połykała wydzielinę płucną, więc autorowie zabili ją po 28 dniach, albowiem obawiali się, że zmiany, wywołane wskutek połykania prątków, zaciemnią im obraz zakażenia drogą płuc. Sekcya stwierdziła, że zajęte już były gruczoły krezkowe; natomiast w płucach pod opłucną wcale gruzełków nie było. Natomiast drobnowidowo wykryto istnienie licznych gruzełków w samych pęcherzykach płucnych: obraz, jakiego autorowie nie spostrzegali nigdy u zwierząt, zakażonych przez przewód pokarmowy, ani też u ludzi, z wyjątkiem tych przypadków, w których już istniały jamy.

Co do mechanizmu powstawania gruźlicy, to autorowie twierdzą, że po zakażeniu przewodu pokarmowego zwierząt przez zgłębnik, można wykryć prątki gruźlicze u zwierząt dorosłych już po 24 godzinach w płucach, zaś u zwierząt młodych dopiero około 5. dnia. Przejście prątków przez nabłonek jelit odbywa się przez przestwory międzykomórkowe, nie wywołując żadnych zmian w jelitach. Skoro tylko prątki znajdą się w przestworach limfatycznych, zostają zaraz pochłonięte przez leukocyty. Jeżeli leukocyt pochłania dużo prątków, to jego żywotność i ruchomość szybko się zmniejsza i ustaje — natomiast po pochłonięciu jednego lub niewielu prątków nie ulega leukocyt żadnym zmianom (stwierdzili to autorowie w komorze wilgotnej pod mikroskopem). Z leukocytami dostają się prątki do gruczołów krezkowych i u młodych zwierząt zostają zwykle zatrzymane w warstwie filtrującej. Jeżeli prątków było dużo, lub jeśli zakażenie się powtarza, to w gruczołach powstają gruzełki, które mogą uledz rozpadowi i wywołać dalsze rozsianie się prątków. Jeżeli prątków było mało, to giną one po dłuższym lub krótszym czasie w gruczołach. Jednak pewna część leukocytów z prątkami dostaje się i u młodych zwierząt przez gruczoły krezkowe do płuc, co jest regułą u zwierząt starszych. Do płuc dostają się prątki przez przewód piersiowy i przez krążenie małe. Jeśli tam dostaną się leukocyty z niewielu prątkami, a więc żywotne i ruchliwe, to przechodzą one zwykle z naczyń włosowatych do gruczołów limfatycznych i wywołują w nich zmiany. Natomiast leukocyty z wielką liczbą prątków utykają zwykle w najdrobniejszych naczyniach włosowatych płuc i są przyczyną powstawania tam gruzełków.

Obecnie zajmują się autorowie uodpornianiem zwierząt przez przewód pokarmowy, o czem mają zdać sprawę w następnej publikacyi. *R. Nitsch.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Schlesinger i Holst. **Porównawcze badania co do wykrycia najdrobniejszych krwotoków w kale; nowa odmiana próby benzydynowej.** (*Deutsche medizinische Wochenschrift* 1906, Nr 36). Wobec wielkiego klinicznego znaczenia, jakie dziś przypisujemy wykryciu śladów krwi w stolcach, należy każdą dokładną, a technicznie do wykonania łatwą próbę powitać z uznaniem. Odmiana próby aloinowej i gwajakowej, podana przez Schumma (kilkakrotne przemywanie stolca na sączku wyskokiem i eterem w równych częściach) jest dosyć żmudna; próba zaś benzydynowa, pierwotnie przez Adlera podana, a później przez Schumma ulepszona, jest zbyt czuła, gdyż daje dodatnie wyniki już w każdym prawidłowym stolcu przy dyecie mięsnej. Chcąc zatem otrzymać pewne dane, trzeba usunąć pokarmy mięsne na kilka (do 10) dni, co niezawsze da się przeprowadzić. Zastosowana przez obu autorów do celów praktycznych próba benzydynowa jest następująca: I. Naprzód rozpuszcza się benzydynę (*bensidinum purissimum Merck*) w kwasie octowym lodowatym w probówce. II. Małą, mniej więcej odpowiadającą wielkości ziarna grochu ilość badanego kału rozmąca się w czystej probówce, wypełnionej do $^1/_5$ wodą, najlepiej zapomocą pręcika szklanego, poczem zatkawszy probówkę kawałkiem waty, zagotowuje się ją raz nad płomieniem, a to celem zniszczenia wszystkich zaczynów, w stolcu się znajdujących, pochodzenia roślinnego i zwierzęcego. III. Do nowej czystej probówki wlewa się 10—12 kropli z roztworu I-go i $2^1/_2$—3 ctm.^{3} 3 prc. wody utlenionej; w ten sposób mamy przyrządzony jałowy odczynnik, do którego celem wykonania badania co do krwi dodaje się 1—3 kropli z II. W razie obecności krwi żółtobrunatny płyn przyjmuje barwę zieloną, niebiesko-zieloną lub niebieską zaraz lub po upływie $^1/_2$ minuty. *Wilczyński.*

Baradulin. **Niektóre zmiany krwi u chorych na raka żołądka (leukocytoza trawienna).** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 28). Na podstawie badania krwi u 10 chorych na raka żołądka, dochodzi autor do następujących wniosków: ilość czerwonych krwinek wogóle zmniejsza się; w niektórych razach zmniejszenie dochodzi znacznych rozmiarów (do 1,700.000 w 1 sz. mlm.), zjawiają się krwinki i większe i mniejsze od prawidłowych, a niekiedy i pojkilocytoza. Ilość Hb opada znacznie, i to w daleko wyższym stopniu, niżli ilość czerwonych krwinek; wogóle ilość Hb opada do połowy, a niekiedy jeszcze niżej. Ilość ciałek białych u wszystkich chorych zawsze była zwiększona i to tem więcej, im choroba dalej była posunięta. Procentowy stosunek różnych gatunków krwinek białych zachowywał się tylko w początku choroby, póki ilość czerwonych krwinek i Hb nie bardzo była zmniejszona. W dalszym ciągu choroby ilość limfocytów coraz więcej zmniejsza się na korzyść wielojądrzastych. Co się tyczy leukocytozy trawiennej, to w 8 przyp. jej nie było wcale, a była tylko w dwóch przypadkach. W obydwóch tych przypadkach w treści żołądka znaleziono wolny kwas solny. Wszystkie te zmiany autor objaśnia w ten sposób: stałą leukocytozę wywołuje ciągłe podrażnienie tkanki limfoidalnej, które zależy od ciągłego dopływu do krwi toksyn raka. Prawdopodobnie przy raku narządy limfoidalne są tak zmienione, że nie mogą oddziaływać na takie fizyologiczne podrażnienie, jakiem jest akt trawienia: i to tem mniej, im dalej jest posuniętą sprawa rakowa. Na dowód swego zapatrywania przytacza autor badanie krwi u 5 innych chorych, cierpiących na raka; z tych 2 chore miały raka sutka, 1 raka odbytnicy, 1 raka szczęki górnej i 1 raka otrzewnej. W pierwszych 2 przypadkach, w których rak jeszcze nie wpłynął na ogólny stan chorych, leukocytoza była wyraźna trawienna; w 5-tym zaś przypadku u chorej, strasznie wyniszczonej, podczas aktu trawienia następowało nawet zmniejszenie się ilości krwinek białych. Autor wnosi z tego, że rak wpływa na narządy limfoidalne niezależnie od tego, gdzie się usadowił. Autor zwraca w końcu uwagę na to, że leukocytoza trawienna może służyć do rozróżnienia raka od wrzodu okrągłego żołądka.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Woltkie. **Swoiste leczenie choroby Basedowa.** (*Miedic. Obozrenije* 1906, Nr 15). W Staro-Jekaterynskim szpitalu w Moskwie badał autor w 9 przypadkach choroby Basedowa wpływ mleka lub surowicy krwi kóz, u których wycięto gruczoł tarczowy. Wycięcie gruczołu znosiły kozy dobrze i żyły po niem dosyć długo; po upływie 6 tygodni po operacyi podawał autor chorym mleko tych kóz w ilości 100—250,0 na dobę. Jeżeli po upływie 6 tygodni po operacyi mleko u kóz ginęło, w takim razie używał autor surowicy krwi: każda koza dawała od 400 do 650,0 surowicy. Chorzy autora otrzymywali surowicę bez przerwy czasami w ciągu 1—2 miesięcy, przyczem żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych autor ani razu nie zauważył, nawet po zażyciu kilkuset gramów surowicy. Już po 40—70,0 antytyreoidiny zmniejsza się wól; w 3 przypadkach autora wól nie wrócił nawet po $^1/_2$ roku. Bicie serca nie tak łatwo ustępowało, zwykle z początku zmniejszało się bolesne ściskanie w szyi, a potem napady bicia serca stawały się coraz rzadsze. Wysadzenie gałek ocznych ustępowało jeszcze trudniej, a niedomykalność powiek nie zmieniała się wcale. Waga ciała zwiększała się. Ostateczny wniosek autora ten, że mleko i surowica kóz, pozbawionych gruczołu tarczowego, jest dobrym środkiem, ale tylko objawowym. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Kirejew. **O krzywej ciepłoty przy durze wysypkowym.** (*Miedic. Obozrenije* 1906, Nr 15). Na podstawie 989 spostrzeżeń duru osutkowego, zebranych w szpitalu „Sokolniczewskim“ w Moskwie przez 4 lata (1902—1905) podaje autor charakterystykę gorączki w tej chorobie. Przypadków bez powikłań, było 690 (500 mężc. i 190 kob.). Autor doszedł do następujących wniosków: gorączka w durze wysypkowym przeważnie (74 prc.) bywa stałą (*continua*), stosunkowo rzadko (18 prc.) — zwalniającą, a najrzadziej (7 prc.) — miewa tor mieszany. W połowie przypadków (50 prc.) gorączka spada przełomowo, przyczem najczęściej (25 prc.) przełom jest długi (*crisis prolongata*), zaledwie w 14 prc. spotyka się przełom w ciągu 12 godzin; w 12 prc. daje się zauważyć t. zw. *perturbatio critica*. Trochę rzadziej (42 prc.) gorączka spada stopniowo (*per lysim*), co trwa krótko: w połowie przypad- (50 prc.) — trzy dni rzadziej (44 prc.) — 4 dni i bardzo rzadko (6 prc.) — 5 dni. Mieszany typ gorączki zdarza się rzadko (7 prc.). Gorączka znikła najwcześniej na 8-my dzień (w 1 przypadku) i najpóźniej na 20-ty dzień. Najczęściej spada gorączka między 14—17 dniami. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Drobinski. **Jakościowe określenie cukru gronowego w moczu według sposobu Hainesa.** (*Miedic. Obozrenije* 1906, Nr 16). Autor badał w szpitalu odeskim czułość odczynnika

Hainesa, którego skład jest następujący: *Cupri sulfurici 2,0, Aq. destill., glycerini aa 15,0, sol kali caust. 5 prc. — 150,0.* Prawidłowo przygotowany odczynnik jest barwy ciemno-niebieskiej, zupełnie przeźroczysty, bez osadu i przechowuje się dobrze długi czas. Do probówki nalewa się 10—15 kropel moczu, potem dodaje się tyle odczynnika, żeby barwa mieszaniny moczu z odczynnikiem nie różniła się jeszcze od barwy czystego odczynnika. Potem trzeba mieszaninę zagrzać do wrzenia. Autor zbadał 150 porcyi moczu różnych chorych. Okazało się, że duże ilości cukru wykrywa bardzo łatwo już przy nagrzewaniu, albo w samym początku wrzenia. Barwa płynu niebieska zmienia się na jasno-żółto-czerwoną, a płyn mętnieje. Przy małych ilościach cukru (0,1 prc. — 0.3 prc.) redukcya następuje tylko przy wrzeniu, albo zaraz po niem; płyn w takich razach mętnieje i przybiera barwę oliwkowo-zieloną w świetle odbitem, a żółtawo-czerwoną w przepuszczonem. Mocz zawierający dużo substancyi redukujących tworzy z odczynnikiem Hainesa męt ciemno-zielony. Dodatek $^{1}/_{20}$ prc. cukru gronowego do moczu wywołał w 8 prc. męt oliwkowo-zielony; dodatek $^{1}/_{10}$ prc. wywołało samo w 33 prc. Wodne rozczyny cukru 0,05 prc. zawsze wyraźnie redukują. Dodatek chlorofomu do moczu (1: 200) wywołuje redukcyę miedzi. Mocz chorych chloroformowanych często wywoływał męt oliwkowo-zielony. Mocz morfinisty, któremu wstrzykiwano pod skórę 0,1 morfiny dziennie, nie wywoływał redukcyi miedzi, jak również i mocz chorych, którzy otrzymywali ol. santalowy i *pulv. liquir. composit.* Terpentyna w dużych dawkach wywołuje słabą redukcyę. Obecność białka, nawet w dużej ilości, barwików żółciowych i urobiliny nie przeszkadza wcale odczynowi. Na podstawie swych doświadczeń autor dochodzi do wniosku, że odczyn Hainesa trzeba postawić na jednem z pierwszych miejsc wśród innych odczynów cukru. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Sachs-Müke. **Sedymentacya plwociny zapomocą wody utlenionej.** *(Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 34). Pod wpływem dodanej do dobowej ilości plwociny wody utlenionej następuje wśród silnego burzenia rozrywanie morfotycznych cząstek plwociny, przez co bakterye gruźlicze zostają uwolnione, co ułatwia ich wykrycie. Plwocina dzieli się na trzy warstwy: pienistą górną, płynną środkową, dolna zaś warstwa składa się z tych cząstek, które jako cięższe opadają na dół. To rozdzielanie na warstwy następuje bardzo szybko. Poprzednie odkażanie plwociny zapomocą sublimatu bynajmniej działania wody utlenionej nie upośledza. *Dr M. Godlewski.*

Conradi. **Wyhodowanie ze krwi prątków durowych zapomocą hodowli żółciowej.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 34). Spierając się o prawo pierwszeństwa z Kayserem, podaje autor swój sposób postępowania przy używaniu żółci do wyhodowania bakteryi z krwi chorych na dur. Korzystne w takich razach działanie żółci zasadza się na tem, że ma ona własność powstrzymywania krzepnięcia krwi, przez co bakterye rozmieszczają się jednostajnie. Żółć pobudza nadto zdolność rozrodczą bakteryi, zwłaszcza, jeśli, idąc za przykładem autora, dodać do niej nieco (10 prc.) peptonu i gliceryny. Pepton stanowi dobrą pożywkę dla bakteryi durowych, gliceryna zaś upośledza wzrost innych saprofitów. Najważniejszą jednak rolę żółci stanowi jej właściwość niweczenia bakteryobójczych własności krwi, co doświadczenia C. wyraźnie stwierdzają. Trudności brania krwi z żyły można uniknąć, biorąc ją, za przykładem autora, z ucha (najlepiej zapomocą podanej przez C. bańki, zaopatrzonej nożykiem) i wpuszczając ściekającą krew wprost, lub zapomocą pipety do rurki z żółcią wyjałowioną. Wystarczające są małe ilości krwi (około 1 ctm.). Przetrzymawszy przez 16 godzin owe probówki w cieplarce przy 37⁰, wylewa autor następnie na płytki agarowe z dodatkiem lakmusu i cukru mlecznego, i bada wyrosłe kolonie. *Dr M. Godlewski.*

O. Hess. **O odruchu przeponowym i unerwieniu przepony.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 36). Odruch przeponowy wywołać można, drażniąc brodawkę piersiową. Polega on na szybkiem zaciągnięciu okolicy wyrostka mieczykowatego. Od odruchu brzusznego odróżnić go łatwo; ten bowiem zaznacza się zaciągnięciem nie okolicy środkowej popod wyrostkiem mieczykowatym, ale jest przeciągnięty nieco ku okolicy bocznej i to ku tej stronie, po której drażnimy. Można go też wywołać, nietylko drażniąc brodawkę, ale też drażniąc jej okolicę, oraz boki klatki piersiowej; natomiast odruch przeponowy wywołać możemy jedynie przez drażnienie samej brodawki. Przy powstawaniu odruchu przeponowego pośredniczą nerwy międzyżebrowe. Zdaniem autora przednia część przepony jest przez nie właśnie unerwiona, nerw przeponowy zaopatruje jedynie jej część tylną. *Dr M. Godlewski.*

Sittler. **Leczenie nieżytów żołądkowo-kiszkowych u dzieci zapomocą drożdży.** (*Münchener med. Wochs.* 1906, Nr 36). Leczenie to zachęca do dalszych prób. Należałoby próbować tej metody także u dorosłych. Dotychczas używano trzech przetworów drożdżowych: Levurinozy i Levure Adrian (w proszku po 1 gr.), oraz Levuretyny (w kołaczykach po $^{1}/_{2}$ gr.). *Dr M. Godlewski.*

Rolly. **O masowem zatruciu jarzyną, przygotowaną z grochu.** *(Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 37). Zatrucie to, które przyprawiło o ciężkie objawy żołądkowe 250 osób, wywołane zostało, jak stwierdziło badanie bakteryologiczne spożytej potrawy, przez prątek okrężnicy, oraz prątek paratyfusu B. Prątek okrężnicy zachowywał się w hodowli nieco nietypowo. Co do prątka paratyfusu B., to zauważono, że jest on dla ludzkiego ustroju o wiele jadowitszy, niż dla zwierzęcego. Autorowi udało się też udowodnić, że chociaż bakterya sama pod wpływem wyższej ciepłoty ginie, jad przez nią wytworzony jest bardzo na wysoką ciepłotę wytrzymały, (nie niszczeje przez gotowanie hodowli przez 15 minut). Dlatego to możliwe było zakażenie pomimo, że konserwowa jarzyny przez czas dłuższy ogrzewaną była do 80⁰ C. Jeżeli do ustroju dostają się bakterye, powstaje kliniczna postać duru, same toksyny wywołać mogą jedynie kończące się pomyślnie zaburzenia żołądkowe i tak się rzecz miała właśnie w owej epidemii. *Dr M. Godlewski.*

PEDYATRYA. Koeppe. **Żywienie „holenderskiem pożywieniem niemowlęcem" — trwałym przetworem maślankowym.** Cantrowitz. **Czy maślanka wywołuje krzywicę?** Cantrowitz **Czy potrzebnym jest dodatek mąki do maślanki?** Brehmer. **O wskazaniach do żywienia maślanką.** Brehmer. **O zaburzeniach przy żywieniu maślanką.** Nebel. **O żywieniu osesków kwaśnem pełnem mlekiem.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, T. 63, V i VI). Koeppe zestawia najrozmaitsze przetwory, jakie różni badacze podawali jako maślankę, występuje przeciw nadużywaniu tego określenia i sądzi, że można go używać tylko na oznaczenie pożywienia, otrzymanego przez bicie kwaśnej śmietany. Autor sam posługiwał się przetworem, wyrabianym przez firmę Müller w Vilbel według przepisu Ballota i Salgego. Przetwór ten zawiera na litr maślanki 60 gr. cukru i 15 gr. mąki pszennej. Obok przetworu w postaci płynnej we flaszkach $^{1}/_{4}$ litrowych wyrabiany bywa także proszek, który przez rozmącenie w wodzie można zamienić na przetwór płynny. — Wartość odżywcza tego przetworu wynosi 714 kaloryi w litrze, równa się zatem wartości mleka kobiecego. Przetwór podaje się też w tych samych ilościach, co mleko kobiece, albo też w ten sposób, żeby dziecko na dzień i kilogram wagi dostawało 110—120 kaloryi. U dzieci wynędzniałych (*atrophia inf.*) można jednak podawać więcej, do 200 i 240 kaloryi. Jako zaletę przetworu podnosi autor, że mało jest podatny do rozwoju bakteryi, nie psuje się, zapewne skutkiem kwaśnego oddziaływania, to też może być przechowywany czas nieograniczony, nawet miesiącami i latami, a zawsze jest gotowy do użytku. Nawet w rękach osób mało troskliwych był przetwór ten zawsze bez zarzutu. Może być podawany obok piersi lub obok pełnego mleka krowiego. Nadaje się świetnie do przeprowadzenia nagłego odstawienia. Nie wywołuje krzywicy, przeciwnie zmiany krzywicze przy żywieniu nim poprawiają się. — Bardzo dobre wyniki otrzymał autor u dzieci z cierpieniami przewodu pokarmowego, gdzie stosował przetwór dopiero wtedy, gdy inne sposoby karmienia nie dopisały. Przy ostrym nieżycie jelitowym trzeba przeprowadzić przez 1—2 dni dyetę głodową, zresztą można podawać przetwór odrazu. Przy niestrawności ustępowały szybko wraz z innymi przypadami także pleśniawki i wypryski, zawsze korzystny był wynik przy nieżycie przewlekłym; a przy zaniku osesków przetwór święcił prawdziwe tryumfy.

Cantrowitz dowodzi na swoim materyale że nieusprawiedliwionem jest twierdzenie, jakoby maślanka wywoływała krzywicę. Dodatek mąki jest według tego autora nietylko niekonieczny, ale może być szkodliwy. Gdy się maślankę przygotowuje bez mąki, trzeba szczególniej z początku powoli ogrzewać.

Wskazania do podawania maślanki streszcza Brehmer za Rennsburgiem w następujący sposób: 1) wrażliwość na białko, mianowicie gdy jest tak wielka, że zwykłe sposoby uczynienia sernika krowiego strawniejszym nie wiodą do celu, 2) wrażliwość na tłuszcz, a także 3) wrażliwość na mąkę. W praktyce nasuwa się zastosowanie szczególniej u bliźniąt, przy ubóstwie, w przypadkach rozpaczliwych, u dzieci przedwcześnie urodzonych. słabych od urodzenia. Przy żywieniu maślanką najczęściej występują zaburzenia w trawieniu białka. Stolce stają się grudkowate, maziste, śluzowe, cuchnące, silnie zasadowe i coraz płynniejsze i liczniejsze. Wskazaniem jest przejście do żywienia piersią.

Nebel podaje sposób przyrządzania i wyniki stosowania kwaśnego mleka pełnego. Wskazania są podobne, jak przy maślance. Mleko to może stanowić przejście od maślanki do mleka pełnego. Wyniki były dobre. *Doc. Lewkowicz.*

Römer i Much. **Antytoksyna i białko, przyczynek do sprawy wessalności jelitowej antytoksyn.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* 1906, 63, VI i polemika z Uffenheimerem, tamże, tom 64, VIII). Zwierzęta nowonarodzone (źróbki, cielęta, owce) zachowują się pod względem przepuszczalności przewodu pokarmowego dla różnogatunkowego białka inaczej, jak starsze, począwszy od 5-go do 13-go dnia po urodzeniu. Starsze przepuszczają to białko w stanie niezmienionym tylko przy uszkodzeniu błony śluzowej żołądka, lub znacznem przekarmieniu białkiem obcem (Ganghofner i Langer), nowonarodzone i bez tych warunków. Podobnie ma się sprawa także co do antytoksyn. Autorowie wstrzykiwali antytoksynę tężcową krowom przed porodem, stwierdzali, że po porodzie u cielęcia nowonarodzonego nie było antytoksyny we krwi, oznaczali ilość antytoksyny w mleku krowy i w przybliżeniu ilość, którą cielę z mlekiem przyjmowało, a następnie po kilku dniach ssania ilość antytoksyny we krwi cielęcia. Okazało się, że, jeżeli mleko antytoksyczne podawano od 1-go dnia, to przechodziła do krwi $^1/_{40}$—$^1/_{10}$ część podanej antytoksyny, jeżeli od 5-go dnia po urodzeniu, to tylko $^1/_{200}$ część. Jeżeli antytoksyczną surowicę końską dodano wprost do mleka krowiego i mleko to podawano we flaszce, to wessaniu ulegała tylko $^1/_{175}$, a przy podawaniu od 5-go dnia $^1/_{5000}$ część antytoksyny.

Antytoksyna przeciwtężcowa końska (t. j. związana z białkiem końskiem) ulega zatem przy przejściu przez ustrój krowy jakiejś zmianie, która ułatwia jej wessanie w przewodzie pokarmowym nowonarodzonego cielęcia, prawdopodobnie przerzuca się na białko krowie. Że tak jest rzeczywiście, dowodzą badania autorów, podjęte z mlekiem krów uodpornionych biernie surowicą końską, gdyż zapomocą surowicy swoistej, precypitującej surowicę końską, w mleku tem surowicy końskiej nie można było udowodnić. W przeciwieństwie do Uffenheimera sądzą autorowie, że przechodzenie antytoksyn jest ściśle związane z przechodzeniem przez przewód pokarmowy niezmienionego równo- lub różnogatunkowego białka, do którego antytoksyna jest przyczepioną. *Lewkowicz.*

Feer. **Ilości pokarmowe zdrowego dziecka przy piersi i zapotrzebowanie energii tegoż oseska po odstawieniu.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, VIII). Autor, zasłużony już ogłoszeniem dokładnych danych, zebranych przy karmieniu swych pierwszych trzech dzieci, podaje wyniki karmienia czwartego. Dziecko karmiono w pierwszych tygodniach 7, od 6—13. tygodnia 6, potem tylko 5 razy na dobę. Do piątego miesiąca było karmione wyłącznie piersią. W ciągu pierwszego miesiąca ilość wyssanego mleka matki szybko wzniosła się do przeszło 700 gr. i w następnych miesiącach już niewiele wzrastała, nie dosięgając nigdy 800 gr. Następuje odstawienie, a potem od 8-go do 10-go miesiąca karmienie sztuczne. Ilość mleka krowiego na dobę wynosi 740 do 900, średnio 863, do tego średnio 19,4 cukru trzcinowego i 17,3 mąki i wody do 1100. — Zapotrzebowanie energii wyraża się ilorazem energijnym Heubnera, t. j. ilością kaloryi, na kilogram ciała potrzebną do osiągnięcia prawidłowego przyrostu. Wynosił on u dziecka autora przy karmieniu naturalnem początkowo 119, potem 92 kalorye, przy karmieniu sztucznem wzrósł znowu na 95—100 kaloryi. Ilorazem tym można się posługiwać do oznaczenia ilości pokarmu, potrzebnego dziecku. W pierwszych miesiącach potrzeba 100, w drugiem półroczu najmniej 80 kaloryi. Gdy ta ilość nie wystarcza, można ją nieco podnieść. (Litr mleka ma 700 kaloryi, 100 gr. cukru lub mąki — 400 kaloryi). *Lewkowicz.*

Jezierski. **Wpływ szczepienia na choroby zakaźne.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1906, VIII). Z powodu zawleczenia ospy do oddziału izolacyjnego kliniki Eichhorsta zaszczepił autor wszystkich chorych, mianowicie 22 chorych na płonicę, 10 chorych na gruźlicę, 5 na dur brzuszny, 1 trędowatego. Wybitnie niekorzystny wpływ na przebieg danej choroby stwierdzono tylko u 11 chorych płoniczych, po raz pierwszy szczepionych (reszta była przeważnie szczepiona po raz wtóry). Szkody, wywołane prawdopodobnie przez szczepienie, mogą być ciężkie. I tak w jednym przypadku rozwinęło się ciężkie zapalenie stawów i zastawek serca, w drugim ciężki nawrót ze zejściem śmiertelnem, w trzecim zaostrzenie znaczne sprawy nerkowej, w czwartym silne objawy miejscowo z wysoką gorączką i objawami mózgowymi, w piątym wrzód w miejscu szczepienia i ropowica. *Lewkowicz.*

CHIRURGIA. Bärlocher. **W sprawie leczenia zgorzelinowych przepuklin udowych i pachwinowych.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 83, Z. 3—4). Autor opiera się na doświadczeniu, zebranem z operacyi 43 zgorzelinowych przepuklin. Śmiertelność 50 prc. Głównie wykonywano wycięcie jelita, a odbyt sztuczny zakładano wyjątkowo. Ocenić stan jelita bardzo trudno. Częściej obumiera jelito cienkie, niż grube. Przy wycięciu uważano, by jelita nawet na najmniejszej przestrzeni nie pozbawiać krezki, a tę wycinano poza obrębem skrzepów zwykle 2—6 ctm. poza zaciśnięciem. Rany powłok zwykle zaszywano całkowicie. Uśpienie ogólne daje tyleż powikłań płucnych, co i miejscowe. W 13 przypadkach śmierć nastąpiła wskutek zapuszczenia do jamy brzusznej części jelita, wyglądającej niezupełnie zdrowo. Z powikłań spostrzegano: 3 razy lekkie zapalenie gruczołu przyusznego, zakrzep lewej żyły udowej, poronienie z zapalenia płuc, 3 zawały płuc. Raz w worku przepukliny udowej uwięznął obok jelita uchyłek Meckela. Dwa razy po zapuszczeniu jelita wytworzyły się przetoki kałowe (w 7 dni i w 6 tygodni po operacyi). Dwóch chorych zgłosiło się z przetokami kałowemi, a przy operacyi stwierdzono zaniedbane stare uwięźnięcie przepukliny. *Klęsk.*

Sticker. **Samoistne i pooperacyjne nowotwory z zaszczepienia.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 39, 1906). Wiadomo, że nowotwory szerzyć się mogą w ciele, prócz drogi przerzutów także drogą bezpośredniego zaszczepienia. Należą tutaj nowotwory mnogie, na odpowiadających sobie fałdach ciała powstałe, nowotwory rozsiane po operacyach guza pojedynczego w jamach surowiczych, nowotwory mnogie w bliznach pooperacyjnych, w kanałach po nakłuciu i t. d. Przeniesione przy operacyi komórki niekoniecznie muszą się rozwijać zaraz, rozwój ten może nastąpić i po tygodniach i miesiącach. Z doświadczeń swych nad szczepieniem nowotworów doszedł autor do następujących wniosków: 1) Zaszczepienie cząstki nowotworu wywołuje guzek pojedynczy. 2) Szczepić można wielokrotnie, ale tylko równocześnie, natomiast 3) po przyjęciu się pierwszego guzka następne szczepienia się nie udają. 4) Po wycięciu guzka pierwotnego już tego samego dnia dokonane szczepienie nowe przyjmuje się, guz należy wyciąć jednak w całości. Te spostrzeżenia dają wskazówki dość ważne. Guz pojedynczy jest regułą. Przerzuty lub przeszczepienia tworzą się dopiero wedy, gdy ustrój osłabnie lub przy zamierzonem usuwaniu guza. Usuwać więc nowotwory należy ostrożnie i nie bez powodu też Winter w r. 1893 polecił przygotowywać niejako raki do operacyi, lecząc owrzodzenia, operując ostrożnie, unikając tarcia, gniecenia i nacięcia guza, a w razie przypuszczenia, że komórki guza do rany dostać się mogły, wymagał Winter nawet tamponady czystej zresztą rany. *Klęsk.*

Schlesinger. **Gorset wspólnie z opaską Glenarda.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 39). Glenard podał opaskę brzuszną przeciw opadnięciu trzew, składającą się z trzech zachodzących na siebie elastycznych pasów, których napięcie jest w górę coraz mniejsze. Opaskę tę można nosić na koszuli, reguluje się ją przy pierwszem założeniu na stałe z tyłu, a potem już odpina i zapina z przodu, przez co wkładanie jest bardzo proste i dogodne. Do opaski tej dołączyć można i gorset, tak że z pod niego wygląda tylko dolny pas. W okolicy żołądka gorset leży wolno, nie uciskając wątroby i trzew. Opaska z gorsetem nadaje się zwłaszcza dla osób otyłych. *Klęsk.*

Baratyński. **Sposoby leczenia ran pęcherza po cięciu nadłonowem.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 39). Po cięciu nadłonowem ranę pęcherza można zaszyć w całości, częściowo, lub też zostawić otwartą i sączkować. Zaszywa się w całości wtedy, gdy nie ma zmian błony śluzowej pęcherza i mocz oddziaływa kwaśno. W razie zmian poważnych na błonie śluzowej i w moczu, należy sączkować, wolno zaś szyć w przypadkach, w których leczenie przed operacyą wywołało wybitną poprawę i zmianę oddziaływania moczu na obojętne lub i kwaśne. Statystyka chirurgów rosyjskich stwierdza, że przy szyciu pęcherza według właściwych zasad uzyskuje się 67—90 prc. zgojeń doraźnych w przeciągu średnio 11·5 dni. Leczenie ze sączkowaniem bez szwu trwa zaś średnio 66·6 dni. Błony śluzowej nie szyje się, a resztę zeszywa się jedwabiem. Po operacyi cewnika się nie zakłada, a jeżeli chory wieczorem po operacyi moczu sam oddać nie może, wypuszcza się mocz miękkim cewnikiem. Zwykle jednak chorzy oddają mocz już w 4—6 godzin po operacyi sami. *Klęsk.*

Noesske. **Kliniczne i histologiczne studya nad przeszczepianiem skóry, zwłaszcza nad rozsiewaniem naskórka.** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Tom 83, Z. 3—4). Badania autora dotyczą głównie rozsiewania naskórka podług Mangoldta. Dokonywa się tego w ten sposób, że brzytwą zeskrobuje się naskórek i rozsmarowuje na ubytek. Pierwszą warstwę zrogowaciałą odrzuca się, jako nieżywotną. Przy przeszczepianiu skóry ziarnina na ubytku powinna być zdrowa, czerwona, gładka, a rana sucha, nie powinno się też przeszczepiać za wczas. Natomiast rozsiewanie nabłonka można robić na ranach zupełnie świeżych. Przy skrobaniu pokazują się kropelki krwi. Na ubytek po rozsmarowaniu nabłonka kładzie autor kawałki wyjałowionego „protectiv-silk“, a na to opatrunek zwykły z gazy. „Protectiv-silk“ należy wyjaławiać w gorącej wodzie, a nie w środkach przeciwgnil-

nych, bo te niszczą komórki. Miejsce zeskrobane najlepiej zasypać airolem. Opatrunek pierwszy po 2—3 dniach. Nabłonek wygląda wtedy podobnie do ropy, nie należy też go wtedy ruszać, najwyżej mokrym wacikiem usunąć wydzielinę. Sprawa przygajania trwa nieco dłużej, niż w plastyce Thierscha-Roverdina, ale jest znacznie pewniejsza. Dobrze jest także zasiane naskórkiem miejsce leczyć bez opatrunku pod czapeczką gipsową lub celluloidową, a otoczenie smarować maścią. Badania drobnowidowe przekonały autora, że przy skrobaniu zabiera się prawie jedynie tylko naskórek bez głębszych warstw skóry (brak włókien elastycznych) tak, że przyjąć należy, że sam naskórek zdolny jest do rozrostu. Rozsiewanie naskórka ma wiele zalet. Po pierwsze jest sposobem mało bolesnym. Do plastyki wystarczy materyał z małej przestrzeni, bo skrobać można w jednem miejscu długo. Przygojony naskórek jest zupełnie gładki, a nie nierówny, jak po plastyce Thierscha, nie łuszczy się i nie jest ciemno zabarwiony. Można tym sposobem wyściełać i jamy głębiej położone (za uchem po trepanacyi wyrostka sutk.), a zwłaszcza miejsca, ulegające ciągłemu poruszaniu (np. ubytki na klatce piersiowej); natomiast sposobu Thierscha w takich przypadkach użyć nie można. Przed Mangoldtem próbowano już podobnie rozsiewać naskórek, jak świadczą liczne wzmianki w piśmiennictwie angielskiem. Ziarniny nie skrobie nigdy Noesske przed przeszczepieniem łyżeczką, lecz ścina ją cienkim nożykiem. (W ostatnich czasach poleca do tego celu Cannady zwykłą szczotkę do rąk. *Przyp. sprawozd.*). *Klęsk.*

Prof. Graser. **W sprawie techniki doszczętnej operacyi wielkich przepuklin pępkowych i brzusznych.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 80, Z. II). Dotychczasowe wyniki operacyi przepuklin brzusznych i pępkowych są bardzo złe (nawroty w przeszło 40 prc.). Celem zapobieżenia nawrotom obmyślił autor sposób, wprawdzie w zasadzie nie nowy, ale bardzo dobre dający wyniki. Łączy on w sobie poprzeczne cięcie przez powięź, podane przez Pfannenstiela, z połączeniem mięśni prostych w linii środkowej (Gersuny). Mimo największego nawet rozstępu wypreparowane z pochewek mięśnie proste dają się bez trudności ze sobą połączyć. Przez 4 tygodnie przed operacyą przygotowuje się chorego przez dyetę, leżenie w łóżku i ucisk brzucha (worek ze śrutem 15 funtów). Otrzewnę zeszywał G. szwami węzełkowymi razem z tylną powięzią, potem osobno mięśnie proste podłużnie, dalej powięź przednią poprzecznie, a w końcu tak samo skórę. Szyje głównie jedwabiem. Operował w ten sposób 4 chore z bardzo dobrym wynikiem. Bezpośrednio przed operacyą nie radzi G. podawać środków przeczyszczających, lecz tylko lewatywę. Po operacyi u osób tęgich zwykle mimo jałowego przebiegu bywa gorączka do 39°. Przez pierwsze 3 dni po operacyi zwykle zaparcie stolca i silne wzdęcie. Pod koniec trzeciego tygodnia pozwala G. operowanym wstawać i poleca gimnastykę (siadanie w łóżku bez pomocy rąk). *Klęsk.*

Bühlmann. **Leczenie operacyjne przepuklin pachwinowych u dzieci.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 83, Z. 3—4). Przepukliny pachwinowe u dzieci występują bardzo często i utarło się mniemanie, że można je leczyć bez operacyi. Z drugiej strony według wielu operacya u dzieci jest bardzo niebezpieczna (uśpienie, krwawienie, zanieczyszczanie opatrunku, powikłanie płucne i t. d.). Zdania te są jednak zupełnie mylne. Wyleczenie zapomocą paska należy do rzadkości. Zwykle chwilowo tylko przepuklina znika, potem jednak nieraz nagle pojawia się i więźnie. Dziecko musi nosić pasek dniem i nocą. Trudno to wykonywać, a dziecko i pasek od zanieczyszczania uchronić. Po pozornem, lub i rzeczywistem wyleczeniu zapomocą paska, skazujemy zaś dziecko na brak ruchu i nie dozwalamy mu swobodnie się bawić. A jednak operacya nie grozi niebezpieczeństwem, a na zakażenie są dzieci nawet odporniejsze od starszych. Zamknięcie wyrostka pochwiastego otrzewnej odbywa się różnie i na różnej wysokości: w pierścieniu wewnętrznym, zewnętrznym, i w miejscu przejścia powrózka nasiennego w jądro. Zależnie też od tego spotykamy u dzieci różne przepukliny: mosznową, śródścienną i otrzewną. Głównie, a właściwie jedynie spotykamy przepuklinę skośną, a to z powodu, że u dzieci kanał pachwinowy ma przebieg więcej prosty i oba pierścienie leżą prawie nad sobą. Powrózek nasienny i towarzyszące mu naczynia leżą też względem worka różnie: poza nim, we worku, lub co często bywa, częściowo w worku, częściowo poza nim. Co do sposobu operacyi, to autor nie radzi u dzieci operować podług Bassiniego lub Kochera, lecz następująco: cięcie równolegle do więzadła Pouparta, oswobodzenie worka (bez rozcięcia powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego), podwiązanie i zapuszczenie worka, 3 szwy, łączące górny i dolny (więzadło Pouparta) łuk, zaszycie skóry. Nawroty należą u dzieci do rzadkości, a jeżeli się pojawiają, to zazwyczaj w pół roku po operacyi. Po operacyi zawsze występuje (1—2 dnia) gorączka. *Klęsk.*

Prof. Bunge. **W sprawie techniki plastyki podniebienia.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 80, Z. II). Operacya Langenbecka nie zadawalniała wszystkich. Lane polecił pokrywać ubytek podniebienia jednym płatem (uzyskanym przez odpreparowanie jednej części błony śluzowej podniebienia i obrócenie jej stroną okrwawioną ku jamie ustnej, a powierzchnią śluzową ku stronie nosa). Gdy ubytek duży, trzeba zabrać do tego płata pokrycie zębodołów, a nawet część błony śluzowej policzka. Technika nie jest łatwa. Operacya ta da się wykonać tylko przy wązkich rozstępach i głównie u dzieci. Rani się przytem prawie zawsze tętnicę podniebienną, a krwotok bywa bardzo silny. W klinice Lexera probowano tego sposobu, lecz wyniki nie były dobre. Wogóle przy szyciu podniebienia nie można być pewnym, czy szwy nie puszczą. Najczęściej rozchodzą się one przy przejściu podniebienia twardego w miękkie. Starano się temu zapobiedz szwem dwupiętrowym, ale i to nie dało wyniku, bo napięcie jest zwykle przytem za duże. Wprawdzie otwory, powstałe po rozejściu się szwów, można podgoić, tworzą się przytem jednak blizny, skracające miękkie podniebienie, a przez to udaremniające właściwy cel operacyi. Wolff polecił operacyę kilkoczasową, nie znalazł jednak dotąd naśladowców. Sposób autora polega na zastosowaniu do plastyki podniebienia szwu drucianego podług Halsteda. Szew ten wykonuje się, n. p. na skórze w ten sposób, że cienkim drutem szyje się (szwem ciągłym) tylko tkankę podskórną, skóry zaś samej nie, przez co blizna jest prawie niewidoczna, a powierzchnie zrośnięcia wielkie. Szyć zaczyna B. od podniebienia miękkiego. Drut usuwa najwcześniej po 14 dniach. Krwotok tamuje przy operacyi wacikami, napojonymi 1 prc. wodą utlenioną. Na 16 operacyi w 8 wynik miał znakomity. Po operacyi wziewania soli kuchennej i rozpylanie 1 prc. wody utlenionej na linię szwów. — Szew Halsteda nadaje się także do zamknięcia pęcherza po cięciu nadłonowem i do zamykania przetok kałowych. *Klęsk.*

Wollenberg. **Przebieg śródmięśniowych dróg nerwowych i znaczenie tegoż dla plastyki ścięgien.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 35, 1906). Wynik przeszczepiania ścięgna przez rozdzielenie mięśnia może być trojaki: 1) część oddzielona uczy się stopniowo pracować samoistnie; 2) pracuje dalej z główną swą częścią; 3) zupełnie nie pracuje. Należy to do rzadkości, by oddzielona część mięśnia pracowała osobno niezależnie od pnia głównego; wydarza się to czasem po rozdzieleniu mięśnia goleniowego przedniego. Najczęściej oddzielony kawałek mięśnia pracuje wspólnie dalej z resztą. Brak zupełny zdolności kurczenia się wydarzyć się może przez przecięcie, jak sądzi autor, ważnych połączeń nerwowych mięśnia w miejscach ich rozgałęzień się. Rozgałęzienie nerwów i ich połączenia przebiegają w mięśniach wspólnie z naczyniami w tkance łącznej, głównie w kierunku poprzecznym. Kierunek podłużny jest wyjątkowy i stwierdzić go można w kilku zaledwie mięśniach (mięsień smukły, potrójny łydki i półścięgnisty w dolnej części). W mięśniach tych rozszczepienie nie niszczy tylu połączeń nerwowych i dlatego mogą rozszczepione części dobrze potem działać. Przekonały o tem autora także doświadczenia na zwierzętach. — Odszczepiona część mięśnia nie powinna być za wązka, a samo rozdzielenie nie powinno sięgać dalej, jak do połowy brzuśca mięśnia. Wązkie kawałki tworzyć można jedynie z wymienionych wyżej mięśni. Odpreparowywać mięsień celem uruchomienia go wolno też tylko do połowy, t. j. do miejsca, gdzie wchodzą naczynia i nerwy. *Klęsk.*

NEUROLOGIA. Sommer. **O rwie kulszowej.** (*Würz. Abh.* Zeszyt 4, 1906). Na podstawie 504 przypadków, spostrzeganych i leczonych w zakładzie wodoleczniczym prof. Briegera w Berlinie, omawia autor szczegółowo rwę kulszową. Z przyczyn powstawania choroby najpierwsze miejsce zajmuje bezwątpienia zaziębienie i wpływy ciepłoty. Cierpienie też to zjawia się najczęściej u ludzi, narażonych na zmiany powietrza, jak u policyantów, żołnierzy, kolejarzy, robotników ziemnych i t. d. Z innych przyczyn często wywołuje rwę ucisk mechaniczny, n. p. częste siedzenie na brzegu stołka (urzędnicy), szycie na maszynie, ucisk obuwia i pończoch, ucisk nerwu przez guzy, wysięki, ciąża, zmiany w kręgosłupie, cierpienia sterczu. Rzadko powstaje rwa na tle bezpośredniego urazu. Z chorób ogólnych wywołać mogą rwę: cukrzyca, zimnica, przymiot, grypa; spostrzegano też rwę w następstwie zatruć ołowiem i rtęcią. Zmiany analogiczne niezawsze można w nerwie stwierdzić. Często jednak spostrzegano przekrwienie, żylaczki, zgrubienie onerwia, złogi moczanowe i wybroczyny. Bole przy rwie są typowe, występują silniej w nocy. W rozpoznaniu ważnym jest objaw Laseguea (brak bolesności większej przy podnoszeniu w górę zgiętej w kolanie kończyny, natomiast przy podnoszeniu kończyny wyprostowanej ból nadzwyczaj silny). Skrzywienie kręgosłupa towarzyszy często chorobie i wraca się z nawrotem rwy. W razie znaczniejszych zmian

zapalnych nerwu zjawić się może i odczyn zwyrodnienia. Rozpoznanie mylić może: gościec mięśniowy i cierpienie stawu biodrowego. Rokowanie w postaciach samoistnych choroby jest pomyślne, lecz nawroty częste. Leczyć należy przedewszystkiem cierpienie pierwotne. Z ogólnego leczenia pamiętać należy o dyecie, spokoju i wypróżnieniach. Środków miejscowych zalecano wiele. Wcierania i maści niewiele pomagają. Wstrzykiwanie miejscowe antypiryny, atropiny, kwasu osmowego, eteru, karbolu, kokainy i rozczynu Schleicha działają niepewnie. Darier poleca leczyć rwę zapomocą radu. Prąd stały działa w rwie gorzej od galwanicznego, który należy stosować (5—20 miliamperów) co drugi dzień przez 3—10 minut. Leczenie chirurgiczne nie daje też zbyt świetnych wyników. Naciąganie krwawego już nikt nie używa, a jedynie stosuje się obecnie przemieszczenie nerwu w części miękkie podług Bardenheuera. Miesienie daje dobre wyniki po przejściu ostrego okresu. Wykonywać je najlepiej przy rwie kulszowej ręką i to z początku lekkie posuwania wzdłuż nerwu z dołu do góry, z unikaniem miejsc bolesnych, potem miarowy przerywany ucisk mięśni, a później dopiero klepanie i gniecenie. Miejsca bolesne nerwu leczyć można stałym uciskiem zapomocą palców lub przyrządu Arnclaniego. Inne rodzaje miesienia stosuje się też z dobrym skutkiem (masaż t. zw. ciepły i ciepło-elektryczny). Pomyślne wyniki daje gimnastyka, ostrożnie stosowana. Z kąpieli naturalnych działają w rwie korzystnie cieplice, jak Gastein, Ragaz, Cieplice, Wildbad, Monsummano, Bagni, dalej kąpiele błotne: Cudowa, Pyrmont, Kissingen, Franzensbad, Spaa i t. d. W leczeniu rwy ma też wielkie uznanie fango (szlam wulkaniczny) w postaci kąpieli i nacierań, podobnie liman. Sposób, stosowany przez Briegera w jego zakładzie, jest następujący: Z początku w okresie ostrym spokój i mocne zawijanie kończyny na noc (woda zimna, a gdy chory jej nie znosi — letnia). Czasem znów gdy chory ulgi po tem nie ma, okłady z wody gorącej. Oprócz tego kąpiele 37—40°, a podczas nich ostrożne wykonywanie ruchów biernych, potem czynnych i z oporem. Kąpiel trwa początkowo 10 minut, potem 20—45°. Powoli przechodzi się do kąpieli chłodniejszych, stosując wśród nich miesienie zwykłe i wibracyjne. Po przejściu ostrego okresu przechodzi się do miesienia ręcznego po kąpieli, do ćwiczeń gimnastycznych i mechanicznego rozciągania nerwu. Bardzo dobre wyniki osiągano w zakładzie przy stosowaniu (po okresie ostrym) tak zwanego szkockiego natrysku (naprzemian strumień pary i zimna woda). Osiągnięto wyleczeń około 90 prc. Najgorsze wyniki bywały przy równoczesnej neurastenii. Nawroty występowały rzadko. Mniej więcej w ten sposób leczyć można i chorych przychodnich. Zdarzające się przy rwie kulszowej następowe skrzywienie kręgosłupa wymaga stosownego leczenia, *Klęsk.*

Kürbitz. **Ostry ograniczony obrzęk w przebiegu wiądu rdzenia.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 36). Autor opisuje wypadek, w którym w przebiegu wiądu rdzenia powstał ograniczony obrzęk na powiekach, wardze górnej i twarzy. Obrzęk ten był blady, bezbolesny, nie miał cech obrzęku zapalnego (mierzenie ciepłoty w tem miejscu zapomocą termometru skórnego stwierdziło podniesienie ciepłoty zaledwie o 7/10° w porównaniu ze stroną zdrową). Obrzęk ten zaliczyć należy do grupy obrzęków, pojawiających się przelotnie w przebiegu organicznych i czynnościowych chorób nerwowych. *Dr M. Godlewski.*

Schutte. **Nowa postać histeryi u dzieci szkolnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 36). Nowa ta postać, która między młodzieżą szkolną miasta Meissen przybrała cechy zupełnej epidemii, znamionowała się drżeniem zrazu słabo, potem coraz silniej napastującem najpierw zwykle rękę prawą. Drżenie to przenosi się z ręki właściwej na przedramię, czasem przechodzi z ręki prawej na lewą, tak że obie ręce mogą być zajęte. Objawy te bywają bardzo uparte. *Dr Godlewski.*

Aschaffenburg. **O stosunku życia płciowego do powstawania chorób nerwowych i umysłowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 37). Wpływ samogwałtu na powstawanie chorób nerwowych i umysłowych jest zdaniem autora niewątpliwie przesadzony, a tam, gdzie on istotnie istnieje, należy go tłómaczyć inaczej, niż to się czyni. Samogwałt wywiera — zdaniem autora — wpływ zgubny tak jak każde nadużycie płciowe, a więc gdy jest praktykowany zbyt często. Zresztą wpływ niekorzystny na układ nerwowy tłómaczyć należy nie osłabieniem ustroju na drodze fizycznej przez utratę nasienia, ale raczej działa tu przedewszystkiem szkodliwie psychologia samego czynu. Samogwałt bowiem uchodzi za rzecz zdrożną, powszechnie potępioną i niesłychanie dla zdrowia zgubną, a przeświadczenie o tem i związana z tem obawa więcej podkopuje siłę nerwową, aniżeli sam samogwałt. Bezowocne usiłowania pozbycia się zgubnego nałogu utwierdzają tych chorych w przekonaniu chorobliwej słabości woli, odbierają wiarę we własne siły, wytwarzając przygnębienie i brak ochoty do życia, co się tak ściśle z neurastenią wiąże. Łatwiej też nieraz przyjść choremu z pomocą w walce z tym nałogiem, jeżeli mu się jego skutków w zbyt czarnych nie przedstawia barwach. W drugiej części swej pracy zwalcza autor wywody Freuda, dotyczące powstawania i leczenia histeryi. Autor ten widzi przyczynę histeryi w reminiscencyi faktów lub wyobrażeń, z życiem płciowem związanych. Wykrycie ich — możliwe oczywiście jedynie zapomocą wywiadów — może zdaniem Freuda objawy histeryczne usunąć. Teoryę tę uważa autor za bezpodstawną, sposób zaś leczenia, który zamiast uwagę chorego od drażniących zagadnień życia płciowego odwracać, przeciwnie ją ku nim kieruje, jest zdaniem A. niewłaściwy, a nawet często wprost szkodliwy. *Dr M. Godlewski.*

OKULISTYKA. Awerbach. **Pierwotna gruźlica spojówki.** (*Wiestnik Oftalm.* Maj—Czerwiec, 1906). Pierwszy z przypadków autora dotyczy dziesięcioletniej dziewczyny, którą przyjęto do szpitala z następującymi objawami: powieki obu ócz, szczególniej prawego, znacznie obrzękłe; spojówki silnie przekrwione, obfita wydzielina śluzowo-ropna. Środkowa część spojówki prawej dolnej powieki zajęta przez wrzód o bardzo nierównych brzegach. Od brzegu powieki i załamka spojówki jest wrzód oddzielony wązkim paseczkiem prawidłowej spojówki. Dno wrzodu nierówne, pokryte tkanką ziarninową, wśród której miejscami widoczne szare, nawpół przezroczyste gruzełki; dno i brzegi wrzodu przy wyczuwaniu miękkie. Na lewem oku wrzód zajmuje wewnętrzną część spojówki dolnej powieki, jest nieco głębszy, lecz mniejszych rozmiarów, cechy wrzodu zresztą takie same, jak i na prawem oku. Bystrość wzroku = 1.0. Rogówki, tęczówki i t. d. prawidłowe. Gruczoły przyuszne obrzękłe i bolesne przy dotknięciu. W lewym przewodzie nosowym widać również owrzodzenie, które zajmuje dno przewodu, przegrodę i skrzydło nosa; wrzody te są podobne do wrzodów na spojówce, lecz nieco głębsze, pokryte strupami; prawy przewód prawidłowy. Z wywiadów okazało się, iż dziedzicznych chorób w rodzinie nie było, choroba się rozpoczęła przed $1^1/_2$—2 laty, najpierw na prawem oku; matka chorej przypuszcza, iż przyczyną choroby był uraz prawego oka. Badanie drobnowidowe zeskrobanej z powierzchni obu wrzodów tkanki stwierdziło, iż była to tkanka ziarninowa w stanie zapalenia, zawierająca miejscami gruzełki. Badanie bakteryologiczne wykryło obecność laseczników gruźliczych. Świnka morska, zaszczepiona zawiesiną tkanki, zginęła po 6 miesiącach na gruźlicę. Pod wpływem leczenia po upływie trzech miesięcy wrzody znikły i pozostały blizny. Drugi przypadek autora dotyczy rocznego dziecka, przyjętego do szpitala z następującymi objawami: lewe oko zdrowe; powieki na prawem oku obrzmiałe, zasklepione wydzieliną ropną, spojówka przekrwiona. Na wewnętrznej części spojówki powieki dolnej niewielki wrzód, dosięgający tarczki; dno i brzegi wrzodu miękkie i nierówne; dno pokryte tkanką ziarninową z gruzełkami; gruczoły przyuszne powiększone; zresztą oko zdrowe. Ogólny stan zdrowia dziecka prawidłowy. Badanie bakteryologiczne zeskrobanej z wrzodu tkanki dało wynik ujemny; wstrzyknięcie śwince morskiej zawiesiny tkanki wywołało śmierć przy objawach gruźlicy. *Dr K. Karnicki.* (Ptbg.).

Cwibak. **Przypadek kilaka twardówki.** (*Wiestnik Oftalm.* Lipiec—Sierpień, 1906). Do lecznicy ocznej w Elisawetpolu zgłosił się chory, skarżący się na tępy ból i trudność przy zamykaniu powiek w prawem oku, od 17—18 dni. Przed 3—4 tygodniami, gdy chory rąbał mięso, prawe oko zostało uszkodzone kawałkiem kości. Przy badaniu stwierdzono: prawie w środku górnej powieki na $^1/_2$ cm. od brzegu rzęskowego widać niedużą bliznę różową; przy dotknięciu chory odczuwa niewielki ból w gałce. Po odciągnięciu górnej powieki widać w twardówce, na 6 mm. ku górze od rąbka rogówki podłużny guzek ciastowaty, ciemno-bursztynowej barwy, o wymiarach: $9^1/_2 \times 4^1/_2$—8 mm. $\times 4^1/_2$—5 mm; guzek jest nieruchomy; spojówka zaś nad guzkiem zupełnie ruchoma, zlekka przekrwiona; z boków do guza wnikają nowo utworzone naczynia. Na spojówce górnej powieki widać niedużą bliznę. Zresztą oko prawidłowe. Autor przypuszczając, iż w twardówce pozostało ciało obce, rozciął guzek i wyskrobał łyżeczką; ciała obcego nie znaleziono. Po kilku dniach guzek znowu się wytworzył i począł się zwiększać. Gdy badanie stwierdziło obrzęk wszystkich gruczołów chłonnych, jak również blizny na tylnej ścianie gardła, a inny lekarz znał chorego, jako dawno cierpiącego na kiłę, zastosowano leczenie swoiste i wkrótce nastąpiło polepszenie. Przy wyjściu ze szpitala po 2 miesiącach pozostała na miejscu guzka plamka, ciemnoróżowej barwy. B. wzr. = $^{20}/_{30}$. *Dr K. Karnicki* (Ptgb.).

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XV. posiedzenie naukowe dn. 6 lipca 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz. protokołuje kolega W. Ziembicki.

Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

Przewodniczący oznajmia, że w uroczystem pożegnaniu ustępującego inspektora szpitali krajowych, dra Jana Stelli Sawickiego, wziął udział wraz z kol. W. Ziembickim.

I. Kol. Jedlička przedstawił chorego z kliniki chirurgicznej, u którego z powodu podurowego porażenia prawego mięśnia naramiennego dokonano **przeszczepienia mięśnia piersiowego wielkiego** w ten sposób, aby zapomocą niego zastąpić zniesioną czynność mięśnia naramiennego. Odpowiedni zabieg podał w roku zeszłym Hildebrandt. Od tego czasu opisano dopiero dwa przypadki tej operacyi, a mianowicie jedna z nich wykonana przez samego Hildebrandta u dziewczynki, która w 7 miesięcy po zabiegu ledwo do 60° mogła kończynę unosić, — drugą wykonał Gersuny u 40-letniego robotnika, z wynikiem niezbyt pomyślnym. Przedstawiony przypadek odznacza się znacznie lepszym wynikiem, bo chory, który od przebycia duru w r. z. zupełnie prawej kończyny nie mógł używać, obecnie w 4 miesiące po operacyi unosi całe ramię do poziomu, tak ku przodowi, jak i w bok. Prelegent podnosi ważność dopełnienia warunku, o którym wspominał Rydygier na zjeździe w Moskwie, że tętnica, jakoteż nerw powinny być zachowane.

II. Kol. Wolf przedstawił trzech chorych z oddziału chirurgicznego szpit. powsz. (prof. dra Ziembickiego).

1) Mężczyzna dorosły, operowany dn. 12 maja b. r. z powodu **ropnia mózgu.** Chory ten, w czasie rozruchów ulicznych cięty przez żołnierza policyjnego szablą, tak, że powstała rana, 12 ctm. długa, sięgająca aż do opony twardej, zrazu nie chciał zgodzić się na żaden zabieg operacyjny, a poddał mu się dopiero po 5 dniach, gdy zaczęły występować objawy mózgowe (zwolnienie tętna, porażenie lewego nerwu twarzowego i lewej górnej kończyny, obok gorączki i t. d.). Obecnie czuje się operowany zupełnie dobrze, porażeń nie ma żadnych, rana pooperacyjna zagojona.

2) Mężczyzna dorosły, który spadłszy z rusztowania, doznał **powikłanego złamania czaszki** z porażeniem lewej połowy ciała. Wykonano trepanacyę. W czasie operacyi przekonano się, że pomiędzy powłokami miękkiemi, a czaszką, znajdowała się ogromna ilość krwi, (pochodzącej nie z tętnicy oponowej środkowej, gdyż objawy w ciągu 6—7 godzin poprzedzających operacyą, nie wzrastały), kość zaś była strzaskana na liczne, w różnych kierunkach sterczące odłamki, których część usunięto. Tętno wynosiło przed zabiegiem 52 uderzeń na minutę. Chory ma się obecnie zupełnie dobrze, pozostał jedynie lekki niedowład kończyny lewej górnej i dolnej.

3) Chory, u którego sposobem Krönleina wyjęto **guz pozagałkowy.** Bystrość wzroku utrzymana. Przypadek ten będzie osobno ogłoszony przez prelegenta i kol. Reisa.

W dyskusyi wyraża kol. Obtułowicz uznanie kol. Wolfowi, który już kilkakrotnie przedstawił w Towarzystwie zajmujące przypadki z chirurgii mózgu z oddziału chir. szpitala. Jak one dowodzą, można w tych razach wczesnym zabiegiem wiele uzyskać. Z tego powodu też jest jak najrychlejsza operacya zupełnie uzasadnioną, zwłaszcza, że przy krwawieniu n. p. z tętnicy oponowej średniej nagromadzające się skrzepy wywierają szkodliwy ucisk na tkankę mózgową, tworząc w niej nawet rodzaj wyżłobień muszelkowatych, jak to mowca miał sposobność przy sekcyach spostrzegać. Kol. prof. Ziembicki podnosi, że o ile przedstawionym właśnie chorym niebezpieczeństwo, zdaje się, już nie grozi, o tyle nie należy zapominać, że niebezpieczeństwo takie wystąpić może w kilka i kilkanaście tygodni po podobnych operacyach tam, gdzie pozostają przez czas dłuższy małe przetoczki sączące, (wywołane przez obumierające części kostne). Mowca przypomina ze swego oddziału przypadek, w którym trzykrotnie powstawał ropień w mózgu i trzykrotnie z pomyślnym wynikiem był operowany, aż wreszcie po czwartym zabiegu chory zmarł. W pewnym znowu przypadku chory w 3 miesiące po trepanacyi (po uderzeniu kopytem końskiem), mając się zupełnie dobrze, poddał się operacyi plastycznej, i zmarł w parę dni później na ropień mózgu. Mowca przestrzega zatem przed plastyką zbyt pospieszną.

III. Kol. Schneider przedstawia kobietę 60-letnią z obustronnym guzem w okolicy nerek, który rozpoznaje jako **torbielowate zwyrodnienie nerek** *(degeneratio cystica renum).* Guzy od $1\frac{1}{2}$ roku się nie powiększają. Mocz zawiera białko (w ilości około $\frac{1}{4}$ ‰), w osadzie wałeczków, krwiomoczu, bólów i t. p. nigdy nie było. Prelegent streszcza w krótkości historyę tego cierpienia, objawy, rozpoznanie i t. d.

Dyskusya: Kol. doc. Rencki podnosi rzadkość cierpienia i trudności, nasuwające się przy rozpoznaniu. Przytacza trzy przypadki z własnego doświadczenia. Kolega prymaryusz Pisek przytacza przypadek, w którym rozpoznanie zwyrodnienia torbielowatego nerek wydawało się niewątpliwe, sekcya stwierdziła jednak nowotwór (tłuszczaka). Doradza więc ostrożność w rozpoznawaniu, zwłaszcza u dorosłych. U dzieci są to, jak wiadomo, rzeczy częste. Kol. prof. Ziembicki zwraca uwagę na możliwość w podobnych razach istnienia bąblowca, o czem przekonał się w własnej praktyce. Kol. Gröbel, nawiązując do wzmianki kol. Piska o zwyrodnieniu torbielowatem u dzieci, przytacza przypadek z kliniki położniczej, w którym u płodu stwierdzono torbielowate zwyrodnienie nerek i puchlinę brzuszną, będącą nawet przyczyną niestosunku porodowego, tak, że wykonano przebicie powłok brzusznych. Kol. Schneider dodaje, że do r. 1905 rozpoznano 9 razy to cierpienie u osób starszych. Okoliczność zaś, że w przypadku, który przedstawił, jest i wątroba nierówną, przemawiałaby jego zdaniem także za torbielowatem zwyrodnieniem narządów.

IV. Kol. doc. Rencki okazuje śledzionę, (ważącą 1200 gr.), wyjętą u chorej, przedstawionej przez mowcę na jednem z ostatnich posiedzeń, a dotkniętej cierpieniem, zwanem: »*Polycythaemia cum tumore lienis et cyanosi*«. Obraz histologiczny tej śledziony jest nadzwyczaj zajmujący i będzie przez mowcę, jak i przypadki jego, szczegółowo opisany. Obecnie podkreśla kol. R. raz jeszcze analogię, zachodzącą zdaniem jego pomiędzy białaczką, a wspomnianem cierpieniem.

V. Kol. Czyżewicz jun. przedstawia preparaty z dwu przypadków **ciąży zewnątrzmacicznej.** W pierwszym z nich chodziło o 24-letnią chorą, która zgłosiła się do zakładu położniczo-ginekologicznego z objawami ciąży zewnątrzmacicznej i poronienia jajowodowego. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono rozdęty lewy jajowód, w jego ujściu brzusznem łożysko, a w okolicy kiszki ślepej 4-miesięczny płód, już częściowo zmiękczały, leżący wśród licznych skrzepów krwi i rozległe zrosty. Po usunięciu jajowodu, płodu i skrzepów przekonano się, że miejsce jaja płodowego zajął rozległy skrzep krwi, otoczony jeszcze resztkami błon płodowych. Chora wyzdrowiała. Taki przebieg ciąży zewnątrzmacicznej uważa prelegent za najczęstszy typ, spostrzegany w praktyce. — W przypadku drugim ciąża jajowodowa rozwijała się bez zwykłych objawów klinicznych przez czas około 9 miesięcy, poczem płód obumarł i dopiero z powodu następowego krwotoku chora się zgłosiła do zakładu. Znaleziono prawy jajowód rozdęty do wielkości macicy przy końcu VIII miesiąca księżycowego ciąży, mechanicznie przetarty w górze, po odpływie wód płodowych do jamy brzusznej, z płodem zmiękczałym częściowo i zniszczoną pępowiną. W jamie otrzewnej nie było żadnych zrostów, a ściany rozdętego jajowodu przypominały budową ściany macicy ciężarnej. Spraw zapalnych nie wykryły ani wywiady, ani badanie anatomiczne. Chora wyszła w 21. dni po operacyi do domu. — Omawiając ten przypadek, stwierdza prelegent, że jest to czysta ciąża jajowodowa i to usadowiona w cieśni jajowodu (*isthmus tubae*), a brak zrostów otrzewnych, pęknięcia jajowodu lub poronienia do jamy brzusznej tłomaczy przypuszczeniem, że wobec braku wszelkich zmian zapalnych ściany jajowodu były zdolne przerastać podobnie, jak macica w ciąży. Przyczyną usadowienia się jaja zewnątrz macicy było może wrodzone zwężenie jajowodu, za czem przemawia niedokształt reszty części rodnych i bezpłodność pomimo 4-letniego małżeństwa.

Dyskusya: Kol. doc. Herman przypomina sobie przypadek, operowany w klinice chirurg. we Lwowie, w którym był również wielki guz, nie okazujący zrostów; guz ten okazał się jajowodem, zawierającym płód. Mowca podnosi, że chora miała blizny poporodowe i sądzi, że ten szczegół mógłby w danym razie przydać się do rozpoznania. Kol. Obtułowicz zwraca uwagę, że ciąża zewnątrzmaciczna może być nawet przyczyną nagłej śmierci. Przypomina sobie 25-letnią kobietę, która zmarła wśród dość gwałtownych objawów (wymioty, zapad etc.) tak, że przypuszczając otrucie, uwięziono męża. Sekcya stwierdziła w jamie brzusznej obfite skrzepy i płód zewnątrzmaciczny.

VI. Kol. prof. Barącz przedstawia mężczyznę **z owrzodzeniem na przegrodzie nosowej,** które pod wpływem lecze-

nia (lapis) przybrało wejrzenie wrzodu gruźliczego. Nie jest zdaniem mowcy wyłączone, że jestto jednak zmiana kiłowa, zwłaszcza wobec tego, że chory do przebycia kiły się przyznaje.

Dyskusya: Kol. Blumenfeld przyznaje, że owrzodzenie to wygląda na gruźlicze, ale stwierdza, że trudności w rozpoznaniu przysparza ta okoliczność, iż zmiana ta była już leczoną miejscowo. Wobec wszakże nacieków na nosie, wobec wywiadów, przychyla się mowca raczej do rozpoznania zmiany kiłowej. Uważa więc za wskazane leczenie jodem i rtęcią, tem bardziej, że pomyłki w rozpoznaniu są w podobnych razach częste, a podając te środki, nic nie ryzykujemy. Kol. Leszczyński uważa przedstawioną zmianę za niewątpliwą gruźlicę, rozwijającą się w miejscu właściwem, a to na granicy między skórą, a błoną śluzową. Przez zbadanie co do prątków może być to rozpoznanie łatwo poparte. W danym razie uważałby przyżeganie przyrządem Paquelina i kwasem mlecznym za wystarczające. Kol. Stachiewicz sądzi również, że jestto zmiana gruźlicza. Mikroskop powinien tu rozstrzygać, niemniej przydać się może badanie płuc. Do rady kol. Blumenfelda, ażeby podać jod, zastosowałby się chyba dla przekonania się, czy nie wystąpi po tym środku podwyższenie ciepłoty cechujące gruźlicę. W razie, gdyby owrzodzenie było w istocie przyrody gruźliczej, uważa za najodpowiedniejszy sposób leczniczy skrobanie i stosowanie co 5 dni czystego kwasu mlecznego. Kol. prym. Pisek w przypadku tym nie stawiałby bez dokładniejszych badań żadnego rozpoznania. Pomyłki są częste. Jako dowód przypomina przypadek, w którym 20-letni mężczyzna, odznaczający się wątłą budową i mający na podniebieniu i w gardle owrzodzenia na pozór gruźlicze, wyzdrowiał zupełnie po 4-tygodniowem zażywaniu jodu (z polecenia kol. profesora Barącza). Przypominając w końcu, że rtęci zaczynają w ostatnich czasach używać i w gruźlicy, nie miałby nic przeciw postępowaniu, zalecanemu przez kol. Blumenfelda. W dyskusyi przemawiał jeszcze kol. Kikinger, żądając dokładnego zbadania stanu płuc chorego i dokładnych wywiadów, wreszcie kol. prof. Barącz.

VII. Kol. Blumenfeld okazał preparaty mikroskopowe z tkanek, zawierających **krętka bladego.** Preparaty te pochodzą z tkanki nadnercza płodu 6-miesięcznego, dotkniętego kiłą wrodzoną. Sekcya wykonana w 48 godz. po śmierci na zwłokach niegnijących, przez kol. Nowickiego w zakładzie anatomii patologicznej stwierdziła najznaczniejsze zmiany w wątrobie, która była bardzo znacznie powiększona i po otwarciu jamy brzusznej dochodziła przednim brzegiem na dwa palce ponad spojenie łonowe; powierzchnia jej gładka, na przekroju barwy ciemnej, dość oporna, wzdłuż rozgałęzień większych pni żyły wrotnej nacieki szarawe (słoninowate), wchodzące w głąb miąższu, tak, że nawet gdzieniegdzie widać je i około małych naczyniek, lub jako drobniutkie ogniska szarawe. Trzustka była znacznie w całości powiększona, zgrubiała i bardzo oporna. Na przekroju rysunek zrazikowy w wielu miejscach zatarty. Śledziona bardzo znacznie powiększona (wymiar $4^1/_2 \times 3^1/_2$) w torebce nieco zgrubiałej; na przekroju ciemno-wiśniowej barwy. W jamie brzusznej płyn bursztynowo-żółty w ilości około 250 ctm.^{3}, zawierający strzępy włóknika. W kościach długich na granicy nasad i trzonu widać paski żółtawe szerokości około 3 mm., nie tworzące linii prostej, ale wybitnie ząbkowane (pasemkowate); paski te gdzieniegdzie są miękkie tak, że przysadki łatwo od trzonu dają się oderwać. Nerki i nadnercza bez zmian makroskopowych. Z wywiadów zebranych przez klinikę położniczą, (skąd pochodził płód), wiadomo, że matka tego płodu po raz drugi zaszła w ciążę i po raz drugi poroniła. Wszystkie narządy wewnętrzne płodu przechowano celem poszukiwania krętków bladych; dotychczas zbadano wątrobę, nadnercza i śledzionę; przyczem okazało się, że mimo, iż w nadnerczu zmian makroskopowych nie było, to jednak najznaczniejsza ilość krętków znajduje się — jak dotychczas — w tym narządzie. Pod drobnowidem widać bardzo liczne krętki blade, które w tych preparatach nie usprawiedliwiają swej nazwy, gdyż są grube, czarne i odbijają na żółtem tle zabarwionej wyraźnie tkanki. Schaudinn i Hoffmann odkryli krętek w preparatach szkiełkowych i tam też, zwłaszcza zapomocą sposobu Giemsy, — na dobrze zabarwionem tle bardzo delikatnie zarysowują się krętki. Inaczej w preparatach z tkanki. Metoda Levaditiego, która jest modyfikacyą metody Ramon y Cajala barwienia włókien nerwowych, pozwala, czy to przez tworzenie strątów z azotanu srebra, czy też (co jest mniej pewne) przez zabarwienie ewentualnej otoczki krętków dokładniej kształt ich spostrzegać. W preparatach widać, że niektóre krętki mają 20 i kilka ostrych skrętów, inne są mniejsze; mają ostro ograniczony cienki »ogonek« przy końcach. — Co się tyczy usadowienia, to o ile wnosić można z preparatów dotychczas przeglądniętych zdawałoby się, że najczęściej spotykamy krętki przecież w przestworach międzykomórkowych, nie zaś w komórkach samych i ich jądrach. Prelegent stwierdza wielką skłonność krętków do sadowienia się wśród naczyń krwionośnych. Głównie zaś znaleźć można krętki pomiędzy błoną zewnętrzną i środkową w tak zwanych przestworach limfatycznych Virchowa i Robina. To spostrzeżenie zrobił na drodze histologicznej jeszcze przed 10 laty Obrzut i w pracy »Contribution à l'étude des gommes et de l'artérite syphilitique«, wydanej w praskiej Akademii Umiejętności wyraża zdanie, iż sprawa kiłowa naczyń z tych właśnie przestworów limfatycznych bierze swój początek, gdyż tam znajdują się zmiany pierwotne. Co do swoistości krętka bladego, to na podstawie dotychczasowych badań możemy stwierdzić, że: znajduje się on stale we wszystkich przypadkach kiły i we wszystkich jej okresach; niedawno po raz pierwszy znaleziono go i w wytworach kiły t. zw. trzeciorzędnej. Nie znajdują się zaś krętki w przebiegu innych chorób. Znaleziono wprawdzie kilkakrotnie krętki blade przy zwykłem zapaleniu żołędzi. Wobec tego odosobnionego zresztą spostrzeżenia możnaby myśleć i o pasorzytnem pojawianiu się krętka bladego; nie u każdego chorego, z którego n. p. błony śluzowej nosa wyhodować możemy prątki gruźlicze, znajduje się gruźlica błony śluzowej lub narządów wewnętrznych. Natomiast hodowli krętka otrzymać nie możemy, by zapomocą niej wywołać doświadczalnie kiłę u zwierząt. Pośrednio dowód się też udał. Jeżeli małpom zaszczepi się wykwit kiłowy, to w wytworzonym u niej wykwicie odnajduje się krętki blade. Jakkolwiekbądź krętek blady jest »z prawdopodobieństwem graniczącem o pewność« drobnoustrojem kiły. Prątków trądowych także nie umiemy hodować, a mimoto — wobec innych danych — uważamy go całkiem stanowczo za drobnoustrój trądu. (*Autoreferat*).

XVI. posiedzenie naukowe w d. 5 października 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki.

I. Kol. Fels okazał wielką **ość rybią, wyjętą z kiszki stolcowej** chorego, cierpiącego na krwawnice.

II. Kol. Czyżewicz (jun.) przedstawił przypadek **urazowego pęknięcia krocza** u 11-letniej dziewczyny, którą krowa ugodziła rogiem w rzyć. Dziś, po upływie niespełna 3 miesięcy od wypadku, stwierdza badanie pęknięcie zwieracza odbytu, jakoteż odbytnicy na przestrzeni $1^1/_2$—2 cm. Krocze pęknięte od tyłu. Ku przodowi utrzymany mostek około 1 cm. szeroki, błona dziewicza zachowana. Pochwa nienaruszona. Chora oddaje mimowoli stolec i wiatry. Leczenie będzie polegało na plastyce krocza i połączeniu zwieracza odbytu sposobem Fritscha. W liczbie około 9000 chorych, które zgłosiły się w ostatnich $3^1/_2$ latach do Zakładu położniczo-ginekologicznego widział prelegent, oprócz przedstawionego, tylko 3 przypadki podobnego, urazowego przedarcia krocza, co dowodzi ich rzadkości. W jednym z nich, przyczyną pęknięcia niemal całego krocza u 18-letniej dziewczyny było zgwałcenie. W drugim, upadnięcie na sprzęt żelazny, wywołało pęknięcie w okolicy cewki moczowej. W trzecim pęknięcie nastąpiło wskutek upadnięcia okrakiem na żelazną galeryę ganku.

W dyskusyi przytacza kol. Obtułowicz przypadek, badany z polecenia sądu, na oddziale kol. Czyżewicza (sen.), gdzie u 12-letniej dziewczyny nastąpiło skutkiem brutalnego gwałcenia rozdarcie znacznej części krocza i tylnej ściany pochwy. Zazwyczaj zdarza się jednak, że przy gwałceniach dzieci kończy się na lubieżnem dotykaniu, a błona dziewicza pozostaje nienaruszona, chociaż nawet nieraz następuje zakażenie jadem trypprowym. Kol. Fels przypomina sobie ze statystyki Stacyi ratunkowej kobietę, która doznała pęknięcia krocza wskutek upadnięcia na ostrą krawędź.

III. Kol. Wolf przedstawia preparaty i chorych z oddziału chirurgicznego szpitala powsz. (prym. kol. prof. Ziembicki).

1) Preparat, pochodzący z 30-letniego mężczyzny, który w 4 tygodnie po napadzie zapalenia wyrostka robaczkowego zgłosił się do szpitala z guzem ruchomym, jakby uszypułowanym po prawej stronie nad więzadłem pachwinowem. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że ten **ruchomy guz utworzony** jest **przez sieć,** zrośniętą z wyrostkiem, stanowiącym rodzaj szypuły tego guza.

2) Preparat, przedstawiający **węzeł jelita cienkiego,** z mężczyzny, który zgłosił się do szpitala, podając, że przed dwoma dniami zachorował wśród nagłych bolów w jamie brzusznej.

Badanie stwierdzało wzdęcie brzucha, odgłos wypukowy po obu stronach przytłumiony, chełbotanie, po prawej stronie opór rozlany. Przez odbytnicę nic nie można było stwierdzić. Ciepłota 37,2, tętno przyspieszone. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że w krezce istnieje otwór o dość ostrych brzegach, w który wsunęła się pętla jelita cienkiego, tworząc następnie rodzaj węzła. Obumarłą część jelita usunięto. Prelegent podnosi rzadkość węzłów, wywołanych nieprawidłowościami w budowie sieci. Jeden z tych przypadków operował przed dwoma laty. Był to 23-letni mężczyzna, przysłany do szpitala z rozpoznaniem niedrożności jelit. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że dwa metry jelita biodrowego pozbawione były krezki. W miejscu tem powstał prawdziwy podwójny węzeł. Usunięto całą tę, obumarłą część jelita. W 8 godzin po operacyi chory zmarł.

3) Prelegent przedstawia młodego chłopaka, który 30 lipca był operowany na oddziale chirurg. przez kol. Paklikowskiego z powodu rany w czaszce w zakresie kości ciemieniowej lewej wielkości 2 hal. z **wypadnięciem mózgu.** Po trepanacyi nie usunięto wypadniętej części mózgu, założono sączek. Obumarła część mózgu z czasem odpadła. Chłopak ma się obecnie dobrze, daje się jedynie stwierdzić lekki (przedtem znaczny) niedowład prawej kończyny górnej i prawego nerwu twarzowego.

4) W końcu przedstawia prelegent dorosłego mężczyznę, który w 4 tygodnie po uderzeniu kamieniem w głowę zgłosił się z blizną na tyłogłowiu, skarżąc się na trudności, a później niemożność mówienia, na senność. Prelegent wykonał trepanacyę i znalazł **ropień mózgu** wielkości orzecha włoskiego, który wysączkowano. Chory ma się zupełnie dobrze.

W dyskusyi wyraża kol. Obtułowicz ponownie uznanie prelegentowi za przedstawianie w Towarzystwie tych pięknych wyników z zakresu chirurgii mózgu. Jednego z przedstawionych chorych, młodego chłopaka, przypomina sobie mowca z badania sądowego i stwierdza, że przypadek ten sprawiał wrażenie nadzwyczaj groźnego stanu. Na zapytanie kol. prof. Barącza, jakiej techniki używa się przy podobnych operacyach na oddziele prof. Ziembickiego, objaśnia prelegent, że w przypadkach wymienionych użyto młotka i dłutka.

IV. Kol. Sabatowski wygłosił rzecz o **„lewulozuryi pokarmowej“**, streszczając zarazem swe doświadczenia, przeprowadzone w klinice lekarskiej. Pierwsze prace Sachsa i Straussa dały podstawę i kierunek wytyczny dalszym badaczom, którzy przysparzali głównie kazuistyki. Rzeczowe pogłębienie przedmiotu przynieśli francuzi, którzy obniżyli pierwotną dawkę Straussowską 100 gr. na 60 gr. przy wysokim odsetku prób dodatnich, dalej Šamberger, który lewulozuryę pokarmową stwierdził przy żółtaczce kiłowej i Rebaudi, który ją spostrzegał przy ostrych chorobach zakaźnych. Ważną też jest praca Sehrta, który dowiódł »in vitro«, że tylko miąższ wątrobowy jest zdolny rozłożyć lewulozę w ustroju. Prelegent wykonał doświadczenia na wzór straussowskich, uzyskał również wysokie odsetki prób dodatnich przy marskości wątroby, chorobach zakaźnych ostrych i żółtaczce kiłowej, a nadto udało mu się stwierdzić lewulozuryę pokarmową w wątrobie zastoinowej przy starej, zupełnej niedomodze serca; wątroba zastoinowa przy niedomodze sercowej świeżej lub niedawnej wywiązywała się z swego chemicznego zadania całkiem dobrze. Z doświadczeń dodatnich, wykonanych z cukrem trzcinowym, zawierającym 50 prc. lewulozy, wnosi prelegent, że z dawkowaniem lewulozy można schodzić niżej, niż francuscy badacze i przez wyszukiwanie w ten sposób granicy tolerancyi lewulozowej dla każdego chorego oznaczać w przybliżeniu stopień i rozległość zmian chorobowych wątroby. Ujemnych następstw po podaniu lewulozy prelegent nie zauważył nigdy, nieprzyjemne rzadko, sposób zaś postępowania jest prosty, co powinno ułatwić rozpowszechnienie się jego.

Sekretarz: *Witołd Ziembicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 2 października 1906.

1) Odczyt Krajewskiego (**„Kamica przewodu żółciowego“**), wygłoszony na poprzedniem posiedzeniu, wywołał ożywioną dyskusyę.

Kijewski przytacza szczegółowe dane statystyczne z piśmiennictwa polskiego, dotyczące operacyi na drogach żółciowych (praca ta drukuje się obecnie w całości w »Gazecie Lek.« od Nru 38), podaje pokrótce zapatrywania internistów i chirurgów, wypowiedziane w tej sprawie na dwóch ostatnich zjazdach polskich, i gorąco wzywa do częstszego, niż obecnie, uciekania się do operacyi w chorobach przewodów żółciowych.

Pruszyński stwierdza niezgodność zdań naszych wybitnych klinicystów co do interwencyi chirurgicznej w chorobach żółciowych. Znaczna większość uważała dotąd operacyę na drogach żółciowych za *ultimum refugium*, stąd ta duża śmiertelność (do 30 prc.), jaką wykazują dane, zebrane przez kol. Kijewskiego. Wobec tego, że kamica żółciowa nie jest sprawą tylko miejscową, że usunięcie kamienia nie leczy istoty choroby, że wreszcie po operacyi nieraz pozostają przetoki lub zrosty, wskazanie do zabiegu chirurgicznego wymaga wielkiej ogłędności. P. sądzi, że: 1) operacya jest wskazana w przypadkach przejścia sprawy zapalnej z pęcherzyka żółciowego na otaczającą otrzewnę; 2) operacya powinna być wykonana natychmiast bez względu na siedlisko kamienia w przypadkach zakażenia dróg żółciowych z żółtaczką i gorączką przepuszczającą z obfitymi potami; 3) operować należy w przypadkach stałej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego nawet wtedy, gdy niema objawów zakażenia dróg żółciowych; 4) operować należy w razie zrostów, wywołujących stałe bole, lub niedrożność ze strony narządów otaczających; 5) z operacyą zwlekać nie należy w razie puchliny lub ropniaka pęcherzyka żółciowego; 6) w przypadkach raka pęcherzyka żółciowego operacya stanowi jedyny zabieg leczniczy; 7) jeżeli napady kolki powtarzają się często, a leczenie wewnętrzne nie odnosi skutku, należy operować. W razie wątpliwości, czy w danej chwili zabiegi chirurgiczne są niezbędne, rozstrzygające znaczenie ma badanie czynności wątroby, która od samego początku choroby ulega zboczeniem. Co się tyczy techniki operacyjnej, to P. jest za pozostawieniem pęcherzyka żółciowego, o ile ściany jego nie uległy poważniejszym zmianom.

Jakkolwiek teoretycznie, zdaniem Skłodowskiego, prawie wszyscy zgadzają się na to, że przy przewlekłem uwięźnięciu kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym należy operować, gdyż przejście kamienia do jelita drogą naturalną jest bardzo mało prawdopodobne, to jednakże w praktyce bywają znaczne indywidualne różnice poglądów. Różnice te są skutkiem braku porozumienia w pewnych zagadnieniach rozpoznawczych. Pierwszem takiem zagadnieniem jest nie przez wszystkich jeszcze uznawany fakt, że zatkanie przewodu żółciowego wspólnego przebiegać może z żółtaczką bardzo nieznaczną, albo nawet zupełnie bez żółtaczki. Powtóre zawsze nastręcza pewne trudności pytanie, gdzie leży granica pomiędzy zatkaniem ostrem, a przewlekłem. Wobec tego należy najczęściej postępować według wskazówek empiryi, która poucza, że zarówno zwykła żółtaczka zakaźna (t. zw. nieżytowa), jak i prawidłowo przebiegający napad skuteczny nie trwają zazwyczaj dłużej, niż 6 tygodni. Po dwóch miesiącach możliwość wyleczenia samoistnego jest już bardzo nieznaczna. Ten termin będzie więc zwykle dostateczny dla rozpoznania przeszkody stałej, a zarazem postanowienia operacyi. Trzecim wreszcie szkopułem, dającym powód do wahania się co do operacyi, jest w pewnych przypadkach niepewność co do natury czynnika, wywołującego zatkanie przewodu żółciowego, szczególniej u osób starszych. Lecz te czynniki nie powinny nigdy od operacyi odwodzić, skoro tylko przewlekłe zatkanie wspólnego przewodu żółciowego jest dokładnie rozpoznane.

Dunin wypowiada przekonanie, że bezwzględnie pewnych wskazań do operacyi nigdy nie będziemy mieli. Każda postać kamicy może być uleczona bez operacyi. Stan czynności wątroby także nie stanowi wskazań, a co najważniejsza, nie możemy dokładnie zbadać tych czynności. Zresztą czynność wątroby może być prawidłowa, a mimoto mogą istnieć wskazania do operacyi. Najważniejszem wskazaniem będzie zawsze stan ogólny chorego, a więc ciągle powtarzające się bole, stałe chudnięcie i charłactwo.

Edward Zieliński 1) oświadcza się za wczesnem operowaniem, gdyż niewiadomo nigdy, kiedy może nastąpić przerzut w narządzie ważnym, jak również i dlatego, że samodzielne usunięcie się kamienia może pociągnąć za sobą wytworzenie się przetoki lub uchyłka, zwężających światło odźwiernika lub dwunastnicy; 2) nie podziela optymizmu co do braku nawrotów, spostrzegał bowiem odchodzenie kamieni przez przetokę po dwu latach, a raz także typową kolkę żółciową w trzy lata po operacyi; 3) radzi zgłębnikować nietylko przewód pęcherzykowy i żółciowy wspólny, lecz i wątrobowy, gdyż i tu mogą się tworzyć kamienie, choć ich brak na razie w pęcherzyku i przewodzie wspólnym. 4) uważa za wielce niefortunne wytyczne, podawane dla wykreślenia *reg. pancreatico-choledochianae*, gdyż za jeden z punktów stałych wzięto pępek, chociaż on, jak wiadomo, u różnych osobników bardzo różnie leżeć

może, gdy z drugiej strony trzustka nigdy nie ulega przemieszczeniu. Z. proponuje okolicę trzustkowo-żółciową określać w następujący sposób. Jeżeli od wyrostka barkowego (*acromion*) jednej strony przeprowadzić linię do połowy więzadła Pouparta strony przeciwnej ciała, to dwie takie linie przetną się na trzonie XII kręgu grzbietowego, t. j. na ciele trzustki; w górnej połowie prawego rozwartego kąta, wytworzonego przez te linie, leżeć będzie głowa trzustki, a wewnętrzna strona wspomnianego kąta będzie wytyczną kierunku przewodu żółciowego wspólnego. 5) Z. nie zgadza się, ażeby pęcherzyk żółciowy uważać za narząd niezbędny. Patrzeć nań trzeba, jako na narząd szczątkowy (podobnie jak np. na wyrostek robaczkowy), a to dlatego, że pęcherzyk ten, jako zbiornik, jest zbyt mały (6—10 c. sz.) w stosunku do dobowej ilości żółci (niekiedy 2—3 litrów), nie wyciekającej przytem stale, lecz raz słabiej, raz silniej. Brak zupełny pęcherzyka, lub jego zupełne zarośnięcie nie wpływają wcale na ustrój chorego; nie mają wreszcie pęcherzyka niektóre zwierzęta, jak słoń, jeleń, wielbłąd, koń, bóbr, nie licząc gołębi i papug, choć niektóre z nich wydzielają ogromne ilości żółci (koń 5—6 kilogr. na dobę). 6) Z. nie obawia się złego wpływu na ustrój utraty żółci przez przetokę; u chorych takich może nastąpić poprawa i czynności ustroju mogą odbywać się znakomicie bez obecności żółci w przewodzie pokarmowym, o ile trzustka pełni swą czynność prawidłowo, na żółć bowiem nie należy patrzeć, zdaniem Z., jako na wydzielinę trawienną, lecz jako na wydalinę (*excretum*), gdyż *a*) nie wywiera żadnego trawiącego wpływu na włóknik, albuminę, żelatynę, skrobię, nawet cukier; *b*) emulguje tłuszcze 10 razy gorzej, niż sok trzustkowy; *c*) własności odkażających nie posiada; *d*) zawiera zaś w sobie tak obce dla ustroju składniki, że zatrzymanie ich i wessanie w krew wywołuje ciężkie zatrucie ogólne; *e*) należy zwrócić uwagę na to, że u ryb, jak również w najwcześniejszych okresach rozwoju wszystkich kręgowców wątroba ma budowę gruczołu wydalniczego i dopiero począwszy od płazów budowa ta się zaciera; *f*) wreszcie pamiętać trzeba że głównie z żółcią wydalają się z ustroju wszystkie metale ciężkie przy zatruciach, (co ma zupełne podobieństwo z wydaliną nerek).

Rzętkowski dzieli kamicę żółciową na jawną i utajoną; jawna jest znacznie rzadsza od utajonej, na sekcyach bowiem znajdujemy bardzo często kamienie żółciowe w takich przypadkach, w których za życia nie ujawniały się one wcale. Internista nigdy nie może twierdzić napewno, że kamicę żółciową wyleczył, lecz jedynie, że kamica ta z jawnej przeszła w utajoną. Kamica przewodu żółciowego należy do postaci jawnej i wchodzi wyłącznie w zakres chirurgii.

Bronisław Sawicki podaje wyniki ze swego oddziału szpitalnego w przypadkach przewlekłej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego; ogółem na wątrobie i drogach żółciowych wykonano 23 operacyi. Przechodząc do wniosków ogólnych, S. wypowiada zdanie, że w każdym przypadku przewlekłego zatkania przewodu żółciowego wspólnego operacya jest bezwarunkowo wskazana. Co się tyczy techniki, to cięcie poprzeczne daje lepszy dostęp, niż inne cięcia. Dla usunięcia kamieni zalecałby S. stosować choledochotomię nad- lub pozadwunastnicową.

Kryński zaznacza znamienny zwrot w zapatrywaniach internistów, jaki zaszedł w ostatnich latach. Gdy w r. 1900 na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie prawie wszyscy interniści wypowiadali się przeciwko interwencyi chirurgicznej w cierpieniach dróg żółciowych, to już w 3 lata potem zabiegi te liczyły sporo zwolenników, dziś zaś szeregi zwolenników operacyi są jeszcze liczniejsze. Dwa najczęściej przytaczane zarzuty internistów, że pewna odsetka chorych operowanych miewa mimo to nawroty choroby i że bądź co bądź cierpienie to daje się leczyć i bez operacyi, po bliższem krytycznem rozważeniu upaść muszą. Te spostrzegane nawroty są albo skutkiem pozostawienia kamienia przy operacyi, albo też są wynikiem zrostów, jakie po operacyi powstawać często mogą. Że niektóre przypadki na drodze wewnętrznej leczyć się dają, nie wyłącza to zupełnie zasady operacyi, która zawsze i jedynie będzie leczeniem doszczętnem.

2) Wł. Janowski pokazał i objaśnił użycie **przyrządu do badania lepkości płynów** (*viscosimeter*). Badania, przeprowadzone na jego oddziale przez kol. Gurtzmana, stwierdziły powiększanie się lepkości krwi przy zastojach i duszności, zmniejszanie się przy zapaleniu nerek; na tej drodze można także odróżniać płyny wysiękowe od przesiękowych. *Ign. L.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie w d. 21 września 1906 r.

Karwowski przedstawia **równoczesne wtórne i trzeciorzędne objawy kiły** (na ramionach i rękach duże grudki łuszczące się, przypominające zwykłą łuszczycę, na łokciu prawym kilak okostny wielkości migdała i 2 kilaki podskórne wielkości rajskiego jabłka na łydce) u 58-letniej kobiety, która przez 20 lat od zakażenia nie zauważyła żadnych objawów i wcale się nie leczyła, a przeszła 3 poronienia i 5 porodów dzieci, niezdolnych do życia. Dalej przedstawia K. mocz barwy krwawej chorego 30-kilkoletniego, dotkniętego wiewiórem; po wyłączeniu krwotoku i hemoglobinuryi przypuszcza K. w tym przypadku **hematoporfirynuryę**. Zabarwienie krwawe moczu bywało już przed zakażeniem wiewiórowem.

Pomorski przedstawia $3^1/_2$-letnią dziewczynkę po tracheotomii, dokonanej z powodu utknięcia **ciała obcego** (fasoli) **w oskrzelu** prawem. W dyskusyi zapytuje Dziembowski, czy dziecko w czasie duszności pochylało głowę ku przodowi, coby przemawiało za ciałem obcem w tchawicy lub oskrzelu, czy ku tyłowi, co bywa w zwężeniach krtani i czy krtań przy oddechu poruszała się tak mało, jak to bywa zazwyczaj przy zwężeniu tchawicy. Mowca nie godzi się na zdanie Pomorskiego, że ciało obce leżało w oskrzelu, a nie w tchawicy, bo żeby rozpoznać zwężenie oskrzela, należało stwierdzić osłabienie szmeru oddechowego pęcherzykowego i poruszeń po odpowiedniej stronie klatki piersiowej, a nietylko stłumienie i rzężenia, które stwierdził Pomorski. Łazarewicz zwraca uwagę, że trzy objawy: duszność, gorączka i wymioty, które odwodziły Pomorskiego z początku od rozpoznania istotnej przyczyny, nie miały przypisywanej im przez P. wagi, bo dowodziły tylko rozpoczynającego się zakażenia, w tym razie płuc, w których wskutek ciała obcego rozwijało się zapalenie. Również korzystne działanie wstrzykniętej przez Pomorskiego surowicy przeciwbłoniczej nie powinno było odgrywać roli w rozpoznawaniu różniczkowem, bo wiadomo, że surowica ta nietylko w błonicy, ale i w innych zakażeniach wywiera niekiedy wpływ pomyślny, a w tym razie było zakaźne zapalenie płuc.

Gantkowski w zastępstwie Święcickiego przedstawia **proszek autanowy**, wydzielający w zetknięciu z wodą formaldehyd gazowy, oraz **gaudaninę**, służącą do odkażania skóry przed operacyą. W dyskusyi roztrząsa Pomorski ze względu na autan sprawę odkażania formaliną, a ze względu na gaudaninę sprawę aseptyki operacyjnej, przyczem oświadcza się przeciw używaniu rękawiczek gumowych w chirurgii, a tem więcej przeciw zalecaniu ich położnym, które stąd mogą wziąść pochop do zaniechania gruntownego odkażania rąk. Łazarewicz odpiera to na podstawie statystyki Zweifla, stwierdzającej znakomite wyniki używania tych rękawiczek przez położne, oraz na podstawie zdania wybitnych ginekologów, którzy dziśby już bez rękawiczek nie operowali. (Według »Nowin lek.« Nr 11, 1906). *R.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy ogłasza:

Wydział Tow. Samopomocy lekarzy uprasza wszystkich Kolegów, którzy dotąd deklaracyi w sprawie kas majsterskich nie nadesłali, by to bezzwłocznie uczynić zechcieli, bez względu na to, czy są członkami Towarzystwa, czy nie.

Dr Flis, zast. sekretarza. *Dr H. Jordan*, prezes.

W zwalczaniu partactwa lekarskiego w Austryi znaczny krok naprzód stanowi najświeższe rozporządzenie ministeryum spraw wewnętrznych, polecające władzom politycznym ścigać także sporadyczne przypadki partactwa i karać je grzywną od 2—200 koron lub aresztem od 6—14 dni. Dotychczas bowiem podpadali karom tylko ci partacze, którym sądownie udowodniono stałe zajmowanie się partactwem w sposób zarobkowy. *R.*

Nowa ustawa aptekarska austryacka będzie zapewne wkrótce załatwiona, gdyż Izba posłów przyjęła ją już w brzmieniu, opracowanem przez komisyę. Ustawa ta obchodzi lekarzy z wielu względów, a między innymi ze względu na postanowienia, dotyczące aptek domowych; sprawą tą zajmuje się »Głos lekarzy« (Nr 22) i »Aerztliche Vereinszeitung« (Nr 21—22) w osobnych artykułach. Nowa ustawa orzeka, że »pozwolenie na aptekę domową ma być lekarzowi udzielone, jeżeli w miejscowości, w której lekarz mieszka, niema apteki publicznej, a ze względu na oddalenie najbliższej takiej apteki potrzeba, by urządzono tam wydawanie leków« (§ 29). Do tego paragrafu dodano jednak w nawiasie powołanie się na § 10 ustęp trzeci, który opiewa, że przy urządzaniu nowej apteki należy odmówić koncesyi, gdyby wskutek tego zagrożonem być mogło istnienie apteki publicznej, istniejącej już w miejscu lub w okolicy. Powołanie się to na § 10 jest dla lekarzy niekorzystne. Nowa ustawa nakłada też na właściciela apteki publicznej, otwartej w takiej miejscowości, gdzie była tylko apteka domowa, obowiązek wykupna nadających się do użycia zapasów tej apteki domowej. *R.*

Asystenci sanitarni. W austr. Radzie państwa wniesie poseł dr Opydo, by asystentom sanitarnym przyznano charakter urzędników.

Nowela do ustawy o organizacyi gminnej służby zdrowia w Galicyi, uchwalona przez Sejm przed 2 laty, otrzymała sankcyę cesarską (»Głos lek.« 22).

Lekarze gminni dolnoaustryaccy są, według słów ministra w parlamencie, »życzliwie przez rząd traktowani«. Jak to jednak wygląda w praktyce, poucza zdarzenie, o którem zawiadamia prezydyum »Państwowego związku organizacyi lek. austryackich«. Jednemu z lekarzy gminnych dolnoaustryackich nałożono za »niewystawienie doniesienia o chorobie zakaźnej« grzywnę 5 K. Od tego lekarz ów rekurował, dołączając do rekursu akt, skazujący go na grzywnę. Gdy potem starostwo żądało od niego nadesłania tego aktu, lekarz ów kilkakrotnie odpowiadał, że aktu już niema, bo go dołączył do rekursu. Mimoto wydało starostwo zarządzenie, by akt ten od lekarza odebrać, a gdyby się wzbraniał go oddać, to zmusić go do tego przy asystencyi żandarma. Prezydyum »Państwowego Związku« zapytuje, czy jest logiczne żądać, by ktoś oddał to, czego nie ma, i oskarżać go, że tego, czego nie ma, oddać się »wzbrania«, i czy »życzliwość« rządu dla lekarzy gminnych dolnoaustr. na tem polega, by przeciw nim używać kolegów, pozostających w służbie rządowej, nad którymi przecież rząd ma władzę.

Płace lekarzy szpitalnych w Czechach. Lekarze czeskich szpitali publicznych wnieśli do Wydziału krajowego podanie o polepszenie bytu, a mianowicie żądając stosownie do wielkości szpitala: dla lekarza naczelnego 2000—6000 koron, dla sekundaryuszy 1000—3200 koron płacy rocznej, 5 dodatków pięcioletnich po 400 koron, osobnych honoraryów od chorych »klasowych«, prawa emerytury, 4-tygodniowego corocznego urlopu i t. d. *R.*

Niedzielny wypoczynek lekarzy próbują zaprowadzić za wzorem Niemiec lekarze w okręgu Teplitz-Schönau w Czechach.

Droższe oddziały dla chorych samopłacących z obowiązkiem wynagradzania lekarza ordynującego i z zakazem wzywania do narad lekarzy, w szpitalu nieordynujących, zamierzało namiestnictwo dolnoaustr. zaprowadzić w rządowych szpitalach wiedeńskich. Przeciwko temu oświadczył się jednomyślnie Wydział Izby lekarskiej wiedeńskiej, szczególnie ze względu na ów obowiązek wynagradzania lekarza, oraz zakaz porady u lekarzy poza-szpitalnych i postanowił zorganizować opór przeciw akcyi namiestnictwa. Przeciw planom rządu występuje też ostro »Aerztl. Standeszeitung« (Nr 22). *R.*

Leczenie bezpłatne i niedostateczne wynagradzanie. Od czasu, kiedy poczęli się organizować i szukać przyczyny ogólnej »biedy lekarskiej«, doszli lekarze do przekonania, że przyczyna tego między innemi leży w tem, iż lekarze bardzo wiele świadczą bez słusznej podstawy za darmo lub też za bardzo lichem wynagrodzeniem, jedynie ze źle zrozumianej filantropijnej ofiarności. Wtedy też w walce o poprawę bytu padło hasło: ludziom mogącym płacić nie świadczyć nic za darmo. Jest to żądanie zupełnie słuszne, któremu żaden człowiek rozsądny, a sprawiedliwy, nic nie może zarzucić. Leczyć bezpłatnie ludzi ubogich pozostanie i nadal humanitarnym obowiązkiem lekarzy, od którego nie myślą wcale się uchylać. Bogatych jednak leczyć za darmo i zabierać przez to chleb niezamożnym kolegom, jest rzeczą nierozumną i niemoralną.

Pomijając zupełnie słuszną walkę lekarzy z kasami chorych o lepsze wynagrodzenie, do czego lekarze mają prawo takie samo, jak każdy człowiek, sprzedający swą wiedzę, czy pracę, trzeba i to jeszcze podnieść, że do kas chorych należą nieraz i ludzie znacznie zamożniejsi, niż lekarze. Należą, bo ustawa ich do tego zniewala, a kasa nie może odmówić im przyjęcia. Najwyższy zarobek dzienny, ubezpieczony w kasie chorych, wynosi 4 K.; ale pracownicy przedsiębiorstw przemysłowych, chociażby zarabiali i kilka razy więcej, niż 4 korony dziennie, muszą być wpisani do kasy chorych. Takich pracowników wpisuje kasa na najwyższą skalę ubezpieczenia, t. j. 4 korony. I ludzie ci, nieraz nietylko zamożni, ale wprost bogaci, na równi z biedakami, zarabiającymi kilkadziesiąt halerzy dziennie, korzystają z pomocy lekarskiej w kasie. Ci bogaci nie płacą kasie wcale więcej, niż inni robotnicy, którzy istotnie najwyżej 4 korony dziennie zarabiają. Sprzeciwia się to jaskrawo ogólnie głoszonej zasadzie społecznej, że ciężary powinny być rozłożone w miarę sił i wytrzymałości. Lekarze powinni też dążyć do tego — (nowy projekt ubezpieczenia robotniczego już to też po części uwzględnia) — aby kasy nie miały prawa przyjmować ludzi, zarabiających w istocie więcej, niż 4 korony dziennie. O ile przypuszczać mogę z osobistego doświadczenia, to i kasy chorych chętnie się na to zgodzą, może tylko górną granicę zechcą przesunąć nieco wyżej, n. p. do 6 koron. Bogaci bowiem są w razie choroby dla kas chorych ciężarem, gdyż mogąc sobie pozwolić na nadzwyczajne i wielkie wydatki, żądają tego samego od kas, gdyż dla ich zdrowia żaden lekarz, ani żaden lek nie jest za drogi, szczególnie... jeśli go płaci kasa.

Obok kas chorych zaczynają dokuczać lekarzom, po wielkich miastach praktykującym, i polikliniki, o czem już pisałem. Także i szpitale zmuszają lekarzy do leczenia nieraz bardzo bogatych chorych zadarmo. Proszę sobie wyobrazić, że się do szpitala zgłasza człowiek, posiadający olbrzymią fortunę, że trzeba dokonać operacyi, że leczenie pooperacyjne wymaga wielu miesięcy i że jest żmudne i przykre. Lekarz za to niema prawa żądać żadnego osobnego wynagrodzenia tylko dlatego, że ów bogacz udał się do szpitala i opłacił dziennie jako chory »klasowy« 3—4 koron. Sądzę, że albo szpitale publiczne, przeznaczone przecież głównie dla chorych niezamożnych, nie powinnyby przyjmować chorych bogatych i narzucać ich bezpłatnego leczenia lekarzom szpitalnym, albo lekarze szpitalni powinniby być obowiązani do bezpłatnego leczenia w szpitalu tylko tych chorych, którzy przedkładają przy zgłoszeniu się do szpitala świadectwo ubóstwa i za których płaci kraj, gmina, kasa chorych itd. *E. S.*

W poliklinikach berlińskich leczono bezpłatnie w roku 1905/6: w chirurgicznej 21,146 chorych, w ocznej 15,537, w usznej 9112, w położniczej 2,606, w ginekologicznej 7636 (oprócz dawniejszych przypadków), w wewnętrznej 9414, w laryngologicznej 5883, w ortopedycznej 3012, w poliklinice dla chorych piersiowych 11,452, w zakładzie wodoleczniczym 3652, w mechano-terapeutycznym 2003, w zakładzie miesienia 1312, w dentystycznym 6865. Wszystkich bezpłatnie leczących się po poliklinikach państwowych było 116,621, w co nie wliczono wcale chorych, leczących się również bezpłatnie po niezliczonych prywatnych poliklinikach i ambulatoryach. Nadto pozostawało wyłącznie w zakładach państwowych w leczeniu klinicznem 5757 chorych. Jeśli do tego dodamy jeszcze liczbę leczonych w miejskich szpitalach i innych zakładach dobroczynnych, to łatwo będzie obliczyć, jak niewiele musi zostawać 3500 lekarzom berlińskim dla ich prywatnej praktyki. Nic dziwnego, że powstał w Berlinie związek, występujący do walki z nadużyciami w poliklinikach, o czem już poprzednio wspominałem. *E. S.*

Endemiczne pojawianie się raka opisywano już niejednokrotnie, spostrzeżenia jednak autorów odnoszą się do materyału z 10 do najwyżej 26 lat. Na ostatniej konferencyi w sprawie raka podał dr Sticker wynik badania rejestrów zmarłych w miejscowości B., gdzie od 80 lat wprowadzono obowiązkowe oglądanie zwłok i gdzie w rejestrach obok rozpoznania bardzo dokładnie zapisywano stosunki rodzinne każdego zmarłego, gdzie mieszkał, czem się zajmował i t. d. Otóż pierwszych 10 przypadków raka wydarzyło się w B. w czasie od 1825 do 1865 r.; a z nich 8 w 6 domach jednej i tej samej ulicy. W następnem dziesięcioleciu spostrzegano dalsze 4 przypadki raka: z tych znowu 2 przy tej samej ulicy. W dalszem dziesięcioleciu było 7 przypadków, z tych 5 znowu w tejże ulicy, w dalszem 10, z tego 7 znowu w tejże ulicy, tak, że do roku 1895 naliczono już 21

przypadków raka w jednej ulicy miasteczka, gdy na resztę tej miejscowości wypadło tylko 8; w r. 1905 wzrosła liczba ta do 25, a tylko 6 przypadło na inne ulice. Rejestry rodzinne dowodzą, że w 7 rodzinach wydarzyło się 23 przypadków raka. *E. S.*

Znikanie żółtej febry w Rio de Janeiro. W r. b. prawie przez 2 miesiące nie było żadnego przypadku żółtej febry w Rio de Janeiro. Od długich lat ludzie tego nie pamiętają. Zjawisko to tłómaczą tem, że tępienie much wszelakiego rodzaju zorganizowano w tem mieście tak dobrze, iż muchy dziś tam należą do rzadkości. Tego nie można tłómaczyć spadkiem ciepłoty, bo i w nocy nie opada ona niżej 20° C. Wynik ten, to najlepsze świadectwo zbawiennej działalności władzy sanitarnej w Rio de Janeiro. *E. S.*

Dżuma. Władze sanitarne uznały, że niebezpieczeństwo w Tryeście minęło.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 11. do 17 listopada 1906 doniesiono o 3 nowych przypadkach duru plamistego w 3 gminach, a mianowicie w pow. Brzeżany (Kozłów 1), Drohobycz (Jasienica solna 1), Jarosław (Dobcza 1). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 4 do 10/XI b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 10 (obcych 3), krztuśca 2 (—), ospy — (—), płonicy 10 (1), odry 30 (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (2), nagminnego zapalenia opon 2 (1); w tymże czasie zmarło z krztuśca 1, z płonicy 3, z nagminnego zapalenia opon 1 (1).

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 11 a 17/XI b. r. urodziło się dzieci żywo 49, nieżywo 3; zmarło osób 67 (obcych 21); z tego z gruźlicy 12 (2), zapalenia płuc 8 (3), błonicy — (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (1), czerwonki — (—), cholery niemowląt — (—), innych chorób zakaźnych 3 (2), śmierci gwałtownej 2 (2).

Wiadomości bieżące.

Długoletni Redaktor »Nowin lekarskich« poznańskich, dr Heliodor Święcicki, ustępuje z końcem b. r. z tego stanowiska, na czele komitetu redakcyjnego stanie dr Stanisław Łazarewicz. Żegnając się z czytelnikami »Nowin« w zeszycie listopadowym, zwraca się zasłużony dotychczasowy Redaktor do następców swych z gorącem wezwaniem, aby »zawsze rzeźwi i skorzy do pracy, czujni przytem na każde zacne hasło«, zwiększając naukowe i społeczne znaczenie pisma, mieli ufność i wiarę w siebie. »Na takiej glebie wyrośnie bujnie zapał i praca, a przez nie dobro Wasze i nasze. Roznoście w »Nowinach lekarskich« nietylko wiedzę polską, ale i szlachetne cele zawodu naszego. Rozjaśniajcie naukę i rozgrzewajcie serca nasze. Bóg z Wami!«

Wierności dla tych szlachetnych haseł ma prawo żądać Ten, kto sam przez długi lat szereg świecił własnym przykładem, trwał niezłomnie na kresowej placówce naszej kultury i sztandar nauki polskiej i godności zawodu lekarskiego niósł zawsze wysoko. W warunkach tak trudnych, jak żadne inne polskie wydawnictwo naukowe, wśród tysiącznych przeciwności, w mozole i trudzie niemałym, sterowane były »Nowiny« ręką zawsze pewną, niesłabnącą, gotową do każdej ofiary i do każdej pracy. Ile gorliwości, zapobiegliwości, hartu i zaparcia się siebie było potrzeba, aby umiłowane pismo przetrwać mogło chwile krytyczne i wypełnić swoje zadanie tak chlubnie, jak je wypełniało, mogą powiedzieć i ocenić ci tylko, co na to wszystko zbliska patrzyli własnemi oczyma. Ale i z oddalenia, kierując się objawami zewnętrznymi, doskonaleniem się i rozkwitem pisma, odczuwał każdy, że w niem rządzi niestygnący zapał, skojarzony z żelazną wytrwałością i wyjątkowym talentem organizacyjnym.

Jednomyślne uznanie i głęboka wdzięczność ogółu lekarzy polskich za tę wytrwałą walkę na wyłomie, jest nagrodą, którą przewyższa może jeszcze ta pociecha, że się na stanowisku pozostawia dzielnych, a przez siebie do tej walki zaprawionych następców.

Życzymy im, by znicz nauki polskiej na kresach płonął pod ich pieczą, jak dotąd, równo i jasno.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 21. b. m. posiedzenie, na którem 1) wiceprezes Delegacyi Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, prof. Kostanecki, oddał Towarzystwu lekarskiemu w opiekę popiersie ś. p. Adryana Baranieckiego, dłuta prof. Laszczki, wmurowane w Domu lekarskim ku uczczeniu pamięci znakomitego lekarza i obywatela, stosownie do uchwały IX Zjazdu lek. i przyr.; 2) wybrano do komitetu miejscowego dla spraw X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie: prym. dra Borzęckiego, doc. Glińskiego i profesora Łepkowskiego; 3) opuszczającemu Kraków sekretarzowi stałemu Tow. i prezesowi komisyi przemysłowo-lekarskiej, prof. Ludomiłowi Korczyńskiemu, wyrażono podziękowanie za pracę w Towarzystwie; 4) na wniosek komisyi przemysłowo-lekarskiej uchwalono polecić ampułki ze środkami do wstrzykiwań podskórnych wyrobu apt. Wewiórskiego we Lwowie; 5) doc. Horoszkiewicz wyłożył rzecz »O zatruciu lysolem«. W dyskusyi przemawiali doc. Seńkowski i prof. Wachholz.

— Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej na posiedzeniu dnia 15. listopada załatwił kilka spraw z zakresu działania Izby zarządzającej i powziął uchwały w sprawie okólnika Wydziału krajowego do lekarzy szpitalnych, w sprawie pewnej popularnej broszury, oraz w szeregu spraw administracyjnych i kasowych. — Na posiedzeniu Rady honorowej w tym samym dniu roztrząsano 8 spraw i dla jednej z nich wyznaczono rozprawę ustną na dzień 6 grudnia b. r. *L.*

— »Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda Korczyńskiego« obrało na Walnem Zgromadzeniu w d. 13 b. m. swym prezesem prof. Jaworskiego, wiceprezesem dra Bielańskiego, a administratorem doc. Męsowicza.

— Wydział »Towarzystwa balneologicznego polskiego« uchwalił na posiedzeniu w dniu 18 b. m. wyrazić uznanie i podziękowanie ustępującemu prezesowi Towarzystwa, profesorowi Ludomiłowi Korczyńskiemu. Aż do nowych wyborów, t. j. do końca r. b., sprawować będzie czynności prezesa wiceprezes Towarzystwa, Jan hr. Potocki, a czynności sekretarza dr K. Flis (w miejsce dra Supińskiego, który opuszcza Kraków).

— Kurs samarytański, oraz z zakresu pielęgnowania chorych i higieny odbywa się dla kobiet od 15. listopada do 3-go grudnia w Krakowie staraniem »Polskiego związku niewiast katolickich«. Obejmuje on szereg wykładów i ćwiczeń praktycznych, których podjęli się: profesorowie Jordan, Kader, Klecki, Korczyński, Krzyształowicz, Nowak, Rosner, Wicherkiewicz, docenci Dobrowolski, Droba, Męsowicz, inspektor dr Bier i dr Zeleński. Przedmiotem wykładów będą: pomoc chirurgiczna w nagłych przypadkach i opatrywanie ran (5 godzin), przyczyny chorób, usposobienie do chorób i odporność (1 godz.), przenoszenie się chorób zakaźnych (2 godz.), zapobieganie im (1 godz.), zasady żywienia (2 godz.), higiena kobiet (3 godz.), pielęgnowanie i żywienie niemowląt (3 godz.), żywienie chorych (2 godz.), otoczenie chorych (2 godz.), pielęgnowanie skóry (2 godz.), higiena wzroku (1 godz.). Dla uzyskania wydatniejszego praktycznego wyniku tego kursu byłoby pożądane uzupełnienie go wykładem wiadomości wstępnych z zakresu anatomii i fizyologii i obszerniejsze traktowanie niektórych działów.

— »Kronika lekarska« (Nr. 21) porusza sprawę prawa wykonywania praktyki w Austryi w słowach następujących: »Donoszą nam z Krakowa, iż wszechnica tamtejsza wymaga od »obcokrajowców« przy przystępowaniu do egzaminów na doktora medycyny składania deklaracyi, iż nigdy nie będą praktykować w granicach Austryi. Przepisy te stosowane są i do kolegów z Królestwa. Nie chcemy w to wierzyć i sądzimy, że jest to jakieś nieporozumienie, nawet bowiem w Rosyi każdy, kto złoży egzamin na lekarza, praktykować może bez ograniczenia; a zresztą, czyż lekarz warszawski może być uważany przez Krakowian za »obcokrajowca?« Oczekujemy wyjaśnień w tej sprawie ze strony miarodajnej na wszechnicy krakowskiej«.

Możemy zapewnić, że nikt w Krakowie, ani we Lwowie nie uważa lekarzy polskich z zaboru rosyjskiego za »obcokrajowców«; niemniej faktem jest, że według przepisów, obowiązujących w Austryi (Rozp. ministeryum w. i o. z 9 kwietnia 1875 L. 3524) niema żaden lekarz, poddany innego państwa [1]), prawa wykonywania praktyki w Austryi i że dyplom doktorski uniwersytetu, znajdującego się w Austryi i podległego jej prawom, może w takich przypadkach być wydany tylko tym, którzy złożą deklaracyę, że nie będą wykonywać praktyki lekarskiej bez dopełnienia warunków, prawem przepisanych. Mowa tu oczywiście o uzyskaniu poddaństwa austryackiego, które uzyskać łatwo,

[1]) Z wyjątkiem pewnych przypadków na pograniczu Niemiec i Szwajcaryi.

a które też rzeczywiście wielu kolegów, pochodzących z zaboru rosyjskiego, po uzyskaniu doktoratu austryackiego przyjęło. Nieporozumienie leży w tem, że nie wszechnica krakowska wymaga wspomnianej deklaracyi, ale przepis obowiązujący w całej Austryi, i że uniwersytety nasze nie mają niestety ani prawa, ani sposobu, by przepis ten zmienić lub uchylić, albo uzyskać z niego dla siebie wyjątek.

Lwów. Na posiedzeniu krajowej Rady Zdrowia w dniu 6 b. m. przyjęto do wiadomości sprawozdanie z ankiety w sprawie budowy zakładu dla obłąkanych w Galicyi zachodniej i uchwalono na wniosek prof. Marsa, aby wynik badań hydrotechnicznych w Lusinie przedłożono do zaopiniowania Radzie Zdrowia. Dalej przyjęto do wiadomości sprawozdanie z ankiety w sprawie budowy zakładu położniczego w Krakowie, oświadczono się przeciw obniżeniu taksy szpitalnej w Bochni, roztrząsano sprawę ograniczenia sprzedaży starej odzieży, a w końcu przyjęto sprawozdanie sanitarne o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1904.

— W sprawie nowych klinik lwowskich odbyła się, jak donosi »Tygodnik lek.« (Nr. 46), konferencya przedstawicieli rządu, Wydziału krajowego i Wydziału lekarskiego. Rozpatrzywszy nowe żądania Wydziału krajowego, dano inż. nam. Broniewskiemu wskazówki, według których ma przygotować nowe szkice planów do końca r. b., a plany ostateczne do kwietnia 1907 r.

— Osobna komisya Rady miejskiej, złożona z lekarzy, ma zbadać stosunki sanitarne zakładów dobroczynnych w mieście.

— Wielkie poruszenie wywołało, przedewszystkiem w kołach lekarskich, aresztowanie przez władze austryackie dra Kraszewskiego z Włocławka, pracującego obecnie w klinikach lwowskich. Aresztowania i wydania dra Kraszewskiego żądały władze rosyjskie, powołując się na międzynarodowe prawo o wydawaniu przestępców. Prawo to nie dotyczy przestępstw t. zw. politycznych, dlatego też zajmie się naprzód sąd lwowski rozpatrzeniem przypisywanego przez władze ros. dr Kraszewskiemu przewinienia. Natychmiast po aresztowaniu zwrócili się w tej sprawie do Namiestnika rektor uniwersytetu i profesorowie Wydziału lekarskiego lwowskiego; poruszono ją na zgromadzeniu ludowem partyi socyalistycznej; zajęło się nią Koło polskie w wiedeńskiej Radzie państwa, w której też zgłoszono w tej sprawie interpelacye, a wreszcie ministerstwo sprawiedliwości także sprawę rozpatruje.

— Porządek dzienny posiedzenia Towarz. lek. lwowskiego w d. 23 b. m.: 1) Prof. A. Gluziński: Przypadek tętniaka zstępującej części tętnicy głównej; 2) dr Nowicki: Preparat z przypadku tętniaka tętnicy głównej brzusznej, 3) doc. Rencki: Dwa nowe przypadki *policytemii*; 4) dr Franke: Przypadek »*bloku*« sercowego; 5) dr Jedlicka: Okazanie szeregu rentgenogramów.

Warszawa. Dzienniki donoszą, że podjęto starania u ministra oświaty, aby zezwolił na otwarcie w Warszawie prywatnej polskiej wszechnicy ze wszystkimi wydziałami (a więc i lekarskim).

— Szpital kolejowy powierzył stanowiska ordynatorów lekarzom, którzy zajmują już takież stanowiska w szpitalach miejskich. Przeciw takiemu łączeniu dwóch ordynatur protestuje »Medycyna« (Nr. 45), gdyż żaden ordynator nie może naprawdę spełniać obowiązków w dwóch szpitalach, leżących na przeciwległych krańcach miasta, zwłaszcza, że musi swe czynności szpitalne ukończyć przed godz. 10. rano.

— Przy miejskich przytułkach położniczych otwarto pod zarządem Miejskiej Rady Dobroczynności publicznej szkołę położnych z kursem jednorocznym, a wykładem w polskim języku. W każdym przytułku może się kształcić 12 kobiet. Opłata 100 rubli rocznie.

— Zarząd Stowarzyszenia lekarzy polskich ogłosił, że z zapytaniami itd. w sprawach Stowarzyszenia zwracać się należy do prezesa dra Dunina (Chmielna 34), lub sekretarza dra Bronowskiego (Żórawia 33). Sąd koleżeński tegoż Stowarzyszenia wybrał swym prezesem dra H. Nusbauma, jego zastępcą dra B. Jakimiaka, a sekretarzem dra J. Winiarskiego.

— Warszawska szkoła felczerów ma być zreformowana; jak donosi »Przegląd felczerski« (Nr. 22) za »Dniewnikiem warszawskim« zajęło się ministeryum oświaty wypracowaniem nowej ustawy i nowego programu dla tej szkoły.

— Zawiązane 17 lipca 1906 w Warszawie Towarzystwo odontologiczne spotkało się na samym początku z protestem pewnej części dentystów, (których wogóle liczy Warszawa około 300).

— Wydział wychowawczy Towarzystwa higienicznego wydał z inicyatywy dra Kosmowskiego pierwszą seryę swych prac w osobnej książce.

— Częstochowski oddział Towarzystwa higienicznego ogłosił w Zdrowiu (Nr. 11) swe sprawozdanie za rok 1905. Oprócz szczepienia krowianki (805 dzieciom), pouczania ludności o cholerze, która właśnie zagrażała (rozrzucono 20.000 egzemplarzy popularnej broszury dra Polaka) i stworzenia pracowni do badania środków spożywczych, zajmował się oddział założonem przez siebie ludowem muzeum higienicznem. W ciągu półrocznego istnienia sprzedano 2400 biletów wstępu do muzeum, posiada ono obecnie 154 okazów wartości 1448 rb., a mieści się w lokalu wynajętym; podjęto jednak starania o budowę własnego gmachu.

— W szpitalu częstochowskim wskutek wybuchu eteru uległa zniszczeniu sala operacyjna, a felczer Tapioni doznał wstrząśnienia mózgu.

Z różnych stron. Austryacki najwyższy trybunał orzekł, że orzeczenia Wydziałów lekarskich w sprawach sądowych są nienaruszalne i że członkowie Wydziałów, którzy orzeczenia opracowali, nie mogą być wzywani przez sądy celem wyjaśnień.

— Austryackie ministeryum oświaty zamierza podwoić wysokość czesnego na wszechnicach (z 2,10 na 4,20 k. na półrocze za godzinę tygodniowo).

— Międzynarodowy zjazd laryngologiczny odbędzie się w Wiedniu pod przewodnictwem prof. Schröttera 25—28 kwietnia 1908. Wykłady zgłaszać należy do sekretaryatu (Prof. Grossmann, Wien IX. Garnisonsgasse 10).

— W Warnułtowicach (Arnsdorf) na Śląsku odkryto przy kopaniu studni obfitą cieplicę.

— Sąd wiedeński skazał na miesiąc więzienia dra Hugona Alta, który na oddziale prof. Pala stał się przyczyną śmierci 66-letniej chorej w ten sposób, że zamiast wypompować żołądek, nadął go nadmiernie i wywołał jego pęknięcie.

— W Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem tworzy się komitet zwalczania kiły.

— Niemieckie »Towarzystwo zwalczania chorób płciowych« rozdało nie mniej, jak 3 miliony egzemplarzy popularnych pouczeń członkom 1450 kas chorych; koszt tego wynosił 8000 mk.

— W Dreznie zawiązało się Towarzystwo dla badań pedagogiczno-psychiatrycznych z inicyatywy dra H. Stadelmanna.

— Pierwsze półrocze wykładów medycyny społecznej prof. Rumpfa w Bonn ściągnęło licznych słuchaczy. Prof. Rumpf urządził równocześnie seminaryum medycyny społecznej i szereg osobnych wykładów tego przedmiotu dla lekarzy.

— W Münster oddało miasto zakłady anatomiczny i fizyologiczny tworzącego się Wydziału lekarskiego 3 b. m. uroczyście na użytek publiczny.

— W sprawie wprowadzonego we Francyi »certyfikatu wyższych studyów lekarskich« przedstawiła się ministrowi Briandowi deputacya »Société de l'Internat des Hopitaux de Paris«, żądając zniesienia certyfikatu. Skutek zdaje się osiągnęła niewielki: minister zastrzegł sobie decyzyę na później.

— Pierwsza pionierka studyów lekarskich kobiet, pani dr Emily Blackwell, obchodziła niedawno 80-tą rocznicę urodzin. Pani Blackwell studyowała medycynę w Edynburgu, Londynie i Paryżu, a potem wraz z siostrą założyła żeńską szkołę lekarską w Nowym Yorku, którą zamknięto dopiero wtedy, gdy uniwersytet Cornwell dopuścił kobiety na medycynę.

— Uniwersytet w Chicago postanowił skasować wspólne studya mężczyzn i kobiet i stopniowo zupełnie rozdzielić wydziały dla mężczyzn od kobiecych.

— Wydziały lekarskie wszechnic rosyjskich i akademia lekarska petersburska nie działają jeszcze prawidłowo; w Moskwie, Kazaniu i Petersburgu przerwano wykłady z powodu politycznych ruchów wśród młodzieży.

— Osławioną kankroinę spotkało raz jeszcze niepowodzenie, mianowicie w Akademii lekarskiej w Paryżu 23 październik 1906. Wywody Adamkiewicza, że kankroina niszczy ogniska nabłonkowe w raku, zbili prof. Lanceraux i Reclus stwierdzeniem, że w tych rodzajach raków, jakie »leczy« kankroina, ogniska nabłonkowe i bez leczenia samorodnie wyrodnieć i zanikać zwykły.

Zmarli: Dr Józef Černy, inspektor sanitarny, długoletni współpracownik „Časopisu lek. česk“, w 50 r. ż. w Pradze; anatom prof. Rossi w Neapolu, padł ofiarą morderstwa.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 44. Zembrzuski: Kilka uwag w sprawie doświadczeń nad sterylizacyą noży chirurgicznych. Cykowski, Kijewski (c. d.).

— *Medycyna* Nr 45. Krajewski (c. d.). Maliniak (dok.). — Nr 46. Rotstadt: O postępujących zanikach mięśni. Krajewski (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr 21. Hallé i Motz, W. Biehler (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr 22. Mikołajski: Apteki domowe lekarzy w nowej ustawie aptekarskiej. Mikołajski (c. d.). Stella-Sawicki: Tajemnica lekarska (fejleton).

— *Tygodnik lekarski* Nr 46. Blumenfeld: Bezbarwne plamy przy kile i łuszczycy. Nowicki (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Nr 11. Pręgowski: W sprawie nasennego działania ogrzanych łóżek. Sędziak. Zaburzenia nosowo-gardło-krtaniowo-uszne w przebiegu chorób nerek. Zanietowski: O budowie i czynnościach nerwów zdrowych i chorych w świetle najnowszych zdobyczy elektrobiologii oraz prac własnych.

— *Kronika dentystyczna* Nr 5. Sterling Wacław: Przypadek zmian sylilitycznych stawu żuchwowego. Cenżar: Kilka słów o zastosowaniu wody królewskiej w dentystyce. Krakowski (c. d.).

— *Zdrowie* Nr 11. Lubliner: W sprawie dostarczania miastu zdrowego, aseptycznego mleka. Wolski: Otrzymywanie dużych ilości zdrowej wody przez filtracyę sposobem Breyera. Maciesza: W kwestyi zaopatrywania miast i wsi w dobrą wodę. Kon: Walka ze śmiertelnością niemowląt w Łodzi.

— *Časopis lekařův českých* Nr 46. Eysselt: Léčeni endemického kretinismu substanci ze žlázy štitné. Honl (c. d.). Pruška (dok.). Dvořak (c. d.).

— *Liječnički Vijestnik* Nr 11. Žirovčić: Padavičar ubio svoga nekoć u zločinstvu ortaka.

— *Russkij Wracz* Nr 43. Zykow: W sprawie postępowania przy sprawach rakowych. Czlenow (dok.). Drzewiecki: Leczenie białaczki promieniami Röntgena. Gusiew: Przypadek wytworzenia sztucznej pochwy sposobem Sniegirewa.

— *Presse médicale* Nr 90. Forgue: Technika operacyjnego leczenia niewłaściwego położenia jądra. Matignon: Skutki wielkich pocisków dział okrętowych. Letulle: Wybroczyny wyrostka robaczkowego. — Nr 91. Gilbert: W sprawie kolki żółciowej. Kolka pęcherzykowa. Guibé: Całkowite wycięcie żylakowatych żył odgoleniowych.

— *Semaine médicale* Nr 46. Cheinisse. Przykurczenie kończyn z niedokrwienia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 46. Chrobak: W sprawie sączkowania. Knapp: O niektórych zjawiskach anatomicznopatologicznych w płucach noworodków, które się rodziły omdlałe. Wechsberg: W sprawie wskazań cięcia cesarskiego. Gioseffi: Z epidemiologii zimnicy w południowej Istryi w r. 1905. Weisz: Łączenie działania kwasu mlecznego i światła słonecznego w leczeniu wrzodu gruźliczego wargi dolnej. Zypkin: O wylewach rzekomo-mleczystych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 46. Claus i Kalberlah: O przewlekłej żółtaczce. Wimmer: Przypadek rozległego zakrzepu zatok mózgowych. Aldor: O badaniu chemizmu żołądkowego w sposób naturalny bez użycia zgłębnika (odczyn desmoidowy Sahliego). Rosenbach: Czy istnieje wyjątek od reguły, że przy silnem zajęciu nn. krtaniowych dolnych pojawiają się wcześniej zaburzenia mięśni odwodzących więzadła głosowe, niż mięśni przywodzących? Neumark: Plastyczne stwardnienie prącia, a przykurczenie Dupuytrenowskie. Loewenthal: O działaniu emanacyi radu na ustrój ludzki. — Nr 47. Semon: O leczniczem działaniu zupełnego spokoju krtani w leczeniu zakładowem gruźlicy krtani. Schrötter: Nowy rodzaj oświetlania przewodów i jam. Killian: Podstawy nowoczesnej ryno-laryngologii. Chiari: Z kazuistyki bezpośredniej bronchoskopii górnej według Killiana dla usunięcia ciał obcych z oskrzeli. Lermoyez: Zarazek ozeny. Massei: O znaczeniu znieczulenia wejścia do krtani przy porażeniach nerwu krtaniowego dolnego. Onodi: W sprawie zaburzeń wzroku i oślepnięcia wskutek chorób tylnej komórki sitowej i jamy k. klinowej.

— *Münchener mediz. Wochenschrift* Nr 46. Gaupp: Wpływ niemieckich ustaw o ubezpieczeniu od nieszczęśliwych przypadków na przebieg chorób nerwowych i umysłowych. Harrass: W sprawie hodowania przy dostępie powietrza t. zw. bezwzględnych beztlenowców. Riehl: Wężownice dychawiczne widoczne gołem okiem. Ewald: Gruźlica płuc, a ubezpieczenie od uszkodzeń przypadkowych obwodowych części ciała. Birch-Hirschfeld: Nowe narzędzie do podwiązywania głęboko leżących naczyń. Roth: Przypadek prawdziwego różycowego zapalenia gardła. Fraenkel (dok.). Sudhoff: Z powodu położenia kamienia węgielnego niemieckiego muzeum odkryć przyrodniczych. Hammer: † O. Vierordt. Lenhartz: W sprawie szpitala Eppendorf. Böhm: Zwalczanie szerzenia się chorób zakaźnych zapomocą odkażania.

Redakcya otrzymała: Renecki: Polycythaemia myelopathica. Odb. z „Tyg. lek.“ — Thirty fifth annual report of the Buffalo state Hospital Albany 1906. — Dr S. Sterling: Organizacya pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej. Odb. z „Czas. lek.“ — Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903. Lwów 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie komisyi higienicznej Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **w poniedziałek 26. b. m.** o godz. 6 wieczorem w **Domu lekarskim** (ul. Radziwiłłowska l. 4). Porządek dzienny: 1) Podział na sekcye. 2) Sprawa higieny żywienia się ludności miejskiej. Zagai i program pracy przedstawi dr Bier.

Posiedzenie Sekcyi jarosławskiej Towarz. lekarzy gal. odbędzie się **w Jarosławiu** w szpitalu powszech. **we wtorek dnia 27. listopada b. r.** o godzinie 6 wieczorem z następującym porządkiem dziennym: 1) Przedstawienie chorych, dr Fechter i dr Puzon. 2) Rany postrzałowe i ich leczenie, dr Fechter. 3) Leczenie zachowawcze spraw ropnych sposobem Biera, oraz przedstawienie przyrządów Bier-Klappa, dr Fechter. 4) Zmiany uchwał w taryfie, żądane przez Izbę lekarską we Lwowie. 6) Ewentualny wniosek wydziału w sprawie kasy chorych dla urzędników, podurzędników i ich rodzin przy cukrowni w Przeworsku.

O liczne zebranie się Panów kolegów uprasza

Biuro Sekcyi jarosławskiej

Dr Fechter
sekretarz naukowy.

Dr Czyżewicz
przewodniczący.

Dr Puzon
sekretarz administracyjny.

Rok XLV. Kraków 1 Grudnia 1906. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Uniwersyteckiej kliniki lekarskiej prof. dra Konrada Wagnera w Kijowie.

W sprawie częstości powiększenia śledziony u chorych i zdrowych ludzi.

Podał

Dr Jan Studziński.

W klinice dość często napotykamy przypadki z powiększoną śledzioną i musimy rozstrzygać pytanie, czy powiększenie owe jest w związku z chorobą, spostrzeganą w danej chwili u chorego, czy też było ono i dawniej i związku z daną chorobą nie ma.

Powiększenie śledziony ma wielkie znaczenie jako objaw kliniczny, przy niektórych chorobach, osobliwie przebiegających z gorączką, jak n. p. przy durze brzusznym, zimnicy, gorączce powrotnej i t. p. Na podstawie wymacania śledziony często możemy oprzeć rozpoznanie różniczkowe w niejasnych przypadkach chorób gorączkowych, n. p. między durem brzusznym a grypą i t. d.

Mając to na uwadze, zaproponował mi Szan. profesor K. Wagner zbadanie, jak często wogóle u chorych i zdrowych ludzi stwierdza się powiększenie śledziony.

Spostrzeżenia swoje czyniłem na materyale kliniki dyagnostycznej Uniwersytetu kijowskiego w 1900—1903 r. (w czasach, gdy kierował nią prof. K. Wagner), na materyale miejskiego szpitalu w Kaniowie w 1903—4 r., na poborowych w m. Kaniowie w 1903 r., na żołnierzach 132. pieszego Benderskiego pułku w 1905 roku w Kijowie, na kozakach 2. pieszej Kubańskiej Płastuńskiej brygady w Mandżuryi (podczas ostatniej wojny w 1904/5 byłem przy owej brygadzie lekarzem wojskowym) i na materyale szpitala wojskowego w Kijowie (szpitalnej kliniki chorób wewnętrznych prof. K. Wagnera, trzech oddziałów chorób wewnętrznych i jednego chorób usznych) w 1906 r.

Powiększenie śledziony, jak wiadomo, określa się dwojako: zapomocą opukiwania i zapomocą wymacywania. Opukiwanie śledziony jest sposobem nie dość ścisłym, ponieważ granice narządu, oznaczone zapomocą tego sposobu zależą od wielu warunków ze strony otaczających narządów, jako to: położenia dolnego brzegu płuc, większego lub mniejszego wzdęcia żołądka, kiszek i t. d. Drugi sposób — wymacywanie, należy uważać za dokładniejszy i ściślejszy sposób badania. Wymacywałem śledzionę u każdego badanego w położeniu na wznak przy spokojnem i przy głębokiem oddychaniu i w położeniu na prawym boku przy spokojnem i przy głębokiem oddychaniu. Nie zaniedbując wymacywania w tych położeniach w okresie głębokiego wdechu u każdego badanego, można być pewnym, że jeżeli tylko śledziona istotnie jest powiększona, to powiększenia tego przy obmacywaniu z pewnością się nie przeoczy. W badaniach moich uwzględniałem tylko te śledziony, które dawały się wymacać. Nadmienić należy, że śledziona może stać się macalną także z powodu opadnięcia, chociaż nie jest wcale powiększona; zwłaszcza zdarza się to u osobników wycieńczonych. Tę możliwość brałem zawsze w rachubę. Wiadomo wszakże, że opadnięcie śledziony spostrzega się prawie wyłącznie u kobiet i jest wogóle zjawiskiem dość rzadkiem, łatwo zaś je sprawdzić przez opukiwanie w rozmaitych położeniach ciała badanego.

Przy badaniu każdego przypadku zwracaliśmy uwagę na następujące dane: 1) choroba w chwili badania, 2) wiek, 3) miejsce zamieszkania, 4) zimnica: kiedy była, jak długo, jakiego toru i iloma nawrotami, 5) inne choroby zakaźne, 6) jak czuło się brzeg śledziony, i to: I. w położeniu na wznak: a) przy spokojnem oddychaniu, b) przy głębokiem oddychaniu, II. w położeniu na boku prawym: a) przy spokojnem oddychaniu, b) przy głębokiem oddychaniu, 7) postać brzegu i zbitość śledziony, 8) górny i przedni brzeg śledziony przy opukiwaniu.

Wszystkich przypadków zbadałem 6,315. Z nich:

A) 390 chorych kliniki dyagnostycznej. Śledzionę znaleziono powiększoną u 118 (tablica I).

Z wykazu tego widać, że na 65 przypadków ostrych gorączkowych chorób zakaźnych śledzionę znaleziono powiększoną w 40, t. j. w 61,5% (w szczególności przy durze brzusznym na 21 przypadków była powiększona w 19, przy zapaleniu płuc włóknikowem na 25 w 6 i przy grypie na 10 w 6). Z pozostałych 325 przypadków śledzionę znaleziono powiększoną w 78, t. j. w 24%. A wogóle na wszystkich 390 zbadanych przypadków była śledziona powiększona w 118, co stanowi 30%.

Podług wieku 78 chorych z przewlekle powiększoną śledzioną dzieliło się tak:

Wiek	Ilość przypadków	Wiek	Ilość przypadków
11—20 lat	7	41—50 lat	10
21—30 „	23	51—60 „	7
31—40 „	29	61—70 „	2

Powiększenie śledziony spostrzegano tu najczęściej w wieku od 31—40 lat, a potem od 21—30 lat.

Chorzy należeli przeważnie do mieszkańców m. Kijowa i gub. Kijowskiej (289), potem gub. Czernichowskiej (20), Wołyńskiej (16), Podolskiej (15), Połtawskiej (9) i t. d.

Tablica I.

Choroba	Ilość przypadków	Z nich śledziona wyczuwalna u	Choroba	Ilość przypadków	Z nich śledziona wyczuwalna u	Choroba	Ilość przypadków	Z nich śledziona wyczuwalna u
Dur brzuszny	21	19	Zapalenie oskrzeli prze-			Marskość wątroby	7	5
Dur powrotny	5	5	wlekłe	9	—	Rak wątroby	7	4
Dur osutkowy	2	2	Dychawica oskrzelowa	1	—	Kamienie żółciowe	3	2
Zimnica ostra	1	1	Rozszerzenie oskrzeli	1	—	Zapalenie pęcherza mo-		
Choroba Weila	1	1	Ciało obce w oskrzeli	1	1	czowego i miedniczek		
Zapalenie płuc włók.	25	6	Zapalenie krtani prze-			nerkowych	5	2
Grypa	10	6	wlekłe	1	—	Wiewiór	2	—
Wada organ. serca	22	7	Zapalenie opłucnej	17	3	Kiła	4	2
Zapalenie mięśnia ser-			Nieżyt gardła	2	1	Cukrzyca	4	2
cowego przewlekłe	5	—	Nieżyt żołądka przewl.	11	3	Zapalenie nerek przewl.	23	2
Zapalenie osierdzia	1	—	Brak soku żołądkowego	2	1	Zimnica przewlekła	6	6
Mięsak śródpiersia	3	1	Opadnięcie żołądka	1	—	Gościec stawowy i mię-		
Tętniak aorty	4	—	Wrzód okrągły żołądka	6	—	śniowy	17	6
Miażdżyca tętnic	2	1	Rak żołądka	7	—	Zapalenie stawów wie-		
Zapalenie tętnic zacie-			Rak przełyku	6	—	wiórowe	2	—
śniające	1	—	Rak okrężnicy	3	1	Gruźlica kości biodrowej	1	—
Hemoglobinurya	1	1	Gruźlica kątnicy	1	—	Kostniakomięsak kości		
Choroba Werlhofa	1	—	Nieżyt jelit	11	4	biodrowej	1	1
Plamica gośćcowa	1	1	Zapalenie wyrostka ro-			Neurastenia	25	2
Niedokrwistość	2	—	baczkowego	4	—	Rwa kulszowa	3	—
Białaczka	2	2	Czerwonka	1	—	Porażenie nerwu zwrot-		
Gruźlica płuc	52	6	Czerwiwość	1	—	nego	1	—
Rozedma płuc	11	5	Mięsak gruczołów zao-			Otępienie starcze	1	—
Zgorzel płuc	4	1	trzewnych	1	1	Uwiąd starczy	1	—
Zapalenie płuc nieży-			Zapalenie błon surowi-			Ołowica	2	2
towe	3	—	czych	1	1	Wrzody goleni	5	1

Tablica II.

Choroba	Ilość przypadków	Z nich śledziona wyczuwalna u	Choroba	Ilość przypadków	Z nich śledziona wyczuwalna u	Choroba	Ilość przypadków	Z nich śledziona wyczuwalna u
Ospa	1	—	Zapalenie żołądka i jelit	30	2	Zapalenie szpiku kost-		
Płonica	2	—	Zapalenie wyrostka ro-			nego	4	2
Zimnica	4	4	baczkowego	2	—	Mięsak oka	1	—
Dur brzuszny	6	5	Wrzód okrągły żołądka	1	—	Nerwiak	2	—
Zapalenie płuc włókni-			Czerwiwość	1	—	Ropowica	2	—
kowe	2	2	Zapalenie nerek prze-			Wrzody goleni	7	—
Grypa	14	2	wlekłe	1	—	Wyprysk	19	—
Choleryna	1	—	Gościec stawowy i mię-			Łuszczyca	1	—
Wada organ. serca	4	2	śniowy	9	—	Świerzb	27	—
Miażdżyca tętnic	1	—	Gruźlica gruczołów			Rany postrzałowe i bro-		
Niedokrwistość	8	2	chłonnych	2	1	nią sieczną	21	—
Gruźlica płuc	2	1	Wiewiór	27	—	Złamania	6	—
Zapalenie opłucnej	7	2	Wrzód miękki	8	—	Oparzelina	1	—
Zapalenie oskrzeli prze-			Kiła w I i II okresie	123	6	Zatrucia wyskokiem	2	1
wlekłe	8	3	Przepuklina pachwi-			Pomieszanie	1	1
Nieżyt gardła	5	—	nowa	3	1	Jaglica	4	—

Tablica III.

Choroba	Ilość przypadków	Z nich śledziona wyczuwalna u	Choroba	Ilość przypadków	Z nich śledziona wyczuwalna u	Choroba	Ilość przypadków	Z nich śledziona wyczuwalna u
Dur brzuszny	1	—	Zapalenie wyrostka ro-			Zapalenie miedniczek		
Zimnica	2	2	baczkowego	4	—	nerkowych	3	—
Zapalenie płuc włókn.	4	1	Zapalenie otrzewnej	3	1	Gościec stawowy i mię-		
Grypa	4	1	Nieżyt gardła	2	—	śniowy	30	11
Wada organ. serca	6	4	Gruźlica gruczołów			Stłuczenie tułowia	2	—
Kołatanie serca	5	1	chłonnych	2	2	Ból głowy	3	—
Miażdżyca tętnic	1	—	Powiększenie śledziony	1	1	Neurastenia	9	—
Niedokrwistość	12	3	Marskość wątroby	1	1	Zapalenie nerwów wy-		
Gruźlica płuc	16	8	Rak wątroby	1	1	skokowe	1	1
Zapalenie oskrzeli	32	14	Zapalenie przewodów			Dymienica	1	1
Zapalenie opłucnej	38	9	żółciowych	4	2	Zatrucie amoniakiem		
Zapalenie żołądka i jelit	14	3	Zapalenie nerek prze-			płynnym	1	—
Wrzód okrągły żołądka	2	—	wlekłe	3	1			

Tablica IV.

Choroba	Ilość przypadków	Z nich śledziona wyczuwalna u	Choroba	Ilość przypadków	Z nich śledziona wyczuwalna u	Choroba	Ilość przypadków	Z nich śledziona wyczuwalna u
Grypa	7	—	Zapalenie żołądka i jelit	9	3	Bicie serca	5	1
Niedokrwistość	11	1	Zapalenie nerek przewl.	2	—	Ból głowy	2	—
Gruźlica płuc	2	1	Zimnica przewlekła	1	1	Stłuczenie	2	—
Zapalenie opłucnej	3	—	Gościec stawowy i mięśniowy	16	3	Płaskonóg	1	—
Zapalenie oskrzeli	16	4						

Z owych 78 chorych z przewlekłem powiększeniem śledziony 40 nie przebywało zimnicy, ani żadnej innej choroby zakaźnej.

B) 370 chorych stałych szpitala miejskiego w Kaniowie (tablica II).

Tu na 29 przypadków ostrych gorączkowych chorób zakaźnych śledziona była macalna w 13, t. j. w 41%, a na pozostałych 341 przypadków w 24, t. j. w 7%; na wszystkie zaś 370 przypadków w 37, co stanowi 10%. W porównaniu z ilością przypadków przewlekłego powiększenia śledziony, znalezioną wśród chorych kliniki dyagnostycznej (24%), ilość takich przypadków w szpitalu kaniowskim była stosunkowo mała (7%), aczkolwiek Kaniów położony jest w gub. Kijowskiej. Tę znaczną atoli różnicę tłómaczę tem, że do szpitala w Kaniowie wstępowało bardzo wielu chorych z chorobami wenerycznemi, chirurgicznemi i skórnemi, z chorobami zaś wewnętrznemi znacznie mniej (około $^1/_3$).

Podług wieku chorzy z przewlekłem powiększeniem śledziony dzielili się tak:

11—20 lat	2	31—40 lat	9
21—30 lat	10	41—60 lat	3.

Wszyscy ci chorzy byli mieszkańcami powiatu Kaniowskiego.

Z pomiędzy tych, u których śledziona była macalna, 16 zaprzeczało przebycia jakiejkolwiek choroby w przeszłości.

Oprócz chorych stałych zbadałem w szpitalu Kaniowskim jeszcze 2,100 chorych przychodzących. Pośród nich stwierdziłem powiększenie śledziony w 35 przypadkach (1,7%). Przypadki te dzieliły się podług chorób tak:

Zimnica	10
Dur brzuszny	2
Zapalenie płuc włóknikowe	4
Grypa	4
Gruźlica płuc	1
Nieżyt żołądka przewlekły	7
Gościec przewlekły	5
Neurastenia	2

Tu wśród 67 chorych na ostre gorączkowe choroby zakaźne znaleziono śledzionę powiększoną u 20, co stanowi 30%, a wśród pozostałych 2,033 chorych u 15, t. j. w 0·7%. Wszyscy ci 15 chorych przebywać mieli zimnicę.

C) Z 950 poborowych, przyjętych do wojska z pow. Kaniowskiego, u żadnego nie znaleziono powiększenia śledziony, przyczem też żaden z nich, według wywiadów, nie przebywał zimnicy.

Należy zaznaczyć, że powiat Kaniowski, a zwłaszcza część jego przyległa do m. Kaniowa, ma położenie zdrowe, i zimnica tu, chociaż się zdarza, wszakże rzadko i przytem tylko jako odosobnione przypadki.

D) Z 1,600 żołnierzy 132-go piesz. Benderskiego pułku, stojącego naówczas w Kijowie, śledziona była macalna u 10, t. j. u 0·6%. Wszyscy ci 10, sądząc z ich słów, przebywali w domu zimnicę. Co do miejsca zamieszkania 6 z nich pochodziło z gub. Kutaiskiej i Erywańskiej, a 4 z gub. Archangielskiej i Wołogodzkiej.

E) Z 500 kozaków 2-ej pieszej Kubańskiej Płastuńskiej brygady, którzy zgłaszali się do lazaretu brygady bądź z ostrym, prędko mijającym nieżytem jelit, bądź z przewlekłym gośćcem stawowym lub mięśniowym, powiększoną śledzionę znalazłem u 84, t. j. w 16·8%, przyczem u wszystkich śledziona występowała z pod łuku żebrowego, twarda, z brzegiem zaokrąglonym.

Płastuni pochodzą z ziemi kubańskiej, osławionej swoją zimnicą. Muszę wszakże dodać, że w czasie moich badań żaden z tych kozaków, mających powiększoną śledzionę, nie był chory na zimnicę.

Wiek badanych kozaków wynosił 27—32 lat.

F) 208 chorych przebywających w klinice chorób wewnętrznych i 1. i 2. oddziałach chorób wewnętrznych szpitala wojskowego w Kijowie. Powiększoną śledzionę znaleziono u 68, t. j. w 32·7% (tablica III).

Tu na 11 przypadków ostrych gorączkowych chorób zakaźnych śledziona była macalna w 4 przypadkach, t. j. w 36·4%. Z pozostałych 197 przypadków była śledziona macalna w 64, t. j. w 32·5%. Wiek chorych od 21—30 lat.

Chorzy pochodzili przeważnie z gub. Kijowskiej, Podolskiej, Kutaiskiej, Samarskiej, Orenburskiej i t. d.

3-ci oddział chorób wewnętrznych szpitala wojskowego w Kijowie rozpatrzę osobno, ponieważ tam leżą przeważnie lekko chorzy, podlegający badaniu sądowemu. Tu z pomiędzy 77 badanych chorych znaleziono śledzionę powiększoną u 14, t. j. w 18·2% (tablica IV).

W żadnym z 7 przypadków ostrej gorączkowej choroby zakaźnej — grypy — nie znaleziono powiększenia śledziony, z pozostałych zaś 70 przypadków śledziona była powiększona u 14, t. j. w 20%.

Z pomiędzy 120 chorych, badanych w oddziale chorób usznych szpitala wojskowego w Kijowie znaleziono śledzionę powiększoną u 9, t. j. w 7%. Żaden z tych 9 chorych w chwili badania nie przebywał ostrej choroby zakaźnej.

Grupując cały materyał według przytoczonego na początku szematu, powinniśmy zaznaczyć, że spostrzeżenia nasze tyczyły się tylko mężczyzn. Wiek spostrzeganych wa-

hał się od 11 do 70 lat, przyczem przewlekłe powiększenie śledziony spotykaliśmy najczęściej w wieku od 21 do 40 lat. Co do miejsca zamieszkania, to badani pochodzili z najrozmaitszych gubernii Rosyi, przeważnie jednak z południowo-zachodnich. Wielkość śledziony wahała się od wymacalnej u brzegu żeber w położeniu na boku prawym przy oddychaniu głębokiem, do wystającej na 2—3 palce z pod łuku żebrowego w położeniu nawznak przy oddychaniu spokojnem; zdarzały się, co prawda, przypadki, w których śledziona sięgała kresy białej lub nawet prawej okolicy biodrowej, lecz były to przypadki wyjątkowe. Co do zbitości śledziony, to na 298 śledzion przewlekle powiększonych było twardych 262, a miękkich i średniej zbitości 36; na 77 śledzion, wymacanych w przypadkach zakaźnych ostrych gorączkowych, twardych było 8, a miękkich 69.

Zestawiając dalej dane uzyskane w naszych badaniach, widzimy ogromne wahanie się stosunku odsetkowego ilości śledzion przewlekle powiększonych w różnych badanych grupach ludzi, mianowicie od 0 do 32,5%. Dla wyjaśnienia tych wahań uważam za konieczne podzielić cały materyał na 3 grupy: 1) spostrzeżenia w klinikach chorób wewnętrznych i oddziałach chorób wewnętrznych, 2) spostrzeżenia w szpitalu Kaniowskim i 3) spostrzeżenia u ludzi zdrowych, tudzież u chorych lazaretu brygady Płastuńskiej i oddziału chorób usznych szpitala wojskowego w Kijowie.

1) Spostrzeżenia w klinikach chorób wewnętrznych i oddziałach chorób wewnętrznych zwracają na siebie uwagę tem, że tu stosunek odsetkowy tak wszystkich śledzion powiększonych, jak i przewlekle powiększonych — jest dość wysoki i waha się nieznacznie: 30—32,7% i 24—32,5%. Na 598 zbadanych przypadków znaleziono śledzionę powiększoną w 186 (31·1%); przyczem na 76 zakaźnych ostrych gorączkowych w 44 (58%), a na 522 pozostałych w 142 (27·2%), co w stosunku do ogólnej liczby (598) przypadków stanowi 7·4% i 23·7%.

2) W szpitalu Kaniowskim stosunek wahał się co do wszystkich powiększonych śledzion od 1·7—10%, a co do powiększonych przewlekle od 0·7—7%. Zauważyliśmy tu dość ciekawą okoliczność, a mianowicie, iż wśród chorych przychodzących ilość przewlekle powiększonych śledzion (15) zbliżała się do ilości śledzion, prawdopodobnie ostro powiększonych (20).

3) Przy badaniu ludzi zdrowych, a za takich, oprócz poborowych i szeregowców pułku Benderskiego można uważać do pewnego stopnia także chorych lazaretu Płastuńskiej brygady i oddziału chorób usznych szpitala wojskowego w Kijowie, stosunek ilości śledzion przewlekle powiększonych do ogólnej liczby zbadanych przypadków wahał się między 0 a 16·8%, co zależy widocznie od miejscowości, z jakiej pochodzili badani. I tak pomiędzy pochodzącymi z miejscowości zdrowej nie znaleziono ani jednego przypadku powiększenia śledziony, natomiast wśród pochodzących z okolicy bagnistej, za jaką jest uważana ziemia Kubańska, przewlekle powiększoną śledzionę znaleziono w 16·8%, co oznacza, że w ziemi Kubańskiej u każdego 6-go człowieka można napotkać przewlekle powiększoną śledzionę.

Zestawienie danych trzeciej grupy dość jasno przedstawia, jak wielkie ma znaczenie miejscowość, z której pochodzi badany, w związku z panującemi tam chorobami. Z pewnością i inne choroby zakaźne, tudzież wiele chorób przewlekłych, mogą wywołać przewlekłe powiększenie śledziony; pierwsze atoli miejsce wśród tych przyczyn zajmuje widocznie zimnica, niezależnie od sposobu jej przejawiania się.

Jeżeli zwrócimy się teraz ku piśmiennictwu w tej sprawie, to oprócz jednej pracy Carpentera[1]): „O powiększeniu śledziony u dzieci do lat 12", rozpatrującej sprawę z zupełnie innego punktu widzenia, znajdujemy li tylko pobieżne wzmianki klinicystów, że powiększenie śledziony spotyka się w klinikach nierzadko. Jeden tylko Playfair[2]) w pracy, której oryginału niestety nie mogłem dostać, dokładnie określa, że na wybrzeżu Bengalskiem u każdego 3-go człowieka można znaleźć przewlekle powiększoną śledzionę. O wielkiej częstości przewlekłego powiększenia śledziony pod zwrotnikami wspomina również i Litten[3]). Według osobistych spostrzeżeń prof. K. Wagnera powiększenie śledziony spotyka się u mieszkańców Kaukazu, omal nie w każdym 3—4 przypadku.

Na podstawie wszystkiego, co wyżej przytoczyłem, można jak mi się zdaje, dojść do następujących wniosków:

1) Powiększone śledziony spotykamy w klinikach chorób wewnętrznych i w oddziałach chorób wewnętrznych bardzo często, u przeszło 30% chorych, przyczem około ³/₄ ogólnej ilości powiększeń śledziony przypada na przewlekłe.

Że wśród chorych na choroby wewnętrzne śledziona bywa powiększoną częściej, niż wśród innych chorych, nie jest wcale rzeczą nadzwyczajną, ponieważ przy chorobach narządów wewnętrznych zawsze jest więcej przyczyn i warunków powiększenia śledziony. Wiadomo, że śledziona należy do narządów bardzo łatwo oddziaływających na wszelkie podrażnienie. I tak, śledziona powiększa się przy wszystkich zaburzeniach w obiegu krwi w układzie dolnej żyły głównej, a zwłaszcza żyły wrotnej (śledziona zastoinowa); przy chorobach zakaźnych, przy chorobach krwi, n. p. białaczce, przy nowotworach i przy bąblowcu śledziony; czasami wreszcie śledziona powiększa się, jakby samorodnie, bez dokładnie określonej przyczyny (tak zwane pierwotne powiększenie śledziony) i t. d

2) Powiększenie śledziony, jako objaw rozpoznawczy w ostrych przypadkach zakaźnych należy przyjmować z pewną ostrożnością, ponieważ takie powiększenie w większości przypadków jest przewlekłem, a nie ostrem.

3) Przy rozstrzyganiu rozpoznawczego znaczenia powiększonej śledziony odgrywa ważną rolę pochodzenie chorego z tej lub innej miejscowości, a także okoliczność, czy przebył on zimnicę, lub nie.

4) Przy wymacywaniu śledziony należy zwracać szczególną uwagę na jej zbitość, albowiem tylko miękką śledzionę można uważać z większą pewnością za świeżo powiększoną.

[1]) Ref. w „Russkim Wraczu" za 1903 r. Nr 41.
[2]) Ref. w „Schmidts Jahrbücher" t. 98.
[3]) Die Krankheiten der Milz. Wien 1898.

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell. (Dyrektor: Prof. Kader).

Powikłania płucne w chirurgii.

Podał

dr Adolf Eugeniusz Klęsk

I asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Zakażenie narządów oddechowych następować może trojaką drogą, a mianowicie drogą oskrzeli, drogą krwi lub drogą limfy. Drogą oskrzeli zakażenie następuje wśród operacyi w razie istnienia w jamie ustnej, nosowej, gardle, tchawicy lub w oskrzelach sprawy zapalnej, dalej przez wymioty i aspiracyę. W przypadkach takich zjawia się zwykle już bardzo rychło, w kilka godzin, gorączka, potem plwocina ropiasta lub ropna (nieraz w 24 godzin), powstają ogniska niedodmy w płucach i obraz nieżytowego zapalenia płuc.

Nieżyt oskrzelowy spotykamy niestety bardzo często przed operacyą i w przypadkach nagłych musimy mimo to nieraz operować, a to, jak wynika z zestawienia Kellinga, nie jest rzeczą obojętną: na 200 laparotomii w częściach górnych brzucha u 13 chorych istniał przedtem nieżyt oskrzeli. Z tych 13 chorych, 10 dostało zapalenia płuc po operacyi, a z tych 10 zmarło 3, co stanowi 30% śmiertelności. Z chorych, którzy mieli przedtem płuca zdrowe, dostało tylko 3 zapalenia płuc wskutek złego uśpienia i wymiotów i wszyscy wyzdrowieli. Według Henlego śmiertelność z zapalenia płuc u chorych, mających przed operacyą płuca zdrowe, wynosi 3%, u chorych zaś z choremi płucami 8·3%. Zakażenie drogą oskrzeli typowem jest dla operacyi wola. Chorzy tacy, często cierpiący już na nieżyt oskrzeli wskutek zwężenia tchawicy, zapadają też często na zapalenie płuc, zwłaszcza że i uśpienie nastręcza u nich pewne trudności. Po operacyi chorzy tacy nie odkrztuszają wydzieliny z obawy przed bolem w szyi. Odkrztuszanie jest zwykle i dlatego utrudnione, że wydzielina oskrzelowa jest bardzo lepka i gęsta. Poprzecinane mięśnie utrudniają z początku znacznie ruchy tchawicy, a przez to i połykanie, wydzielina zbiera się w gardle, co wiedzie do powolnego spływania treści tej do płuc przez tchawicę. Opatrunki, założone za mocno pogarszają jeszcze ten stan. W klinice krakowskiej po operacyi wola zakładamy z powodu tego lekki zupełnie opatrunek plastrowy lub z pasty żywicznej, a tylko w razie krwawienia zakładamy czasowo opatrunek większy, zdejmując go o ile możności jak najrychlej i przywracając na jego miejsce opatrunek lekki, nie tamujący ruchów oddechowych. Dla ułatwienia wykrztuszania podajemy chorym przed operacyą wymiotnicę (ipekakuana), a w razie potrzeby w połączeniu ze środkami sercowymi.

Zestawiając nasze przypadki operacyi wola, przekonałem się, że powikłania płucne towarzyszą najczęściej zakażeniom przyrannym, natomiast przy ranach czystych należą one do rzadkości. I tak na 162 operacyi wola wystąpiły powikłania 43 razy, a z tego gojenie się przebiegało z wydzieliną ropiastą, dużym krwiakiem lub ropieniem 11 razy. Dalej przekonałem się, że powikłania płucne występowały głównie po stronie lewej, być może z tego powodu, że czynniki zakaźne zsuwają się wzdłuż przełyku ku stronie lewej i wywołują zakażenie płuc drogą limfatyczną. I tak powikłania płucne po operacyi wola wystąpiły:

obustronnie 27 razy,
po stronie prawej 9 razy,
po stronie lewej 12 razy.

Z ostatnich 12, w 6 rana była nie zupełnie aseptyczna co stanowi 50% (w stosunku powikłań płucnych do zakażenia). Przy powikłaniach prawostronnych, nie było ani razu zakażenia rany. W obustronnych powikłaniach przeważały zapalenia oskrzeli (na 27 — 10 razy). Chcąc dokładniej zbadać tę sprawę, zapuszczałem królikom barwiki (po wykonaniu typowego cięcia, jak przy wolu) na tchawicę nad mostkiem i przekonałem się potem przy sekcyi, że barwik rozchodził się więcej na stronę lewą, niż na prawą. Być może zresztą, że jest to tylko przypadkowy zbieg okoliczności.

W klinice naszej nie zakłada się po operacyi wola nigdy sączków, lecz zaszywa się całą prawie ranę z pozostawieniem tylko małego otworku u dołu. Rany goją się bardzo dobrze i prędko. W przypadkach wola, leżącego głęboko pod mostkiem, pozostaje tam po operacyi jama, której dno leży głęboko i wtedy odpływ z rany może być niedostateczny, wydzielina zatrzymuje się i opuszcza się siłą ciężkości ku dołowi. Wtedy należy założyć mały setonik z gazy, który w razie bezgnilnego gojenia się rany usunąć można na drugi lub trzeci dzień. Po operacyach gruczołów szyjnych powikłania płucne należą do rzadkości i stanowią w klinice naszej zaledwo 1% (niecały), a to z tego powodu (w przeciwieństwie do wola), że albo, w razie zakażenia przy operacyi, tamponuje się ranę odrazu, albo, gdy rana jest czysta, zaszywa się ją, a operuje się zwykle wyżej, a nie nad samem śródpiersiem. W 2 przypadkach operacyi gruczołów, leżących tuż nad obojczykiem, przy zakażonych ranach spostrzegaliśmy powikłanie płucne, jak przy wolach.

Częstość lewostronnych powikłań płucnych po operacyach wola tłómaczyć też sobie można i tem, że operujemy zwykle najpierw stronę prawą gruczołu i przez to aseptyka jest tu pewniejsza niż po stronie lewej, którą operuje się później. To posuwanie się zakażenia wzdłuż przełyku mieliśmy niestety sposobność stwierdzić i na stole sekcyjnym u operowanego z powodu wola dość dużych rozmiarów, schodzącego do mostka po stronie lewej. Na drugi dzień po operacyi wystąpiły dreszcze, gorączka do 40° i duszność. Badanie płuc stwierdziło początki zapalenia płuca lewego. Stan pogarszał się stale, gorączka ciągle do 40°, sinica. Ranę operacyjną otwarto ponownie 4-go dnia; pozornie nie było jednak żadnych zboczeń. W nocy zejście śmiertelne. Sekcya, wykonana w zakładzie prof. Browicza, stwierdziła ropienie, szerzące się w tyle wzdłuż przełyku do śródpiersia, na lewej opłucnej złogi włóknikowe, na osierdziu wybroczyny, zapalenie ropne płuca lewego, nieżyt oskrzelowy po stronie prawej. Zakażenie posuwało się więc tu po stronie lewej od tyłu wzdłuż przełyku.

Dość wielką liczbę powikłań płucnych przy operacyach wola, spostrzeganych w naszej klinice, odnieść też musimy do tego, że prawie wszystkie przypadki dotyczyły woli bardzo dużych i ciężkich, schodzących nisko lub głęboko pomiędzy tchawicę i przełyk lub przełyk i kręgosłup. W wielu przypadkach były i zaburzenia sercowe. Ta bardzo znaczna liczba przypadków ciężkich pochodzi stąd, że mając ogra-

niezoną ilość łóżek, zmuszeni byliśmy przyjmować tylko bardzo ciężkie przypadki, a lżejszym odmawialiśmy przyjęcia. Stosunek przypadków przyjętych do nieprzyjętych przekracza w naszej klinice 1:2, a ostatnimi czasy nawet 1:3.

(C. d. n.)

O jadach zwierzęcych.

Podał

Doc. Dr Ignacy Lemberger.

(Ciąg dalszy.)

Z rzędu motyli *(lepidoptera)* znamy jadowite gąsienice niektórych, z których większość jest biernie jadowitych, niektóre zaś czynnie. Do pierwszych należą przedewszystkiem gąsienice prządki wędrówki (*cnethocampa processionea — Eichenprozessionsspinner)* jakoteż jej gatunki *c. pinivora* i *c. pityocampa*. Jadowitość gąsienic prządki wędrówki znana jest od r. 1756, w którym je opisał Réaumur, a wiadomości o nich uzupełnili Brockhausen, Morren, Fabre i inni. Jad znajduje się we krwi gąsienicy, we włosach, zakończonych haczykami ostrymi, a szczególnie w kale. Przy dotknięciu się włosów wbijają się haczyki w skórę, odłamują się, przyczem jad działa drażniąco, powoduje obrzęk i tworzenie się pęcherzyków. Wyciągi eteryczne włosów i kału zawierają istotę działającą, bliżej nam nieznaną. Istota ta sprawia, zetknąwszy się z błonami śluzowemi spojówki, krtani, gardła, silne zapalenie i obrzęk. Niezmierne rozmnożenie się prządki tej, jakie zdarzyło się w ósmym dziesiątku ubiegłego stulecia na wybrzeżu morza wschodniego wywołało nagminne pojawienie się pokrzywki u tamtejszej ludności, jakoteż u gości miejsc kąpielowych Kahlberg, Hela i Dievenow (Landon). Fabre wykazał, że również gąsienice włochate innych odmian motyli zawierają podobną istotę; dlaczego zaś opisane objawy chorobowe wywołują jedynie gąsienice prządki wędrówki, tłómaczy autor sposobem życia gąsienic, które przesiadując dzień cały w swych gniazdach, zanieczyszczają swe włosy kałem, a ten podczas nocnych wycieczek gąsienic zasuszony, rozpyla się i dostaje się na skórę i błony śluzowe nawet bez dotknięcia się bezpośredniego gąsienicy. Istota działająca prządki podobna jest do kantarydyny.

Również gąsienice prządki jedwabnika *(bombys mori)* zdają się zawierać podobną istotę; za tem przemawiają objawy chorobowe, pojawiające się często u robotnic zajętych we fabrykach jedwabiu odwijaniem przędzy jedwabiu z kokonów, gorącą wodą rozmoczonych. — Objawy chorobowe, znane we Francyi pod nazwą »*Mal de Bassine*« a we Włoszech »*Mal della caldajuola*« występują szczególnie na rękach robotnic w postaci pęcherzyków i pryszczów, ulegających ropieniu. Oprócz tych gatunków znamy wśród gąsienic motyli także czynnie jadowite, do których zaliczamy gatunek *Cerura Harpyia;* przy dotknięciu wystrzykują one ciecz silnie kwaśną i żrącą. Według badań Meldola zawiera ta ciecz do 40% kwasu mrówkowego.

Przechodzimy teraz do jadów kręgowców *(Vertebrata)*. Gatunki jadowite jużto czynnie, jużto biernie, znajdujemy tu w czterech wielkich gromadach zwierzęcych, a mianowicie w gromadach: ryby (*pisces*), płazy *(amphibia)*, gady (*reptilia*) i ssawce (*mammalia*).

Z gromady ryb (*pisces*), znane są gatunki jadowite od dawnych już czasów; opisy ich podają już Aristoteles, Nikander, Oppian z Anazarbos, Plinius a później Lacépède, Cuvier i Tonnini, oraz Aldrovandus; wiadomości te mają jednak znaczenie więcej historyczne, mnóstwo tam sprzeczności, a nie brak również fantazyi i zabobonu. Pierwsze naukowe wiadomości zawdzięczamy publikacyom G. J. Allmana, ogłoszonych w r. 1841, którego spostrzeżenia późniejsi autorowie potwierdzili. Dzisiejsze wiadomości o rybach jadowitych i narządach jad wytwarzających, zawdzięczamy pracom Byerleya, Günthera, Gresina, a przedewszystkiem znakomitej pracy Gotharda (*Les poissons venimeux. Thèse de Paris 1889).*

Ryby jadowite podzielić możemy na dwie grupy:

1) ryby właściwe jadowite, które posiadają osobne narządy do wytwarzania jadu (*pisces venenati sive toxicophori — poissons venimeux*).

2) ryby trujące (*poissons vénéneux*), których spożycie w pewnych warunkach może być szkodliwe dla zdrowia. Należy tu wyłączyć zatrucia, wywołane przez spożycie ryb zepsutych, źle zakonserwowanych lub zbyt długo przechowywanych, — zatrucia, spowodowane wytworami rozkładowymi mięsa rybiego, a znane w medycynie pod nazwą: *ichthyismus*.

Ryby jadowite właściwe (*pisces venenati s. toxicophori)* dzielimy znów na takie, które mogą zatruć a) przez ukąszenie, b) przez ukłucie kolcami ciała, połączonymi z gruczołami jadowymi, c) jadem wydzielanym w gruczołach skórnych.

Do pierwszych należy murena czyli węgornica (*muraena helena*), zamieszkująca morze Śródziemne, a dochodząca do $1\frac{1}{2}$ metra długości. Znaną była jeszcze Rzymianom, którzy cenili ją dla delikatnego mięsa, a za czasów Vidiusa Pollia tuczyli je w sadzawkach ciałami niewolników, topionych za karę za nieposłuszeństwo (*ad muraenas!*). Narząd jadowy w postaci worka lub fałdu błony śluzowej, znajdujący się na podniebieniu, zawiera około 0·5 cm^3 jadu; worek ten jest w połączeniu z czterema stożkowatymi, lekko zakrzywionymi zębami pełnymi, nie opatrzonymi, jak u wężów, kanalikiem. O chemicznym składzie tego jadu nic nie wiemy, również brak nam doświadczeń, przeprowadzonych tym jadem na zwierzętach. Przypadek zatrucia jadem u żołnierza, ukąszonego przez węgornicę, opisuje P. Vaillant. Zatrucie objawiało się omdleniem, trwającem kilka godzin.

(C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Feliks Malinowski. **Tryper ostry i chroniczny u mężczyzn i kobiet.** Warszawa, 1906.

Podręcznik niniejszy należy do typu tych, które w treściwej postaci przedstawiają grupę licznych zjawisk chorobowych, wywołanych przez jeden czynnik patologiczny. To też, mimo istnienia różnych podręczników obcych w tej dziedzinie, napisanie tego rodzaju książki nie jest wcale łatwem zadaniem. Autor umiał ugrupować pojedyncze działy jasno i wyraźnie tak, że czytelnik łatwo w układzie może się rozpatrzeć. Obok części klinicznej, w której znajdują się wszystkie znane dotąd szczegóły, opracowane wyczerpująco, — przedstawia autor w krótkości sposoby badania mikroba, wywołującego chorobę. Wreszcie obszerny opis leczenia podaje wszystkie znane środki, przetwory i sposoby leczenia różnych postaci i powikłań choroby. Podręcznik obejmuje nietylko wiewióra u mężczyzn, ale także u kobiet i u dzieci, a zarazem wszystkie pojawiające się wśród przebiegu powikłania. Wykwintna postać zewnętrzna dzieła: piękny papier, druk, rysunki i tablice, zasługuje na uznanie.

Chociaż podręcznik ten jest może w niektórych działach za rozwlekły, — bez przytoczeń piśmiennictwa, a z drugiej strony niema zabarwienia całkowicie oryginalnego, — to jednak powyżej wspomniane zalety nadają mu znamię dziełka pożytecznego, szczególnie wobec braku podobnej książki w naszem piśmiennictwie; dziełko to powinno się więc znaleźć w rękach tak tych, którzy słuchają wykładów z tej gałęzi medycyny, jak i tych, którzy praktycznie mają je zastosować.

Z obowiązku sprawozdawcy dodać należy jedną uwagę: dziś już, szczególnie wobec istnienia dokładnego, a dla każdego piszącego tak użytecznego »Słownika lekarskiego polskiego«, nie wolno używać w »podręczniku« takich wyrazów, jak: uryna, kateter, szprycowanie, a nie potrzeba takich, jak syfilis i t. p. Wada to, którą dobra wola autora łatwo usunie w następnych poprawnych wydaniach.

W końcu objaśnić należy, że autor zdobył sobie już zasługę na polu piśmienniczem, nie szczędząc kosztów i trudu na wydawanie miesięcznika p. t. »Przegląd chorób skórnych i wenerycznych«.

Prof. Krzysztalowicz.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Vaillard i Dopter. **Surowica przeciw dysenteryi.** *(Ann. Past.* XX. 1906, pag. 321). Jak wiadomo, rozróżniamy obecnie dwie dysenterye: jedna, choroba wyłącznie ciepłych krajów, wywoływaną bywa przez pełzaki *(Amoeba dysenteriae* lub *Entamoeba hystolytica Schaudinn)*. Występuje ona w różnych porach roku, przebiega nieregularnie z częstemi zwolnieniami i nawrotami gorączki, wywołuje często następowe ropnie w wątrobie (zwykle śmiertelne) i można nią zakazić kota przez odbytnicę. Drugą wywołują bakterye, odkryte w r. 1898 przez Shigę w Japonii. Ta dysenterya panuje tak w krajach gorących, jak i w strefie umiarkowanej, występuje w porze letniej,

przebiega o wiele regularniej, nie wywołuje nigdy ropni wątroby i nie można jej przeszczepić na kota. Występuje zwykle w epidemiach, mniej więcej rozległych, ze śmiertelnością od kilku do 50%. Prawie stale towarzyszy wojnom. Autorowie zajmują się tylko dysenteryą bakteryjną. Od odkrycia bakteryi dysenterycznych starano się uzyskać surowicę przeciwko tej chorobie. Shiga pierwszy stosował surowicę o własnościach ochronnych i leczniczych u ludzi i zmniejszył śmiertelność z 35 na 10%. Kruse, który w. r. 1900 stwierdził bakterye dysenteryi w epidemii Westfalskiej (pierwszy raz w Europie) uzyskał zapomocą swojej surowicy wyniki o wiele mniej wyraźne, niż Shigi. Późniejsi badacze starali się uzyskać surowicę o własnościach nietylko bakteryobójczych, ale i antytoksycznych (Todd, Rosenthal, Gabryczewski). Wstrzykiwali oni zwierzętom bakterye i ich toksyny otrzymane przez długą (kilkotygodniową) maceracyę bakteryi w pożywce bulionowej. Jak wiadomo, bakterye dysenteryi nie wydzielają toksyn, tylko zawierają endotoksyny, które dopiero po śmierci tych bakteryi przez autolizę przechodzą do pożywki. Takiej surowicy przeważnie używano w wojnie rosyjsko-japońskiej z bardzo dobrym wynikiem. Autorowie używali hodowli i endotoksyn wyłącznie szczepu dysenteryi, wyhodowanego przez Krusego. Konie są bardzo wrażliwe na bakterye dysenteryi i muszą być szczepione bardzo ostrożnie. Szczepili je autorowie naprzód podskórnie, potem do żyły. Otrzymali ostatecznie surowicę, działającą bardzo wyraźnie zapobiegawczo i leczniczo u królików i taką surowicą rozpoczęli leczyć ludzi. Leczyli tylko przypadki średnio ciężkie i ciężkie. Przypadków lekkich (poniżej 15 stolców na dzień) nie leczyli. Stosowali surowicę u osób dorosłych w 96 przypadkach, z których tylko jeden, wyjątkowo ciężki, zakończył się śmiercią. Przypadki swoje dzielą autorowie według ilości stolców na średnio ciężkie (15—30 stolców dziennie), ciężkie (do 80), bardzo ciężkie (do 150) i wyjątkowo ciężkie (do 288 stolców na dobę). Wstrzykiwali 20 cm.³ surowicy w przypadkach średnio ciężkich, a 30—80 cm.³ w przypadkach ciężkich lub bardzo ciężkich. Dawkę tę nieraz na drugi lub trzeci dzień powtarzali. Wyjątkowo tylko szczepili dzień po dniu po 20—100 cm.³ surowicy kilkanaście razy. W kilka godzin po zaszczepieniu surowicy, chorzy czują się znacznie lepiej, liczba stolców raptownie się zmniejsza, krew z nich znika. Wyleczenie następuje w przypadkach średnio ciężkich już po 2—3 dniach, a w ciężkich, które bez surowicy musiałyby być leczone około miesiąca, po 4—6 dniach. Nawroty zdarzają się rzadko. Autorowie widzieli je tylko 2 razy i wtedy znowu surowica szybko je leczyła. Surowica działa tem lepiej, im wcześniej się jej użyje, ale autorowie stosowali ją w niektórych przypadkach z bardzo dobrym skutkiem w 10. 16. dniu choroby, a nawet po 5 miesiącach jej trwania. 13 razy powstały lekkie objawy uboczne, jak przy innych surowicach. Jakkolwiek autorowie uzyskali swoją surowicę, posługując się tylko szczepem Krusego, to jednak działała ona równie dobrze i w dysenteryi wywołanej przez szczep Flexnera. Przeciw dysenteryi, wywołanej przez ameby, jest ta surowica oczywiście bezskuteczna. Prawdopodobnie też i pewne rodzaje biegunek u dzieci wywołują bakterye dysenteryi i możnaby je leczyć surowicą, jak to już próbuje Escherich. Możnaby też używać tej surowicy w celach ochronnych: jednak czas ochrony wynosi prawdopodobnie tylko 8—10 dni. Shiga szczepił zapobiegawczo w Japonii 10000 ludzi surowicą z dodatkiem małej ilości zabitej hodowli bakteryi (Simultanimpfung). Wynik był taki, że wielu z pośród zaszczepionych zachorowało mimo to na dysenteryę, ale bardzo łagodnie przebiegającą i prawie nigdy nie śmiertelną; natomiast u nieszczepionych śmiertelność wynosiła 30—40%. *R. Nitsch.*

PEDYATRYA. Stoeltzner. **Tężyczka dziecięca** (*spasmophilia*) **jako zatrucie wapniowe.** (*Jhrb. f. Kindh.* 1906, 63, VI). Przez nazwę tężyczki dziecięcej (*spasmophilia*) rozumieć należy stan chorobowy, w którym przez badanie elektryczne można stwierdzić wzmożenie się pobudliwości nerwów obwodowych. W przypadkach cięższych towarzyszą temu inne objawy kliniczne: drgawki, kurcze głośni i t. d., w przypadkach lżejszych — bardzo rozpowszechnionych — jedynie tylko badanie elektryczne pozwala wyśledzić chorobę (tężyczka utajona). Punktem wyjścia dla autora były badania Finkelsteina, który stwierdził, że na objawy choroby można w bardzo szerokich granicach wpływać zapomocą żywienia. Przedewszystkiem krzywa pobudliwości elektrycznej wznosi się i opada równolegle do ilości podawanego mleka krowiego. Jeżeli zastosuje się środek czyszczący, dyetę wodną, polewki mączne, lub żywienie piersią, a usunie mleko krowie, to objawy tężyczki dziecięcej bardzo szybko, niekiedy w przeciągu doby ustępują. Już Finkelstein stwierdził, że właściwa *materia peccans* znajduje się w serwatce i uważał za przyczynę spasmofilii zboczenie w wymianie soli, przedewszystkiem fosforu lub wapna. Autor postanowił ten czynnik szkodliwy ściślej doświadczalnie określić. Podejrzenia zwróciły się przedewszystkiem przeciw wapnu już dlatego, że mleko krowie zawiera go przeszło 5 razy więcej, niż mleko kobiece. Zresztą podejrzany mógł być jeszcze kwas fosforowy (4,06 razy więcej) i żelazo (5,13 razy więcej). Do doświadczeń nadawały się tylko przypadki, które oddziaływały wybitnie także na podanie lub usunięcie mleka. Doświadczenia stwierdziły, że z podawanych soli tylko chlorek lub octan wapniowy wywoływały wzmożenie pobudliwości nerwowej podobnie, jak mleko krowie. Ilość mleka krowiego, które dziecko może znieść bez popadnięcia w tężyczkę dziecięcą, jest indywidualnie różną. Zależy ona przytem od stanu jelita, które nadmiar wapna wydziela, od jego sprawności wydzielniczej, a także od ilości wapna, zużywanej na budowę kości. Najniekorzystniejsze stosunki panują u dzieci krzywiczych, karmionych mlekiem krowiem z zaburzeniami trawiennemi, dlatego u nich objawy tężyczkowe są tak częste. Przeciwnie dzieci przy piersi, nieprzekarmiane, bez objawów krzywicy i zaburzeń jelitowych, są prawie bez wyjątku wolne od objawów tężyczki dziecięcej. Korzystny wpływ fosforu polega prawdopodobnie na tem, że czyni on tkankę kostnawą zdolną do przyjmowania wapna. *Doc. Lewkowicz.*

Taillens. **Glisty i meningizm.** (*Arch. de Méd. des Enf.* 1906, VII). Nazwa „meningizm“ została wprowadzona r. 1894 przez Duprégo na oznaczenie zbioru objawów oponowokorowych, niezależnego od jakiejkolwiek zmiany anatomicznej. Mimo to, że przyczyny tego zbioru objawów są rozmaite, odpowiada ta nazwa rzeczywistemu klinicznemu obrazowi i służy do łatwego porozumienia się. Autor opisuje własny przypadek, bardzo zajmujący, w którym meningizm, przypominający zupełnie obraz kliniczny gruźliczego zapalenia opon, wywołany był przez glisty. U dziewczynki 21-miesięcznej, u której od pewnego czasu zauważono zmiany w usposobieniu, wychudzenie, sen niespokojny, zgrzytanie zębami, pojawiły się drgawki ogólne, często się następnie powtarzające mimo zastosowania różnych środków, wymioty, stan gorączkowy (38·0—38·5), pobudzenie, potem stan półśpiączki, sztywność karku, przykurczenie kończyn, rozszerzenie źrenic, przemijająco zez, plamy Troasseaua, objaw Kerniga, wzdychania, wykrzykiwania, nagłe zmiany barwy twarzy. Stan ten trwał przez 3 dni, a w ciągu tego czasu można było zauważyć powolne pogarszanie się. Czwartego dnia po oddaniu stolca wolnego i cuchnącego z 9 glistami nagłe polepszenie. Po zastosowaniu santoniny i kalomelu odeszły jeszcze glisty, ogółem 39 sztuk. Wyleczenie. Po roku jednak znów objawy tężyczki, która ustępuje po santoninie i odejściu 10 glist. To dowodzi, że należy u tej chorej przyjąć szczególną wrażliwość nerwową.

Doc. Lewkowicz.

Egiz i Łangowoj. **Surowica Mosera, jako środek leczniczy w płonicy.** (*Medic. Obozrenije* 1906, NN. 13, 15). Autorowie (ordynatorzy szpitali miejskich w Moskwie) badali wpływ surowicy Mosera w ciągu lat 2 u 400 chorych na płonicę; z tych 374 przypadków bez powikłań i 26 z zakażeniem mieszanem. Surowicę wstrzykiwano tylko ciężko chorym, jak można najwcześniej, nie później, niż 4-go dnia. Wnioski autorów są następujące: 1) Przy leczeniu ciężkich przypadków płonicy surowicą Mosera śmiertelność zmniejsza się z 47,4 prc. na 16,1 prc. 2) Surowica posiada przeważnie działanie antytoksyczne. 3) Wpływ surowicy na powikłania płonicy jest nieznaczny. 4) Surowicę należy wstrzykiwać w ciągu pierwszych 3 dni choroby, w ostatecznym razie na 4-ty dzień. 5) Ciepłota opada tem silniej, im wcześniej surowicę wstrzyknięto; w czystych niepowikłanych przypadkach ciepłota spada silniej, niźli w powikłanych. 6) Naraz trzeba wstrzykiwać 200,0 surowicy; maleńkim dzieciom wystarczy wstrzyknąć 100—150 sz. ctm. 7) Indywidualność konia wywiera ogromny wpływ na siłę surowicy; może w ten sposób można objaśnić różne wyniki, uzyskane zapomocą surowicy przez różnych autorów. 8) W przypadkach zakażenia mieszanego płoniczego i błoniczego przy jednoczesnem wstrzyknięciu surowicy Mosera i przeciwbłoniczej można było spostrzegać znaczny skutek, chociaż nie tak jaskrawy, jak w czystej niepowikłanej płonicy. 9) Wstrzykiwania zapobiegawcze (na niewielkim materyale) potwierdzają wnioski Mosera. 10) Ujemną stroną surowicy są częste i ciężkie powikłania wskutek użycia dużej ilości surowicy. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

OKULISTYKA. Kubli. **Nowy lek znieczulający: alypina.** (*Wiestnik Oftalm.* Maj—Czerwiec, 1906). Na podstawie własnych doświadczeń autor bardzo zaleca ten środek przy cierpieniach rogówki, spojówki i tęczówki, jak również przy mniejszych operacyach zamiast kokainy. *Dr Karnicki.* (Ptbg.).

Eleońska. **Przypadek gruźlicy spojówki.** (*Wiestnik Oftalm.* Lipiec—Sierpień, 1906). U chorego, przyjętego 10 marca 1905 do kliniki kobiecego Instytutu Medycznego w Petersburgu z powodu od 2 lat trwającego cierpienia lewego oka, stwierdzono: Pr. O: bystrość wzroku=0,9. Wydzielina obfita śluzowo-ropna; spojówka powiekowa przekrwiona i pokryta licznemi szarawemi ziarn-

kami. Spojówka gałki i narząd łzowy prawidłowe. L. O. bystrość wzroku =0,3; skóra powiek nabrzękła; wydzielina śluzowo-ropna; górna powieka opadnięta, z trudnością daje się odwrócić; tarczka powiększona; spojówka powiekowa ciemno-czerwonej barwy, na spojówce nader liczne brodaweczki; niektóre brodaweczki dosięgają 2 mm. wysokości i są podobne do koguciego grzebienia; jedna brodaweczka owrzodziała; wrzód, bardzo powierzchowny, 1 mm. długości, o nierównych brzegach; na dnie wrzodu miazga rozpadowa w niewielkiej ilości; prócz brodaweczek miejscami znajdują się ziarna, podobne do jagliczych. Spojówka dolnej powieki również przekrwiona, na spojówce znajdują się takie same brodaweczki i ziarna. Oba załamki spojówki zgrubiałe, czerwonawo-żółtej barwy, guziczkowate, chrząstkowato twarde, na powierzchni miejscami owrzodzenia. Fałd półksiężycowaty spojówki również zgrubiały; spojówka gałki twarda, guziczkowata, czerwonawo-żółtej barwy, nasuwa się z boków na rogówkę. Ruchy gałki zmniejszone. W górnej części rogówki liczne guzki blado-czerwonej barwy, zlewające się między sobą: w środku rogówka przezroczysta. Głębsze części oka prawidłowe; przyuszny gruczoł powiększony; ciepłota prawidłowa; ogólny stan zdrowia zadowalniający; w szczytach płuc wydech słyszalny, przy opukiwaniu odgłos tępawy. Drobnowidowe badanie tkanki, wyciętej z załamka, stwierdziło obecność licznych gruzełków prosowatych; laseczników gruźliczych nie znaleziono. Choremu zalecono przemywanie odkażające, 2% roczyn azotanu srebrowego, maść jodoformową i pyoktaninę w kroplach. Stan oka stale się pogarszał; po miesiącu rogówka zmętniała zupełnie, w dolnej części utworzył się wrzód; na dnie komórki przedniej wysięk krwotoczny; b. wzroku=1/6; zjawiły się bole. 22 kwietnia wyłuszczono gałkę, jednocześnie wycięto całą spojówkę i obie tarczki. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że największe zmiany powstały w tkance spojówki, rogówki i twardówki. Budowa gruzełków, zserowacenie, dalszy rozpad są tak typowe, iż rozpoznanie gruźlicy nie ulegało żadnej wątpliwości.

Dr K. Karnicki. (Ptbg.).

L. Steiner. **Plamy barwikowe na spojówce.** (*Ann. d' Ocul.* 1906, Nr 6). Co do znajdowania się barwika w spojówce, twierdzenia, zawarte w podręcznikach anatomii i okulistyki, są prawdziwe tylko o tyle, o ile to dotyczy rasy białej, nie sprawdzają się jednak wcale co do rasy żółtej, czerwonej i czarnej. U Malajczyków, Kreolów, Hindusów, Japończyków i Chińczyków, z któremi to narodowościami spotyka się autor w swej praktyce, plamy barwikowe na spojówce powiek i gałki są tak częstem i codziennem zjawiskiem, że opisywać je byłoby rzeczą śmieszną, a usuwać operacyjnie z tych samych pobudek, którymi kierują się okuliści europejscy, byłoby zadaniem wprost niewykonalnem. Autor rozróżnia 3 rodzaje plam barwikowych, spotykanych na spojówce u mieszkańców Jawy. Do pierwszego rodzaju zalicza szare lub brunatne zabarwienie spojówki w jej częściach, wystawionych na działanie światła słonecznego. Do drugiej grupy zalicza ciemne lub czarne, ostro ograniczone ogniska, które są jedynie tylko wrodzonemi znamionami barwikowemi. Trzeci wreszcie rodzaj stanowią plamy, występujące na spojówce powiek i załamków u Arabów i Murzynów, dotkniętych jaglicą.

Doc. K. W. Majewski.

R. Hesse. **O stosowaniu przekrwienia biernego w okulistyce.** (*Centrbl. f. Augenheilk.* Czerwiec, 1906). Już Renner stosował przekrwienie bierne w niektórych chorobach ocznych, jak zapalenie miąższowe rogówki i t. p. z częściowo dodatnim wynikiem. Autor starał się doświadczalnie na zwierzętach przekonać się o wpływie miejscowego zastoju na oko. Do tego służył przyrząd, składający się z małego klosza szklanego, o obwodzie, przystosowanym do kształtów oczodołu. Wierzchołek klosza przechodzi w rurkę gumową, zakończoną balonikiem. Ciśnienie ujemne wskutek wysania powietrza nie powinno przenosić 20—50 mm. słupa rtęci; silniejsze bowiem działanie ssące bywa przyczyną pękania naczyniek spojówkowych. Wynik działania takiego przyrządu na oko zależy od jego zastosowania; jeżeli założono go mianowicie na oko zamknięte, obrzęk odnosił się głównie do powiek, jeżeli zaś oko było otwarte, to obrzękowi ulegała przeważnie spojówka. W rogówce zauważono pewne zmętnienie, odpowiadające znacznemu napojeniu płynem. Również i w tęczówce powstają objawy przekrwienia. Zdaniem autora należałoby wypróbować skuteczność tego sposobu leczenia w przypadkach rozmaitych zapaleń, jak wrzody powiek, owrzodzenia rogówki, a nawet i wrzody pełzające rogówki. W jednym mianowicie przypadku wrzodu pełzającego rogówki, w którym autor zastosował przekrwienie bierne, wynik był o tyle dodatni, iż wrzód dalej nie postępował.

Dr Lieberman.

Kronika historyczna za listopad[1]).

Zestawił

Dr Adam Langie.

Dnia 4. listopada 1847 roku zastosował po raz pierwszy uśpienie chloroformowe u rodzącej Sir James Young Simpson w Edynburgu, jeden z najznakomitszych nowoczesnych ginekologów. Już od roku 1846 używano do usypiania przy operacyach eteru, którego usypiające działanie odkrył przypadkowo Karol Jackson, lekarz w Bostonie, a który po raz pierwszy zastosował w praktyce bostoński dentysta Wiliam Morton. Pierwszą amputacyę uda w uśpieniu eterowem wykonał 7. listopada 1846 Grzegorz Hayward w Bostonie, a i Simpson posługiwał się z początku eterem (od stycznia 1847 r.). Chloroform znanym był wprawdzie dawniej, wykrył go w r. 1831 francuski farmakolog Eugeniusz Soubeiran w Paryżu, a Liebig wytworzył syntetycznie 1832 r., ale dopiero w 16 lat potem, t. j. od czasu użycia go przez Simpsona, rozpowszechnia się usypianie chloroformem w całym świecie i do dziś dnia wytrzymuje zwycięzko współzawodnictwo wszystkich innych, później poleconych sposobów. Słusznie powiedziano o tym środku, że wiek XIX może szczycić się wielu odkryciami bardziej olśniewającemi, ale chyba żadnem, użyteczniejszem od chloroformu.

Dnia 9. listopada 1476 r. wydaje książe wirtemberski Karol Eberhardt I »Barbatus« bullę, postanawiającą założenie uniwersytetu w Tybindze, który też odtąd nosi imię tego księcia a którego wydział lekarski do dziś dnia zachowuje swą dobrze zasłużoną sławę.

Dnia 11 listopada 1851 r. na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Królewcu okazuje Helmholtz pierwszy wziernik oczny własnego pomysłu, Na doniosły ten wynalazek naprowadziła go, jak sam przyznaje, teorya Brueckego o odblasku w głębi oka. Jeszcze bowiem w 1847 r. wyjaśnił Bruecke, że z głębi każdego oka można przez odpowiednie ustawienie przed niem światła i głowy badającego wydobyć odblask świetlny. Wpadł on na to całkiem przypadkowo, spostrzegłszy raz podczas wykładu błyszczącą chwilowo źrenicę u jednego ze słuchaczy, gdy ten ku lampie zwrócił oko. Zastanawiając się nad tem zjawiskiem, doszedł Bruecke do wykrycia warunków, wśród jakich można to wywołać doświadczalnie, a te doświadczenia jego posłużyły Helmholtzowi do ustalenia praw, rządzących tem zjawiskiem i do zbudowania na ich zasadzie wziernika ocznego. Pierwszy wziernik Helmholtza składa się z małej skrzyneczki, w której umieszczone są równolegle do siebie 3 płytki szkieł płaskich, odbijające światło pod kątem 56°. Później zmieniono nieco kształt przyrządu przy pomocy królewieckiego mechanika Recossa, zastąpiono płytki lusterkiem z otworem w środku i dodano tarczę z szeregiem szkieł, wyrównujących wadę refrakcyi badającego. Zapomocą tego prostego przyrządu udało się po raz pierwszy genialnemu uczonemu widzieć szczegóły dna oka ludzkiego. Wynalazek wziernika stanowi epokę w okulistyce, która przedtem wszystkie choroby głębszych części oka oznaczała nic nie mówiącą nazwą czarnej katarakty. Wziernik Helmholtza ulepszył następnie Albrecht v. Graefe i w ręku jego stał się on przyrządem, który otworzył szerokie pole nowoczesnej optyce fizyologicznej i patologii chorób ocznych, a pośrednio oddaje też usługi medycynie wewnętrznej i neuropatologii. Pierwszy opis wziernika Helmholtza nosi tytuł: »Beschreibung eines Augenspiegels zur Untersuchung der Netzhaut im lebenden Auge«.

Dnia 16 listopada 1784 r. uroczyście otwarto Uniwersytet »Józefiński« we Lwowie. Jeszcze w r. 1774 powzięła była cesarzowa Marya Teresa zamiar założenia we Lwowie uniwersytetu, ale wtedy powstało tylko t. zw. »Collegium medicum« dla kształcenia chirurgów czyli felczerów, nie mające tytułu akademii, ani prawa promowania doktorów. W r. 1781 postanawia cesarz Józef II, aby w Austryi były 3 uniwersytety: w Wiedniu, Pradze i we Lwowie; w innych zaś miastach mają być tylko gimnazya, z któremi miano połączyć szkoły niższej chirurgii i położnictwa. Plan nauk w Uniwersytecie Józefińskim we Lwowie obejmuje 4 lata i stosuje się do ustawy z 1774 r., obmyślanej przez van Swietena. Z Wydziałem lekarskim połączona jest szkoła chi-

[1]) Na wzór ogłaszanych przed 30 laty przez prof. Oettingera „Wspominków historycznych" podawać będę co miesiąc kronikę ważnych zdarzeń z dziejów medycyn. *(Przyp. autora).*

rurgów, położnych i weterynaryi. Wykłady odbywają się po łacinie, tylko dla położnych po polsku. Grono pierwszych profesorów składają przeważnie cudzoziemcy. Dziekanem wydziału zostaje Burchard Sviebert, wykładający botanikę i chemię; anatomię wykłada Marherr z Wiednia, fizyologię Kostrzewski, po nim Sedey; klinikę lekarską prowadzi włoch Capuano, chirurgii uczy Kriegl, położnictwo wykłada Jan Waltz, b. profesor »Collegium medicum«, weterynaryę Chmel. Ten pierwszy wydział lekarski tak słabo się jednak rozwijał, że już w r. 1788 z powodu zbyt szczupłej liczby uczniów zwinięto go, pozostawiając tylko szkołę niższej chirurgii i położnictwa. Wprawdzie w r. 1791 przywrócono wydział lekarski i zreformowano naukę medycyny, ale trwa to zaledwie do roku 1805, kiedy znów go zniesiono wraz ze zwinięciem całego uniwersytetu, zamienionego na liceum. W tym drugim okresie istnienia wydziału lekarskiego odznaczyli się zaledwie dwaj profesorowie: Walenty Hildebrand, autor głośnych za granicą prac naukowych z zakresu medycyny wewnętrznej (zwłaszcza o durze i chorobach gorączkowych) — oraz Piotr Krausnecker, człowiek wielce zasłużony, który zebrał bogate zbiory anatomiczne, a w ponownie utworzonym przez Fraciszka I. uniwersytecie piastował w r. 1823/4 godność rektora. On to ufundował stypendyum dla uczniów medycyny rodem ze Lwowa. (Według Kadyia »Rys dziejów Wydziału lekarskiego we Lwowie«).

Dnia 17. listopada 1838 r. przypada rocznica śmierci głośnego w swoim czasie reformatora medycyny Broussaisego. Franciszek Józef Wiktor Broussais urodził się 1772 w Saint Malo, nauki kończył w Paryżu, poczem jako lekarz wojskowy został 1820 r. profesorem w paryskim szpitalu Val-de-Grâce, a w roku 1830 profesorem ogólnej patologii i terapii na wydziale lekarskim w Paryżu. Usiłuje zreformować dotychczasowe pojęcia lekarskie przez swoją teoryę o zapaleniu. Przypuszcza on istnienie siły życiowej, nadającej ustrojowi pewne właściwości fizyczne i chemiczne, a różne bodźce zewnętrzne, jak n. p. ciepło lub zimno, działają na tę siłę, pobudzając ją do czynności. Dopóki bodźce te nie przechodzą pewnej granicy, dopóty ustrój żyje i działa prawidłowo; gdy zaś bodziec zewnętrzny zadziała za gwałtownie lub za słabo, następuje choroba, a nawet śmierć. Każda więc choroba wywołana jest zadrażnieniem tkanek, czego bezpośredniem następstwem bywa większy napływ krwi do naczyń, wywołujący upośledzenie odżywiania i zapalenie. Wszystkie więc choroby sprowadzić się dadzą do ostatecznej przyczyny: zapalenia. Zadrażnienie miejscowe, skutkiem którego powstają zmiany w pewnej części ciała, oddziaływa współczulnie na inne części tak, że przez rozpromienienie się tego zadrażnienia drogą nerwów powstaje schorzenie ogólne. Głównym punktem wyjścia wszystkich chorób jest błona śluzowa żołądka i sąsiedniego jelita, najczulsza na bodźce szkodliwe, czyli każda niemal choroba da się sprowadzić do *gastroenteritis*. Na tę jedyną przyczynę chorób poleca Broussais jedno tylko lekarstwo: metodę przeciwzapalną, która polega na bardzo energicznych upustach krwi ogólnych i miejscowych, stawianiu pijawek, stosowaniu zimna i podawaniu kwasów. W puszczaniu krwi popadł on w prawdziwą przesadę, jeżeli w ciągu jednego tylko roku 1819 wykonano na oddziale jego 100 tysięcy upustów krwi. I jakkolwiek wyniki tego rodzaju leczenia były oczywiście złe, to jednak teorya ta panowała w medycynie przez lat blizko dwadzieścia, poczem wśród gwałtownej polemiki upada bezpowrotnie, pozostawiając jedynie ślad w dziejach na dowód, do jakiej ostateczności doprowadzić może zaślepienie w jednej, nie badanej krytycznie, błędnej doktrynie.

Dnia 24. listopada 1895 r. umarł Ludwik Teichmann. Urodzony 1823 r. w Lublinie, uczęszczał do gimnazyum w Radomiu, a następnie przez dwa lata na teologię w Dorpacie. Dopiero mając lat 28, rozpoczął studya lekarskie w Heidelbergu 1851 r.; stąd w rok później przenosi się do Getyngi, gdzie zostaje prosektorem w zakładzie Henlego. Tutaj doktoryzuje się 1855 roku, a w r. 1859 habilituje na docenta anatomii. W roku 1861 zostaje powołany na katedrę anatomii patologicznej w Uniwersytecie Jagiellońskim, gdzie po ustąpieniu Kozubowskiego otrzymuje katedrę anatomii opisowej 1868 r. i na stanowisku tem pozostaje przez lat 26, to jest do r. 1894, kiedy dobiegłszy przepisanego ustawą wieku, ustępuje z katedry po 33 latach nauczania w naszej wszechnicy. W roku 1878/9 piastował godność rektora. Trzy rzeczy uczyniły nazwisko Teichmanna głośnem w całym naukowym świecie: odkrycie kryształków heminy, prace nad naczyniami limfatycznemi i wspaniałe preparaty anatomiczne. Kryształki heminy, tak ważne mające znaczenie dla medycyny sądowej, wykrył jeszcze jako prosektor w Getyndze 1853 r. i opisał w rozprawie »Über Kristallisation der organischen Bestandtheile des Blutes«. Odtąd nazywano je kryształkami Teichmanna. Badania nad naczyniami limfatycznemi, którym całe życie swe poświęcił, stanowią olbrzymi krok naprzód w nauce, chociaż z początku, gdy z niezmordowaną cierpliwością usiłował wykonać niezmiernie trudne nastrzykanie naczyń tych na trupie, wyśmiewano go. Za to, gdy tak świetnie dokonał dzieła i pokazał zdumionemu światu naukowemu uwidocznione przez nastrzykanie początki naczyń włosowatych limfatycznych, wszyscy uchylili głowy przed tem doniosłem odkryciem. Wiekopomna praca Teichmanna w tym przedmiocie nosi tytuł: »Das Saugadersystem« (Lipsk 1861). Do mistrzostwa doprowadził Teichmann technikę preparowania okazów anatomicznych, a przekroje kości przez niego sporządzone, preparaty tętnic i żył, uwidocznione aż do najdrobniejszych rozgałęzień przez własną metodę nastrzykiwań kitem barwnym, preparaty mózgu i inne budzą do dziś dnia podziw, jako niemal niedościgniony wzór techniki preparatorskiej. Ryciny zaś jego preparatów zdobią i nadają właściwą wartość podręcznikowi anatomii, napisanemu przez Henlego. Ostatnią pracą Teichmanna, wydaną przez krakowską Akademię Umiejętności 1892 r. była obszerna monografia »Naczynia limfatyczne w słoniowaciźnie«, w której wyjaśnił anatomiczną przyczynę tej choroby. Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego zawdzięcza Teichmannowi bogate zbiory anatomiczne i uzyskanie gmachu, wybudowanego 1871 r., pierwszego z odpowiadających wymaganiom nauki zakładów lekarskich w Krakowie. Teichmann był znakomitym nauczycielem, wykład jego jasny, prosty, a zajmujący, przykuwał uwagę słuchaczy, to też amfiteatr anatomiczny stale był przepełniony na jego prelekcyach. Niezapomniane nigdy wrażenie sprawiały te jego wykłady na młodych adeptów sztuki lekarskiej. Jako egzaminator był Teichmann bardzo wymagającym i surowym, lecz sprawiedliwym; to też wśród uczniów posiadał wielki szacunek i miłość. Wyrazem tego był serdeczny obchód 25-letniego jubileuszu w dniu 7 lipca 1894 roku, kiedy po raz ostatni do swych uczniów z katedry przemawiał.

Dnia 27. listopada 1873 r. wykonał Billroth w Wiedniu po raz pierwszy u żywego człowieka operacyę wycięcia krtani. Operacyi tej, która zjednała wielkiemu operatorowi niespożytą sławę, dokonał Billroth u 36-letniego mężczyzny z powodu raka krtani. Chory zniósł zabieg dobrze i nosił później sztuczną krtań pomysłu Gussenbauera, pozwalającą mu dość głośno mówić. (Dokładny opis przypadku w »Arch. f. klin. Chir.« XVII. 1874).

Dnia 29. listopada przypada rocznica urodzin Charcota. Jan Marcin Charcot, urodzony w roku 1825 w Paryżu, odbywał nauki tamże pod Piorrym i Claude Bernardem. W r. 1860 został mianowany *professeur agrégé*, a w 1862 lekarzem w Salpetrière, który to szpital zyskał odtąd światową sławę dzięki jego wykładom, jakie od roku 1866 tam miewał. W r. 1873 zostaje profesorem anatomii patologicznej Uniwersytetu paryskiego, a w r. 1882 obejmuje utworzoną umyślnie dla niego katedrę i kierownictwo kliniki chorób nerwowych w tym samym szpitalu. Na stanowisku tem pozostaje aż do śmierci (r. 1893). Główne zasługi Charcota polegają na badaniach anatomiczno-patologicznych układu nerwowego, które wyjaśniły istotę wielu chorób i popchnęły naprzód całą metodę rozpoznawczą i leczniczą. Jemu to zawdzięcza medycyna wyświetlenie mnóstwa zagadek w objawach chorób nerwowych, zestawienie obrazu klinicznego choroby tak powikłanej, jak histerya, należyte objaśnienie zjawisk kataleptycznych i stanów hipnotycznych, wreszcie wykrycie zmian anatomicznych we wszystkich niemal chorobach rdzenia. Większość jego prac wyszła w zbiorowem wydaniu »*Oeuvres complètes*« (Paryż 1886).

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 7 listopada 1906.

Obecnych członków 56, przewodniczy prezes kol. docent Rutkowski.

1) Kol. Red. Ciechanowski przedstawia imieniem Komitetu Tow. i uzasadnia projekt dobrowolnej umowy Towarzystwa lek. krak. z Towarzystwem lek. gal. co do »Przeglądu lekarskiego«, zdając zarazem sprawę z Walnego Zgromadzenia Delegatów Tow. lek. gal. we Lwowie w lipcu b. r. i konferencyi z delegatami Towarzystwa lek. gal. w Krakowie w październiku b. r.

W dyskusyi zauważa kol. Surzycki, że przy następującej wskutek proponowanej umowy zmianie ustawy obu Towarzystw co do »Przeglądu lek.«, należałoby zmienić także inne części ustawy, odnoszące się do wzajemnego stosunku Towarzystw.

Na wniosek kol. Bogdanika uchwalono wszystkimi głosami przeciw 4 umowę, przedstawioną przez Komitet, bez żadnych zmian.

Najważniejsze postanowienia tej umowy opiewają: 1) Członkowie Towarzystwa lek. lwowskiego, czyli sekcyi lwowskiej Tow. lek. gal., otrzymywać będą od 1 stycznia 1907 swój specyalny organ (wychodzący we Lwowie »Tygodnik lekarski«), zamiast wspólnego organu Towarzystwa lekar. gal. i Towarzystwa lek. krakowskiego (wychodzącego w Krakowie »Przeglądu lekarskiego«) na tych samych warunkach, jak dotychczas otrzymywali organ wspólny. 2) Na Walnem Zgromadzeniu Delegatów Towarz. lek. gal. jest działanie delegatów Towarzystwa lek. krak. w sprawach organu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego tak samo wyłączone, jak działanie delegatów Towarz. lek. lwowskiego w sprawach wspólnego organu Towarzystw: lek. gal. i krakowskiego. 3) Wspólny organ Towarzystw: lek. gal. i krakowskiego nie jest obowiązany ogłaszać urzędowych protokołów Towarz. lek. lwowskiego, a Towarzystwo to niema obowiązku przesyłać prac, odczytanych na swych posiedzeniach, redakcyi tego wspólnego organu[1]), jeżeli posiada osobny organ własny. 4) Umowa ta zawartą zostaje na dniu 15 listopada 1906, poczem w ustawach Towarzystwa lek. gal. i krak. poczynione będą według powyższych punktów odpowiednie zmiany. — Wreszcie przyznaje »Przegląd lekarski« członkom Towarzystwa lek. lwowskiego, a »Tygodnik« członkom Towarzystwa krakowskiego na próbę aż do końca czerwca 1907 takie ułatwienia, z jakich dotychczas korzystało całe Towarzystwo lek. gal.

2) Kol. Gettlich wygłasza odczyt **„O wynikach leczenia płonicy surowicą“** (z doświadczeń wykonanych w szpitalu św. Ludwika) — (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zwraca kol. doc. Lewkowicz uwagę, że przy obecnym stanie nauki, gdy właściwego pierwiastka zakaźnego płonicy nie znamy, mówić o swoistej surowicy przeciwpłoniczej nie można; cały szereg klinicystów zapatruje się na wszystkie dzisiaj używane surowice t. zw. przeciwpłonicze bardzo sceptycznie. Sama wreszcie okoliczność, że zapobiegawcze szczepienie nie zapobiega bynajmniej zakażeniu, przemawiać się zdaje za tem, że wszelkie dziś wyrabiane surowice t. zw. przeciwpłonicze noszą tę nazwę niesłusznie.

Kol. Gertler przypomina, iż przypadki, gdzie surowica nie odnosi skutku, bardzo często powikłane są błonicą (56 prc.). Wprowadzenie do ustroju surowicy w przypadkach najcięższych i w późnym okresie choroby jest bezcelowe, gdyż uwalnia krążące endotoksyny i w ten sposób przyspieszać tylko może zejście śmiertelne. Na 21 badanych po śmierci bakteryologicznie przypadków stwierdził G. we krwi 20 razy paciorkowce, raz obok nich prątki Löfflera. (Sprawę tę poruszy kol. Gertler w osobnym artykule szczegółowo).

Kol. Merz podnosi, że chcąc otrzymać pewne dane statystyczne, należałoby we wszystkich przypadkach płonicy w szpitalu stosować surowicę. W porównaniu z innemi statystyka kol. prelegenta wykazuje stosunkowo wiele zakażeń wtórnych; być może, że wina tego leży w jakości użytej surowicy.

Sekretarz: *Wilczyński.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Prezydyum państwowego związku organizacyi lek. austr., powołując się na dokonaną organizacyę lekarzy w Przedarulanii, Istryi i Krainie, wzywa lekarzy innych prowincyi do podobnego postąpienia i zaleca, by na rzecz organizacyi płacili członkowie po 1 K. miesięcznie (12 K. rocznie); z wkładek tych powinnoby wpływać do kasy państwowego związku przynajmniej 20 prc. Należałoby rzecz tę przeprowadzić jeszcze przed najbliższym wiecem organizacyi, który odbędzie się na wiosnę.

Dr Fr. Janeczek.

[1]) Dotychczas ustawa Tow. lek. gal. nakładała te wzajemne obowiązki (§. 63, §. 64).

Bojkot. Organizacya lekarzy dolnoaustryackich uznała bojkot za środek, skuteczny wobec tych lekarzy, którzyby opierali się zarządzeniom, wydanym przez organizacyę w interesie ogółu. Na wiecu organizacyi lek. austr. wyrażono jednak obawę, że skuteczne przeprowadzenie bojkotu nie da się wykonać. Że tak nie jest, dowodzi niedawne zdarzenie, dotyczące lekarza, który wbrew zarządzeniu organizacyi przyjął posadę w kasie chorych, a którego potem spotkała odmowa udziału w konsylium ze strony wszystkich miejscowych kolegów. Taka sama odmowa może spotkać lekarza, uchybiającego solidarności zawodowej, gdyby np. potrzebował asysty przy operacyi i t. d. Oczywiście może organizacya nakazać bojkot po dojrzałym namyśle i tylko wobec tych, którzy działając na szkodę całego stanu, sami już wyrzekli się koleżeństwa z lekarzami; ale w razie uznanej konieczności musi bojkot być bezwzględny. *Dr Fryd. Janeczek.*

Zerwanie stosunków koleżeńskich z lekarzem, czyniącym ujmę stanowi lekarskiemu, nie sprzeciwia się w niczem także i prawu i nie może być podstawą do skargi sądowej z tytułu poniesionych przez to szkód ze strony poszkodowanego. Tak zawyrokował najwyższy państwowy trybunał niemiecki w sprawie pewnego lekarza, którego ze swego grona usunęło Towarzystwo lekarskie w Brieg, a którego skargę o odszkodowanie oddalono we wszystkich instancyach. (*Ärztl. Standesztg.* Nr 22). *K.*

Bezrobocie lekarzy i aptekarzy zagraża w Atenach z powodu nędzy, w jaką popadli przez powstanie bardzo licznych poliklinik.

Epizod z walki lekarzy dolnoaustryackich, który wywołał w austr. Radzie państwa interpelacyę, wniesioną 12 listopada b. r. przez posła Mallika, był następujący: dr Janeczek i dr Nekowitsch, jako przedstawiciele organizacyi lekarzy dolno-austr., wnieśli do namiestnictwa dolno-austr. przedstawienie w sprawie lekarza powiatowego dra Blumenfelda, który mając z powodu biernego oporu lekarzy gminnych przeprowadzić w swym powiecie szczepienie, do stwierdzenia wyników szczepienia posługiwał się wbrew obowiązującym przepisom — akuszerkami i nauczycielami. Po wniesieniu tego pisma zaskarżył dr Blumenfeld obu przedstawicieli organizacyi o obrazę czci, jednakże sąd uwolnił oskarżonych po przeprowadzeniu rozprawy w dniu 31. sierpnia 1906. Od wyroku tego zgłosił oskarżyciel dr Blumenfeld odwołanie, a dopiero wtedy, 7 września 1906, wydało namiestnictwo dolnoaustryackie widocznie umyślnie do danego przypadku zastosowane rozporządzenie, zezwalające na sprawdzanie wyniku szczepienia przez położne i nauczycieli (wbrew brzmieniu dekretu kanc. nadw. z 9. lipca 1836, L. 13.192). Wydanie takiego umyślnego rozporządzenia między wyrokiem pierwszej a drugiej instancyi, zmierza, zdaniem posła Mallika, widocznie do tego, aby oskarżyciel mógł w drugiej instancyi sprawę wygrać. To też interpelacya żąda, by ministeryum unieważniło owo rozporządzenie namiestnictwa. *J.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 18. do 24. listopada 1906 doniesiono o 16 nowych przypadkach duru plamistego w 7 gminach, a mianowicie w pow. Drohobycz (Jasienica solna 2), Jaworów (Zawadów 2), Mielec (Czermin 5), Podhajce (Podhajce 1), Rawa (Biała 1), Śniatyn (Śniatyn 2), Zaleszczyki (Beremiany 3). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 11 do 17/XI b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 3 (obcych 1), krztuśca 4 (—), ospy — (—), płonicy 8 (—), odry 40 (3), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 2 (1), nagminnego zapalenia opon — (—). W tymże czasie zmarło z błonicy — (2), krztuśca 1, odry 1.

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 18 a 24/XI b. r. urodziło się dzieci żywo 58, nieżywo 5; zmarło osób 38 (obcych 20); z tego z gruźlicy 3 (1), zapalenia płuc 7 (2), błonicy 1 (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 2 (2), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 2 (1), śmiercią gwałtowną 2 (2).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Na posiedzeniu pełnego komitetu gospodarczego dnia 21. listopada 1906 uchwalono, że zjazd ma się odbyć w dniach od 22. do 25 lipca 1907 r., połączona zaś ze zjazdem wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna ma trwać od 16. czerwca do 25 lipca 1907.

Przyjęto podany przez prezesa doc. dra Bylickiego projekt podziału zjazdu na pojedyncze sekcye, a nadto uchwalono utworzyć nową sekcyę przyrodniczo-dydaktyczną i zaprosić na gospodarzy prof. dra Twardowskiego i prof. dra Tadeusza Wiśniowskiego.

Dwa posiedzenia zbiorowe wszystkich interesowanych sekcyi będą poświęcone: 1) »Sprawie alkoholizmu« (ref. prof. dr Bądzyński) i 2) »Sprawie etyologii i leczenia raka« (ref. radca dworu prof. dr Rydygier).

Natomiast uchwalono skreślić z programu posiedzenie zbiorowe w sprawie gruźlicy.

Ściślejszy wydział gospodarczy odbył dwa posiedzenia: na pierwszem przyjęto do wiadomości sprawozdanie i rachunki dawniejszego komitetu gospodarczego, na drugiem (12/XI.) oprócz spraw, uchwalonych później (21/XI.) przez pełny komitet i prócz spraw organizacyjnych, roztrząsano sprawę utworzenia sekcyi przyrodniczo-leśniczej i ukonstytuowania sekcyi farmaceutycznej.

Dla spraw sekcyi medycyny wewnętrznej powstał we Lwowie komitet ściślejszy pod przewodnictwem prof. Gluzińskiego; sekretarzem obrano dra Witolda Ziembickiego.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Komisya higieniczna Towarzystwa lek. krak. podzieliła się na posiedzeniu w d. 26/XI. na sekcye, dla których wybrani zostali: 1) w sekcyi przeciwgruźliczej: przewodniczącym dr Bielański, jego zastępcą dr Dembowski, sekretarzem dr Habicht; 2) higieny szkolnej: przewodniczącym prof. Wicherkiewicz, jego zastępcami dyr. gimn. p. Winkowski i insp. szkolny p. Dobrzański, sekretarzem dr Bernaciński; 3) higieny żywienia: przewodniczącym prof. Cybulski, jego zastępcą inspektor przemysłowy inż. Kremer, sekretarzem dr Frączkiewicz; 4) higieny niemowlęctwa: przewodniczącym dr Schaitter, jego zastępcą dr Landau, sekretarzem dr Merz; wybór zarządu sekcyi higieny mieszkań odłożono na później. W posiedzeniu uczestniczyli prócz lekarzy wybitni przedstawiciele kół pedagogicznych, technicznych i władz miejskich (wiceprezydenci miasta pp. Chyliński i Saare).

Prezydyum komisyi higien. zaprasza tych członków Towarzystwa lek. krak., którzy pragną uczestniczyć w pracach komisyi, a dotąd udziału swego nie zgłosili, — do wpisywania się na liście, wyłożonej w czytelni Towarzystwa lek. krak.

— Prof. Ludomiła Korczyńskiego, przenoszącego się na stanowisko prymaryusza szpitala do Serajewa, żegnał Wydział lekarski w d. 28/XI. na zebraniu koleżeńskiem, na którem przemawiali: senior Wydziału prof. Jakubowski, Redaktor »Przeglądu lekarskiego«, prof. Klecki, X. Knapiński, Marchlewski i Nowak, dziękując prof. Korczyńskiemu za dotychczasową pracę i życząc mu powodzenia na nowem polu działania, na co odpowiadał prof. Korczyński, przyrzekając utrzymać na obczyźnie węzły, łączące go z wszechnicą i ze swojskiem piśmiennictwem.

Lwów. XIX posiedzenie naukowe Tow. lekarsk. lwowsk. odbyło się 23. listopada 1906. 1) Prof. Gluziński okazał preparat tętniaka części zstępującej tętnicy głównej. Tętniak pochodzi z chorego, który przedstawiony był na XVII posiedzeniu w d. 19. października 1906. Guz w okolicy łopatki rozpoznano wówczas jako tętniak części zstępującej tętnicy głównej. Podczas dalszego pobytu chorego w klinice wystąpiły objawy ze strony rdzenia, jak przeczulica na klatce piersiowej, porażenie kończyn, odbytu i pęcherza moczowego. Objawy te mogły nasuwać przypuszczenie nowotworu, wychodzącego z kręgosłupa, a silnie unaczynionego. Badanie pośmiertne dowiodło, że słusznie rozpoznawano tętniaka. W dyskusyi przemawiali: prof. Wiczkowski i dr Obtułowicz. 2) R. dw. prof. Rydygier przedstawił chorego, który przed dawnym czasem przebył kiłę, a przed 3 laty spadł z wozu i uderzył się w lewe kolano. Dziś cierpi na *arthropathia syringomyelica* tegoż kolana. Leczenie cierpienia tego jest niewdzięczne; resekcya kolana nie na wiele przydać się może, a jeszcze najlepszem jest użycie przyrządu ustalającego, zapobiegającego dalszym zmianom w kościach. Dr Jedlička przedstawia w rentgenogramie zmiany, istniejące w tym stawie kolanowym. W dyskusyi zabierali głos: dr Stauber, Skałkowski, prof. A. Gluziński. 3) Dr Nowicki przedstawił preparat tętniaka tętnicy głównej brzusznej. Przypadek ten dotyczył chorego, który uczuwszy nagle silny ból w jamie brzusznej, zemdlał, a odwieziony do szpitala żył jeszcze trzy dni. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono obfite skrzepy krwi, wypełniające prawie całą lewą połowę jamy brzusznej. Krwotok pochodził z pęknięcia tętniaka tętnicy brzusznej, a że pęknięcie tegoż nie sprowadziło odrazu śmierci, tłomaczyć sobie należy tylko tem, że krew wypływała nie bezpośrednio do jamy brzusznej, ale pod otrzewnę, stawiającą przecież pewien opór nagłemu wylewowi krwi. W dyskusyi zabierali głos prof. Ziembicki i prof. Gluziński. 4) Doc. Rencki przedstawił dwa nowe przypadki policytemii i omówił dokładnie historye chorób tychże przypadków. W dyskusyi zabierali głos doc. Biernacki, prof. Gluziński, prelegent i dr Stauber. *t.*

— Rada Zawiadowcza Towarzystwa lekarzy gal. odbyła dnia 17. listopada b. r. posiedzenie, na którem uchwalono: 1) przyznać Towarzystwu lek. lwowskiemu prawo do własnego organu i zawrzeć nową umowę z »Przeglądem lekarskim«; 2) zmienić odpowiednio odnośne postanowienia statutu i przedłożyć je do zatwierdzenia Walnemu Zgromadzeniu; 3) udzielić wdowie po lekarzu drze K. 250 koron zapomogi; 4) udzielić komisyi referatowej do roczników Virchowa subwencyę na rok 1906 w kwocie 200 koron.

— Na posiedzeniu krajowej Rady Zdrowia w d. 13. listopada roztrząsano sprawę instrukcyi dla oddziałów zakaźnych w szpitalu lwowskim i krakowskim; osobno wybrana komisya przedstawi później referat szczegółowy.

— Wydział Towarzystwa higienicznego urządził seryę wykładów z zakresu higieny, które w odstępach 2-tygodniowych wygłaszać będą: dr Piasecki (O higienie przy zajęciach siedzących), dr Pisek (Gruźlica i zapobieganie jej), prof. Panek (Z higieny żywienia), rektor Szpilman (Sprawozdanie ze Zjazdu w Genewie) i t. d. Towarzystwo dąży do tworzenia filii swych w całym kraju i uzyskało już zatwierdzenie statutu tych filii przez namiestnictwo.

— Budowa brakujących dotąd 4 klinik rozpocznie się prawdopodobnie już w lecie 1907 na gruncie, zakupionym przez Wydział krajowy w sąsiedztwie szpitali krajowych, jeżeli tylko ministerstwo oświaty zapłaci umówioną część kosztów gruntu.

— Dr Kraszewski został za kaucyą uwolniony z więzienia.

Warszawa. Dr Alfred Sokołowski przeznaczył, jak donosi »Gazeta lek.« (Nr 46), przyznaną sobie nagrodę Akademii Umiejętności (2,000 kor. = 800 rb.) w połowie na zasiłki dla młodzieży, kształcącej się zagranicą, a w połowie na wydanie popularnej książki na temat: »Co to jest gruźlica (suchoty) i jak się od niej chronić należy«. Dziełko to ma obejmować 2—2½ arkuszy druku, zawierać odpowiednie rysunki i zestawione w tablicę zasadnicze przepisy zapobiegawcze. Nagroda konkursowa wynosi 100 rb. Rękopisy, opatrzone godłem, powtórzonem na zamkniętej kopercie, zawierającej nazwisko i adres autora, nadsyłać należy do dra J. Bielińskiego (Warszawa, Towarzystwo lek., Niecała 7) [»Gazeta« nie podaje do jakiego terminu?]. Sąd konkursowy składają drdr: Bieliński, J. Jaworski, Hewelke, Łogucki, M. Malinowski, Pruszyński, Rejchman.

— Nowo utworzona w Towarzystwie lekarskiem sekcya neurologiczna wybrała przewodniczącym dr M. Brunnera, jego zastępcą dra E. Flataua, sekretarzem dra Łapińskiego. Zawiązuje się zaś szósta sekcya: lekarzy towarzystw ubezpieczeń.

— Według sprawozdania, złożonego przez dra Dłuskiego w Warszawie w d. 18/XI., zmniejszyła się liczba chorych w Sanatoryum zakopiańskiem w r. b. o 25 prc. wskutek tego, że z Królestwa zgłasza się mniej chorych. Jestto zapewne wynikiem stosunków ekonomicznych, ale niemniej słusznie oburza się »Gaz. lek.« (Nr 46), że stosunki te odbiły się tylko na sanatoryum krajowem, gdy zagranicę chorzy od nas udają się równie licznie, jak dawniej.

— Zapowiedziane na listopad wznowienie miesięcznika p. t. »Ginekologia« uległo dalszej zwłoce wskutek zamknięcia przez władze drukarni Jezierskiego.

— Pod redakcyą dra H. Zamenhofa zaczęło 3. listopada b. r. wychodzić pismo tygodniowe p. t. »Kosmetyka«, stawiające sobie za cel: »1) zaznajamiać szerszy ogół z różnymi kosmetykami, 2) wykazywać ich szkodliwość, 3) zabezpieczać od wyzysku, 4) kształcić zmysł estetyczny przez rozpowszechnienie w szerokich kołach publiczności zasad racyonalnej kosmetyki i kalotechniki, opartych na podstawach anatomii, fizyologii, chemii i higieny«. Nr 1 zawiera kilka artykułów dra Lustra z Krakowa, nadto p. Wiórogórskiego i Klejna. Niezawodnie pismo będzie miało powodzenie; nasuwa się jednak pytanie, czy higiena skóry, włosów i zębów nie może się pomieścić w ramach

istniejącego już popularnego »Zdrowia«, z którego higiena indywidualna wcale nie jest wyłączoną i czy istotnie potrzeba osobnego pisma kosmetycznego?

— Kalendarzyk lekarski dra J. Polaka na r. 1907 wyszedł już z pod prasy. Kalendarzyk zawiera prócz zwykłych działów spis lekarzy w Królestwie polskiem i na Litwie i wykaz Towarzystw i instytucyi lekarskich. Cena rb. 1,50.

— Ponieważ prośby niektórych byłych warszawskich, obecnie zagranicą uczących się studentów o przedłużenie im pobieranych w Warszawie stypendyów bywają niekiedy uwzględniane, przeto pewne dzienniki zachęcają takich studentów do wnoszenia podań o dalsze zasiłki. Dotyczy to przedewszystkiem słuchaczy medycyny, gdyż tych najwięcej przebywa dla ukończenia nauk zagranicą.

Z różnych stron. Dr Desfosses wywodzi w »Presse med.« (Nr 92) na zasadzie obecnej topografii żółtej febry (wschodnie brzegi Ameryki i zachodnie Afryki), że przekopanie kanału panamskiego zagraża zawleczeniem tej zarazy na zachodnie brzegi Ameryki i wschodnie Azyi, które dotąd wolne były od tej plagi, nie mając bezpośrednich stosunków handlowych z krajami zakażonymi.

— Wychodzący w Paryżu »Bulletin polonais« podaje od szeregu miesięcy starannie redagowaną kronikę ruchu przyrodniczo-lekarskiego polskiego, podpisywaną literami E. P. Zwracając na to uwagę pism lekarskich i przyrodniczych polskich, sądzimy, że należałoby dostarczyć Redakcyi »Bulletin polonais« (Paris, 14 rue Jean-Robert) jaknajzupełniejszych materyałów przez regularne przesyłanie jej wszystkich wydawnictw przyrodniczych i lekarskich. Dział ten, o ile nam wiadomo, opracowuje dr Pożerski, wychowanek uniwersytetu paryskiego.

— Okulista prof. Saemisch i anatom la Valette St. George w Bonn ustępują w r. 1907 z katedr.

— Znakomity chirurg prof. Horsley w Londynie ustąpił z katedry.

— Egzamin na lekarzy rządowych (fizykat) w Czechach odbywał się dotąd wyłącznie po niemiecku. Obecnie uzyskali Czesi częściowe uwzględnienie swego ojczystego języka przy tym egzaminie.

— Austryackie ministeryum wojny zarządziło, by lekarze wojskowi przez pewien czas przebywali praktykę w Towarzystwie ratunkowem wiedeńskiem w zakresie pierwszej pomocy w nagłych przypadkach i odkomenderowało do tego obecnie 50 lekarzy.

— Doktorzy uniwersytetów zagranicznych, poddani rosyjscy, będą na przyszłość dopuszczeni do egzaminów celem nostryfikacyi dyplomu w Rosyi tylko pod tym warunkiem, że przedstawią świadectwo ukończenia szkoły średniej.

— Według zestawienia Towarzystwa im. Pirogowa pociągnięto dotąd w Rosyi do odpowiedzialności za przewinienia polityczne 972 lekarzy.

Mianowani: Profesorem dermatologii w Lyonie dr Nicolas, profesorem parazytologii tamże dr Guiart;

Dr Kazimierz Habicht sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie, dr Zenon Grossek lekarzem gminnym w Kołaczycach, dr Roman Urysz lekarzem gminnym w Pomorzanach; dr S. Zembrzuski nadetatowym ordynatorem w Domu wychowawczym przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Zmarli: Dr Jan Końcowicz, lekarz miejski i powiatowej Kasy chorych, w 58 r. ż., w Przeworsku;

prof. anatomii patologicznej w szkole lekar. w Algierze Planteau; były minister dr de Mahy;

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 45. Karwacki: Przyczynek do morfologii krętka bladego. Cykowski (dok.), Kijewski (c. d).

— *Tygodnik lekarski* Nr 47 Opolski: Studyum o upuście krwi w zapaleniu płuc. Blumenfeld (dok.).

— *Medycyna* Nr 47. Neugebauer: Wynicowanie macicy porodowego pochodzenia, wprawione na drodze operacyjnej. Rotstadt, Krajewski (c. d).

— *Postęp okulistyczny* Nr 10. Majewski: Przypadek załamania rogówki. Wicherkiewicz: Nieprawidłowy do gałki przyczep mięśnia prostego wewnętrznego.

— *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych* Nr 10. Bukovsky Karwacki (dok.).

— *Kosmetyka* Nr 1. Luster: Kosmetyka włosów. Wiórogórski: Z tajemnic chemii kosmetycznej. Luster: Pielęgnowanie cery twarzy. Klejn: Kosmetyka zębów i jamy ustnej. Luster: Pogadanki kosmetyczne.

— *Casopis lekařův českých* Nr 47. Pitha: O vyšetrovacich methodách a terapii při „tak zvané primárni“ chronicke tuberkulose ledvin. Eysselt (dok.). Honl, Dvořak (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 44. Lewaszow: O współczesnem farmaceutycznem leczeniu chorób serca. Pokrowskij: Przypadek odwrotnego ułożenia trzew. Orłowski Z.: O pierwotnym raku płuc. Ermoliński: Przypadek pierwotnego śródbłoniaka płuca. Cholmogorow: Cięcie cesarskie przy odpowiednich wskazaniach. Wołkowskij: Sposób określenia odsetka czynnego chloru w rozczynach chlorku wapniowego.

— *Presse médicale* Nr 92. Albarran: Wykład wstępny (przy objęciu katedry chorób dróg moczowych). Pinard: Semmelweis. Dejerine: W sprawie siedziby niemoty ruchowej. Josué: Stwardnienie tętnic. Anatomia patologiczna i patogeneza. Ceci: Amputacya kineplastyczna kończyn górnych. — Nr 93. Vallée. Szczepienie przeciwgruźlicze bydła według sposobu Behringa. Bonnaire: Działanie kolargolu w zakażeniu połogowem.

— *Semaine médicale* Nr 47. Blum: Cystynurya i alkaptonurya.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 47. Clairmont: O zachowaniu się śliny wobec bakteryi. Pirquet: Czy wczesny odczyn krowiankowy jest swoisty? Horn: O gośćcu guzowym u dzieci. Kapsammer: W sprawie próby florydzynowej.

— *Münchener mediz. Wochenschrift* Nr 47. Cloetta: O działaniu zbiorowem naparstnicy. Hamburger: O powierzchniowem działaniu uderzenia opukowego. Lichtenberg: Przyczynek doświadczalny do sprawy powstawania zapaleń płuc po uśpieniu. Schmieden: O marskości trzustki. Blum: O znaczeniu rozpoznawczem wrzodziejącego durowego zapalenia gardła. Goett: O uderzających wynikach badania krwi u nerwowych. Weber: Pokój izolacyjny w małych szpitalach. Lameris: O wrodzonej sztywności stawów palcowych. Goldflam: Przypadek wrodzonej rodzinnej sztywności stawów palcowych. Franze: Z techniki ortodiografii. Jung: Teorya histeryi Freunda. Riehl (dok.).

Redakcya otrzymała: Janowski: 1) Uwagi praktyczne w sprawie dawkowania kamfory, eteru i przetworów belladonny oraz w sprawie stosowania morfiny. Odb. z „Medycyny“. 2) O tętnie dwubitnem przy niedostateczności zastawek aorty. Odb. z „Nowin lekar.“ R. Nitsch. Doświadczenia z jadem laboratoryjnym wścieklizny. Część IV i V Wyd. „Ak. Um.“

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie sekcyi przeciwgruźliczej odbędzie się w **Domu Towarzystwa lek. krak.** (ul. Radziwiłławska l. 4) **we wtorek d. 4. grudnia 1906** o godzinie 6 wieczorem. Porządek dzienny: Dr Bier: Gruźlica w Krakowie i projekt zwalczania gruźlicy w miastach.

Rok XLV. Kraków 8 Grudnia 1906. Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu Patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O sztucznej czasowej odporności jamy brzusznej na zakażenie.

Napisał

Prof. Dr. Karol Klecki.

I. Wstęp. Sprowadzanie czasowej odporności jamy brzusznej u zwierząt.

Jakkolwiek tkanki ustroju w stanie prawidłowym niezawsze są bezwzględnie jałowe. jak to wynika z szeregu badań. przeprowadzonych w krakowskim Zakładzie Patologii, to jednak nie tracą one przez to wogóle wrażliwości na działanie mikrobów, a to dlatego, że tam, gdzie elementy tkanki prawidłowej współżyją z mikrobami, ilość mikrobów jest zazwyczaj niepomiernie mała, a nadto są to najczęściej mikroby, niezmiernie słabo na tkanki działające. Natomiast jeśli elementy tkankowe stykają się w ciągu pewnego czasu z dostateczną ilością mikrobów, dostatecznie silnie na nie działających, jak to bywa w naturalnych chorobach zakaźnych, lub też w zakażeniu sztucznem, w danych tkankach powstają zmiany biologiczne, których wynikiem jest utrata wrażliwości, czyli odporność na dane drobnoustroje, i to odporność stosunkowo trwała; jeśli zaś elementy tkankowe stykają się z wytworami mikrobów, lub też, jak to w ostatnich czasach podnoszą Wassermann i Citron (1), z ciałami mikrobów nieżywych, to może powstać tylko odporność czasowa. Powstała w rzeczonych warunkach odporność występuje przytem wogóle jako odporność swoista; atoli niezawsze swoistość odporności jest tu zupełnie bezwzględną, co wskazuje, że co najmniej niektóre odczyny ustroju, na których odporność polega, stanowią sprawy natury ogólnej, cech swoistości pozbawione.

Obok różnych postaci odporności, wogóle swoistej, istnieje postać odporności zupełnie nieswoistej, która występuje jako odczyn miejscowy na zadziałanie pewnych bodźców, które nietylko są pozbawione wszelkiej swoistości, ale nawet napozór na tkanki ustroju tylko bardzo słabe działanie wywierać mogą; odczyn ten trwa przytem stosunkowo krótko. Tę postać sztucznie sprowadzić się dającej miejscowej nieswoistej czasowej odporności nazwał Pfeiffer sztuczną, nieswoistą rezystencyą, w odróżnieniu od odporności właściwej, wogóle swoistej i stosunkowo trwałej; atoli przeciwstawiać sobie obu powyższych postaci odporności nie należy, a to dlatego, że w rzeczywistości nie można ich ściśle odgraniczyć.

W badaniach doświadczalnych nad sztuczną nieswoistą odpornością czasową posługiwano się przeważnie jako polem doświadczalnem jamą brzuszną, raz dlatego, że jama ta do takich doświadczeń ze względów technicznych dobrze się nadaje, a potem dlatego, że badania nad powstawaniem rzeczonej postaci odporności ściśle się łączą z próbami wytłómaczenia zjawiska Pfeiffera, które, jak wiadomo, występuje w jamie brzusznej i którego odkrycie, wzniecające na nowo nieco już przycichłą podówczas czysto humoralną teoryę odporności, a przeto stanowiące przedmiot licznych i bardzo zasadniczych dyskusyi w tej sprawie, nastąpiło w krótkim czasie po poznaniu sztucznej nieswoistej odporności miejscowej. To też ze wszystkich części ciała najdokładniej zbadano sztuczną nieswoistą odporność na zakażenie jamy brzusznej.

Pierwsze zasadnicze systematyczne badania nad nieswoistą odpornością miejscową ogłosił w r. 1894 Issajew (2). Stwierdził on, że w zakażeniu śródotrzewnem świnek morskich jadowitym przecinkowcem cholery w dawkach śmiertelnych chroni zwierzęta od śmierci nietylko zastrzyknięcie im do jamy brzusznej na 24 godziny przed zakażeniem surowicy osób, które cholerę przebyły, ale że takie same ochronne działanie wywiera zastrzyknięcie do jamy brzusznej zwierzęcia w wigilię zakażenia surowicy ludzi, cierpiących na różne inne choroby, a nawet surowicy ludzi zdrowych w ilości 0·1—5·0 cm^3; zwierzęta, zakażone nazajutrz po zastrzyknięciu surowicy, znosiły bez szkody 12—15 najmniejszych dawek śmiertelnych jadowitego przecinkowca cholery. Issajew stwierdził nadto, że podobnie, jak surowica, działają także i różne inne kwaśne, zasadowe lub obojętne ciecze, jakoto mocz ludzi zdrowych, kwas nukleinowy w roztworze 2%, bulion wyjałowiony, fizyologiczny roztwór soli kuchennej, oraz tuberkulina. Z powyższych cieczy działał ochronnie najsłabiej fizyologiczny roztwór soli kuchennej, już silniej mocz, jeszcze silniej bulion, potem prawidłowa surowica ludzka, 2% kwas nukleinowy i t. d. Działanie ochronne trwało 4—5 dni.

Miejscowe działanie ochronne śródotrzewnego wstrzyknięcia bulionu, wykonanego w przeddzień zakażenia, stwierdzili później Bordet (3) w zakażeniu paciorkowcem ropotwórczym i Miecznikow (4) w zakażeniu prątkiem moru. Z badań Garniera (5) okazało się, że najlepiej działa ochronnie w rzeczonych warunkach bulion, gdy jest świeżo przyrządzony. W doświadczeniach Wolffa (6) zwierzęta, którym zastrzyknięto na 12—24 godzin przed zakażeniem nieco bulionu lub fizyologicznego roztworu soli kuchennej do jamy brzusznej, znosiły wprowadzenie do brzucha 5—10 dawek śmiertelnych przecinkowca cholery; odporność ta trwała 8—14 dni. W doświadczeniach Sante-Solieriego

(7) wstrzyknięcie 1 cm^3 fizyologicznego rozczynu soli kuchennej do jamy brzusznej świnek morskich zwiększało odporność otrzewnej na zakażenie prątkiem okrężnicowym; podobnie działało wprowadzenie do brzucha wyjałowionej hodowli rzeczonego prątka. Podobne wyniki doświadczeń na świnkach morskich ogłosił w r. 1904 Miyake (8); przez uprzednie wstrzyknięcie do jamy brzusznej rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, bulionu, aleuronatu lub otrzymanego z drożdży kwasu nukleinowego, odporność otrzewnej na zakażenie jadowitym prątkiem okrężnicowym wzrastała, zwłaszcza po przygotowaniu zwierząt 0·5% rozczynem kwasu nukleinowego, co sprawiało, że odporność otrzewnej na rzeczone zakażenie stawała się 16 razy większą, niż w stanie prawidłowym.

Prawidłowa nieogrzana surowica krwi działa miejscowo ochronnie, jakkolwiek słabo, nawet wówczas, gdy ją wprowadzić do jamy brzusznej równocześnie z zarazkami. Stwierdziły to badania Pfeiffera i Kollego (9), oraz Funka (10) w zakażeniu prątkiem duru, Pfeiffera w zakażeniu przecinkowcem cholery i Wassermanna (11) w zakażeniu gronkowcem ropotwórczym; w badaniach tych posługiwano się zarówno surowicą zwierzęcą, jakoteż i ludzką. Nieco silniej od surowicy prawidłowej nieogrzanej działa surowica ogrzana, jak to wynika z badań Wassermanna nad zakażeniem prątkiem duru, oraz Bezredki (12) nad zakażeniem tymże prątkiem, oraz lasecznikiem wąglika. W doświadczeniach Raymonda Petita (13), ogłoszonych w r. 1901, świnki morskie, przygotowane na 24 godziny przed zakażeniem przez śródotrzewne wstrzyknięcie surowicy końskiej lub wołowej, uprzednio ogrzanej do 55°, znosiły wprowadzenie do brzucha 1—5 najmniejszych dawek śmiertelnych prątka durowego lub okrężnicowego, a 6—8 najmniejszych dawek śmiertelnych gronkowca ropotwórczego; analogiczne doświadczenia, w których Raymond Petit zakażał zwierzęta dwoinką wiewiórową, nie dały wyniku dodatniego, a to jego zdaniem dlatego, że nie mógł oznaczyć dawki śmiertelnej tego zarazka dla świnki morskiej.

We wszystkich powyżej przytoczonych badaniach nad sztuczną czasową odpornością jamy brzusznej sprowadzano u zwierząt zakażenie proste, t. j. zakażano je mikrobami jednego tylko gatunku. Nie ulega wątpliwości, że do badania zawiłych zagadnień teoretycznych w dziedzinie odporności sposób ten jest najbardziej odpowiedni, gdyż, sprowadzając stosunki względnie proste, niepomiernie przez to ułatwia się ich badanie. Nie należy jednak zapominać o tem, że wprowadzając do jamy brzusznej zwierząt prawidłowych jeden tylko gatunek zarazków w hodowli czystej, stwarza się stosunki, jakie w warunkach naturalnych chyba tylko wyjątkowo powstać mogą, zwłaszcza jeśli do zakażenia otrzewnej używa się takich mikrobów, jak przecinkowiec cholery lub prątek duru, których usadowienie się pierwotne w warunkach naturalnych jest zupełnie inne. Wobec tego, że w warunkach naturalnych jama brzuszna ulega zazwyczaj zakażeniu mieszanemu rozmaitymi pospolitymi mikrobami jelitowymi, które często wraz ze swymi wytworami do niej się dostają, nastręczało się przedewszystkiem pytanie, czy zapomocą sposobów, jakimi sprowadzano przejściową odporność jamy brzusznej na różne poszczególne mikroby, stosowane w doświadczeniach powyżej przytoczonych autorów, można również sprowadzić podobną odporność jamy brzusznej na mieszaninę zarazków, najczęściej jamę tę w warunkach naturalnych zakażających. Przesądzać z góry tej sprawy na zasadzie podobieństwa z badaniami, o których była wyżej mowa, niepodobna z tego względu, że w danym przypadku chodzi o zakażenie mieszane, wiadomą zaś jest rzeczą jeszcze z badań Pasteura (14) i całego szeregu badań późniejszych, jak silnie oddziaływa w zakażeniu mieszanem współżycie mikrobów na ich działanie chorobotwórcze i jak dalece wpływa na przebieg i zejście zakażenia; z odnośnych badań nad mikrobami jelitowymi przytoczę tylko badania Miecznikowa (15) nad zakażeniem jelita przecinkowcem cholery, oraz moje własne (16) nad zakażeniem jamy brzusznej prątkiem okrężnicowym. W zakażeniu mieszanem nietylko jadowitość poszczególnych zarazków się zmienia, ale i czynność obronna ustroju, jaką stanowi fagocytoza, jest inna, jak w zakażeniu jednym tylko gatunkiem mikrobów. Fagocyty, pochłonąwszy nieszkodliwe mikroby, mogą utracić zdolność pożerania drobnoustrojów chorobotwórczych; nawet takie drobne ciała obojętne, jak sproszkowany węgiel drzewny lub ziarna karminu, wprowadzone do jamy brzusznej wraz z mikrobami, na przebieg i zejście zakażenia wybitny wpływ wywierają.

Ścisłą odpowiedź na powyżej postawione pytanie mógł dać jedynie wynik umyślnie nad tą sprawą przeprowadzonego badania doświadczalnego. Badanie takie starał się przeprowadzić już w r. 1901 Raymond Petit (13). Nacinał on w kilku doświadczeniach świnkom morskim, przygotowanym uprzedniem wstrzyknięciem śródotrzewnem rozczynu fizyologicznego soli kuchennej (czy surowicy końskiej?), jelito cienkie, a po wypuszczeniu zeń nieco treści do jamy brzusznej zaszywał rankę jelita, oraz zamykał powłoki brzuszne; wprawdzie w nielicznych doświadczeniach tych zwierzęta przygotowane padały później, niż odpowiednie zwierzęta kontrolne, co zupełnie odpowiadało oczekiwaniu, Petit zarzucił jednak zupełnie słusznie powyższy sposób badania, jako nieścisły. W innych dwu doświadczeniach nacinał Petit również jelito, nie wypuszczał jednak jego treści do jamy brzusznej, ale zaszywał zadaną ranę, poczem wstrzykiwał do jamy brzusznej zawiesinę kału. Wynik tych doświadczeń był zgodny z wynikiem poprzednich doświadczeń, Petit zarzucił jednak i ten sposób badania, gdyż uważał go za nieścisły, a to dlatego, że skład cieczy, służącej do zakażania zwierząt, pod względem zawartych w niej mikrobów był różny, poczem ograniczył się do przeprowadzania podobnych doświadczeń z zakażeniem prostem, o których wyżej była mowa. (C. d. n.)

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell. (Dyrektor: Prof. Kader).

Powikłania płucne w chirurgii.

Podał

dr Adolf Eugeniusz Klęsk

I asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Zakażenie płuc drogą krwi występuje znacznie później, bo dopiero 5—10 dnia po operacyi. Przez ten czas stan chorego może być zupełnie napozór prawidłowy, bez gorączki

dopiero po kilku dniach zjawia się kłucie w boku, gorączka, ból i plwocina krwawa lub ropna. Talke stwierdził, że zakrzep w naczyniach pola operacyjnego powstaje prawie zawsze tylko wtedy, gdy podwiązka nie jest jałową, lub też gdy operuje się i podwiązuje naczynie w polu zakażonem, n. p. przy operacyach na żołądku, kiszkach, przy starych przepuklinach uwięźniętych i t. d.

Przemawiają za tem zestawienia statystyczne, dowodzące, że powikłania płucne powstałe drogą krwi, t. j. zatoru i zakrzepu przy operacyach żołądkowo-jelitowych, łączących się ze szwem jelita, występują najczęściej. Po zwykłych entero- i gastro-entero-anastomozach, wykonanych zapomocą guzika, występują powikłania płucne rzadziej, albowiem operuje się tu czyściej i otwiera bezporównania mniej naczyń, niż przy szyciu jelit. Powikłania płucne występują często po odprowadzeniu przepuklin uwięzn ętych, na co pierwszy zwrócił uwagę v. Wahl, potem Gussenbauer i jego uczeń Pietrzikowsky. Przypadków takich spostrzegaliśmy w klinice 3. Uwięźnięcie trwało zaledwo 6—14 godzin. Podobnież powikłania płucne drogą krwi występują często przy operacyach wyrostka robaczkowego. Sonnenburg na 1000 operacyi wyrostka spostrzegał 50 razy zakrzepy i zatory płucne. Tłómaczy on to powikłanie połączeniem żyły bramnej z żyłą główną dolną i żył miednicy małej z żyłą nasienną i biodrową. Ciekawą jest rzeczą, że zakrzepy po operacyach na katnicy występują w płucach głównie po stronie lewej.

Zakażenie drogę limfy tłómaczyłoby najczęstsze występowanie powikłań płucnych po laparotomiach w górnych częściach brzucha. Wiadomo, że z wątroby biegną naczynia limfatyczne przez więzadło wieszadłowe wprost pod opłucną przeponową. Z tego zapewne powodu zapalenia opłucnej prawej po operacyach na wątrobie zdarzają się stosunkowo często. Drugą drogą, którą może szerzyć się zakażenie, jest przepona. Küttner znalazł naczynia limfatyczne przechodzące wskróś przeponę. Zapalenie otrzewnej pociąga też za sobą bardzo często zapalenie opłucnej. Tak n. p. Tilger znalazł w 122 przypadkach zapalenia otrzewnej, 41 razy zapalenie opłucnej. Mniej więcej w $^1/_4$ przypadków dołącza się do zajęcia otrzewnej i zajęcie opłucnej, i to zazwyczaj po stronie prawej (10 razy częściej, niż po lewej). Wegner i Haberer stwierdzili, że z pod przepony następuje wessanie do krwi bardzo szybko. Wobec tego przypuszcza Kelling, że zapalenia płuc tak częste, szczególnie po operacyach w podżebrzach, występują przeważnie wskutek zakażenia przez powietrze, a przemawia za tem ta okoliczność, że zapalenia płuc po laparotomiach wybuchają często jakby epidemiami w klinikach i szpitalach, (Ringel, Skudel), i że przy używaniu masek na twarz, skracaniu czasu operacyi (n. p. przez posługiwanie się guzikiem zamiast szwu przy wycinaniu żołądka) ilość pooperacyjnych zapaleń płuc znacznie się zmniejsza. Gdyby zakażenie płuc następowało, jedynie przez powietrze, wtedy przyjąćby trzeba, że w miarę, im to powietrze więcej się zanieczyszcza, t. j. im dłużej przez dzień operuje się w tej samej sali, tem też łatwiej i częściej chorzy operowani zapadać muszą na zapalenie płuc. Związku takiego jednak przy badaniu powietrza w naszej klinice stwierdzić nie zdołałem. Po oczyszczeniu parą sali operacyjnej aseptycznej wyrastało na płycie średnio kolonii 12, po kilku operacyach 30—40.

Widzimy z tego, że ilość drobnoustrojów w powietrzu sal operacyjnych w ciągu operowania stale się zwiększa. Jednakże zestawienie pooperacyjnych powikłań płucnych z porządkiem operacyi nie dowiodło żadnego związku; owszem, często zapadali na płuca chorzy, operowani na samym początku, a więc wtedy, gdy powietrze jeszcze było najczystsze i aseptyka najpewniejsza. Trzy razy n. p. z dwóch chorych, operowanych równocześnie na dwóch stołach w tych samych warunkach i na to samo cierpienie, jeden dostał zapalenia płuc, a drugi nie, mimo że żadnych widocznych przyczyn tej różnicy nie można było wykryć. Statystyki wielkiej liczby laparotomii wykazują też duży odsetek powikłań płucnych i tak n. p.: Henle na 1787 operacyi brzusznych podaje powikłań płucnych 143 = 8%, Czerny na 1302 operacyi brzusznych podaje 52 = 3·9%, Krönlein na 1409 operacyi brzusznych 5·6%, Bibergeil na 3909 operacyi brzusznych 283 = 7·2%.

W klinice naszej odsetek powikłań płucnych jest jeszcze większy, bo 12·7%. W statystykach, powyżej przytoczonych, wliczono i powikłania po operacyach przepuklin wolnych, przez co odsetek się zmniejsza, bo przy operacyi przepuklin wolnych powikłania płucne należą do rzadkości. Do statystyki naszej wliczam przytem wszelkie powikłania, nawet nieżyty oskrzelowe. Że już sama laparotomia i następowe leżenie na wznak, niemożność używania tłoczni brzusznej przy kaszlu i t. d. usposabia do powikłań płucnych dowodzi np. to, iż w statystyce naszej po próbnych laparotomiach było 14% powikłań płucnych. Pamiętać jednak należy, że operacye te wykonywano przeważnie u chorych wyniszczonych, a charłactwo jest jednym z czynników, usposabiających do powikłań płucnych. Operacye na powłokach dają też poważną liczbę powikłań bo 9·8% (Bibergeil).

Nie jest także rzeczą obojętną, który narząd w jamie brzusznej się operuje. I tak n. p. w statystyce Bibergeila sprawa ta przedstawia się następująco:

Ilość operacyi według narządów		Powikłań płucnych	Odsetek
Żołądek	342	38	15·7
Przepukliny uwięźnięte	445	34	7·6
Katnica	944	71	7·5
Wątroba	490	34	6·9
Śledziona, trzustka . .	51	3	6·02
Jelita	331	18	5·4
Zapalenie otrzewnej .	131	6	4·5
Pęcherz moczowy . .	25	1	4·6
Nerki	121	4	3·3

Widzimy z tego zestawienia, że najczęściej występują powikłania płucne po operacyach żołądkowych.

Co do wpływów następowych, to zastanawiano się nad tem, czy lepiej zakładać, szczególnie na szyję, klatkę piersiową i brzuch, opatrunki wolne, czy też opaskowe. Bezwątpienia opatrunki opaskowe uciskają klatkę piersiową i utrudniają oddychanie i odkrztuszanie, z drugiej jednak strony, dozwalają chorym śmielej kaszleć, gdy natomiast przy opatrunkach pastowych lub plastrowych chorzy boją się poprostu kaszleć z obawy przed bólem i z obawy, by im rana nie pękła. Nadzwyczaj rzadko spostrzegaliśmy po-

wikłania płucne u chorych, operowanych na nowotwór sutka (1%), mimo że operujemy jak najdoszczętniej, wycinając cały gruczoł, tkankę tłuszczową aż do samej skóry, oba mięśnie piersiowe i opróżniając dokładnie podpasze, przez co zabieg przeciąga się nieco. Operujemy ze względów psychicznych w uśpieniu chloroformowem. Bardzo być może, że rzadkie występowanie powikłań zawdzięczamy opatrunkowi, który wcale nie uciska klatki piersiowej, bo rękę umocowuje się prostopadle do tułowia i zakłada zwykłą opaskę kłosową na bark (*spica humeri*), a nie opatrunek Desaulta, jak to czynią gdzieindziej. Nadto polecamy chorym zaraz wstawać i chodzić. Dla uniknięcia krwiaków przyszywamy płaty skórne od wewnątrz w okolicy podobojczykowej i pachowej katgutem do klatki piersiowej.

Utrata krwi i wyniszczenie ustroju usposabiają bardzo do powikłań płucnych; również po operacyach z powodu krwawiącego wrzodu żołądka, zranieniach narządów jamy brzusznej należą one do częstych. Henle dowiódł w swojej statystyce, że wyniszczenie ustroju wpływa bardzo na występowanie powikłań płucnych, bo n. p. przy gastroenterotomii z powodu raka powikłania płucne nastąpiły w 14% (z tego 9% zejść śmiertelnych), a przy łagodnych sprawach w 9·5% (bez zejścia śmiertelnego). Operacye na wątrobie pociągają za sobą często powikłania płucne; i tak podług Kehra sama już śmiertelność z powodu zapaleń płuc i zatorów po tych operacyach wynosi 3—4%.

Zapalenie włóknikowe płuc występuje czasem jako zwykła choroba zakaźna zupełnie niezależnie od operacyi i oczywiście tak samo zjawić się może i u chorych nieoperowanych. Włóknikowe zapalenie płuc w przypadkach chirurgicznych nie różni się wiele od zwykłego, a cechuje je wysoka gorączka do 40° i wyżej, z początku dreszcze, ogólna niemoc, rumieniec na twarzy, duszność, ból, kłucie w boku i kaszel. Sprawa kończy się nagle, przełomowo, o ile nie przechodzi w ropienie. Plwocina najczęściej bywa rdzawa, lub kanarkowo-żółta, pod koniec często ropiasta, pienista, nielepiąca się. Co do czasu trwania, to zapalenia te trwają wogóle krótko, nieraz tylko 3—5 dni, rzadziej ponad 7. Włóknikowe zapalenie płuc występuje głównie u mężczyzn i to głównie po stronie prawej. W statystyce naszej prawostronne zapalenie wystąpiło 33 razy, lewostronne 21, obustronne 14 razy. Stosunek mężczyzn do kobiet wynosi 3:1. Śmiertelność z włóknikowego zapalenia płuc jako powikłania pooperacyjnego jest bardzo wielką, bo powyżej 40 roku życia wynosi ona do 50%, a w wieku podeszłym jest jeszcze większą. Zajęcie opłucnej dołączyło się w przypadkach naszych, na 68 przypadków 6 razy i to po stronie prawej 3 razy, po lewej 2, po obu stronach raz. Wysięk opłucny uległ wessaniu 3 razy, usunięto go przez wyciągnięcie 2 razy, w jednym przypadku (przepuklina uwięźnięta, zgorzel płuc) przeszedł w ropienie i zmusił do wykonania wycięcia żebra. Przypadek ten zakończył się śmiertelnie. Co do stosunku występowania powikłań płucnych do wieku, to z zestawienia Bibergeila wynika, że zapadało na nie w wieku od lat:

1—10	—	3 prc.
10—20	—	10·4 „
20—30	—	19·3 „
30—40	—	13·3 „
40—50	—	20 prc.
50—60	—	17 „
60—70	—	12 „
70—80	—	3 „
nad 80	—	2 „

Większość przypadków naszych przypada na wiek od 20—40 lat.

Bardzo często jesteśmy po operacyi w kłopocie wobec gorączki i istnienia zmian w płucach, czy zmieniać opatrunek, czy nie. Starano się też wyszukać sposób, a raczej środek rozpoznawczy, któryby dozwalał ocenić, czy gorączka pochodzi li tylko ze zmian w płucach, czy też jest może w związku z zakażeniem rany.

Dosyć cennem okazało się badanie krwi; między innymi Staszewski w pracy swej: „O zachowaniu się składników krwi w przebiegu gojenia się ran“, wykonanej w naszej klinice, doszedł do następujących wniosków co do zapalenia płuc:

„W przypadkach zapaleń pooperacyjnych płuc włóknikowych, zachowanie się białych ciałek krwi było nieco odmienne, niż podają to nadmienieni autorowie, a mianowicie tylko raz jeden wystąpiło znaczne wzmożenie się ilości tychże. W reszcie przypadków wyżej opisany spadek ilości ciałek białych po chwilowem podniesieniu się po operacyi nie był zupełnie powstrzymywany, ani zwolniony przez rozwijające się zmiany w płucach. Natomiast spostrzegać można było jakościową zmianę, a mianowicie w przypadkach, w których zapalenie występowało wkrótce po operacyi, ogólna liczba ciałek białych osiągała swoje pooperacyjne *maximum*, a potem zmniejszała się w sposób typowy, tylko co do jakości ciałek, neutrofile stanowiły wyjątek, bo odsetek ich zmniejszał się zwykle tam, gdzie nie było powikłań płucnych, a pozostawał wzmożony w razie ich istnienia, a na wysokości choroby (zapalenie płuc) stawał się nawet większym od przeciętnego odsetka w *maximum* pooperacyjnego podnoszenia się ilości ciałek białych. W razie wystąpienia zapalenia w późniejszych dniach zdrowienia, t. j. w czasie, gdzie zwykle ilość i jakość ciałek białych u innych chorych wracała do normy, przy powikłaniach płucnych podnosiła się na nowo ilość ciałek neutrofilnych do poziomu pierwszego *maximum* pooperacyjnego, a nawet i powyżej“.

Z badań tych wynika, że w razie powikłań płucnych zwiększa się ilość odsetkowa ciałek białych neutrofilnych.

Pooperacyjne zapalenia oskrzeli przebiegać mogą z gorączką lub bez niej. Trwają one zazwyczaj krótko, o ile nie przejdą w nieżytowe zapalenie płuc. Przy operacyach na szyi zajęte bywają zwykle oba oskrzela, plwocina przytem jest skąpa.

Nieżytowe zapalenia płuc są również bardzo częstem pooperacyjnem powikłaniem, głównie u osób starszych lub też bardzo młodych. Występuje ono przeważnie w tylnych dolnych częściach płuc. Poprzedza je zapalenie oskrzeli. Gorączka podnosi się zwykle nie wysoko, a nieraz, zwłaszcza u osób starszych i wyniszczonych, nie spotykamy jej wcale; plwocina jest skąpa. Objawy kliniczne, jak rzężenia dźwięczne i trzeszczenie zjawiają się szybko.

Zapalenia opadowe płuc rozwijają się najczęściej skrycie bez gorączki również i w tylnych dolnych częściach płuc i kończą się w wielkiej liczbie przypadków obrzękiem płuc. Pojawiają się one w 2—5 dni po operacyi.

(C. d. n.)

O jadach zwierzęcych.

Podał

Doc. Dr Ignacy Lemberger.

(Ciąg dalszy.)

Do drugiej grupy należą ryby z rzędu cierniopromiennych (*acanthopteri*), które na grzbiecie, pletwach grzbietowych, podogonowych i w szparach skrzelowych opatrzone są w ciernistę promienie, połączone z gruczołami jadowymi. Tu należą gatunki: 1) *synanceia brachio* opatrzona 26 gruczołami jadowymi, połączonymi z 13 cierniami. Wydzielina jadowa jest przeźroczysta, barwy niebieskawej, bez woni, oddziaływa słabo kwaśno. Jad z gruczołów wypróżniony powoli się odnawia. 2) *Plotosus lineatus*, zamieszkująca ocean indyjski i podzwrotnikowy pas oceanu spokojnego posiada dwa narządy jadowe, z których jeden leży przed pletwami piersiowemi, drugi przed pierwszą pletwą grzbietową; gruczoły te połączone są kanalikiem przebiegającym w kolcach ciernistych, nie mających jednak ujścia, tak że jad dostaje się tylko wtedy do rany, przez ukłucie cierniem powstałej, gdy koniec ciernia w ranie się złamie. 3) *Thalassophryna reticulata et maculosa* — *Günther*, znajdująca się w zatoce Bahia i wybrzeżu Panamy, posiada narządy jadowe, w ten sposób zbudowane, że gruczoły połączone są z kanalikiem ciernia u szczytu otwartym tak, że jad może dowolnie wypływać. W końcu należy tu 4) *trachinus draco*, zamieszkująca wybrzeża europejskie; posiada jeden gruczoł jadowy na przykrywie skrzelowej, drugi na pletwie grzbietowej. Kolce na skrzelach opatrzone są rynienkami i opatrzone błoną, która tworzy worek; wydzielina jadowa powstaje w komórkach, wyścielających zewnętrzną stronę błony.

Gruczoły jadowe tych wszystkich ryb należy uważać za dodatkowe narządy skóry. Działalność jadu nie jest dotychczas dokładnie zbadana. Działanie miejscowe objawia się bolem i szybko powstającym obrzękiem miejsca zranionego, który rozszerzyć się może na większą część otoczenia, a nawet na całą kończynę. Miejsce i otoczenie rany zabarwia się niebiesko, ulega obumarciu i zgorzeli; stąd częstem następstwem, jeśli ilość jadu była znaczniejszą, bywa ropowica i utrata członków, np. palca. — Działanie dalsze, wywołane przez wchłonienie jadu do ustroju, nie jest dokładnie zbadane. Liczni autorowie podają, że działanie to dotyczy w pierwszym rzędzie układu nerwowego ośrodkowego i objawia się wystąpieniem kurczów, a później porażeń. U ludzi (spostrzeżenia dotyczą przeważnie kąpiących się, rybaków i kucharzy, lub zranionych na nogach lub rękach) oprócz objawów miejscowych, wyżej opisanych, występowały duszność, niepokój w okolicy serca, tętno nieregularne, drgawki, objawy, które po pewnym czasie mijały, albo też w zapadzie kończyły się śmiercią. Należy jednak podnieść, że wyniki badań, znajdujące się w piśmiennictwie (J. Dunbar-Brunton, Pohl, Briot) są bardzo sprzeczne.

Również niepewne mamy wiadomości o jadzie, który ma się znajdować w gruczołach ogonowych niektórych odmian płaszczków (*trygonidae*) n. p. ogończy (*trygon pastinaca*).

Do trzeciej wreszcie grupy ryb (wytwarzających jad w gruczołach skórnych) należą tak zwane: okrągłousty (*cyclostomata*) a szczególnie: minog rzeczny (*petromyzon fluviatilis*) i minog morski (*p. marinus*). Według Prochorowa i Cavazzaniego wydzielają gruczoły skórne minogów jad, wywołujący objawy żołądkowo-jelitowe połączone z silną, często krwawą biegunką. O naturze chemicznej tego jadu nie mamy pojęcia, zdaje się jednak, że przez gotowanie jad nie zostaje zniszczony.

Minogi przez odpowiednie przyrządzenie i oczyszczenie przy pomocy soli i wody stają się jadalne, co przemawia za tem, że jad przy tej czynności z gruczołów skórnych zostaje wydalony. W piśmiennictwie opisane spostrzeżenia zatrucia minogami, dotyczą wyłącznie tych przypadków, w których oczyszczenia ryb zapomocą soli zaniechano.

Dotychczas opisane gatunki należały do ryb jadowitych właściwych (*pisces venenati*). Należy jeszcze omówić drugą grupę: ryby trujące (*poissons vénéneux*). Tę grupę podzielić możemy na dwie:

1) ryby niezaopatrzone w szczególne narządy jadowe, a u których istota jadowita znajduje się w pewnych wewnętrznych narządach i

2) ryby, u których istota jadowita znajduje się w całym ustroju.

Do pierwszych, należy cały szereg znanych i jadalnych ryb, jakoto: brzana (*barbus fluviatilis*), karp (*cyprionus carpio*), lin (*cyprionus tinca*), leszcz (*obramis brama*), kostera (*astracion quadricornis*), tuńczyk (*thynus thynnus*), szczupak (*esox lucius*), przekrętwa (*tetrodon pardalis*), samogłów (*orthagoriscus mola*), a nadto *schizothorax planifrons*, *meletta thrissa*, *m. venenosa*, *sparus maena*, *ballistes capriscus*, *b. vetula*, *sphyraena vulg.* Wszystkie te gatunki ryb mogą być bez szkody dla zdrowia spożyte, jeżeli wydalimy ich wnętrzności; istota trująca znajduje się u tych ryb w narządach płciowych, wątrobie, żołądku i jelitach. Zatrucia, jakie ta grupa ryb może wywołać, nazwane zostały przez hiszpańskich lekarzy »*ciguatera*«, która to nazwa także przez francuskich przyjętą została (*coutière*). Najczęstsze zatrucia powoduje brzana, a mianowicie spożycie jej ikry; takie zatrucia opisują Hesse, Trapenard, Kobert a wywołują one objawy w zakresie przewodu pokarmowego: nudności, wymioty, kolkę, biegunkę, przypominającą cholerę swojską. Przebieg zatrucia jest pomyślny, w piśmiennictwie nie znajdujemy przypadków śmiertelnych. Jadowitość ikry brzany jest największą w czasie tarła.

Najważniejszymi z tej grupy są gatunki, należące do rzędu zrosłoszczękie (*plectognati*), a mianowicie odmiany najeżka (*diodon*), przekrętwa (*tetrodon*) i *triodon*. Wiadomości, jakie posiadamy o jadzie tych ryb, zawdzięczamy badaczom japońskim, którzy poddali jad ten, zwany w Japonii »*fugu*«, dokładnym badaniom.

Według badań Ch. Remy, D. Takahashi i Y. Inoko poszczególne gatunki ryb posiadają różny stopień jadowitości i tak najwięcej jadowitymi okazały się *tetrodon chrysops*, *pardalis*, *vermicularis i poecilonotus*; mniej jadowite są *tetrodon rubripes*, *porphyreus*, *stictonotus i rivulatus*, a zupełnie niejadowity jest *tetrodon cutaneus*. Z narządów tych ryb najwięcej jadowitemi są jajniki, w mniejszym stopniu wątroba. Jad »*fugu*« według badań chemicznych rozpuszcza się we wodzie i wyskoku rozcieńczonym, natomiast nie rozpuszcza się w bezwodnym wyskoku, eterze, chloroformie, eterze naftowym; ulega on łatwo dyfuzyi i nie tworzy osadów z zasadowym octanem ołowiowym, ani też ze znanymi ogólnymi odczynnikami na alkaloidy; krótkotrwałe gotowanie rozczynu jadu nie niszczy. Z tego należałoby sądzić, że jad »*fugu*« nie jest ani alkaloidem, ani fermentem, ani białkiem toksycznem. Dalszy ciąg badań chemicznych, nad jadem »*fugu*« przez Takahashiego i Inoka rozpoczętych, wykonał Y. Tahara i wyosobnił dwie, farmakologicznie działające substancye t. j. krystaliczną tetrodoninę i bezpostaciowy kwas tetrodonowy. Tetrodonina jest we wodzie łatwo rozpuszczalną, działa obojętnie i nie posiada ani woni, ani smaku. Pies po zastrzyknięciu 50 mg. tetrodoniny padł w przeciągu $^1/_2$ godziny wśród silnych wymiotów i objawów poraźnych. Królik po wstrzyknięciu 0·19 gm. tetrodoniny został porażony, a w 8 minutach padł. Kwas tetrodonowy jest masą bezpostaciową, przyciągającą wilgoć, która podskórnie wstrzyknięta zabijała psy w ilości 10 mg. na kilogram w przeciągu $^1/_2$ godziny.

Działanie jadu »*fugu*« dotyczy w pierwszym rzędzie pewnych części układu nerwowego ośrodkowego i objawia się wstępującem porażeniem; porażonym zostaje najprzód ośrodek oddychania, a później ośrodek naczynioruchowy; równocześnie pojawia się porażenie (podobne do wywołanego kurarą) obwodowych zakończeń nerwów ruchowych, które u żaby może być zupełne. Ciśnienie krwi opada, tętno zmniejsza się. U ludzi przebiegają zatrucia jadem »*fugu*« podobnie do opisanych przez Takahaskiego i Inoka. Objawy żołądkowo-jelitowe są rzadkie. Zatrucia przebiegają przeważnie śmiertelnie. W Japonii znaną jest ogólnie jadowitość tetrodonów, a pomimo tego często zdarzają się zatrucia z powodu nieświadomości lub nieostrożności. W latach 1885—1892 stwierdzono ogółem 933 przypadków zatruć tymi rybami, z których 681 t. j. 73% zakończyło się zejściem śmiertelnem.

Do drugiej gromady ryb trujących, należą te, których jad znajduje się w całym ustroju. Zaliczamy tu gatunki węgorzowatych: węgornicę i jej odmiany (*muraena conger.*).

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Brunner. **W sprawie wydalania drobnoustrojów z potem.** (*Archiv für klinische Chirurgie* T. 80, Z. 2). W roku 1891 na zjeździe

chirurgów wypowiedział autor wspólnie z Eiselsbergiem zdanie, że drobnoustroje wydzielają się z potem, opierając się na spostrzeżeniach na chorych z ogólnem zakażeniem ropnem i na doświadczeniach na zwierzętach. Zapatrywanie to popierają i inne spostrzeżenia, jak Prela i Tizzoniego co do gronkowców, Geislera co do prątka duru i t. d. Nie ulega wątpliwości, że drobnoustroje wydzielać się mogą przez rozmaite narządy i to zupełnie zdrowe. Dowodzą tego n. p. co do nerek prace Kleckiego, Biedla i Krausego, co do łożyska prace Latisa i Rickerta i t. d. Przeciwko twierdzeniu autora podniósł Unna następujące zarzuty: 1) badanie potu nie ma wartości, bo skóry nie można nigdy dobrze wyjałowić, a przy poceniu się drobnoustroje z głębi wychodzą na wierzch; 2) wątpliwą jest rzeczą, by drobnoustroje ze skóry, gdzie żyją w alkalicznem podłożu, przechodziły do gruczołów potnych, oddziałujących kwaśno; 3) nigdy nie udaje się drobnowidowo drobnoustrojów stwierdzić w gruczołach potnych. Na zarzuty te odpowiada autor: co do punktu pierwszego dziwnąby było rzeczą, by przypadek tak zrządził, żeby zawsze te tylko drobnoustroje znajdowano w skórze, które zaszczepiono i do krwi. Co do punktu drugiego, to założenie jego jest mylne, bo przy silnem wydzielaniu pot oddziaływać może zasadowo, a powierzchowne warstwy skóry z reguły oddziałują kwaśno. Co zaś do punktu trzeciego, to odpowiedział na niego Finger, znajdując w przypadku ogólnej ropnicy liczne paciorkowce w gruczołach potowych. Wrede nie stwierdził wprawdzie nigdy przechodzenia drobnoustrojów ze krwi do potu, autor jednak nie twierdzi, by drobnoustroje wydzielały się zawsze z potem w ustrojach zdrowych; dzieje się to jedynie w przypadkach choroby. *Klęsk.*

Wrede. **O wydalaniu drobnoustrojów z potem.** (*Arch. f. klin. Chirurg.* T. 80, Zesz. 2). Z roku na rok traci podstawy teorya, tłómacząca wydalanie drobnoustrojów z wydzielinami, jako czynnik obronny. A zbadać należy przecież, w jakich warunkach mogą n. p. przechodzić drobnoustroje ze krwi do potu. Ważnem to jest przedewszystkiem dla chirurga. Brunner badał tę sprawę doświadczalnie i twierdzi, że drobnoustroje wydzielać się mogą z potem. Autor wykonał podobne doświadczenia. Postępował podług Brunnera i do doświadczeń używał świń, (badając pot na ryju po wstrzyknięciu pilokarpiny i zakażeniu zwierzęcia drogą krwi), lub kotów (badając ich pot z łapy przy drażnieniu nerwu kulszowego). Celem uniknięcia pomyłek używał autor do zakażenia tylko prątka krwawego, pot ścierał i badał w całości (a nie krople pojedyncze, jak Brunner), doświadczenia robił bez uśpienia, celem uniknięcia ślinienia i możliwości zakażenia potu śliną. By nie niszczyć naskórka, odkażał skórę bardzo ostrożnie i ryja nie golił. Na 6 doświadczeń w żadnem nie udało się autorowi wykryć drobnoustrojów w pocie. Podobnie osiągnął Krikliwy ujemne wyniki w swych doświadczeniach z prątkiem wąglika. Wobec tego autor sądzi, że przechodzenie drobnoustrojów i wydalanie ich ze krwi z potem, nie jest jeszcze dowiedzione. *Klęsk.*

Reuss. **Promienie Röntgena, a wymiana materyi.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 38, 1906). Schwarz stwierdził, że lecytyna w żółtku jaja kurzego rozpada się pod wpływem promieni Röntgena. W związku z tem udało się autorowi także stwierdzić ten rozpad w żyjącym ustroju, mianowicie wytwór rozpadowy lecytyny, cholinę, we krwi naświetlanych królików. Badania Heilego, Lossena i innych stwierdziły dalej, że pod wpływem naświetlań wzmaga się wydzielanie kwasu moczowego, a Bloch stwierdził zwiększanie się moczanów. Celem dokładnego zbadania wpływu promieni Röntgena na wymianę materyi naświetlał autor psa i przekonał się, że: 1) ustrój zdrowy oddziaływa na naświetlania zwiększeniem wydzielania substancyi azotowych. Wzmożenie to trwa przez kilka dni po naświetlaniu, poczem się zmniejsza. Podobnie zwiększa się i wydzielanie fosforanów, a potem na czas dłuższy zmniejsza się. 2) Równoległość zmian we krwi (wzrost liczby ciałek białych), w tkance limfatycznej, obecność choliny we krwi i zwiększenie fosforanów w moczu, przemawia za tem, że promienie rentgenowskie działają głównie na lecytynę i jej pokrewne substancye. *Klęsk.*

Hippel i Pagenstecher. **O wpływie choliny na ciążę.** (Doniesienie tymczasowe). (*Posiedz. Tow. lek. i przyrodn. w Heidelbergu.* 24/VII, 1906). Werner i Exner dowiedli, że wiele zjawisk, podobnych do skutków działania promieni Röntgena i radu, wywołać można wstrzykiwaniami choliny. Hippel wywołał w swych dawniejszych doświadczeniach na królikach zaćmę warstwową i środkową u płodu, naświetlając promieniami Röntgena brzuch matki. Próbowano osiągnąć to przy wstrzykiwaniu choliny i w 2 przypadkach wynik otrzymano dodatni. Przekonano się dalej, że zwierzęta, których używano do doświadczeń, stały się niepłodnemi. Wstrzykując królikom przez 10 dni 10 cm. 1—2% choliny, doszli autorowie do przekonania, że już 6—7 wstrzyknięć, wykonanych w tydzień po zapłodnieniu, niszczy, czy też przerywa ciążę. Wstrzyknięcia w ciąży wywołują obumarcie płodów i wybroczyny w łożysku. Dalsze badania rozstrzygną, czy niepłodność jest trwałą. Wstrzykiwania nie działają szkodliwie na ustrój matki. Niepłodność, wywołaną promieniami Röntgena, odnieść należy do działania drogą krwi, a nie do miejscowych zmian, gdyż powstaje ona i przy ochranianiu brzucha płytami ołowianemi i przy naświetlaniu innych części ciała. W dyskusyi Werner stwierdza, że i jemu udało się wywołać u zwierząt niepłodność po wstrzykiwaniach choliny, trwającą dotąd ½ roku. *Klęsk.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Klatt. **Przyczyna i leczenie ostrego gośćca stawowego.** (*Würzburg. Abhandl.* Z. 10, 1906). Oddawna już przypuszczano, że ostry gościec stawowy jest chorobą zakaźną. W roku 1897 Triboulet opisał paciorkowca, którego znajdował często w tej chorobie. Westphalowi i Wassermannowi udało się wyhodować ze krwi chorego na pląsawicę gośćcową drobnoustrój, który u zwierząt po 3—10 dniach wylęgania wywoływał typowe zmiany w stawach. Meyer spotykał stale prawie w migdałkach chorych na gościec paciorkowce, podobnie i Menzer. Wobec tego przyjęto nawet, że wrotami zakażenia gośćcowego są zawsze prawie migdałki i jama nosowo-gardłowa. Dagnino i Maighano znajdowali natomiast we krwi i w stawach chorych na gościec gronkowce, wywołujące u zwierząt charakterystyczne zmiany. Zakażeniu ulegały króliki bez szczepienia przez proste przebywanie w tej samej klatce. Zajęcie gardła poprzedza rzeczywiście bardzo często ostry gościec stawowy (podług Cheathama w 80%). Ostry gościec stawowy uważać też należy za osłabione niejako ogólne zakażenie paciorkowcami z przerzutami w stawach i na błonach surowiczych. Nie ulega wątpliwości, że czasem uraz wywoływać też może wybuch ostrego gośćca stawowego. Nie brakło też innych teoryi, tłómaczących przyczynę tej choroby. Thalberg upatruje ją w zaburzeniach trawienia (zmiana zasadowości krwi w tej chorobie, kwas mleczny w tkankach), Stern w zmniejszeniu się w moczu chlorków i odkładaniu ich w stawach, Pénierès w samozatruciu ustroju z powodu zmian moczowodów, Burwinkel w końcu przypuszcza, że ostry gościec jest niczem innem, jak tylko schorzeniem krwi. Pląsawica łączy się ściśle z gośćcem, a Baginsky spotykał ją w 40% przypadków gośćca. Podobnie Fröhlich uznaje łączność pląsawicy z gośćcem stawowym, zwłaszcza u dzieci; na 47 przypadków gośćca widział on 31 przypadków pląsawicy równoczesnie lub następowo. Ze środków leczniczych według ogólnego uznania, pierwsze miejsce zajmuje salicyl. A jednak niezawsze ufać mu można. Zawodzi on w przypadkach z bardzo silną gorączką, nie wpływa na powikłania sercowe, a nawet według wielu wprost źle działa na serce. Dużych dawek obecnie już nikt nie podaje. Z działań ubocznych salicylu wspomnieć należy o zaburzeniach żołądkowo-kiszkowych i nerkowych. Celem uniknięcia tych niemiłych przypadłości, starano się salicyl podawać innemi drogami a więc podskórnie, śródstawowo i śródżylnie. Podskórne działanie salicylu jest niepewne, a wstrzyknięcie bolesne. Lepiej już działa salicyl wstrzyknięty śródstawowo. Mendel zachwala ogromnie wstrzykiwanie śródżylne. Stosuje do tego rozczyn: *Natr. salicyl. 8,0 Coffeni. natr.-salic. 2,0, Aq. dest. ad 50,0,* a z tegoż 2 gramy na raz, powtarzając wstrzykiwanie co 12 godzin przez 3 dni. Sposób ten ma leczyć gościec pewnie. Stawy klęsną szybko, działań ubocznych salicylu brak. W ślad za Mendlem polecają ten sposób Behr i Rubens. Autor natomiast na mocy swego doświadczenia odrzuca go zupełnie. Wyników żadnych nie zauważył, a sposób sam jest bolesny i wcale nie prosty, nie mówiąc już o tem, że wymaga skrupulatnej czystości. Z zastępczych środków salicylu działa jeszcze najlepiej aspiryna i rheumatin (4 razy dnia po 1,0), ze środków zewnętrznie stosowanych mesotan, rheumasan i glykosal w postaci smarowań lub wcierań. Menzer wprowadził w życie leczenie gośćca surowicą przeciwpaciorkowcową. Paciorkowce do wyrobu surowicy brał on z migdałków, chorych na gościec ostry. Surowica ta zabija i rozpuszcza paciorkowce. W sprawach przewlekłych wywołuje ona zaostrzenie cierpienia w zajętych stawach, nie zapobiega jednak ani nie leczy ostrych powikłań w zakresie serca i błon surowiczych. Po stosowaniu jej obrzmiewają lekko gruczoły limfatyczne. W 25 przypadkach (przeważnie przewlekłych) otrzymał Menzer dodatni wynik leczniczy. Zaostrzenie sprawy trwa 6—14 dni. Senator przestrzega jednak jeszcze przed stosowaniem surowicy. Schmidt stosował to leczenie u 15 chorych. Wstrzykiwał po 5—20 cm³ surowicy (do 8 wstrzykiwań). Większego skutku nie zauważył. Na razie więc sprawę leczenia gośćca surowicą uważać musimy za nierozstrzygniętą. *Klęsk.*

Doc. Gabryczewski. **W sprawie uodpornienia przez odbytnicę.** (*Char. Med. Żurnał* 1906, Nr 6). Autor starał się docieć, o ile odbytnica może stanowić drogę do uodpornienia przeciw pewnym chorobom. W tym celu autor wprowadzał królikom,

morskim świnkom, lub psom do odbytnicy żywe lub martwe hodowle chorobotwórczych bakteryi i ich toksyn. Za wskaźnik wessania się wstrzykniętych hodowli i toksyn i zadziałania ich na ustrój służyło badanie krwi co do aglutynacyi i antytoksyn. W ten sposób zbadano: mętwika cholery, lasecznika dysenterycznego i durowego, toksyny tężcowe i błonicze. Przy wprowadzeniu zabitych hodowli mętwików cholery do odbytnicy królikom waga ich spadała nieznacznie, a surowica ich aglutynowała mętwiki cholery tylko w rozcieńczeniu 1 na 50—100, chociaż królikom wprowadzono dużą ilość hodowli w stosunkowo krótkim czasie. Po wprowadzeniu zabitej hodowli laseczników dysenteryi, waga królika spadła znacznie, aglutynacya dosięgła tylko rozcieńczenia 1: 50. Wstrzykiwanie psu hodowli lasecznika dysenteryi w ciągu 2 tygodni nie wywołało ani ubytku wagi, ani aglutynacyi. Najsilniejszą aglutynacyę uzyskano przy wprowadzeniu hodowli laseczników duru brzusznego: tak u królików 1: 150—200, u psów 1: 150. W odbytnicy więc wchłania się nieznaczna część niektórych chorobotwórczych hodowli i ich wytworów, przeważna natomiast część wydziela się ze stolcem. Wstrzykiwanie do odbytnicy toksyny tężca, jak również i toksyny błoniczej, nie wywołało odporności u morskich świnek. Inaczej oddziaływały na wstrzykiwania toksyny błoniczej do odbytnicy psy: mianowicie ginęły one rychło wśród objawów mieszkowego wrzodliwego zapalenia jelit i krwotocznego zapalenia nerek; we krwi tych psów nie stwierdzono antytoksyn. Ostatecznych wniosków autor nie podaje; radzi zaś badaczom zwrócić uwagę na wczesny wiek dziecięcy, w którym ściany jelit daleko lepiej przepuszczają treść jelit do układu chłonnego i krwionośnego, w którym to wieku przeto warunki do uodpornienia przez odbytnicę powinny być lepsze. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

CHIRURGIA. Prof. Bruns. **O doszczętnej operacyi raka krtani z pomocą przecięcia tejże.** *(Deut. med. Wochs.* Nr 38, 1906). Operacya raka krtani przechodziła typowe koleje. Z początku raka krtani uważano za nieuleczalnego, potem zaczęto operować z pomocą przecięcia krtani, potem ośmielono się już wyciąć i całą krtań. Z początku po wycięciu krtani połowa chorych umierała z powodu operacyi, reszta w przeciągu roku na nawroty. Statystyka Sędziaka z lat 1873—1894 stwierdza 44 prc. śmiertelności, 32 prc. nawrotów, a 12 prc. wyleczeń. Częściowe usuwanie krtani dawało już lepsze wyniki (22 prc. wyleczeń, 26 prc. śmiertelności), operowano bowiem sposobem tym przypadki rozpoznane wcześniej. Celem powinny być zabiegi jak najmniejsze, a osiągnąć to można jedynie wcześnie rozpoznając chorobę. Raki usadowione wewnątrz tchawicy nie zajmują jeszcze zwykle gruczołów i usunąć je można z dobrym wynikiem (bez nawrotu) przez zwykłe rozcięcie krtani, ewentualnie chrząstki tarczowatej. W ten sposób postępując, ma autor zaledwie 9 prc. śmiertelności, a 48 prc. wyleczeń, nawrotów 22 prc. Wycięcie krtani wykonuje u chorych, leczonych gdzieindziej lub zaniedbanych. Semon ma jeszcze lepsze wyniki, bo 85 prc. trwałych wyleczeń (zgłaszają się do niego, jako do laryngologa, chorzy we wczesnych okresach cierpienia). Bruns operuje w znieczuleniu miejscowem z głową spuszczoną, lub też w odurzeniu skopolaminowomorfinowem bez tamponady tchawicy. Po operacyi nie tamponuje i nie wkłada rurki. Rany goją się dobrze w 2 tygodnie. Autor jest stanowczym przeciwnikiem śródkrtaniowych operacyi w razie przypuszczenia nowotworu złośliwego. Operacye te rzadko mogą być doszczętne, a często dają powód do szybszych nawrotów. Tego samego zdania jest i wielu wybitnych laryngologów, jak Semon, Chiari, Moure i t. d. *Klęsk.*

Sonnenburg. **Dalsze spostrzeżenia nad zastosowaniem liczenia krwinek białych.** *(Freie Verein. Chir. Berl.* 11 czerwca, 1906). Sonnenburg podnosi wielką wartość liczenia krwinek białych w rozpoznawaniu i w rokowaniu. Liczenie powinno się jednak prowadzić systematycznie tak, jak i zapisywanie tętna i ciepłoty, gdyż doryweze badania nietylko nie mają wartości, ale i mylić mogą. Z porównania liczby tętna, liczby krwinek białych i ciepłoty w wielu cierpieniach jamy brzusznej, a zwłaszcza przy zajęciu wyrostka robaczkowego, można wysnuwać ważne wnioski.

W dyskusyi: Karewski odmawia wielkiego znaczenia liczeniu krwinek białych; zawiodło ono go już nieraz. Niedrożności jelit od zapalenia wyrostka z pomocą liczenia krwinek białych odróżnić nie można. U dzieci liczenie krwinek nie ma żadnej wartości, bo najmniejsza zmiana w gardle wywołuje u nich silny wzrost liczby krwinek. — Rotter twierdzi, że liczenie krwinek ma wartość jedynie przy sprawach ograniczonych, zaś przy rozlanem zajęciu otrzewnej liczba krwinek podobnie, jak i ciepłota, zachowuje się bardzo różnie. — Martens uznaje korzyści w liczeniu krwinek białych, szczególnie w przypadkach ropni; zwraca jednak uwagę, że ilość krwinek ulega wielkim wahaniom. *Klęsk.*

Cohn. **Leczenie nowotworów złośliwych promieniami Röntgena.** *(Freie Verein. Chir. Berl.* 11 czerwca, 1906). W listopadzie zeszłego roku ogłosił autor swoje wcale pomyślne wyniki leczenia nowotworów promieniami Röntgena. Zdaniem C. leczenie to nie może wyrugować operacyi krwawych, lecz ma je uzupełniać. Wiele szczegółów jest jeszcze dla nas w tem leczeniu niejasnych. Tak n. p. nie wiemy, dlaczego naświetlanie niekiedy usuwa zupełnie przerzuty, a na guz pierwotny nie działa, dlaczego raz znika, drugi raz nie znika mięsak o takiejże samej budowie drobnowidowej. Najkorzystniej działają promienie w nowotworach pochodzenia limfatycznego. Autor leczył 5 takich chorych i u 3 uzyskał zupełne wyleczenie (były to nawroty po operacyi); u 2 nowotwory nieco się pomniejszyły, a dalszy ich rozwój ustał. Mięsaki są już odporniejsze na promienie Röntgena, chociaż i tu uzyskał autor kilka wyleczeń. Najmniej wpływa naświetlanie na raki. Pamiętać należy, by raków owrzodziałych nie smarować wśród leczenia maściami metalicznemi (cynkowa, srebrowa i t. d.), gdyż te nie przepuszczają promieni. Na raki działają głównie miękkie promienie, na mięsaki (zwykle położone głębiej i pokryte skórą prawidłową) — twarde. Raki leczył autor, ustawiając lampę bliżej i używając raz lampy twardej, raz miękkiej. Każde posiedzenie trwa 10—15 minut. *Klęsk.*

1) Witzel. **Jedwab srebrowo-kauczukowy zamiast drutu srebrnego do głębokiego szwu.**

2) Wederhake. **Sporządzanie jedwabiu srebrowo-kauczukowego.** *(Zentralbl. f. Chir.* Nr 35, 1906). Do zapobieżenia tworzeniu się przepuklin pooperacyjnych najlepszym dotąd okazywał się drut srebrny do szwów głębokich. Drut jest jednak materyałem za sztywnym i twardym i przez to części miękkie źle go znoszą. Należało przeto wyszukać materyał, mający zalety drutu bez jego wad. Materyałem takim jest jedwab, przyrządzony w sposób następujący: Jedwab nawija się na grube sączki Kochera, albo na szpulki szklane i wkłada je do eteru na 12 godzin, a potem do wyskoku na 12 godzin, dalej na 20 minut do 10 prc. roztworu wody utlenionej, a stąd do roztworu azotanu srebra. Roztwór ten sporządza się tak: do 30 ctm. 1 prc. azotanu srebra dodaje się kroplami oficynalnego ługu potasowego (około 10 kropli) tak długo, aż tworzący się czarny osad już nie powiększa się. Potem osad ten rozpuszcza się salmiakiem. W tym roztworze moczy się jedwab godzinę. Jedwab barwi się przytem czarno. Z roztworu srebra przenosi się jedwab celem osuszenia do suszarki (100°), potem na dwie godziny do czystego chloroformu; potem do roztworu chloroformu z kauczukiem (8: 50,0) na 12 godzin, następnie płucze się w chloroformie, osusza, a w końcu gotuje 10 minut w roztworze sublimatu 1: 1000. Jedwab napojony w ten sposób jest jałowy, trwały, silny i niedrogi. W ten sam sposób można napajać i inne materyały do szycia, jak bawełnę i konopie. *Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Doc. L. Bylicki. **W sprawie „uproszczenia" mej metody mierzenia sprzężnej położniczej.** *(Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 37). Podając swą metodę, myślał B. jedynie o zastosowaniu jej klinicznem. Myśl używania jej przez lekarza praktycznego świadczy o rzeczywistej jej wartości. Rozpowszechniona chęć modyfikowania, czy też upraszczania, jest zdolną tylko popsuć to, co stanowi naukową wartość narzędzia. Odczytywanie wymiaru podczas mierzenia i wprowadzanie czynnika, zależnego do pewnego stopnia od siły, użytej przez mierzącego, są stroną ujemną modyfikacyi. Zaletę narzędzia Bylickiego stanowi okoliczność, iż dokładne zmierzenie jest możliwe przy kontrolowaniu wyłącznie tylnego punktu, natomiast modyfikacye wymagają równoczesnej kontroli także punktu przedniego, co stanowi bezsprzeczną trudność. Uproszczenie i udoskonalenie mogłoby polegać jedynie na użyciu wspólnego trzonka i na kulistem zakończeniu miary. *B. Wojciechowski.*

Józef Jaworski. **O pętli do wyciągania płodu przy położeniu pośladkowem ustalonem.** *(Gaz. lek.* 1906, Nr 34). Wyciąganie płodu za pośladki przy położeniu pośladkowem ustalonem może w wielu razach sprawiać wielkie trudności. Autor radzi użyć w tych przypadkach pętli, zawartej w rurce gumowej (1 cm. średnicy; grubość ścian 3 mm.), którą przeprowadza się przez przegub pachwinowy; następnie przez pociąganie za oba końce pętli udaje się bardzo łatwo wyciągnąć pośladki. W razie, gdyby się nie udało przeprowadzić tej rurki przez przegub pachwinowy, radzi autor użyć sposobu, podanego przez Winckla, a polegającego na tem, że pętlę przeprowadza się przez przegub pachwinowy zapomocą cewnika gumowego, zaopatrzonego przewodnikiem (mandrynem), do którego przymocowuje się pętlę. Równocześnie zaznacza autor, że ten sposób postępowania podał jeszcze w r. 1881 Bunge, a nie dopiero O. Wienskowitz (Zentr. f. Gynek. 13. 905), niesłusznie przywłaszczający sobie pierwszeństwo. *Jaworowski.*

Józef Jaworski. **O miesiączce zastępczej słów kilka.** (*Gaz. lek.* Nr 36, 1906). U kobiety 33-letniej, która przez 17 lat miewała prawidłowe miesiączki i rodziła raz prawidłowo, silami przyrody, zjawia się w miejsce miesiączki okresowe (co miesiąc), 3 dni trwające krwawienie ze sutka prawego. Krwawienie to poprzedzają bóle w podbrzuszu. Gdy krwawienie ze sutka bywa skąpe, występuje w tym samym czasie krwawienie z gardła. Badanie narządów rodnych zmian żadnych nie stwierdziło. Kobieta ta po utracie prawidłowej miesiączki miewa niezwykle silne, wprost chorobowe pobudzenia płciowe. *Jaworowski.*

Józef Jaworski. **O stosowaniu drożdży sterylizowanych w ginekologii.** (*Gaz. lek.* Nr 41, 1906). Zachęcony podanymi przez autorów niemieckich wynikami leczenia chorób cewki moczowej, pochwy i macicy na tle trypra zapomocą drożdży wyjałowionych, próbował autor u 34 swoich chorych tego leczenia z pomyślnym poczęści wynikiem. U 26 chorych stwierdził wybitną poprawę lub wyleczenie, — reszta albo przerwała leczenie, albo też wyniki leczenia były wątpliwe. We wszystkich przypadkach stosował J. przetwory, sporządzane w Dreźnie w postaci pręcików cewkowych, pochwowych i macicznych (Uterus — lub Urethral-Zyminstabchen), które wprowadzał do cewki moczowej, pochwy lub też do szyjki macicznej, po poprzedniem odkażeniu rąk i przepłukaniu sromu i pochwy. W zapaleniach sromu i pochwy stosował autor często puder z zyminy. Wogóle ocenia autor leczenie drożdżami korzystnie. *Jaworowski.*

Daum. **Przypadek przetoki pęcherzowo - pochwowej powstałej skutkiem kamienia moczowego.** (*Tyg. lek.* 1906, Nr 39). Autor ogłasza rzadki przypadek przetoki pęcherzowo-pochwowej, powstałej wskutek ucisku dużego kamienia pęcherzowego na ścianę pęcherza z następowem przebiciem do pochwy. Przypadek ten zdarzył się u kobiety 50-letniej, która rodziła 3 razy prawidłowo, siłami przyrody. Przetoka pęcherzowa bardzo łatwo widoczna wskutek wypadnięcia przedniej ściany pochwy. W otworze widoczny kamień pęcherzowy. (Rysunek). *Jaworowski.*

Machnicki. **Dwa przypadki ciąży, porodu i połogu, powikłane poprzecznem zapaleniem rdzenia pacierzowego** (*myelitis transversa*). (*Tyg. lek.* 1906, Nr 44 i 45). M. opisuje przebieg ciąży, porodu i połogu u dwóch chorych na zapalenie rdzenia kręgowego. Pierwsza chora, u której zapalenie rdzenia trwało dłuższy czas, bólów porodowych zupełnie nie czuła, druga chora, u której choroba wystąpiła w czasie ostatniej ciąży, czuła z końcem pierwszego okresu porodowego lekkie bole w krzyżach, najprawdopodobniej wskutek rozciągania się miękkich części rodnych. W obu przypadkach tłocznia brzuszna podczas porodu była nieczynną. Przebieg połogu prawidłowy. *Jaworowski.*

Prof. Bovis. **O samozakażeniu połogowem z bakteryologicznego punktu widzenia.** (*Semaine med.* 1906, Nr 38). Autor dochodzi na podstawie krytycznego rozbioru piśmiennictwa do wniosku, że istnieniu samozakażenia bezwarunkowo zaprzeczyć nie można. W narządach rodnych kobiet przebywają drobnoustroje chorobotwórcze, które mogą się tam dostać albo zupełnie niezależnie, albo też za pośrednictwem położnika. Położnik może tę ilość drobnoustrojów ograniczyć. Wszelako czynnikiem nieodzownym samozakażeń jest przygotowanie gleby, to jest poprzednie zakażenie dróg moczowych lub istnienie resztek zapalenia, albo też istnienie anatomicznych warunków, umożliwiających zatrzymanie mechaniczne czynników chorobowych. Zakażenie, zdaniem autora, nie może rozwinąć się u kobiet bezwzględnie zdrowych i prawidłowo zbudowanych bez współdziałania czynnika obcego. *Dr Blassberg.*

Bocheński. **Przyczynek do postępowania w przypadkach bardzo znacznego zwężenia pochwy.** (*Tyg. lek.* 1906, Nr 26 i 27). Autor opisuje leczenie, którego użył w dwóch przypadkach znacznego zwężenia pochwy po porodzie. Liczne zrosty między ścianami pochwy rozdzielono bądź na tępo palcem, bądź też nożem, następnie przez kilka dni z rzędu tamponowano pochwę gazą jodoformową i przestrzykiwano roztworem chinosolu. Aby nie dopuścić do ponownego zrastania się ścian pochwy, zakładał B. krążki Hodgego stopniowo coraz większe, aż do Nr 9½, a gdy ściany tylna i przednia pochwy się zabliźniły, wyjął krążek i zakładał do pochwy kule Bozemanna. Gdy już wszystkie ściany się zabliźniły, zakładał B. coraz to większe kule, by uzyskać jak największą szerokość pochwy. Wynik leczenia w obu przypadkach bardzo pomyślny. *Dr Jaworowski.*

Monsiorski. **Krwistek zamaciczny niezropiały, do pochwy pęknięty.** (*Medycyna* Nr 29, 1906). U kobiety 26-letniej, która od 15 dni krwawiła, rozpoznał autor pęknięcie krwistku zamacicznego przez tylne sklepienie do pochwy. Ponieważ ciepłota wynosiła 38° i zachodziła obawa ogólnego zakażenia, przeto autor wypróżnił jamę krwisteku i zatamponował gazą. Chora wyzdrowiała. *Dr Jaworowski.*

Lorentowicz. **Leucoplasia vulvo-vaginalis, czy kraurosis vulvae.** (*Medycyna* 1906, Nr. 26 i 27). Na podstawie własnych badań zmian w skórze przy *leucoplasia vulvovaginalis* i *kraurosis vulvae* i piśmiennictwa wypowiada autor zdanie, że choroby te w zasadzie nie różnią się od siebie, a obraz ich anatomiczny, pozornie odmienny, zależy od czasu trwania i nasilenia choroby. W końcu opisuje autor preparat anatomiczny z przypadku przez siebie operowanego, w którym na podstawie badania drobnowidowego rozpoznaje marskość (*kraurosis*) sromu z przejściem w raka sromu. *Dr Jaworowski.*

J. Meyer. **W sprawie niedowładu macicy nieciężarnej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 38). Zjawisko powiększania się jamy macicznej pod wpływem różnych bodźców jest przedmiotem licznych prac w ostatnich czasach. Stopień powiększenia się rozmiarów jamy macicy oznaczano zapomocą zgłębnika. M. postanowił zbadać tę sprawę przy pomocy oznaczania pojemności jamy macicznej, określając ją za pośrednictwem cieniutkich balonów gumowych, połączonych rurką szklaną z miareczkowanem naczyniem. M. przekonał się, że rozszerzanie szyi nie stanowi takiego bodźca, któryby zmieniał pojemność jamy macicznej tak, iż oznaczoną w tej chwili pojemność uważa dla danej macicy za prawidłową. Po skrobaniu następuje najczęściej skurcz macicy, a po nim powiększenie się jamy macicznej ponad prawidłową pojemność. Po tamponadzie szyi i jamy macicznej, trwającej 5 minut, zmniejszyła się pojemność macicy w połowie przypadków, w drugiej połowie powiększyła się. Macice kobiet, które nie rodziły, ulegają naogół pod wpływem różnych bodźców mniejszym wahaniom pojemności, aniżeli u kobiet, które rodziły. *B. Wojciechowski.*

Krummacher. **Ciąża urojona u 48-letniej wieloródki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 40). Chora ta rodziła 5 razy prawidłowo. Po przerwie w regularności we wrześniu, słabe krwawienie w październiku; potem przerwa, w styczniu i lutym skąpe krwawienie, następnie przerwa aż do badania w maju. Zdaniem chorej objętość brzucha powiększyła się, a od 8 tygodni wystąpiły ruchy płodu. Badanie nie wykryło oznak ciąży. Drganie mięśni prostych brzucha tłómaczyła sobie chora jako ruchy płodu. Powłoki były tłuste. Wybitnych oznak histeryi nie stwierdzono. K. polecił pobyt nad morzem. *B. Wojciechowski.*

Z dziejów »czarnej« medycyny.

Szkic historyczny.

Napisał

Dr Adam Langie.

> »Rzadko kiedy dochodzimy inaczej do prawdy, jak przez ostateczności. Musimy błąd wyczerpać, zanim spokojna mądrość stanie się dla nas celem.«
>
> Szyller: »Listy filozoficzne«.

W jednej z poprzednich moich prac p. t. »Zaranie lekarskiego zawodu« (»Przegl. lek.« Nr 46, 1905 r.) przedstawiłem, jak medycyna rozwijała się powoli z religijno-mistycznej sztuki leczenia chorób, dostępnej w zaraniu dziejów ludzkiej cywilizacyi jedynie pośrednikom między ludźmi, a bóstwem, to jest kapłanom. Ci, nadużywając ślepej wiary ludu, zaczęli powoli dodawać do ofiar religijnego kultu rękoczyny lecznicze, oparte na wieloletniem doświadczeniu i doszedłszy do pewnej empirycznej znajomości chorób, ujęli w swe ręce całe leczenie, zawsze jeszcze otaczając się gęstą mgłą tajemnicy. W ten sposób i medycyna starogrecka wyłoniła się z medycyny teurgicznej, gdy świątynie Asklepiosa rozpowszechniły się po całej Helladzie i gdy wobec wielkiego napływu do nich chorych musieli kapłani dobrać sobie do pomocy ludzi świeckich i coraz więcej laików zapoznawało się z tajnikami nauki Asklepidów. W miarę, jak wśród laików tych znajdują się ludzie o wyższym umyśle, schodzi sztuka lekarska z obłoków na ziemię, opiera na spostrzeżeniach zjawisk przyrodniczych i wymyka się ostatecznie z rąk kapłanów. Przyczyniają się do tego w znacznej mierze głośni filozofowie greccy, którzy dociekając zagadnień życia i wszechrzeczy, zajmują się też medycyną. Już w wieku VI przed Chr. spotykamy

świeckie szkoły lekarskie, zażywające wielkiej sławy w Kos, Krotonie i Knidos, a wychowańcy ich z wielkim Hipokratesem na czele ugruntowują zasady medycyny świeckiej, opartej na badaniu już nie mistycznych czynników, lecz przyrodniczych, oraz na spostrzeżeniach, czynionych przy łożu chorego.

Dłużej jeszcze, niż w Grecyi, zachowuje teurgiczny swój charakter medycyna w Rzymie, gdzie przesądny lud uważa każdą chorobę za zrządzenie bogów i gdzie każdy niemal objaw chorobowy ma swego bożka lub boginię. Dopiero pod koniec III. wieku przed Chr., gdy Rzym zawojował Grecyę, obejmują praktykę lekarską w całem prawie państwie lekarze helleńscy, którzy tam teraz tłumnie napływają.

Rozwój medycyny starożytnej od Hipokratesa do Galena nie zdołał jednak wyprzeć zakorzenionych z prahistorycznych czasów zabobonów i guseł, które krzewią się dalej tradycyjnie wśród ludu, współzawodniczą z medycyną naukową, a nawet przesiąkają do umysłów wyższych i zachowują ślady w poważnej literaturze lekarskiej, a później opanowują medycynę prawie zupełnie w okresie czasów średniowiecznych.

Ze śmiercią Galena (około 210 po Chr.) rozpoczyna się w medycynie zastój, wywołany ową wielką zawieruchą, przewrotami tak politycznymi, jak w dziedzinie pojęć moralnych, etycznych i religijnych, które cechują wieki średnie. Rozbłysk, jaki medycynie średniowiecznej nadają chwilowo Arabowie, nie zaznacza jednak kroku naprzód, a tylko ma wielką doniosłość z tego powodu, że adepci szkół arabskich chronią od zaginięcia zdybycze starogreckiej medycyny. Niezależnie od nich czynią to też owi chrześcijańscy uczeni, którzy po klasztorach przepisują i tłómaczą dzieła starożytnych pisarzy i ratują je od zagłady właśnie w tym okresie dziejów, kiedy świetna kultura starożytności rozpada się w gruzy, a ludzkość cofa się w okres przedhistorycznego barbarzyństwa.

Światowładcze państwo Cezarów upada 476 roku po Chr., nie zdoławszy narzucić plemionom Europy swej cywilizacyi i swoich urządzeń państwowych, a ludy owe, młode, pełne jędrnego życia i energii, napierają coraz bardziej na obszary starożytnego świata. Po germańskiej wędrówce narodów przychodzi wędrówka słowiańska. Powstają coraz to nowe państwa, wyłaniają się nowe ludy, by toczyć z sobą zacięty bój o najrozmaitsze przeciwieństwa polityczne i socyalne, a w wirze tych walk giną jedne plemiona, gdy inne chwilową zyskują przewagę. Obok wzrastającego coraz bardziej w potęgę kościoła chrześciańskiego, który na długi czas zawładnąć ma całym światopoglądem w Europie, pojawia się groźny jego współzawodnik, Islam na wschodzie. Ze starcia tych dwóch potęg powstają jeszcze gwałtowniejsze przewroty i krwawe boje.

Nic dziwnego, że wśród tych olbrzymich wstrząśnień, od których drgają wieki średnie, wyradza się zupełne zobojętnienie dla wszystkich umiejętności. Wszechwładna powaga kościoła wkracza w dziedzinę nauk lekarskich i stawiając z góry jako niewzruszony dogmat to, co poprzednicy stworzyli, kładzie kres dla nowych badań, doświadczeń i dociekań. Stąd owo wielkie znaczenie w tej epoce powagi Galena, który króluje wprost nad medycyną średniowieczną. Nauka jego zostaje uznaną za zupełnie skończoną tak, że ani nic dodać, ani nic w niej zmieniać nie wolno. Toteż całe ówczesne piśmiennictwo lekarskie ogranicza się do coraz to innego tłómaczenia i kompilowania jego dzieł.

Najdłużej jeszcze wśród tych powszechnych zmian utrzymuje się państwo bizantyńskie mimo strat i klęsk zewnętrznych, mimo wstrząsających wewnętrznych zawikłań, tak religijnych, jak i politycznych, — mimo wreszcie ogromnego w niem upadku moralnego. I jego to właśnie zadaniem, które istotnie spełnić zdołało, przechowanie przez całe średniowiecze cywilizacyi starożytnych aż do r. 1453, w którym zdobycie Konstantynopola przez Turków kładzie kres Cesarstwu wschodniemu. A kultura ta starożytna zbyt była wielką i potężną, aby nawet upadłszy zniknąć miała bez śladu; więc choć chwilowo pogrzebiona, zabłysła znów, gdy ludzkość wydobyła się z więzów feudalnej i kościelnej przewagi, a dążyć zaczęła śmiało ku wyżynom najwznioślejszych ideałów, gdy wiekopomne odkrycia nieznanych obszarów nowego świata zbudziły myśl ludzką pod hasłem wiedzy, piękna, prawdy i wolności; wtedy to nowa era nad skołatanym zaświtała światem.

Wszystkie te wielkie zdarzenia dziejowe odbijają się echem w dziedzinie ludzkiej myśli. Filozofia zwraca się znów ku idealizmowi Platona, lecz naukę jego wypacza połączenie z nową nauką, powstałą w ostatnim wieku przed Chrystusem wśród żydowskiej sekty Essejczyków, będącą mięszaniną wschodniej magii, astrologii, szczątków pitagorejskiej filozofii i perskiej teoryi emanacyjnej. Wśród chrześcian przyjmuje się rychło ta nowa filozofia, zwłaszcza gdy nawet niektórzy Ojcowie kościoła upatrują w niej jedyny klucz do należytego pojęcia idei chrześciaństwa. Tak więc z połączenia chrześciańskiego światopoglądu z filozofią Platona, Pytagorasa i wschodniej mistyki powstaje tak zwana nowoplatońska filozofia i przenika wszystkie gałęzie ówczesnej wiedzy, a więc i medycynę, stając się wybornem podłożem dla mnóstwa tajemnych środków leczniczych, zaklęć i całej tej mistyki, która znajduje podatny materyał w ciemnocie ludów średniowiecznych.

Gdy z biegiem czasu władza kościoła chrześciańskiego stanęła u szczytu swej potęgi, przeradza się nowoplatonizm w filozofię scholastyczną, która głównie pod opieką możnego zakonu dominikańskiego panuje przez pięć wieków, począwszy od IX. stulecia. I ten kierunek filozoficzny, starający się pogodzić wszystkie konflikta religii ze spostrzeganemi zjawiskami przyrody, oddziaływa szkodliwie na medycynę, bo wszechwładną panią umysłów staje się teologia, a ta uznaje, jak wyżej powiedziano, z dawnych teoryi lekarskich jedynie powagę Galena i Avicenny, pozwalając na dalsze badania o tyle tylko, o ile służą do stwierdzenia zapatrywań tych dwóch autorów na życie i przyrodę. Do upadku medycyny przyczynia się więc w tym okresie głównie skupienie wszystkich nauk w kościele chrześciańskim, przyczem Ojcowie kościoła na pierwszym planie stawiają powagę Pisma świętego, kościół staje się jedną wielką lecznicą duszy i ciała. O ile ucierpiała na tem medycyna, pozbawiona swobody badań niekrępowanej niczem myśli ludzkiej, zrozumieć łatwo, choć z drugiej strony przyznać trzeba, że ten sposób pojmowania miał jedną zaletę: wprowadził mianowicie opiekę nad chorymi, jako jedno z zadań i obowiązków chrześciańskich i stworzył pierwsze szpitale, z tych najdawniejszy założony 370 r. po Chr. w Cezarei. Z drugiej jednak strony ten brak samodzielności, ta ślepa wiara w dogmaty starożytnych autorów i skłonność ówczesnych umysłów do zagłębiania się w mistycznych zagadnieniach sprzyja ogromnie rozkwitowi magii w naukach lekarskich, które pod wpływem tych warunków, chyląc się coraz bardziej do upadku, wkraczają na bezdroża czarów i przesądów. (C. d. n.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 10 października 1906.

Dalszy ciąg dyskusyi nad odczytem Krajewskiego: **„Kamica przewodu żółciowego“.**

Janowski Wł. uważa za wskazanie do operacyi przy kamicy żółciowej tylko te objawy, które dowodzą stałego zatrzymania żółci przez kamienie lub też zakażenia żółci, jakoto: 1) bardzo częste napady kolki; 2) uporczywa (6 tygodni i dłużej) żółtaczka; 3) gorączka długotrwała; 4) częste napady zaostrzenia sprawy zapalnej w pęcherzyku żółciowym przy gorączce i objawach podrażnienia otrzewnej. Słuszność powyższych wskazań wynika zresztą z należytej oceny olbrzymich zmian anatomicznopatologicznych, zachodzących w takich razach w wątrobie. Mowca przedstawia (epidiaskopem) na preparatach mikroskopowych całość obrazu tych zmian. Zatkanie przewodu żółciowego głównego wywołuje wzrost ciśnienia w jego rozgałęzieniach obwodowych i pękanie włosowatych przewodów żółciowych w częściach obwodowych zrazików. Te wylewy żółciowe wywołują obumarcie komórek wątrobnych. Ilość powstałych ognisk martwiczych jest proporcyonalna do czasu trwania zupełnego zastoju żółci. W ciągu doby rozwija się dokoła tych ognisk martwiczych naciek drobnokomórkowy, co w dalszem następstwie sprowadza zniszczenie innych jeszcze części prawidłowej tkanki wątroby i zastąpienie jej przez bliznę. Prawie jednocześnie w ścianach przewodów żółciowych rozwija się zapalenie, które szerzy się na sąsiednią tkankę wątrobną. W ciągu następnych dwóch dni zaczyna się nadzwyczaj szybki rozrost drobnych przewodów żółciowych. Każdy z tych mnogich kanalików żółciowych ulega prawie natychmiast nacieczeniu zapalnemu, szerzącemu się z kolei na sąsiednią tkankę wątrobną. Wskutek tego w 3. lub 4. dniu rozpoczyna się szybki rozrost tkanki łącznej międzyzrazikowej, wrzynającej się stopniowo i w same zraziki. Tkanka ta wkrótce staje się bliznowatą, zniekształtnia i doprowadza do zaniku całe grupy komórek wątrobnych, tak że wątroba traci miejscami

swą budowę zrazikową. Wtedy wątroba nie może spełniać swych czynności, wobec czego łatwo wystąpić mogą: 1) zakażenie dróg żółciowych, 2) zatrucie żółcią; 3) zatrucie wytworami rozpadu tak licznych ognisk martwiczych; 4) zatrucie niedostatecznie rozpadłymi związkami amidowymi i im podobnymi; 5) zmniejszenie zasadowości krwi. Do tego przyłącza się jeszcze często niedomoga trzustki. Dla uniknięcia tych wszystkich niebezpieczeństw należy uciekać się do opieracyi, o ile wystąpią cztery na wstępie wspomniane objawy kliniczne. Nieusprawiedliwionem jest dążenie do operowania każdego chorego, który miał choćby raz w życiu napad kolki żółciowej, nawet z zupełnem, ale tylko kilkudniowem zatrzymaniem żółci. Nie można również zalecać operacyi chorym, którzy mieli kilka napadów, ale w przerwach wielomiesięcznych z przebiegiem tylko kilkodniowym. Z takiego chwilowego niebezpieczeństwa wątroba szybko wychodzi. Ogniska martwicze ulegają w tych razach wessaniu w ciągu 6—7 dni po ustąpieniu zastoju żółci; rozrosłe drogi żółciowe częściowo w ciągu 30—40 dni zarastają, częściowo zaś komórki ich przechodzą w wątrobne; wreszcie same komórki wątrobne, uwolnione z pod szkodliwych wpływów, mnożąc się, wyrównują poniesione straty. Wreszcie oświadcza się J. za pozostawianiem pęcherzyka przy operacyi.

Leśniowski oświadcza się także za pozostawianiem pęcherzyka żółciowego. Wobec dostatecznego poznania objawów uwięźnięcia kamienia w głównym przewodzie żółciowym i wobec dokładnego opanowania przez chirurgów techniki operacyjnej, należy w tych przypadkach zawsze operować i to »à froid«.

Pruszyński zaznacza, że w celach praktycznych dadzą się zużytkować: 1) własność wątroby przeobrażania węglowodanów na glikogen i zatrzymywania ich nadmiaru; 2) własność przerabiania barwnika krwi na barwnik żółci przez zdrowe komórki wątrobne; 3) własność utleniania związków amoniakalnych i wytwarzania mocznika; 4) sposób, w jaki wątroba pozbywa się barwników obcych, zzewnątrz wprowadzonych. Na tej zasadzie Pr. radzi przeprowadzać próby co do lewulozuryi pokarmowej, urobiliny, oznaczenie stosunku mocznika do amoniaku w moczu, wreszcie oznaczenie sposobu wydzielania się błękitu metylenowego, który przy zaburzeniach czynności wątroby staje się przerywany. Kamica żółciowa jest następstwem zaburzeń w przemianie materyi; zakażenie, aczkolwiek ważne, nie ma jednak w tej sprawie znaczenia głównego.

Mayzel, badając mocze żółtaczkowe przy cierpieniach wątroby, nie napotykał owych nieokreślonych bliżej kryształów, o jakich wspominają Robson i Cammidge. Są to może kryształy fosforanu wapnia lub tyrozyna. Również sferoidalnych kryształów szczawianu wapnia nie widywał M. częściej w moczach żółtaczkowych, niż w innych. Co do barwników żółciowych w moczu, to w rozmaitych cierpieniach wątroby poprzedza je urobilina.

Gabszewicz podnosi doniosłość uzyskanych obecnie danych do rozpoznawania uwięźnięcia kamienia w przewodzie wspólnym żółciowym. Gdy to uda się rozpoznać, to nawet przy znacznych zmianach pęcherzyka żółciowego chirurg poszukiwać będzie przeszkody w głównym przewodzie, nie zadowalniając się znalezieniem kamieni w pęcherzyku żółciowym. Zatkaniom wspólnego przewodu żółciowego towarzyszą bardzo często cierpienia trzustki, które bardzo trudno rozpoznać, gdyż opisywane przez niektórych autorów osobliwe kryształy fosforanów nie są zgoła objawem swoistym.

Krause jest zwolennikiem pozostawiania pęcherzyka żółciowego, jednakże czasami trafiają się tu poważne trudności. Czasami widuje się bardzo zgrubiałe pęcherzyki, w których ścianach jedynie mikroskop wykryć może zaczątki raka; to też takie zgrubiałe pęcherzyki lepiej doszczętnie usuwać.

Landau Anastazy zwraca uwagę, że metody badania sprawności wątroby, podane przez Pruszyńskiego, nie są pewne i że na nich nie można opierać wskazań do operacyi. Stosunek mocznika do amoniaku przy żółtaczce nie daje żadnych wskazówek co do stanu czynności wątroby. Urobilina w moczu występuje przy wszystkich bez wyjątku cierpieniach wątroby i jest w nich takim samym objawem ogólnym, jak n. p. gorączka w chorobach zakaźnych ostrych. Za najpewniejszy sposób badania czynności wątroby uważałby L. próbę z błękitem metylenowym, gdy można było błękit w moczu oznaczać ilościowo. Powikłania cierpieniem trzustki nie można rozpoznawać na podstawie mikroskopowego badania kału (obecność wzmożonej ilości tłuszczu); rozstrzygać tu może jedynie dokładne ilościowe chemiczne określanie tłuszczu w kale.

Krajewski uważa swędzenie skóry i zwolnienie tętna wtedy tylko za dowód poczynającego się upadku sprawności wątroby, jeśli się one zjawiają podczas niepowikłanego niezupełnego, przewlekłego zatkania przewodu wspólnego. Granice, zakreślone przez Chauffarda dla *zona pancreatico-choledochiana*, mogą rzeczywiście nie zawsze ściśle odpowiadać topografii tych narządów; sposób, podany przez Zielińskiego, określa, być może, dokładniej tę lokalizacyę. Dyskusya utwierdziła mowcę w przekonaniu, że niema dotąd pewnych sposobów stwierdzania niedostatecznej sprawności wątroby. *Ign. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Nowej ustawy lekarskiej domagają się posłowie-lekarze w austryackiej Radzie państwa, przedkładając jako samoistny wniosek projekt ustawy, uchwalony na VIII wiecu Izb lekarskich w Lincu w roku 1903, a przedstawiony już raz Radzie państwa w formie petycyi w r. 1904. Taka ustawa jest równie potrzebna, jak świeżo uchwalona aptekarska, a to temwięcej, że lekarzy dotąd obowiązują przepisy, wydane przed stu laty, a jedyna nowsza ustawa, o Izbach lekarskich, z roku 1891, okazała się odrazu pełną błędów i braków. Projekt unieważnia wszelakie dawniejsze rozporządzenia, zastępując je jednolitą ustawą, złożoną z 5 rozdziałów: 1) Prawo praktyki. Warunkami prawa praktyki są: poddaństwo austryackie, dyplom wszechnicy austryackiej, przynajmniej jednoroczna praktyka szpitalna, wpisanie się na listę lekarzy. 2) Prawa i obowiązki lekarzy. Lekarz ma prawo praktykować tylko w okręgu swojej Izby; gdzieindziej tylko czasowo, i to: na zastępstwach, w zdrojowiskach, na konsyliach lub na zasadzie obowiązku kontraktowego (kasy chorych i t. d.) Obowiązkiem lekarza jest udzielić pomocy w każdym nagłym przypadku, natomiast nie jest on zobowiązany do stałego leczenia tych chorych, u których raz ordynował; stale zaś leczonych chorych może opuścić, jednakże musi im zostawić czas na oddanie się w opiekę innego lekarza, może zaś porzucić ich natychmiast, jeżeli nie słuchają jego zarządzeń lub poza jego plecami wezwą innego lekarza. Obowiązek tajemnicy lekarskiej daje lekarzom prawo uchylić się od zeznań przed sądem. Posady w kasach chorych, towarzystwach ubezpieczeń i t. d. wolno lekarzowi przyjmować tylko na zasadzie umów, uznanych przez Izby lek. za słuszne. Poniżej ustanowionych przez Izby taryf wynagrodzenia schodzić lekarzom nie wolno. 3) Przepisy o składzie i czynnościach Izb lekarskich. 4) Przepisy postępowania dyscyplinarnego i czynności Rady honorowej. 5) Przepisy o nadzorowaniu Izb przez władze polityczne. *R.*

Rodzaj strejku lekarzy pomocniczych wybuchł w wiedeńskim szpitalu Franciszka Józefa. Dotyczy on wiktu, dostarczanego za pewną opłatą z kuchni szpitalnej lekarzom i siostrom miłosierdzia. Lekarze podjęli strejk także i ze względu na chorych, otrzymujących wikt jeszcze gorszy, i wnieśli do namiestnictwa dolnoaustryackiego podanie, w którem żądają, by dla szpitala kupowano artykuły żywności jakości nienagannej, zwłaszcza tłuszcze czyste, by ugodzono wykształconą gospodynię i kucharki, by lekarz dyżurny nadzorował pożywienie nie w kuchni, lecz na salach chorych i by jego polecenia były ściśle wykonywane. Strejkiem tym zajmowano się także na zgromadzeniu Towarzystwa lekarzy szpitalnych pomocniczych w Wiedniu 25/XI. 1906, na którem uchwalono zażądać poprawy bytu i przyznania lekarzom w czasie choroby urlopu aż do roku. *R.*

W walce lekarzy dolnoaustryackich z Wydziałem krajowym domagać się zaczynają niektóre organizacye lekarskie (Schwechat, Bruck, Hainburg) ostrzejszych środków, mianowicie zawieszenia czynności lekarskich w pewnym terminie, któryby oznaczył ogólny wiec lekarski, zwołany do Wiednia. *R.*

Bezczelność. Pod tym tytułem podaje »Postęp okulist.« wiadomość, że firma »Gesellschaft für Gumperts künstliche Augen« w Wiedniu ośmiela się listownie proponować okulistom, by podawali jej adresy osób, potrzebujących sztucznych oczu obiecując za każdy skutecznie podany adres wypłacić 4 K.! *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 25. listopada do 1. grudnia 1906 doniesiono o 11 nowych przypadkach duru plamistego w 4 gminach, a mianowicie w pow. Jarosław (Dobcza 1), Tarnopol (Ludwikówka 2), Turka (Matków 7 — zawlekł

robotnicy lasowi z Węgier, przechodzący przez Matków do Skolego), Zaleszczyki (Beremiany 1). — W ciągu ostatnich 2 miesięcy doniesiono o sporadycznych przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (6/X. w mieście Krakowie 1 przypadek, w m. Lwowie 2 stwierdzone bakteryologicznie; z końcem października (25/X.) 1 przypadek w powiecie krakowskim w gminie Rusocice). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 18 do 24/XI b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 2 (obcych 1), krztuśca 2 (—), ospy — (—), płonicy 15 (1), odry 27 (3), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (—), nagminnego zapalenia opon — (—). W tymże czasie zmarło z błonicy 1 (1), z płonicy 1.

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 25/XI a 1/XII b. r. urodziło się dzieci żywo 62, nieżywo 3; zmarło osób 67 (obcych 25); z tego z gruźlicy 13 (1), zapalenia płuc 8 (—), błonicy 3 (1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 4 (3), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 2 (2), śmiercią gwałtowną — (—).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Na III posiedzeniu ściślejszego Wydziału gospodarczego w d. 28. listopada 1906 zastanawiano się nad połączeniem sekcyi farmaceutycznej z chemiczną; sprawę tę pozostawiono do załatwienia prezydyum komitetu w porozumieniu z gospodarzem sekcyi chemicznej. Następnie uchwalono tekst odezwy, która będzie rozesłana wszystkim lekarzom i przyrodnikom polskim wraz z programem Zjazdu. Wreszcie przyjęto w zasadzie myśl loteryi fantowej w połączeniu z wystawą przyrodniczolekarską.

Dla spraw Zjazdu zawiązują się we wszystkich dzielnicach komitety miejscowe. W Poznaniu wybrani zostali przez Wydział lekarski Tow. Przyjaciół nauk do takiego komitetu drdr: Chłapowski, Łazarewicz i Święcicki; w Krakowie wybrani z Towarzystwa lekarskiego: prym. dr Borzęcki, doc. dr Gliński, prof. dr Łepkowski, a z Towarzystwa przyrodników im. Kopernika: prof. Morozewicz i prof. Siedlecki; w Warszawie sprawa jest w toku, utworzyć się tam mają trzy koła (lekarskie, higieniczne i przyrodnicze) dla spraw Zjazdu; wreszcie Wydział gospodarczy czyni kroki dla zawiązania komitetów w Wilnie i w Kijowie.

Z inicyatywy prof. Raczyńskiego tworzy się we Lwowie osobne grono dla spraw sekcyi chorób dzieci.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 5/XII. posiedzenie, na którem: 1) wybrano komitet przedwyborczy, 2) prof. Jaworski przedstawił następujące przypadki chorobowe: a) niedokrwistości śledzionowej, b) karłowatości *(nanismus infantilis athyreoplasticus)*, c) choroby Basedowa z jednostronnem wysadzeniem oka, d) *spondylosis rhizomelica*, e) odwrotnego ułożenia trzew. W dyskusyi przemawiali prof. Rosner, Ciechanowski i prelegent.

— Dr Tadeusz Żeleński (Kraków, Karmelicka 6), zaproszony przez komitet II. międzynarodowego kongresu »Kropli mleka« w Brukseli do objęcia referatu o stanie kwestyi niemowlęcej w dzielnicach polskich, uprasza za naszem pośrednictwem wszystkie instytucye i organizacye, z tą sprawą związane, a w szczególności poświęcone ochronie wieku niemowlęcego, o łaskawe nadesłanie mu swoich sprawozdań lub o ile można szczegółowych informacyi.

— Kalendarz lekarski krakowski na rok 1907, redagowany przez dra Teodora Cybulskiego, wyjdzie w dniach najbliższych. Treść kalendarza obejmuje: kalendarz kościelny, spis środków lekarskich, zawartych w podręczniku terapeut., podręcznik terapeutyczny, choroby oczne, badanie bystrości wzroku, choroby uszu, najwyższe dawki środków leczniczych, przeciętne dawki dla dzieci, tablicę brzemienności, tablicę rozwoju płodu, nowe środki lecznicze, otrucia, uwagi sądowo-lekarskie i t. d., wreszcie skorowidz zdrojowisk i dział informacyjny.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył 24. listopada b. r. posiedzenie, na którem jako Rada honorowa skazał dra B. i J. w L. na grzywnę 50 K za niewłaściwą reklamę; uchwalił zwołać na 8. grudnia b. r. konferencyę wspólną Wydziału Izby wsch.-gal., komitetu lekarzy okręgowych i delegata Izby zach.-gal. dla opracowania szkicu statutu emerytalnego dla lekarzy okręgowych, którego zażądał Wydział krajowy; uchwalił zgodzić się na proponowane przez Izbę zach.-gal. wniesienie protestu z powodu okólnika Wydziału krajowego w sprawie lekarzy szpitalnych, ale zaproponować inną stylizacyę; dalej zaproponował na Izbę gospodarczą Izbę śląską i wreszcie załatwił kilka spraw drobniejszych.

— Na posiedzeniu kraj. Rady zdrowia d. 4. grudnia 1906 wydano opinię: a) w sprawie obsadzenia posady starszego weterynarza powiatowego, b) w sprawie ustanowienia nowych okręgów sanitarnych, a to w Ustrzykach (p. Lisko), Jezierzanach (p. Borszczów) i okręgu w pow. zaleszczyckim, c) w sprawie wydania koncesyi na zakład chirurgiczno-ortopedyczny dra Chlumskyego w Krakowie.

— Porządek dzienny posiedzenia Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w d. 7/XII: 1) Dr Nowicki: Preparat z przypadku ciąży zewnątrzmacicznej. 2) Doc. Moraczewski: O lewulozuryi.

— XX posiedzenie naukowe Towarzystwa lek. lwow. odbyło się dnia 30 listopada 1906. 1) Dr Schneider przedstawił chorą ze szpitala izraelickiego, u której stwierdził objawy »bloku« serca. Osoba starsza skarży się na występujące od czasu do czasu bicie serca i ciemnienie w oczach. Badanie stwierdziło znaczne zwolnienie tętna, dochodzące do 26 uderzeń na minutę i zmiany w rytmie serca: gdy komory biją 26 razy na minutę, to przedsionki uderzają do 80 razy. Zmiany te dokładnie przedstawiają krzywe ciśnienia, zdjęte równocześnie z tętnicy sprychowej i żyły szyjnej. Sprawy takie mogą mieć swe źródło w przeszkodach, istniejących albo w nerwach błędnych, albo w zmianach mięśnia sercowego (myocarditis), albo w zmianach, zachodzących w samych pęczkach mięśnia, leżącego między komorami a przedsionkami, a zwanych »Blockfasern«. 2) Dr Franke omówił przypadek »bloku« serca, spostrzegany w klinice wewnętrznej i przedstawił odpowiednie sfigmogramy. W dyskusyi zabrał głos prof. Beck. 3) Dr Sołomowicz przedstawił chorą z »Paralysis pseudobulbaris infantilis«. Chora liczy lat około 18; zmiany opuszkowe wystąpiły zaraz po urodzeniu i utrzymują się do dnia dzisiejszego. Czynnikiem usposabiającym do schorzenia mógł być ciężki poród, dziecko bowiem urodziło się sine, prawie martwe. W dyskusyi przemawiali: dr J. Feuerstein i prof. Halban.

Wilno. Podobnie, jak setnej rocznicy założenia, tak i setnej rocznicy uroczystego otwarcia (przypadającej w Grudniu) nie będzie mogło Towarzystwo lekarskie wileńskie uroczyście obchodzić, a to z powodu obecnych stosunków politycznych i represyi rządowych. Na posiedzeniach Towarzystwa zakazało ministerstwo używać innego języka, jak rosyjski.

Petersburg. »Koło lekarskie« polskie odbyło posiedzenia 24/X. (8/XI.) 1906 z następującym porządkiem dziennym: 1) dr Zenon Orłowski: »Przypadek pierwotnego raka płuc«, 2) doc. Witold Orłowski: »Przypadek kamicy żółciowej o niezwykłym przebiegu«, oraz 14/XI. (28/XI.) 1906 z następującym porządkiem dziennym: 1) dr Chruszczyński: »Przypadek raka żołądka«, 2) dr Wilamowski: »Przypadek choroby Bantiego«. Na posiedzeniu tem zastanawiano się także nad sposobem uczczenia doc. Witolda Orłowskiego, obejmującego katedrę w Kazaniu.

Z różnych stron. Rząd francuski odebrał lekarzom niemieckim prawo praktyki na Rivierze francuskiej, co dzienniki niemieckie przypisują po części szowinizmowi francuskiemu, po części chciwości lekarzy alzackich, usiłujących na swą rzecz odbić praktykę Niemcom. »Münch. med. Wochenschrift« przypomina jednak, że francuskim lekarzom nie wolno praktykować w żadnem uzdrowisku niemieckiem, a więc rząd francuski teraz tylko się odwzajemnia.

— Sanatoryum dla gruźliczych w Mont-des-Oiseaux zamknięto w maju r. b. i przekształcono na uzdrowisko zwykłe z wyłączeniem chorych na gruźlicę. Krok ten stara się L. Petit, komisarz generalny zjazdu przeciwgruźliczego, usprawiedliwić w liście otwartym do prof. Letulle (ogłoszonym w »Presse med.« Nr 94) tem, że w sanatoryum stanowili nieuleczalni (nawet przez lekarzy przysyłani) chorzy 61 prc. ogółu, wskutek czego sanatoryum musiałoby było dać złe wyniki i wkrótce wzbudzić nieufność ogółu, chociaż w 3 pierwszych latach istnienia było przepełnione.

— Dzieło dra Alfreda Sokołowskiego »O chorobach dróg oddechowych«, wydane niedawno w tłómaczeniu niemieckiem dra Fabiana, ocenia nader pochlebnie Kuttner w »Berliner klin. Wochenschrift (Nr 48).

— Zakład leczniczy polski na Lido pod Wenecyą otwiera 1. stycznia 1907 dr Ebers po wygaśnięciu dzierżawy dawnej

»Terapii« w Cirkwenicy. Wybór to bardzo szczęśliwy, gdyż położenie, blizkość czarownego miasta dożów, wyborny klimat morski, przeczyste powietrze, a wreszcie ustalona już sława lecznicza samej miejscowości każą jak najlepiej rokować o rozwoju tego, jedynego dziś polskiego zakładu na południu. Brak takiego wzorowo urządzonego zakładu leczniczego dotkliwie dawał się uczuć od czasu zwinięcia cirkwenickiej »Terapii«, bo zakłady krajowe przez letnie tylko miesiące bywają dostępne. Chorzy więc, potrzebujący słońca i klimatu południowego w jesieni, w zimie lub wczesną wiosną, skazani byli na zakłady obce, gdzie nigdy tego uczucia, że są wśród swoich, mieć nie mogli. Życzyć zatem trzeba kol. Ebersowi, by dobry jego pomysł uwieńczyło powodzenie. *Dr Adam Langie.*

— Akademia wojskowo-lekarska została przez władze zamkniętą, natomiast wszechnica moskiewska na prośbę studentów ponownie otwartą.

Mianowani: Doc. Asher profesorem nadzw. fizyologii w Bernie; prof. Colleville profesorem med. wewnętrznej, a dr Jacquinet profesorem patologii wewn. w Reims.

Dr Edward Zieliński docentem higieny i somatologii w seminaryum nauczycielskiem w Starym Sączu.

Powołani: Prof. Mathes z Akademii lek. w Kolonii na katedrę pedyatryi do Erlangen.

Zmarli: W Piotrkowie dr B. Hejdukowski w 58 r. ż., po 32-letniej działalności lekarskiej; w Warszawie dr Józef Jankowski w 68 r. ż.; w Petersburgu znany klinicysta prof. L. Popow.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 46 Wretowski: Bakteryomocz w niektórych sprawach zakaźnych. Rontaler: Kazuistyka powikłań spraw ropnych narządu słuchowego. Kijewski (c. d).

— *Tygodnik lekarski* Nr 48. Herman: Przypadek włókniaka na szyi. Opolski (c. d.).

— *Medycyna* Nr 48. Krajewski, Rotstadt (c. d.), Neugebauer (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr 22. Kucharzewski: 5 przykładów pęknięcia naczyń wewnątrzczaszkowych pochodzenia urazowego bez uszkodzenia kości. Biehler Matylda (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr 22. Mikołajski (c. d.).

— *Časopis lekařův českých* Nr 48. Souček: Neuritis multiplex post pertussim. Pitha, Honl, Dvořak (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 45. Czystowicz: O płytkach krwi w ostrych chorobach zakaźnych. Lewaszow (dok.). Żebrowski: Znaczenie rozpoznawcze zmian moczu przy badaniu (przez ugniatanie) nerek. Krasnogorskij: Badanie przemiany żelaza u osesków.

— *Presse médicale* Nr 94. Lapersonne: Oko ołowicze. Jayle: Technika amputacyi szyjki macicznej. Comby: Etyologia gruźlicy u dzieci. — Nr 95. Teissier. Mocznica u chorych na gruźlicę. Castaigne: Wątroba a żelazo.

— *Semaine médicale* Nr 48. P. Marie: Rewizya sprawy niemoty.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 48. Schur i Zak: Kliniczne badania czynności nerek w miażdżycy i przewlekłem zapaleniu nerek. Fuchs: Z kazuistyki kurczów tułowia. Torday: Częściowe wyłuszczenie gruczołu tarczowego jako środek leczniczy w przypadku choroby Basedowa. Kraft: O zastąpieniu palców ręki przez przeszczepienie palców nogi (daktyloplastyka). Neumann: Dotychczasowe wyniki przeszczepiania kiły na małpy.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie sekcyi higieny żywienia odbędzie się **w Domu Towarzystwa lek. krak.** (ul. Radziwiłłowska l. 4) **w Poniedziałek 10. grudnia 1906** o godz. 6 wieczorem. Na porządku dziennym: Program prac sekcyi.

Posiedzenie sekcyi przeciwgruźliczej odbędzie się **w Domu Towarzystwa lek. krak.** (ul. Radziwiłłowska l. 4) **we środę d. 12. grudnia 1906** o godz. 6 wieczorem. Na porządku dziennym: Program zwalczania gruźlicy w miastach.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Visvit i jego działanie na przemianę materyi opisał J. Nevinny w pracy p. t. „Stoffwechselversuche mit Visvit" z zakładu farmakolog. w Insbrucku. (*Wiener klin. Rundschau* 1906, Nr 39). Poprzednie prace, jak Maassa i i., o działaniu skutecznem visvitu, znalazły zupełnie potwierdzenie w ściśle przeprowadzonych doświadczeniach nad przemianą materyi przy używaniu tego przez instytut chemiczny dra Horowitza w Berlinie wyrabianego środka, dokonanych przez dra N. U psów, którym podawano obok poprzedniej strawy 3 razy dziennie po 7 gr. visvitu przez przeciąg 5 dni (z włączeniem w spostrzeżenie pięć dni przed i pięć dni po leczeniu) stwierdzić można wyraźne zatrzymanie azotu i fosforu. U pierwszego psa wynosiło ono dziennie 2,382 gr. N. i 0,245 gr. P., u drugiego 2,686 gr. N. i 0,424 gr. P., czyli około 15,9 do 17,9 grm. przybytku białka dziennie. Wynika z tego jasno, że przybytek wagi wśród używania visvitu polega na gromadzeniu się białka, nie zaś tłuszczu, z którego to powodu nadaje się środek ten również do leczenia przez tuczenie. Nevinny przytacza następujące wskazania: osłabienie, podupadnięcie odżywienia na różnem tle, niedokrwistość, błednica, krzywica, neurastenia, histerya, przedwczesny upadek sił po chorobach gorączkowych i wskutek nieżytu żołądka i jelit. Z powodu braku istot wyciągowych można visvit podawać u chorych na dnę, cukrzycę i w cierpieniach nerek.

Dawka: 3—6 razy dziennie łyżeczka herbaciana z czubkiem, dzieciom połowę, i to w postaci suchej lub z zimną wodą lub ciepłymi płynami. *Hr.*

Histosan, nowy przetwór gwajakolowy stosował Friedmann w poliklinice wiedeńskiej (Prof. Stoffella). (*Berl. mediz. Klinik* 1906, Nr 39). Histosan, jest to białkan trójgwajakolowy, z krystalicznego gwajakolu i białka kurzego, proszek brunatny o lekko aromatycznym zapachu i smaku. Podaje się w postaci proszku 3—4 razy dziennie po 0·5, lub jako syrup 3—4 razy dziennie łyżeczkę kawową, dzieciom połowę. F. poleca na podstawie swych doświadczeń histosan także w rozpoczynającem się wychudnieniu, błednicy, przy braku apetytu, oznakach gruźlicy, aczkolwiek w mniejszych dawkach. W przypadkach przewlekłego nieżytu oskrzeli osiągnięto złagodzenie drażnienia do kaszlu, a nawet usunięcie kaszlu bez środków odurzających. Podnieść należy działanie histosanu także w niedokrwistości i błednicy u dziewcząt, polegające na poprawie stanu ogólnego i ustąpieniu typowych objawów. Po użyciu histosanu nietylko nie spostrzegano złego wpływu na trawienie, lecz przeciwnie stwierdzano zawsze korzystny wpływ na apetyt i stan ogólny. *Zr.*

Omorol

Nowy, zupełnie niedrażniący proszek srebra do leczenia uległych zapaleniu zakażonych błon śluzowych gardła (angina, dyfterya) i narządu rodnego i do leczenia zakażeń spojówki i rogówki.

Xeroform

Zupełnie nietrujący, wysuszający, odwaniający proszek do posypywania ran o wielkiej sile wywołującej pokrywanie się ran naskórkiem i bez wszelkiego działania drażniącego na rane i jej otoczenie.

Duotal

Duotal „Heyden", nietrujący bezwonny i bez smaku przetwór gwajakolu. Wyborny lek w gruźlicy płuc i przewlekłych nieżytach narządów oddechowych.

Injectio Hirsch do bezbolesnych wstrzykiwań rteci.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 d

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie

przez dzieci i kobiety.

Odznaczone kilkakrotnie. — **Przeszło 4000 orzeczeń lekarskich.** — Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki. 21

J. Serravallo * Triest-Barcola.

Bazylejska fabryka chemiczna, Bazylea (Szwajcarya).

Kryofina najszybciej działający i najpewniejszy lek przeciwgorączkowy i kojący ból, szczególnie w rwie kulszowej i innych nerwobolach.

Vioform najlepszy środek zastępczy zamiast jodoformu, bezwonny, dający się wyjałowić.

Ferratogen (nukleina żelazawa), nie ulega działaniu soku żołądkowego, nie sprawia zaburzeń żołądkowych.

Sulfurol zastępuje zupełnie Ammonium sulfo-ichthyolicum.

Piśmiennictwo, próbki leków i wszelkie wyjaśnienia na żądanie.

Antypiryna zupełnie czysta.

Fenacetyna krystaliczna i w proszku.

Kwas acetylosalicylowy najczystszy.

Skład główny na Austro-Węgry:

Carl Barolin, Wiedeń, VII/1, Apollogasse 8.

Telefon 7992. 52

Sławne na cały świat źródła:

VICHY

Własność francuskiego Państwa.

Administracya:

Paryż, 24 Boulevard des Capucines 24.

Polecane przez pierwsze powagi lekarskie:

Celestins: w chorobach nerek, cierpieniach dróg moczowych, w dnie i cukrzycy.

Grande-Grille: w kolkach wątrobnych i kamykach żółciowych, w zastojach w zakresie organów jamy brzusznej.

Hôpital: we wszystkich niestrawnościach.

Przetwory: sole do kąpieli i picia, pastylki

Składy we wszystkich składach wód mineralnych i aptekach.

Prawdziwe tylko wtedy, jeśli kapsle i etykiety noszą firmę źródła. 219

Należy zawsze podawać dokładnie nazwę żądanego zdroju.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychniny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców;** bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób 165

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

Rok XLV. Kraków 15 Grudnia 1906. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu Patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O sztucznej czasowej odporności jamy brzusznej na zakażenie.

Napisał

Prof. Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Mikroby jelitowe, zakażające pospolicie w warunkach naturalnych jamę brzuszną, dostają się do niej w sposób dwojaki: albo przechodzą one ze światła jelita przez patologicznie zmienioną, ale nie przedziurawioną jeszcze ścianę jelita do jamy otrzewnej, albo też dostają się tam wraz z innymi składnikami treści jelita przez otwór, powstały przy przedziurawieniu jelita. Działanie przygotowawczego śródotrzewnego wstrzyknięcia bulionu w przypadku pierwszym starałem się zbadać w kilku doświadczeniach, w których przez zaciskanie pętli jelitowych sprowadzałem takie zmiany ściany jelita, że przez nią mikroby jelitowe przechodziły do jamy brzusznej. Atoli doświadczenia te wyników ścisłych dać nie mogły, przedewszystkiem z powodu różnorodności flory jelitowej u różnych zwierząt, do doświadczeń użytych. A potem, choćby się nawet wykonywało doświadczenia na takich zwierzętach, jak n. p. młode, jeszcze ssące króliki, których flora jelitowa, jak to wynika ze spostrzeżeń Miecznikowa, jest bardzo jednostajna, albo też na zwierzętach starszych, których florę jelitową przez odpowiednie żywienie poniekąd ujednostajniono, to przy powyższym sposobie wykonania doświadczeń pozostaje jeszcze nie dające się już nietylko uniknąć, ale nawet nie dające się w przybliżeniu ocenić poważne powiklanie, jakie stanowią tu zlepy i zrosty otrzewne, które uniemożliwiają wszelkie dokładne normowanie sztucznie sprowadzonych zmian jelita na dłuższy okres czasu, a tem samem i otrzymanie ścisłych wyników badania. Natomiast działanie przygotowawczego wstrzyknięcia śródotrzewnego w przypadku drugim, to jest, gdy mikroby dostają się do jamy brzusznej z jelita przedziurawionego, można zbadać dokładnie i to zapomocą sposobu, zbliżonego do tego, jaki Petit w dwu doświadczeniach zastosował, mianowicie przez zakażanie jamy brzusznej zawiesiną kałową, co Petit zupełnie niesłusznie za nieścisły sposób badania uważa. Jeżeli bowiem zwierzęta przygotowane i kontrolne zakaża się jedną i tą samą, dobrze wymieszaną, a zatem jednostajną zawiesiną kałową w równej ilości, to ścisłość tego sposobu nie ustępuje chyba ścisłości, z jaką się w badaniach doświadczalnych stosuje sztuczne mieszaniny mikrobów, wziętych z czystych ich hodowli, a nawet mikroby jednego tylko gatunku w hodowli czystej. Wprawdzie przy tym sposobie badania powstaje poważne utrudnienie, wynikające stąd, że przed właściwem doświadczeniem niepodobna określić najmniejszej dawki śmiertelnej zawiesiny, użytej do zakażenia zwierząt; trudność ta daje się jednak przezwyciężyć przez przeprowadzenie większej ilości doświadczeń; wówczas udaje się bowiem w pewnej ich części utrafić ową właściwą dawkę graniczną materyału zakaźnego, jaka ze względu na jasność ostatecznego wyniku doświadczenia jest pożądaną. Innemi słowy trudność owa sprowadza się do tego, że pewna ilość doświadczeń, nieudanych z powodu źle utrafionej dawki materyału zakaźnego, jest stracona. Ale za to rzeczony sposób badania przedstawia tę niepoślednią korzyść, że pozwala z dostateczną ścisłością wykonać doświadczenie wśród warunków, do warunków naturalnych w stanach patologicznych wielce zbliżonych.

Wychodząc z powyższego założenia, przeprowadziłem w r. 1903 28 doświadczeń na świnkach morskich i królikach, w których starałem się zbadać działanie uprzedniego śródotrzewnego wstrzyknięcia bulionu na przebieg i zejście zakażenia kałowego jamy brzusznej; w czasie tym nieliczne zresztą doświadczenia Raymonda Petita, ogłoszone podówczas bardzo ogólnikowo w sprawozdaniach paryskiego Towarzystwa biologicznego, nie były mi jeszcze znane. Główne wyniki tych badań przedstawiłem w krótkości na XIII Zjeździe Chirurgów polskich w Krakowie (17), przy sposobności wykładu „O fagocytozie“ (18), jaki na tym Zjeździe miałem. Wyniki te, ogłoszone w roku bieżącym w Rozprawach Wydz. mat.-przyr. Akademii Umiejętności w Krakowie, były następujące:

Po wyłączeniu z ogólnej ilości 28 doświadczeń piętnastu takich, których wynik z powodu źle utrafionej dawki zawiesiny kałowej, jakiej do zakażenia zwierząt używałem, jasnym być nie mógł, na pozostałych 15 doświadczeń w 12 czyli w 80% doświadczeń przygotowawcze wstrzyknięcie bulionu do jamy brzusznej na następowe jej zakażenie zawiesiną kałową wywarło wpływ korzystny, a mianowicie w 6 doświadczeniach, czyli 40% doświadczeń zabieg ten przedłużył, a w 6 innych, a więc również w 40% doświadczeń, uratował życie zakażonych zwierząt. Przy bardzo zaś ostrej, a zarazem niekorzystnej ze względu na powstawanie miejscowej odporności ocenie wyników powyższych doświadczeń, wypada, że na ogólną ilość 17 doświadczeń u zwierząt, przygotowanych bulionem, zejście zakażenia było mniej pomyślne, niż u zwierząt kontrolnych, w 2 doświadczeniach, czyli w 11·1% doświadczeń, mniej więcej takie same, jak u zwierząt kontrolnych, w 6 doświadczeniach, czyli

w 35·3% doświadczeń, a pomyślniejsze w 9 doświadczeniach, czyli w 23·5% doświadczeń, przygotowawcze wstrzyknięcie bulionu znacznie przedłużyło życie zwierzęcia, a w 5 doświadczeniach, czyli w 29·4% doświadczeń, uratowało zwierzę od śmierci. Okazało się przytem, że przygotowawcze śródotrzewne wstrzyknięcie bulionu wywołuje miejscową odporność jamy brzusznej na zakażenie kałowe nietylko gdy jest wykonane w przeddzień zakażenia, ale nawet jeszcze wówczas, gdy je wykonać na 10½ godzin przed zakażeniem.

(C. d. n.)

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell. (Dyrektor: Prof. Kader).

Powikłania płucne w chirurgii.

Podał

dr Adolf Eugeniusz Klęsk

I asystent kliniki.

(Dokończenie).

Do nieco rzadszych, ale dość groźnych powikłań pooperacyjnych należą zakrzepy i zatory. Zakrzepy są zwykle sprawą pierwotną, często jednak dopiero po wytworzeniu się zatorów możemy je rozpoznać, a jedynie tylko zakrzepy obwodowe, jak żył udowych lub zatok żylnych dostępne są dla rozpoznania. Zakrzepy występują najczęściej w żyłach miednicy małej i spostrzegamy je też często po operacyach wyrostka robaczkowego. Z miednicy małej zakrzep szerzy się często ku obwodowi do żył udowych i to głównie lewej. Zakrzepy spotykamy też czasami przy operacyach na większych żyłach i po ich podwiązaniu, zwłaszcza jeżeli podwiązka nie jest jałową, n. p. po operacyach żylaków goleni, moszen, rzadziej już odbytnicy, dalej po operacyach na krezce, a zwłaszcza po operacyach na sieci. Zakrzepy wytwarzają się także przy zaciśnięciach i skręceniach jelita, przy uwięźniętych przepuklinach, przy okręceniach się narządów, posiadających szypułę, przy ropnych zapaleniach żył i zatok żylnych, po *brisement forcé* stawów, przy ucisku żył przez guzy nowotworowe, przy zapaleniach otrzewnej i t. d. Wskutek tych zakrzepów powstają często zatory. Zatory płucne występują dopiero zwykle w kilka dni po operacyi, najczęściej między 3–8 dniem zdrowienia i objawiają się nagłym zapadem, bladością lub sinicą, dusznością, zimnym potem, nagłym kaszlem i kłuciem w boku, często spadkiem ciepłoty i drobnem tętnem tak, że objawy te po operacyach brzusznych mogą nawet lekarza wprowadzić w błąd, sprawiając wrażenie przedziurawienia jelita i zapalenia otrzewnej bardzo ostro przebiegającego. Zatory zdarzają się głównie u ludzi młodych i w średnim wieku między 25—45 rokiem życia. Plwocina krwawa zjawia się dopiero w 2—4 dni po napadzie duszności i utrzymuje się przez kilka dni. Ciepłota chwilowo wzrasta, a potem znowu opada. Objawy osłuchowe są zwykle dość wyraźnie zaznaczone. W statystyce naszej na 1922 operacyi wystąpiły zatory 21 razy, co stanowi około 1·0% powikłań.

Przypadki nasze, w których wystąpiły zatory po operacyi, były następujące: 1) rak odbytnicy (5 dnia), 2) zakrzep zatoki poprzecznej (3 dnia), 3) rak żołądka (gastroenterostomia zapomocą guzika, zator 3. dnia), 4) rak żołądka (gastroenterostomia zapomocą szwu — 5. dnia), 5) pęknięcie jelita i krezki (5. dnia), 6) zapalenie otrzewnej i przedziurawienie (3. dnia), 7) operacya Talmy (2. dnia), 8) żylaki podudzia (36! dnia), 9) zwężenie odźwiernika (gastroenterostomia — 4. dnia), 10) mięsak barwikowy pachwiny, podwiązanie boczne żyły udowej (2. dnia), 11) wycięcie śledziony (7. dnia), 12—18) przepukliny uwięźnięte (2., 4., 5., 8., 9., 10. dnia), 19) brisement forcé stóp płaskich (8 dnia), 20) żylaki odbytu (8. dnia), 21) wycięcie macicy od strony jamy brzusznej (10. dnia).

Z tych 21 przypadków 7 skończyło się śmiercią, z czego w 5 znaleziono przy sekcyi jako bezpośrednią przyczynę śmierci zaczopowanie tętnicy płucnej. W jednym z wymienionych przypadków przepukliny uwięźniętej wykonano najpierw odprowadzenie a w tydzień później operacyę doszczętną, po której w 2 tygodnie wystąpił zawał płucny. W 2 przypadkach zatory były wielokrotne i zjawiały się w 2—4-dniowych odstępach. Zatory nastąpiły:

10 razy w płucu prawem,
6 „ „ lewem,
2 „ obustronnie.

Zejście śmiertelne wydarzyło się prawie we wszystkich przypadkach u ludzi młodych i silnych. To samo stwierdził w swojem zestawieniu Albanus. Według niego stanowią zatory 2% powikłań operacyjnych. Jako przyczynę powstawania zakrzepów i zatorów podaje Albanus utrudniony odpływ krwi, zmiany w sercu, osłabienie, leżenie w łóżku, zakażenie i oziębienie. Zakrzepy żył udowych następują częściej, bo podług Bibergeila w 4·6% operacyi brzusznych; następują one często po operacyach przepuklin. W klinice naszej spostrzegaliśmy 3 razy zakrzepy żył udowych: raz po operacyi przepukliny, raz po pęknięciu jelita i krezki i raz po operacyi raka żołądka. O wiele rzadziej zdarzają się po lub przy operacyach zatory powietrzne lub tłuszczowe. W klinice naszej spostrzegaliśmy tylko raz zator tłuszczowy po strzaskaniu kości udowej kulą pistoletową; przypadek ten zakończył się nagle wśród składania nogi śmiercią. Zatory tłuszczowe spotykał Stolper czasem przy niedrożności jelit i kamicy żółciowej. Biegnąć mają one drogą przewodu piersiowego. Zakrzepy występują przy przepuklinach uwięźniętych w splocie wiciowatym i po operacyi Alexandra-Adamsa w żyłach nasiennych.

Jeżeli zakrzep już istnieje, to przy operacyi może się bardzo łatwo kawałek skrzepu oderwać n. p. w okresie podniecenia przy chloroformowaniu, gdy parcie krwi jest silne i chory się rzuca. Zakrzepy w żyłach udowych dają zwykle dość dobre rokowanie, zwłaszcza jeżeli dotyczą one ludzi młodych, u których krążenie szybko się wyrównuje. Zakrzepy zatok żylnych pochodzenia usznego każą już o wiele poważniej rokować, bo dają zatory zakażone, rozsiewające drobnoustroje po ustroju. W podwiązaniu żyły szyjnej posiadamy jeden z bardzo energicznych zabiegów, zapobiegających tworzeniu się przerzutów. I tak w dwóch bardzo ciężkich przypadkach jedynie temu podwiązaniu zawdzięczyć należy uratowanie chorych, u których prof. Kader wykonał trepanacyę z powodu ropienia ucha i zakrzepu zatok żylnych; w obu przypadkach w skrzepie stwierdzono paciorkowce. Obecnie polecono też podwiązywanie żył macicznych i nasiennych przy ostrem zakażeniu połogowem. Operacye żylaków, przebiegające bez zakażenia, nie bywają

powodem żadnych poważnych powikłań; podobnie operacye żylaków moszen i odbytu.

Zgorzel płuc występuje, jeżeli chory przed, wśród lub po operacyi zachłysnął się, szczególnie treścią kałową, przy wymiotach w niedrożności jelit, rzadziej już drogą przerzutową szczególnie przy przepuklinach uwięźniętych zgorzelinowych. Wskutek aspiracyi występuje też zgorzel u chorych nieprzytomnych, zwłaszcza po operacyach mózgowych. Wstrząs mózgu i pęknięcie podstawy czaszki pociągają za sobą często powikłania płucne, szczególnie opadowe zapalenie płuc. Rokowanie przy zgorzeli płuc bywa różne. Bardzo często, jeżeli sprawa jest czysto miejscowa, kończy się ona pomyślnie, rzadziej już przebija się ognisko do opłucnej i zakaża ją i zajmuje większą część płuca i wiedzie do śmierci. Zgorzel, powstała wskutek przerzutów zakaźnych daje oczywiście złe rokowanie, bo przerzuty rozsiewają się przytem po całym ustroju. Zgorzel z zachłyśnięcia się u ludzi młodych daje zwykle pomyślniejsze rokowanie, u ludzi starych natomiast wiedzie bardzo często do śmierci.

Przechodzimy wreszcie do ostatniego punktu naszych rozstrząsań, t. j. do ocenienia, kiedy wolno, a kiedy nie wolno operować wobec powikłań płucnych, już istniejących.

Z takich powikłań najczęściej spotykamy się ze zmianami gruźliczemi płuc przy zamierzanych operacyach gruźlicy chirurgicznej. Spotykamy je stosunkowo dość często u chorych, cierpiących na gruźlicę kości, stawów lub gruczołów. Zmiany są zwykle niewielkiego stopnia i nie powinny nas powstrzymywać od operacyi. Tak n. p. na 75 operacyi gruczołów szyjnych dokonanych na klinice stałej (wszystkie bez wyjątku przypadki ciężkie, lżejszych, które operuje się ambulatoryjnie tu nie uwzględniono) spostrzegaliśmy tylko raz wybitne pogorszenie się sprawy gruźliczej w płucach, nadmienić należy jednak, że gruczoły sięgały tu bardzo głęboko aż pod obojczyk. Zresztą stosunkowo bardzo rzadko występowały inne powikłania; zapaleń płuc spostrzegaliśmy 4 i to 2 u chorych, operowanych ambulatoryjnie. Chorzy ci po operacyi poszli do domu i łatwo zaziębieniu uledz mogli. Przypadki te przyjęliśmy potem wobec powikłania. Są one do powyższych 75 wliczone, o 2 innych wspomnieliśmy już wyżej. Przy operacyach kostnych spostrzegaliśmy tylko raz jeden pogorszenie sprawy płucnej. Operacye zaś takie, jak n. p. skrobanie, wstrzykiwanie do stawu, wypuszczanie ropy, wykonywano kilkakrotnie u takich chorych w uśpieniu bez pogorszenia stanu płuc. Z innych operacyi wspomnieć należy o laparotomiach i operacyach z powodu gruźlicy jelit, zwłaszcza kątnicy. Przypadków takich spostrzegaliśmy w klinice 6, z tego w 3 zmiany gruźlicze w płucach były poważne.

Jeden z tych przypadków zakończył się śmiercią, zupełnie jednak niezależnie od zmian płucnych. W innych żadnego pogorszenia sprawy płucnej nie stwierdziliśmy. Widzimy z tego, że w przypadkach zwężeń przewodu pokarmowego na tle gruźliczem, nawet wobec poważnych zmian w płucach operować można i należy, zwłaszcza, jeżeli używamy znieczulenia lędźwiowego a nie uśpienia. Operacya bowiem, wracająca chorym możność odżywiania się, działa zarazem korzystnie na całość ustroju. Połączenie zaś wyniszczenia rakowego i gruźliczego wstrzymać nas powinno od operacyi, albowiem wynik operacyi nowotworu nie jest nigdy pewny, narażamy więc chorego na ciężką operacyę, a nie możemy mu dać pewności, że odżywienie rychło się poprawi. Z tego też powodu w 2 przypadkach raka żołądka wstrzymaliśmy się od zabiegu wobec wybitnych zmian gruźliczych w płucach. Gruźlica nerek i pęcherza łączy się także niejednokrotnie ze zmianami w płucach, choć zmiany płucne zwykle są miernego stopnia. W przypadkach takich operowaliśmy zawsze z wynikiem dodatnim. Od zabiegu wstrzymaliśmy się tylko dwa razy u kobiet starszych. Zmiany w płucach były niewielkie, ale wyniszczająca ciągła gorączka wstrzymała nas od zabiegu. Gruźlica jąder łączy się nieraz ze zmianami płuc; tu często leczenie zachowawczo-chirurgiczne wiedzie do celu. Również i przy operacyach z powodu gruźlicy otrzewnej nie spostrzegaliśmy pogorszenia się zmian w płucach; natomiast, jak wyżej wspomniałem, wystąpiły powikłania płucne przyrody zapalnej przy wypuszczaniu płynu, przenoszeniu i oziębieniu chorych. W jednym przypadku gruźlicy kolana wycięliśmy staw mimo istnienia gruźliczych zmian w płucach. Po operacyi sprawa w płucach pogorszyła się, a w końcu nastąpiła śmierć. Operacya jednak ze względu na bole i szerzenie się sprawy w stawie była koniecznie wskazana. Co do często wspominanego występowania gruźlicy prosówkowej po zabiegach chirurgicznych, to spostrzegaliśmy to tylko raz jeden i to dopiero w 3 miesiące po zabiegu (ropienie gruźlicze ucha środkowego). Zresztą mimo częstych zabiegów, jak forsownych prostowań kończyn, kręgosłupa i leczenia wyciąganiem nie zauważyliśmy ani razu powikłań.

Zresztą chorzy na gruźlicę nie oddziałują zwykle bardzo na zabiegi, a jedynie podniesienie się ciepłoty o kilka dziesiętnych stopnia bywa śladem przebytego zabiegu. Nieraz zaś po operacyjnem usunięciu ognisk gruźliczych spostrzegaliśmy właśnie polepszenie się stanu ogólnego i płuc.

Wobec tego jesteśmy tego zdania, że chorych ze zmianami gruźliczemi w płucach średniego natężenia należy operować, lecz o ile możności trzeba ograniczać się wobec zmian w płucach do zabiegów jak najmniejszych. Odmawiać stanowczo pomocy z powodu zmian w płucach byłoby z naszej strony postępowaniem nieludzkiem, bo po pierwsze statystyka poucza, że chorzy tacy znoszą zabiegi dobrze, a powtóre usuwając ognisko n. p. kostne jeszcze przez to i na płuca i stan ogólny korzystnie wpłynąć możemy. Nie zapominajmy też o tem, jak częstą jest gruźlica, i że nieraz bezwiednie operujemy chorych na inne ciężkie choroby, nie wiedząc, że cierpią oni także na utajoną gruźlicę.

Co do innych zmian istniejących w płucach przed operacyą, to nieraz jesteśmy w trudnem położeniu przy rozstrzygnięciu pytania, czy operować, czy nie. Nieżyt oskrzelowy ostry z gorączką jest oczywiście zawsze przeciwwskazaniem do operacyi, o ile nie chodzi jednak o operacye ze wskazań życiowych. Nieżyt przewlekły, zwłaszcza przy rozedmie płuc, z zalegającą wydzieliną, jest sprawą bardzo poważną, zwłaszcza przy operacyach na głowie, szyi i w jamie brzusznej w uśpieniu ogólnem; zapalenia, a nawet zgorzel płuc rozwijają się potem często. Decydując się na zabieg, przygotować się też powinniśmy na możliwość takich powikłań po zabiegu. W przypadkach takich wskazanie opierać należy na stanie serca i układu krwionośnego. Dobry stan serca i brak wybitniejszych objawów miażdżycy tętnic pozwala rokować stosunkowo pomyślniej. To też na stan serca trzeba zwracać uwagę pilną przed operacyą i po niej; przed

operacyą dla podniesienia jego sprawności wobec czekającego go zabiegu i działania środka usypiającego, po operacyi zaś celem przeciwdziałania nieprawidłowościom w krążeniu, zwłaszcza celem zapobieżenia zastojowi w płucach. Względy te skłoniły Kadera, Hermanna, Witzla i innych do zapobiegawczego stosowania środków sercowych przed operacyami. W klinice krakowskiej postępujemy też w ten sposób, podając chorym zawsze zapobiegawczo przed operacyami naparstnicę lub strofantus.

W końcu słów kilka o możności zapobiegania powikłaniom płucnym. Każdego chorego powinno się zbadać dokładnie przed zabiegiem, stwierdzić ciepłotę, zbadać mocz i krew. Przed większemi operacyami, zwłaszcza na szyi i w jamie brzusznej, podać należy zapobiegawczo środki sercowe, z dodatkiem w razie potrzeby wykrztuśnych; środki wykrztuśne podać należy szczególnie przed operacyami na szyi. Jeżeli nie ma czasu podać środków sercowych przed operacyą, należy to uczynić zaraz po operacyi, zwłaszcza u osób starszych, oczywiście jednak w dawkach niewielkich, by w razie zapadu mieć zawsze broń przy sobie. Dokładnie zbadać należy też zawsze przed operacyą jamę ustną, nosową, gardło i krtań. Przed operacyami poważniejszemi polecenia godnem jest uporządkowanie zębów, zdjęcie z nich kamienia i t. d., zwłaszcza przed operacyami w jamie ustnej i na szyi. Przed operacyą polecić należy chorym płukanie ust płynami przeciwgnilnymi; przed operacyami brzusznemi należy zawsze żołądek wypompować. Niektórzy radzą nawet odkażać treść żołądkową przez podawanie na kilka dni przed operacyą kwasów organicznych lub kwasu salicylowego. O ile możności unikać należy uśpienia ogólnego, co obecnie wobec rozwoju znieczulenia lędźwiowego, jest rzeczą łatwą.

Przy operacyach unikać należy ułożenia z głową zwieszoną. Po operacyi nie należy zakładać opatrunków uciskających szyję i klatkę piersiową. Ciężko chorych ułożyć należy w łóżku więcej ku stronie lewej ze względu na częstsze występowanie powikłań płucnych po stronie prawej. Po operacyach zapalenia otrzewnej ułożyć znów należy chorych więcej półsiedząco, a to w tym celu, by wessanie pierwiastków zakaźnych przez przeponę utrudnić. Przy myciu i przy operacyi unikać się powinno zbytecznego ochładzania chorych. Odsłaniać powinno się tylko tę część ciała, która ma być operowaną; resztę ciała należy ciepło okryć. Płyny chorobowe wypuszczać należy zwolna zapomocą sączków i trójgrańców, do płukania jam używać należy płynów gorących. Po operacyi należy chorych ciepło okrywać i dbać o to, by się nagle nie ochładzali i nie odkrywali. Ciepłota pokoju lub sali powinna wynosić średnie 14—18°, przyczem pożądaną jest dobra wentylacya. Operować należy o ile możności bezgnilnie, a więc prócz wyjałowienia rąk, narzędzi i opatrunków, przestrzegać należy czystości powietrza w sali operacyjnej i operować w maskach, czapkach i rękawiczkach. Podwiązki powinny przechodzić przez jak najmniejszą liczbę rąk, by pozostały jałowemi. W razie podniesienia się ciepłoty po operacyi należy zaraz zbadać krew, w danym razie zmienić opatrunek, gdyż rozwijające się zakażenie przyczynia się niemało do występowania powikłań płucnych.

Wnioski, do których doszliśmy, są w streszczeniu następujące:

1) Powikłania płucne pooperacyjne wydarzają się głównie po operacyach brzusznych i to niezależnie od sposobu znieczulenia.

2) Powikłaniom tym towarzyszy prawie zawsze mniejsze lub większe zakażenie rany. Jeżeli jednak ono nie wystąpiło, to należy przypuszczać, że operowano jednak w materyale nieczystym, lecz ustrój przemógł zakażenie miejscowe; odbiło się to jednak zaraz na stanie płuc.

3) W niektórych przypadkach powikłania płucne występują z innych przyczyn, n. p. po zachłyśnięciu się i t. d.

4) W pewnej grupie powikłań płucnych przyjąć musimy jako przyczynę ich powstania zmiany naczynio-ruchowe w postaci tak zwanego zaziębienia.

5) Zakażenia płuc z powietrza przy operacyach w jamie brzusznej są bardzo nieprawdopodobne, przynajmniej badania powietrza tego nie dowodzą.

6) Powikłania płucne po operacyach wola występują w razie pochodzenia zakaźnego głównie po stronie lewej, albowiem zakażenie posuwa się tu wzdłuż przełyku drogą limfatyczną.

7) Zatory płucne powstają najczęściej także wskutek miejscowego zakażenia. Zdarzają się one przeważnie u ludzi młodych ze zdrowem sercem i dają bardzo poważne rokowanie.

8) Zapobiegawczo podawać należy chorym przed operacyami środki sercowe, unikać przeziębienia przed, przy i po operacyi. Do przepłukiwania jam ciała należy używać płynów ciepłych, a płyny chorobowe wypuszczać ostrożnie, by chorych nie moczyć.

9) Znieczulenie lędźwiowe nie chroni przy operacyach brzusznych od występowania powikłań płucnych, działa natomiast bardzo korzystnie przy operacyach na szyi i w razie istniejących już powikłań płucnych.

10) Co do przedoperacyjnych powikłań płucnych, to gruźlica płuc średniego stopnia nie powinna odstraszać od zabiegu. W razie ostrych zmian w płucach wstrzymać się należy od zabiegu, operować tylko ze wskazania życiowego i to w znieczuleniu lędzwiowem.

O jadach zwierzęcych.

Podał

Doc. Dr Ignacy Lemberger.

(Ciąg dalszy.)

Nowsze badania (Mosso) wykryły, że we krwi węgornic znajduje się istota, która może działać zabójczo na zwierzęta, jeżeli ją wstrzykniemy podskórnie, śródżylnie lub do otrzewnej; jednak istota ta może również działać szkodliwie, jeżeli ją w większej ilości wprowadzimy do żołądka. Surowica krwi węgornic wyszczególnia się od surowicy innych ryb już smakiem, który jest ostry i piekący. Mosso nazwał istotę zawartą w surowicy krwi węgornic ichtyotoksyną; należy ją, jak dotychczas, zaliczyć do toksalbuminów. Przez gotowanie działanie trujące tej istoty zostaje zniszczone. Fermenty, pepsyna z kwasem solnym (sztuczne trawienie) również niszczy tę istotę. Działanie farmakologiczne tej istoty badał Mosso dokładnie na psach, królikach, świnkach morskich, żabach i gołębiach, wstrzykując tym zwierzętom surowicę krwi węgorza, węgornicy zwykłej i morskiej. Badania te dowiodły, że ichtyotoksyna początkowo przyspiesza oddychanie, później je zwalnia i poraża zupełnie; gdy dawka nie jest zbyt wielką, możemy sztucznem oddychaniem utrzymać życie. Czynność serca również początkowo zwiększa

się, później następuje zwolnienie. Większe ilości jadu działają bezpośrednio porażająco. Ichtyotoksyna znosi zdolność krzepnięcia krwi. Na układ nerwowy działa ichtyotoksyna porażająco. Działanie surowicy węgornic przypomina pod wielu względami działanie jadów wężów, jednak jest słabsze. W końcu należy wspomnieć, że badania Cavazzaniego oraz Maracciego dowiodły, że również surowica krwi minogów rzecznych i morskich, jakoteż tuńczyka (*thynnus thynnus*) zawierają istotę jadowitą, działającą podobnie jak ichtyotoksyna węgornic.

Z gromady płazów (*amphibia*) znamy również gatunki jadowite, mianowicie wiadomą jest od dawna rzeczą, że ich wydzielina skórna zawiera trujące istoty. Z gromady tej ważne są dla nas dwa rzędy zwierząt: ogoniaste (*urodela*) i kuse (*anura*). Do pierwszych należą jaszczurowate (*salamandrina*), do drugich ropuchowate (*bufonidae*).

Z jaszczurowatych zasługują na uwagę jaszczur (*salamandra maculosa*) i traszka (*triton cristatus*). Jaszczur, należący do »biernie« jadowitych zwierząt, wytwarza w gruczołach skórnych karku, grzbietu i nasady ogona wydzielinę białawą, gęstą, która zawiera dwie, farmakologicznie działające istoty. Pomijając podania starożytnych o działaniu jadu jaszczura, jako wielce fantastyczne, a w każdym razie przesadne, już Maupertuis (1727) i Laurentius (1768) dowiedli badaniami doświadczalnemi, że jad jaszczurów działa zabójczo na niektóre zwierzęta, wywołując kurcze padaczkowate i tężec tylny. Doświadczenia te poszły później w zapomnienie i znów powątpiewano o jadowitości jaszczurów, gdy w r. 1851 badania Gratioleta i Cloëza potwierdziły najzupełniej doświadczalne wyniki Laurentiusa. Badanie chemiczne tego jadu, wykonał pierwszy Zaleski (1866) i wyosobnił istotę zasadową, zwaną samandaryną. Później w r. 1899 wyosobnił ten sam autor dwie działające zasady. Z badań Zaleskiego i E. S. Fausta wynika, że jad jaszczurów zawiera jako istotę działającą samandarynę $C_{26}H_{40}N_2O$. Samandaryna jest zasadą oleistą, która tworzy sole krystaliczne. Jej siarkan, ogrzany ze zgęszczonym kwasem solnym, tworzy znamienne zabarwienie ciemno-niebieskie. Farmakologiczne działanie samandaryny odnosi się do działania na ośrodkowy układ nerwowy i objawia się wzmożeniem pobudliwości odruchów, które później zmniejszają się, a w końcu zupełnie znikają.

Podobnie działa samandaryna na rdzeń przedłużony, mianowicie na ośrodki samoczynne, a szczególnie na ośrodek oddychania. Zatrucie objawia się zatem silnemi drgawkami, często połączonemi ze skurczami tężcowymi (u żab), przyspieszeniem oddychania, wzrostem ciśnienia krwi i zwolnieniem tętna. Śmierć następuje u ciepłokrwistych z powodu porażenia ośrodka oddechowego. Na podstawie tych objawów zaliczyć musimy samandarynę do trucizn kurczowych, a więc do rzędu pikrotoksyny, koriamyrtyny, digitaliresiny i toksyresiny z tą tylko różnicą, że samandaryna wywołuje drgawki, pomieszane z kurczami tężcowymi. Co do dawki śmiertelnej, to ta wynosi na kilogram ciała psa 0·7—0·9 mg. siarkanu samandaryny według E. S. Fausta, gdy Phisalix oznaczył dawkę śmiertelną chlorowodorowego połączenia na 1·8 mg. Króliki są jeszcze wrażliwsze na działanie tej trucizny. Zatrucia samandaryną podobne są do objawów wścieklizny, albowiem rozróżnić możemy i tu także trzy okresy t. j. okres zwiastunów, okres podrażnienia i okres porażny. Badania dowiodły również, że wodnik chloralu, jak zresztą z działania jego teoretycznie już wynika, znosi działanie kurczowe samandaryny i że możemy po wstrzyknięciu chloralu wprowadzić królikowi podskórnie $1^1/_2$ dawki śmiertelnej samandaryny bez szkody.

Oprócz samandaryny posiadają jaszczury w swym ustroju jeszcze drugi alkaloid t. zw. samandaridyną. Alkaloid ten ma wzór $C_{20}H_{31}NO$ i tworzy z kwasami krystaliczne sole. Znajduje się on w ustroju jaszczurów we większej ilości, aniżeli samandaryna. Działanie samandaridyny odpowiada działaniu samandaryny, a różnica jest tylko ilościowa, a mianowicie by wywołać równie silne objawy, potrzeba wstrzyknąć 7—8-krotną ilość samandarydyny.

W odmianie jaszczur alpejski (*salamandra atra*) znalazł Netolizky istotę, zwaną przez niego samadatryną, która jako siarkan dobrze krystalizuje, pod względem farmakologicznym działa jak samandaryna i samandaridyna, a różni się jedynie rozpuszczalnością w eterze. (C. d. n.)

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Aubertin. **Białaczka, a radyoterapia.** (*Semaine méd.* 1906, Nr 39). Wpływ leczniczy promieni Roentgena na białaczkę składa się z dwóch czynników. Jednym jest bezpośrednie działanie niszczące promieni na narządy limfatyczne i szpik kostny. Drugim czynnikiem jest działanie pośrednie, wywołujące leukotoksyny we krwi dotkniętych białaczką i przez to obniżające liczbę krwinek białych. Wpływ ten jest w każdym razie tylko chwilowy, bo po przerwaniu naświetlań tkanka białaczkowa odradza się. Autor stwierdził, że u osobników, u których klinicznie usunięto przez naświetlanie objawy białaczki, znajduje się po śmierci te same zmiany patologiczne, co u osobników wcale nie leczonych. Mimoto jednak należy stosować rentgenizacyę, gdyż przywraca ona na długi czas chorym prawidłową możność bytu. Ponieważ przez naświetlania nie można doszczętnie usunąć zmian białaczkowych, przeto autor radzi przerywać naświetlania po osiągnięciu u chorego poprawy, a podejmować je na nowo przy pojawianiu się nawrotów cierpienia. *Dr Blassberg.*

Prof. Noorden. **Zadania nauczania w klinice lekarskiej.** (*Wiener klin. Wochenschr.* 1906, Nr 36). Noorden dzieli nauczanie w klinice lekarskiej na trzy części: propedeutyczną, kliniczną i terapeutyczną. Tam, gdzie nie ma kliniki propedeutycznej, tam pierwszym działem nauczania musi zająć się klinika główna, jej kierownik i asystent. Asystenci powinni przedewszystkiem uczyć ogólnej semiotyki, fizycznych metod badania, jakoteż dyagnostyki chemicznej, mikroskopowej i bakteryologicznej. Nauka kliniczna w ściślejszem znaczeniu powinna zaznajamiać ucznia z poszczególnymi obrazami chorobowymi. Klinika powinna przytem budzić u uczniów zajęcie dla wszelakich postaci chorobowych, należących do jej działu. Uczeń powinien dojść do przeświadczenia, że nie choroba, ale chory człowiek istnieje dla lekarza. Klinika powinna kłaść tamę przesadzonemu specyalizowaniu się. Specyalizowanie się może być uzasadnione tylko w takiej gałęzi, której opanowanie wymaga długiego technicznego ćwiczenia. Samo leczenie jest, jak powiada N. „delikatną roślinką, która udaje się w rękach nie każdego ogrodnika“. By dobrze leczyć, potrzeba nietylko wiedzy, pilności i sumienności, ale nadto wielkiego doświadczenia, a przedewszystkiem znajomości ludzi. I dlatego nie można nikogo nauczyć lecznictwa; każdy lekarz musi sam odgadnąć całą odrębność każdego poszczególnego przypadku. Dalej podniósł N. ważność psychologicznego uchwycenia indywidualności chorego. W duszy każdego chorego, nawet największego nędzarza-kaleki, drzemie na dnie nadzieja. Ona jest mostem, na którym spotykają się dusze chorego i lekarza nawet wtedy, kiedy rozum powiada, że droga prowadzi w przepaść. Lekarz, który pragnie być nietylko maszyną leczniczą, ale naprawdę dobrym doradcą, musi rozumieć i umieć przemówić do duszy swojego chorego. Nie może być dobrym lekarzem ten, kto odarty jest z wszelkiego optymizmu. Pewny siebie, uczciwie pojęty, nietylko sztucznie okazywany optymizm stanowi to, co nazywamy leczeniem psychicznem. W nauce klinicznej uwzględnić można leczenie psychiczne w małej tylko mierze. Nie da się ono uchwycić w prawidła, nie da się ująć w żadne paragrafy, ani systemy. Trzeba je tworzyć dla każdego przypadku z osobna. Ono stanowi moment artystyczny w leczeniu, który wyświęca leczącego na lekarza. Ale i wielkiej znajomości ludzi potrzeba, żeby módz skutecznie działać na chorego; trzeba mieć otwarte oczy i otwarte uszy na wszystko, co stanowi o ludzkim losie, o rozwoju człowieka cielesnym i duchowym. Kto się chce nauczyć leczyć nietylko choroby, ale ludzi chorych, ten musi ciągle pamiętać o dewizie: *Homo sum, humani nihil a me alienum puto.* *E. S.*

Goliner. **W sprawie odżywiania chorych na płuca.** (*Wiener med. Presse* 1906, Nr 40). Jako dobry środek do odżywiania chorych na płuca, zaleca autor przetwór, zwany „Tao“, wyrabiany (Brockhaus & Comp. w Halensee) w postaci płytek, z których każda zawiera 0,5 gr. balsamu peruwiańskiego, 0,25 gr. lecytyny i 9,25 gr. roboratu. Balsam peruwiański, zawierający kwas cynamonowy i będźwinowy, działa przeciwgnilnie, lecytyna jest środkiem skrzepiającym układ nerwowy, roborat zaś jest rodzimem białkiem, wyrabianem z nasion zboża. Autor stosował „Tao“ u wielu chorych na gruźlicę płuc i neurastenię i stwierdzał poprawę łaknienia i przyrost wagi. *Friediker.*

Rieder. **O wartości prześwietlania klatki piersiowej w przebiegu zapalenia płuc, zwłaszcza usadowionego centralnie.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 40 i 41). Autor zaleca bardzo gorąco sposób badania, wymieniony w tytule, nietylko przy zapaleniu płuc centralnem, ale także w przebiegu innych ogniskowych chorób płuc. *Dr M. Godlewski.*

CHIRURGIA. Prof. Legueu. **O nawrotach brodawczaków pęcherza moczowego.** (*Wiener med. Presse* 1906, Nr 39). Brodawczak pęcherza jest nowotworem łagodnym, który po doszczętnem usunięciu zwykle nie powraca. Jednakże zdarzają się wyjątki. I tak autor spostrzegał kilka przypadków, operowanych przez siebie, u których w przeciągu 2—4 lat nastąpiły nawroty, i to albo w otoczeniu blizny, albo w znacznej odległości od niej. W niektórych przypadkach przyczyną tych nawrotów jest niedość doszczętne usunięcie nowotworu, w innych znowu mógł istnieć obok jednego wielkiego brodawczaka drugi mały, którego przy operacyi nie zauważono, i który dopiero później się rozrasta. Nawroty te zdarzają się jednak czasem mimo najdoszczętniejszego usunięcia nowotworu i mimo ścisłego stwierdzenia braku innych nowotworów, a wtedy trzeba przyjąć, że nabłonek, który raz wytworzył brodawczaka, może wśród pewnych bliżej nieznanych warunków wytworzyć i drugiego i trzeciego. Rokowanie zawsze jest pomyślne, bo nowotwór nie nabiera złośliwości nawet po kilku nawrotach. I tak autor u jednej chorej wskutek nawrotów 3 razy wykonał operacyę; od ostatniej operacyi upłynęło obecnie przeszło 10 lat bez nawrotu. Rozpoznać nawrót można stanowczo w tych przypadkach, w których w kilka miesięcy po operacyi pojawia się krwawy mocz. Wziernikowanie pęcherza potwierdza rozpoznanie. Podczas operacyi należy zawsze dokładnie przeszukać całą błonę śluzową i w razie stwierdzenia obecności mniejszych brodawczaków należy jednocześnie i te usunąć. *Friediker.*

Lücke. **Technika i wskazania znieczulenia lędźwiowego.** (*Deutsche Mediz. Ztg.* Nr 65, 1906). Omówiwszy technikę, określa L. wskazania znieczulenia lędźwiowego, jak następuje: Znieczulenie to znajduje zastosowanie przy wszystkich zabiegach na kończynach dolnych, na kroczu i dolnej części brzucha, jak n. p. przy operacyach wyrostka robaczkowego między napadami zapalenia, przy operacyach przepuklin i cięciu nadłonowem. Przy operacyach powyżej pępka, a poniżej wyrostka mieczykowatego wynik znieczulenia lędźwiowego bywa mniej pewny, ale i tu można uzyskać znieczulenie dostateczne, odpowiednio zwiększając dawkę, np. 0,08 stowainy z dodatkiem adrenaliny. Znieczulenie lędźwiowe oprócz innych zalet góruje nad ogólnem uśpieniem także przez to, że chorzy mają się stosunkowo dobrze także po zabiegu; prawie nigdy nie ma wymiotów, nudności, ogólnego osłabienia; jedzenie można odrazu bez obawy podać, (o ile temu oczywiście nie przeszkodzi sam rodzaj operacyi). Znieczulenie lędźwiowe nie działa na tętno, oddychanie pozostaje swobodne i głębokie, niema niebezpieczeństwa aspiracyi. Dlatego znieczulenie to jest wskazane u starców, u osób charłaczych, wobec wad serca, chorób płuc i u opilców. — Przeciwwskazaniem jest wiek młodociany poniżej lat 14, oraz wielka nerwowość. Nie wolno zaś użyć znieczulenia lędźwiowego w przypadkach ropnicy lub posocznicy; nie powinno się go także stosować wobec chorób rdzenia. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Voltz. **Postępy w leczeniu chirurgicznem rwy kulszowej.** (*D. Med. Ztg.* 1906, Nr 74). Przebieg korzeni splotu krzyżowo-kulszowego przez otwory krzyżowe stwarza niekorzystne warunki dla nerwów. W długich, a ciasnych kanałach kostnych, jakimi są otwory krzyżowe, nie mogą nerwy usunąć się przed działaniem urazów, trafiających miednicę. Silne wstrząśnienia, niepodatność znaczniejsza opony twardej, zmiany dnawe w stawach krzyżowobiodrowych, zaparcia stolca często i uporczywe, sprzyjają powstawaniu rwy kulszowej; usposabiającym czynnikiem są również krwawnice. W tych przypadkach rwy, które opierają się wszelkiemu innemu leczeniu, lub w których badanie rentgenowskie stwierdzi zdruzgotanie, odłamanie lub inne ciężkie uszkodzenie kości miednicy, wskazaną jest operacya Bardenheuera. Z zabiegów niekrwawych godne zalecenia jest naciągnięcie nerwu kulszowego w uśpieniu chloroformowem według Billrotha z następowem miesieniem (t. zw. „Knöcheleffleurage“). Dalej zaleca się sposób Ehreta. W tem położeniu, w którem nerw najswobodniej leży, zakłada się opatrunek ze szkła wodnego. Po kilku dniach przecina się ten opatrunek z obu boków, tworząc w ten sposób opatrunek ruchomy, który stosuje się dalej obok miesienia; wyniki są pomyślne. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Dietrich i Arnheim. **Formysol, nowy środek do odkażania rąk.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 45, 1906). Formysol, płynne potasowo-formalinowe mydło z dodatkiem wyskoku i innych odwaniających i odkażających środków, jest żółto-zielonym oleistym płynem, o przyjemnym zapachu. Rozpuszcza się dobrze w wodzie i wyskoku. Wyrabia go fabryka Hahna w Schwedt w 2 postaciach, mianowicie z 10 prc. i 25 prc. zawartością formaliny. Zawiera więc formysol najwięcej formaliny ze wszystkich znanych jej przetworów; bakteryobójczo działa bardzo mocno, o wiele silniej nawet od karbolu. Rąk nie niszczy, a odkaża je bardzo pewnie. Używa się go w 10—25 prc. roztworze. *Klęsk.*

Spiess. **Próby leczenia nowotworów rakowych zapomocą znieczulania.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 40). Autor wychodzi z założenia, że rozrost nowotworu złośliwego odbywać się może jedynie przy silnym dopływie krwi. Podniety do tego nadmiernego przekrwienia wychodzą oczywiście z samego nowotworu, porażenie ich więc zapomocą środków znieczulających mogłoby działać leczniczo. Próby leczenia tą metodą raka u myszy wypadły wogóle dodatnio. Jeżeli leczenie rozpoczęto wcześnie, a nowotwór miał skłonność do powolnego tylko rozrostu, wtedy udawało się rozrost powstrzymać, a nawet uzyskać zupełne wyleczenie. Próby na ludziach w toku. Autor obiecuje zdać z nich sprawę niebawem. *Dr M. Godlewski.*

Geissler. **O gruźlicy gruczołu sutkowego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 44, 1906). Na gruźlicę samoistną gruczołu sutkowego zwrócono uwagę dopiero w r. 1881, a jeszcze i do dziś dnia niewiele opisano przypadków. Gruźlica sutka powstać może drogą krwi, limfy lub też przez zakażenie od zewnątrz. Występuje u kobiet, głównie między 30—50 rokiem życia i to w dwóch postaciach, mianowicie jako zimny ropień, lub jako gruźlica rozsiana. Najczęściej zgłaszają się chore już z przetokami. Przy rozlanej postaci gruźlicy pierś nie ulega powiększeniu, brodawka zostaje wciągnięta. Gruczoły sąsiednie są zwykle powiększone, nieraz rozpadłe. Często spostrzegać można równoczesnego raka sutka i gruźlicę sąsiednich gruczołów limfatycznych, natomiast rak i gruźlica w samym gruczole sutkowym równocześnie prawie nigdy nie występują. *Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. — Leopold. **W sprawie wiewiórowego zapalenia otrzewnej w połogu. Laparotomia. Sączkowanie. Wyzdrowienie.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 43). Już dawniej ogłosił L. pracę o operacyjnem leczeniu połogowego zapalenia otrzewnej i ropnicy. Pomiędzy przytoczonymi tam przypadkami znajdują się 2, w których jako przyczynę stwierdzono wiewióra, w 2 innych domyślano się go. Doświadczenie poucza, że przypadki wcześnie operowane udaje się niekiedy uratować. L. dodaje opis nowego przypadku, dotyczącego 28-letniej wieloródki, u której po prawidłowym porodzie połóg z początku był bezgorączkowy. Nagle 6 dnia ciepł. 39·1, tęt. 114, brzuch bolesny, wzdęty, w wydzielinie pochwy i cewki dwoinki wiewiórowe. Nazajutrz stan gorszy, 39·0, 148, wyraźne objawy zapalenia otrzewnej. Największa bolesność w dole po stronie prawej. Tegoż dnia operacya. Po nacięciu nad prawem więzadłem Pouparta wypływa ciecz mętna, żółtawa, zawierająca ciałka ropne i dwoinki w czystej hodowli. Po wykonaniu przeciwcięcia poniżej brzegu wątroby, przeprowadzono gruby sączek gumowy. Podobnie postąpiono po stronie lewej. Wreszcie przebito kleszczykami pod nadzorem palca od wewnątrz ku pochwie zatokę Douglasa i przeprowadzono od wewnątrz dren, sięgający do połowy pochwy. Najobfitsza wydzielina odpływała przez pochwę. Ciepłym roztworem fizyologicznym soli przepłukiwano tak długo sączki, aż odpływać zaczął płyn przeźroczysty. Podskórnie wstrzyknięto 1000 gr. roztworu soli kuchennej. Stan powoli się poprawiał, ciepłota w dniach późniejszych 37·0—37·5, tęt. 80—88. Od 16. dnia wydzielina skąpsza, 23. dnia usunięto sączki boczne, 41. dnia sączek z zatoki Douglasa. Wyleczenie. *B. Wojciechowski.*

Thies. **O gorączce w połogu w r. 1905** (*Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 43). Stosując u położnic stale opisane przez siebie dawniej postępowanie, t. j. usuwanie w 4—10 godzin po porodzie skrzepów z pochwy zapomocą wacików, wprowadzanych przez wziernik Trelata, uzyskał T. spadek odsetka chorobowości, która wynosiła w latach 1902—1904 od 15·4—17·4%, w r. 1905 na 13·3%; po wyłączeniu przypadków cięcia cesarskiego, przecięcia spojenia i gorączkujących z przyczyn, nie pozostających w związku z częściami rodnemi, pozostaje 8·02% chorobowości. *B. Wojciechowski.*

Görl. **Naświetlanie promieniami Röntgena z powodu obfitych, przez mięśniaki wywołanych krwawień miesiączkowych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 43). Albers-Schönberg przekonał się, że stosując promienie Röntgena na jądra królików, wywołuje się ich niepłodność i to bez zmian na skórze. Potwierdzili to inni, a drobnowidowo stwierdzono zwyrodnienie nabłonków w jądrach. Tilden Brawn zauważył, że u 18 robotników, zajętych przez 3 lata i więcej fabrykacyą przyrządów Röntgena, wystąpiła niepłodność. Halberstädter stwierdził drobnowidowo w jajnikach zanik pęcherzyków pod wpływem promieni Röntgena, a Favean de Courmelles donosi o dobrym wpływie tych promieni na włókniaki macicy, polegającym na zmniejszeniu się guzów i nasilenia krwotoków. Tłómaczył on sobie ten wynik działaniem promieni na same włókniaki. W przypadku krwotoków z powodu włókniaków u 40-letniej osoby uciekł się G. po wyczerpaniu środków wewnętrznych i podskórnych do promieni Röntgena, w tej atoli myśli, by przez

działanie na jajniki wpłynąć pośrednio korzystnie na krwotoki. Po 22 posiedzeniach 10-minutowych krwotoki zaczęły się zmniejszać, a po dwóch następnych miesiącach ustała zupełnie miesiączka. Równocześnie zmniejszyły się włókniaki. Objawów z braku nie było, zmian zapalnych na skórze nie zauważono. Jeżeliby dalsze doświadczenia miały być uwieńczone równie dobrym wynikiem, to postępowanie to zyskałoby ogromne znaczenie w tych przypadkach, w których stan ogólny, powikłanie wadą serca, chorobą nerek itp. wstrzymują od wykonania operacyi doszczętnej. *B. Wojciechowski.*

Mendels. **O krwawieniu w ciąży wskutek zmian w doczesnej zagiętej** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 42). Ogólnie przyjęto zapatrywanie, że doczesna zagięta (*reflexa*) zanika po 6. miesiącu ciąży i że od owej chwili doczesna prawdziwa przylega bezpośrednio do kosmówki. Jedynie Bumm mówi o resztkach doczesnej zagiętej, dających się zawsze wykryć. Poszukiwania własne M. doprowadziły go do przekonania, szczególnie na podstawie badań brzegu łożyskowego, że prawie zawsze resztki doczesnej odgiętej odszukać się tu dają. Otaczają one w tem miejscu kosmki. Jest bardzo nieprawdopodobne, aby kosmki miały kiedykolwiek wrastać wprost w doczesną prawdziwą. Wynika to nawet z rycin, podanych przez panią van Tussenbroek, aczkolwiek ta autorka do przeciwnych dochodzi wniosków. Brak zupełny doczesnej odgiętej z końcem ciąży uważa M. za możliwy, lecz bardzo wyjątkowy stan, pociągający za sobą na ogół objawy poważne, bo krwawienia. M. przytacza 2 przypadki uporczywych krwawień w ciąży. W pierwszym nastąpiło samodzielne poronienie w VII. m. c., w drugim musiano z powodu niedokrwistości przerwać ciążę w VI. m. c. W obu razach płody żywe, a po wyłączeniu innych jeszcze przyczyn krwawienia (jak łożysko przodujące itd.) dopatruje się M. jako jedynej przyczyny (wykrytej badaniem drobnowidowem) nieprawidłowości w doczesnej odgiętej, przyczem w pierwszym przypadku domyśla się, że do jej rozwoju wogóle nie przyszło, w drugim, że nastąpiło pęknięcie jej pod wpływem urazu lub nieprawidłowego zwyrodnienia. Wynik był w obu przypadkach jednaki, t. j. wytworzyło się nieprawidłowe połączenie pomiędzy przestrzeniami międzykosmkowemi, a światem zewnętrznym, a w następstwie krwotoki, przerywające się od czasu do czasu, gdy skrzep drogę zatorował. Jest to mniej znana i mało uwzględniana przyczyna krwawień w ciąży, które w takim razie bywają tak uporczywe i obfite, iż stanowić mogą, co się zresztą nie dzieje, same przez się wskazanie do przerwania ciąży. *B. Wojciechowski.*

Schwarzwaller. **W sprawie techniki cystoskopii** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 42). W pewnym przypadku zauważył S., jak podczas napełniania pęcherza przed cystoskopią płynem z irygatora, zawieszonego 1 m. nad poziomem pęcherza, po wypłynięciu około 100 gr. nagle zwierciadło płynu w irygatorze zaczęło się podnosić i poszło o palec w górę, czemu towarzyszyło zmętnienie płynu w rurce i irygatorze. Był to wynik skurczu pęcherza, który jak wiadomo, nie jest rzadkością. Spostrzeżenie to przemawia na niekorzyść irygatora, a za używaniem strzykawki w celu napełniania pęcherza, gdyż irygator i płyn w nim zawarty łatwo może zostać zakażonym treścią pęcherza. Jedynie założenie wentylu po drodze do irygatora zapobiedz może podobnemu zdarzeniu.

B. Wojciechowski.

Hugel. **Mięśniaki tkanki łącznej miednicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 42). Opis dwu, przed operacyą mylnie rozpoznanych przypadków tego cierpienia i przypadku mięśniaka powłok brzusznych w okolicy kiszki ślepej, dochodzącego do ścian miednicy. Ostateczne wnioski opiewają: 1) Przy wszystkich guzach podbrzusza o niewyraźnem usadowieniu nie należy zaniedbywać wydymania jelit przez odbytnicę w celu rozpoznawczym; 2) Mięśniaki tkanki łącznej miednicy nie są wcale rzadkie; należy zatem o nich myśleć, napotykając małe twarde guzy w miednicy. 3) Samo obmacanie pozwala jedynie na przypuszczenie zewnątrzotrzewnej siedziby guza; badanie przez pochwę pozwala wyczuć cały wchód miednicy i okolicę dużych naczyń. 4) Mięśniaki pozaotrzewne, z trójkąta Petita wychodzące, są nieruchome. Mięśniaki z tkanki łącznej miednicy są łatwo ruchome (o ile nie ulegną wklinowaniu wskutek swych rozmiarów) i można je dla tego pomieniać z włókniakami jajników. 5) Mięśniaki tkanki łącznej miednicy zawierają włókna mięśni gładkich, mięśniaki zaś powłok przedstawiają budowę przejściową do mięśni prążkowanych. *B. Wojciechowski.*

OKULISTYKA. Kadinski. **Dwa przypadki skrzydlika górnej powieki.** (*Wiestnik Oftalm.* Lipiec—Sierpień, 1906). Dziewczyna 17-letnia zwróciła się do autora z powodu opadnięcia górnej powieki prawego oka. St. obecny: szpara na prawem oku jest o tyle niższą, iż górna powieka zakrywa część źrenicy; po odwróceniu górnej powieki widać, że spojówka załamka w środkowej części przechodzi na spojówkę tarczki i pokrywa ją; zwężając się coraz więcej dosięga brzegu rzęskowego powieki, gdzie się kończy koło przewodów gruczołów Meiboma; błona ta ma postać trójkąta, jest nieco bledsza od spojówki. Autor przeciął skrzydlik, przypuszczając, iż tym sposobem da się usunąć opadnięcie powieki, lecz wynik był ujemny. Drugi przypadek dotyczył szeregowca, który cierpiał na gruźlicę i niczem się nie różnił od pierwszego. *Dr K. Karnicki.* (Ptbg.).

Raymond Béal. **Krwotoki siatkówkowe w przypadkach zgniecenia klatki piersiowej.** (*Ann. d' Ocul.* 1906, Nr 5) Autor opisuje jedno spostrzeżenie własne krwotoku siatkówki u górnika, który uległ zgnieceniu klatki piersiowej, dostawszy się między dwa wózki, pełne kamieni. Krwotok w tym przypadku wystąpił tylko w jednem oku i zajął okolicę plamki żółtej. Krew uległa wkrótce wessaniu, ale po pewnym czasie nastąpił stopniowo zanik obu nerwów wzrokowych. Ponieważ w jednem oku była ograniczona, dawna plama zanikowa w naczyniówce, prawdopodobnie pochodzenia kiłowego, przypuszcza autor, że istniały już zmiany w ścianach naczyniowych siatkówki, które spowodowały krwotok w chwili zgniecenia klatki piersiowej, pomimo, że nie powstały wybroczyny ani na skórze, ani na spojówkach, ani na innych błonach śluzowych. *Doc. K. W. Majewski.*

Ginzburg. **Wrzód twardy powieki dolnej.** (*Wiestnik Oftalm.* Lipiec—Sierpień, 1906). 65-letnia położna zgłosiła się do autora w kwietniu 1905, skarżąc się na ból w lewem oku. Chora od urodzenia cierpi na niedomykalność lewego oka z powodu porażenia nerwu twarzowego. 22 lutego do lewego oka chorej, zajętej właśnie przy porodzie, trysła krew i woda płodowa. O stanie zdrowia położnicy chora nic dokładniej nie wie. Około 20-go marca dolna powieka lewego oka chorej obrzękła, skóra się zaczerwieniła, w środkowej części powieki zjawił się nieduży twardy guzek, podobny do jęczmyka; na wierzchołku guzka była szarawo-biała plamka. Jednocześnie lewe gruczoły przyuszne obrzękły. Guzek stale zwiększał się, a pokrywający go szarawo-biały pokład rozszerzał się po powierzchni spojówki; takiż pokład utworzył się w wewnętrznym kącie oka. Stan obecny: dolna powieka lewego oka znacznie obrzękła; skóra zaczerwieniona, w środkowej części brzegu rzęskowego dolnej powieki znajduje się nieduży (10×5 mm.) czworograniasty guzek, chrząstkowato twardy; na powierzchni guzka białawo-żółty pokład, nie dający się usunąć za pomocą waty. Brzegi guzka, nie owrzodziałe, nieznacznie przechodzą w zdrową tkankę. Dolny załamek spojówki obrzmiały i przekrwiony: mięsko łzowe i fałd półksiężycowaty spojówki pokryte również białawo-żółtym pokładem. Rogówka i tęczówka prawidłowe; badanie wziernikowe nie stwierdziło żadnych zmian; bystrość wzroku pr.=1.0; l. o. 0,4;+0,75D=0,8. Gruczoły przyuszne i podżuchwowe znacznie powiększone, twarde i bolesne. 27 kwietnia zjawiła się na skórze różyczka, a wkrótce potem w niewielkiej ilości guzki. Pod wpływem wcierania szaruchy guzek na powiece uległ wessaniu. Autor przypuszcza, iż białawo-żółty pokład na mięsku łzowem i fałdzie półksiężycowatym spojówki były skutkiem kłykcin płaskich, co jest objawem drugiego okresu kiły. *Dr K. Karnicki.* (Ptbg.).

Kazos. **Łuszczyca spojówki.** (*Wiestnik Oftalm.* Lipiec—Sierpień. 1906). Do szpitala wojskowego w Brześciu Lit. zgłosił się 25-letni szeregowiec, skarżąc się na świerzbienie w prawem oku. Stwierdzono: ogólny stan zdrowia zupełnie prawidłowy. Spojówka prawa trochę przekrwiona; na spojówce dolnej powieki widać paseczek barwy srebrzysto-białej, który zaczyna się od mięska łzowego i idąc w kierunku na zewnątrz i ku dołowi dosięga brzegu rzęskowego dolnej powieki: długość paseczka 10 mm. szerokość 1 mm. Załamek spojówki również przekrwiony, tuż koło załamka na spojówce gałki widać trzy stożkowate guzki (5×4, 3×2 i 2,5×3 mm.); dno ich czerwone, przecięte przez naczynia krwionośne; guzki pokryte łuskami srebrzysto-białej barwy. Łuska z powierzchni największego stożka składa się drobnowidowo z komórek nabłonkowych z jednem lub kilku jądrami. Przez trzy miesiące pobytu w szpitalu guzki, wcale nieleczone, ciągle się zwiększały; potem zaczęły powoli zmniejszać się, przyczem dno stożków bladło. W dniu opuszczenia szpitala, po dalszych 3 miesiącach, stan oka był następujący: Spojówka zupełnie prawidłowa; większa część guzków uległa wessaniu, łuska zmniejszyła się i przybrała barwę biało-różową. Paseczek w spojówce znacznie bledszy i rozpadł się na drobne części. *Dr K. Karnicki.* (Ptbg.)

* * *

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVII posiedzenie naukowe z dnia 19. października 1906.

Posiedzenie odbyło się w sali wykładowej kliniki chirurgicznej. Obecnych 84 członków. Przewodniczy: kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki.

Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I. Kol. prof. Gluziński przedstawił dwóch chorych z kliniki lekarskiej. *a*) Przypadek **tętniaka zstępującej części tętnicy głównej**, usadowionego w niezwykłem miejscu, a to między kręgosłupem, a lewą łopatką. *b*) U drugiego chorego znaleziono wyjątkową, dotąd nieopisaną zmianę w przełyku, a mianowicie **uchyłek przełyku, powstały po wypiciu kwasu solnego.** Chory ten, w grudniu r. z. wypił w zamiarze samobójczym niecałą szklankę płynu, składającego się z $^1/_3$ części kwasu solnego, $^1/_3$ części spirytusu do palenia, i $^1/_3$ części czerwonego wina. Obecnie stwierdza się wyniszczenie wielkiego stopnia, jako skutek niemożności przyjmowania odpowiedniego pożywienia i ciągłych wymiotów. Chory przebył kilka miesięcy w szpitalu powsz., gdzie objawy zdawały się przemawiać za bliznowatem zwężeniem przełyku. Po przyjęciu chorego w ostatnich dniach do kliniki okazało się, że gruba sonda przechodzi przez przełyk z łatwością, przy pomocy zaś ezofagoskopu (dr O. Litwinowicz) znaleziono uchyłek na wysokości 22 ctm., t. j. mniej więcej w poziomie rozdwojenia tchawicy, z uchyłku dało się wydobyć kilkadziesiąt ctm.^{3} zaległości.

W dyskusyi przemawiali co do pierwszego przypadku: kol. Pisek, przypominając stagninę, którą niektórzy mieli w tętniakach stosować z korzyścią; kol. prof. Ziembicki, podnosząc rzadkość siedziby tego tętniaka i możliwość wzięcia go za zimny ropień; (co przypomina kol. Piskowi przypadek, jaki się zdarzył niegdyś w Rzymie, znany z literatury, w którym nacięto tętniak na plecach, powodując śmierć chorego); kol. r. dw. prof. Rydygier, powątpiewając o skuteczności stagminy, wreszcie prelegent.

Co do drugiego przypadku. kol. Pisek przypomina sobie młodego chłopaka, który po wypiciu około 50 grm. kwasu solnego nie doznawał zbyt burzliwych objawów i po krótkim pobycie w szpitalu izraelickim wyzdrowiał zupełnie. Kol. r. dw. prof. Rydygier wątpi, aby inną drogą, jak chirurgiczną, tak duży uchyłek można wyleczyć.

Kol. prof. Bărącz poddaje pod rozwagę metodę, którą posługiwał się ś. p. Obaliński, do rozszerzania niezłośliwych zwężeń połyku. Sposób ten (jego autora mowca sobie nie przypomina), polega na wprowadzaniu na stałe (*à demeure*) do miejsca zwężenia stożkowatych, coraz to większych lejków, dających się następnie przez usta zapomocą nitki usuwać. Zastosowanie takich lejków, które, opierając się na miejscu zwężonem, zamykałyby zarazem ujście uchyłka, ułatwiałoby karmienie chorego, z drugiej zaś strony uchyłek, nie drażniony pokarmami i stale zamknięty, mógłby łatwiej uledz zanikowi. Kol. O. Litwinowicz nie sądzi, aby się kto zdecydował wywierać stały ucisk na wspomnianej wysokości (22 ctm.).

II. Kol. R. dw. prof. Rydygier wygłosił wykład **o rektoromanoskopii,** przechodząc kolejno historyę badania odbytnicy wziernikiem, technikę tego badania i objaśniając wykład rycinami i przyrządami.

Dyskusya: kol. prof. Bărącz widział w Ameryce użycie rekto- i sigmoidoskopu Kellyego bez zastosowania panelektroskopu, przyczem obrazy są wyraźniejsze. Za źródło światła służyła lampka elektryczna o sile 16 świec, umieszczona w okolicy kości krzyżowej, a oświetlająca pole badania za pośrednictwem reflektora, umieszczonego na czole badającego. Kelly posługuje się wziernikami o krótkiej rączce, którymi, zdaniem kol. Bărącza, łatwiej można manewrować. Kelly podał nadto, prócz swoich wzierników, łyżeczkę do usuwania resztek kału, nożyczki do wycinania części nowotworu, noże do przecinania ropni, wysoko w odbytnicy usadowionych, itp. narzędzia. Kol. Weksler podnosi praktyczność wziernika Elsnerowskiego. Kol. prof. Mars sądzi, że badanie zapomocą wziernika, dające tylko obrazy wewnętrznej powierzchni odbytnicy, nie może mieć tej wartości, co badanie palcem. Przypomina, że w ginekologii było dawniej wysokie badanie ręczne przez odbytnicę bardzo używane, że badano dwoma palcami, a nawet całą ręką, a Simon miał dosięgać prawie okolicy nerki. Dopiero po r. 1880, t. j. od chwili udoskonalenia badania dwuręcznego, zarzucono w ginekologii badanie wysokie przez odbytnicę. Kol. R. dw. prof. Rydygier w odpowiedzi kol. Bărączowi zaznacza, że rączek przy wziernikach obecnie już się wcale nie używa. Z kol. Marsem zgadza się, iż, o ile można dosięgnąć palcem, to oczywiście badanie to ma wyższość nad wziernikowaniem. Wprowadzania ręki (według Simona) nie radziłby, bo zdarzały się przypadki, w których następowały wskutek tego pęknięcia. Sekretarz: *Witold Ziembicki.*

XVIII posiedzenie naukowe z dnia 9. listopada 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych członków 59.

I. Kol. Piasecki przedstawił **nowy pulpit zdrowotny.** Jestto lekki (3 klgr. ważący) przyrząd, zajmujący 34 × 50 ctm. powierzchni stołu i poprawiający sam przez się wady higieniczne sprzętów domowych. Umożliwia czytanie, pisanie i rysowanie w pozycyi »reklinacyjnej« Lorenza. Przy pisaniu przybiera nachylenie 30°, przy rysowaniu i czytaniu 60°. Wysunięciem płyty ruchomej przystosowuje się do wzrostu 6-letniego dziecka, zarówno jak osoby dorosłej. Przeznaczony jest głównie do pracy domowej, może służyć i do użytku szkolnego. (Dokładny opis przyrządu podany będzie w »Tygodniku Lek.«.

II. Kol. Szumowski wygłosił odczyt p. t.: **„Galicya za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka“ (1772 do 1783).** Odczyt ten jest wyjątkiem z drukującej się obecnie pracy, opartej na poszukiwaniach archiwalnych w Namiestnictwie, oraz w Ministeryach Spraw Wewnętrznych i Oświaty. Prelegent wyodrębnia w osobny okres pierwszy rok rządów austryackich w Galicyi, kiedy organizacya kraju odbywała się pod wpływem życzliwego usposobienia Maryi Teresy, która osobiście była przeciwna rozbiorowi Polski i która w swoich dziedzicznych krajach sprawom zdrowia poddanych troskliwą poświęcala uwagę. Mianowano odrazu pięciu urzędników sanitarnych z wysoką pensyą, dwóch lekarzy: Jędrzeja Krupińskiego, Polaka, urodzonego w roku 1744 w Bielanach pod Kętami, wychowańca wiedeńskiego uniwersytetu, i Jana Sparentego Włocha, rodem z Trydentu, ale umiejącego po polsku, oraz trzech chirurgów Niemców. Prócz tego do Wieliczki, gdzie teraz zjechała cała nowa administracya żup solnych, posłano niebawem osobnego lekarza Józefa Gepperta, Polaka, rodem z Krakowa, oraz udzielono ze skarbu 6000 guldenów bezprocentowej pożyczki na założenie apteki w Wieliczce i na kupno domu, w którym miała być apteka. Na referacie kanclerza Kaunitza w sprawie lekarza i apteki w Wieliczce, cesarzowa napisała własnoręcznie następujące słowa: »wan man gutte Leute dahin haben will, muss man umb etwelche 100 fl. mehr nicht ansehen«. Cesarzowa chciała więc mieć dobrych ludzi w Galicyi i skarbu nie oszczędzała. O germanizacyi nie było mowy. Gdy w pierwszych miesiącach w r. 1773 chirurg Exelberger, Niemiec, zwrócił się do gubernium z prośbą o posadę w Galicyi, gubernium postawiło mu warunek, żeby się nauczył po polsku. Ale to wszystko było tylko tymczasowe, płynęło z życzliwego usposobienia Maryi Teresy, ale nie z określonego programu austryackiego rządu. Według zasad, jakie rząd austryacki wyznawał w drugiej połowie panowania Maryi Teresy, całe państwo austryackie miało się stać państwem niemieckiem, odrębności narodowe skazane były na zagładę, monarchia miała się zlać w jednolitą całość. Przejęty temi zasadami cesarz Józef, zalecał po zajęciu Galicyi rządzić nią na wzór Czech i Morawii. W drugiej połowie roku 1773 zaczyna się stały system rządów w Galicyi z zalewaniem jej obcymi urzędnikami, z germanizacyą i oszczędzaniem skarbu. Krupiński, któremu w pierwszych miesiącach pozostawiono wielką swobodę działania i samodzielność w inicyatywie, został usunięty na dalszy plan, i między nim a gubernium stoi odtąd zawsze gubernialny referent sanitarny. Odtąd też Krupiński, który był dobrym Polakiem, i który znał kraj i potrzeby jego rozumiał, jest z władzą gubernialną często w niezgodzie. Działalność Krupińskiego, jako naczelnego lekarza Galicyi, była bardzo pożyteczna, przerwała ją przedwczesna jego śmierć w roku 1783.

Dyskusya· Kol. Obtułowicz wyraża uznanie za piękny odczyt, illustrujący zajmującą kartę z przeszłości naszego kraju zaraz po rozbiorze Polski i dorzuca kilka uwag, celem wyjaśnienia, że pensye fizyków w latach 1773 i późniejszych, oceniając ówczesną wartość monetarną, były znacznie większe, niż w czasach obecnych, a przy organizacyi sanitarnej w roku 1878 ustanowiono dla lekarzy urzędowych również bardzo skromne pensye, gdyż rząd wykazywał parlamentowi, iż uboczne dochody fizyków czynią ich stanowisko pod względem finansowym bardzo korzystnem. Poruczano też lekarzom powiatowym niemal aż do r. 1890 czynności weterynaryjne, gdyż dopiero w r. 1881 założona szkoła weterynaryjna zwolna rozsiedlała po kraju egzaminowanych weterynarzy, tak, że obecnie każdy powiat ma już

swego lekarza i weterynarza urzędowego. Kol. Skałkowski zapytuje prelegenta, czy autorem dobrego dziełka położniczego p. t. »O sztuce babienia« był Kostrzewski, na co prelegent odpowiada potakująco. Kol. prof. Machek podnosi zaletę przedstawionej źródłowej pracy, która rzuca snop światła na bardzo mało znane dotąd stosunki sanitarne i kulturne Galicyi w pierwszej dobie porozbiorowej. Sekretarz: *Witold Ziembicki.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 21 listopada 1906.

Obecnych członków 44. Przewodniczy kol. docent Rutkowski.

2) Kol. prof. Kostanecki, jako wiceprezes Delegacyi stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, oddaje w opiekę Towarzystwu popiersie ś. p. Adryana Baranieckiego, dłuta prof. Laszczki, wmurowane w Domu lekarskim ku uczczeniu pamięci znakomitego lekarza i obywatela, stosownie do jednomyślnej uchwały ostatniego Zjazdu w lipcu 1900 r.

Kol. Prezes w gorących słowach dziękuje za nową ozdobę Domu, a drogocenny dla wszystkich nabytek, który zawsze przypominać będzie ideały ś. p. Baranieckiego.

II. Kol. doc. Horoszkiewicz wygłasza rzecz: **O zatruciu lysolem** i przedstawia preparaty z przypadków zatrucia. (Wykład przeznaczony do druku).

W dyskusyi podnosi kol. doc. Seńkowski, że właściwym powodem powstania i wprowadzenia tak licznych nowszych przetworów odkażających do handlu było zapotrzebowanie znacznych ilości smoły drzewnej do fabrykacyi materyałów wybuchowych (melinit, ekrazyt, roboryt i t. d.). Z odpadkami i pośrednimi frakcyami suchej destylacyi nie miano co robić, więc po odpowiedniej przeróbce wprowadzono je, — posługując się olbrzymią reklamą, — pod rozmaitemi nazwami, jak: bacillol, lysol, kreolina i t. d., do handlu. Tego rodzaju jednak środki odkażające powinny być stanowczo wyrugowane. — Kol. prof. Wachholz zaznacza, że znaczenie toksykologiczne lysolu jest większe, aniżeli wielu pokrewnych środków, jak karbolineum, bacillol i t. d. Zwłaszcza w Berlinie często obecnie zdarzają się przypadki zatrucia lysolem; w Wiedniu trują się kobiety przeważnie ługiem sodowym; w Berlinie dawniej truto się szczawianem wapniowym kwaśnym (t. zw. solą szczawikową), w Krakowie do wybranych trucizn należał do niedawnych czasów kwas karbolowy, później siarkan miedziowy. Pod tym względem moda i naśladownictwo odgrywa ogromną rolę.

III. Kol. Korolewicz odczytuje orzeczenie komisyi przemysłowo-lekarskiej, polecające ampułki ze środkami do wstrzykiwań podskórnych wyrobu aptekarza Wiewiórskiego we Lwowie.

IV. Kol. Frączkiewicz okazuje kilkadziesiąt egzemplarzy **tasiemca**, spędzonego wraz z główkami naraz u jednego chorego.

V. Kol. Prezes przedstawia imieniem zarządu Tow. na członków miejscowego komitetu krakowskiego dla spraw X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie kolegów: prym. Borzęckiego, doc. Glińskiego i prof. Łepkowskiego, których też zebranie jednomyślnie do komitetu tego wybiera; w końcu żegna prezes imieniem Towarzystwa opuszczającego Kraków kol. prof. Ludomiła Korczyńskiego, składając mu podziękowanie za pracę na stanowisku prezesa komisyi przemysłowo-lekarskiej, sekretarza stałego i członka komisyi redakcyjnej. Sekretarz: *Wilczyński.*

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Walne Zgromadzenie dnia 13. listopada 1906.

Przewodniczy wiceprezes prof. Jaworski. Obecnych członków 18.

1) Protokół z ostatniego Walnego Zgromadzenia przyjęto.

2) Na wezwanie przewodniczącego uczczono przez powstanie pamięć założyciela Wydawnictwa ś. p. Edwarda Korczyńskiego, oraz śp. dra Jana Gwiazdomorskiego.

3) Przewodniczący zawiadamia, że premię za rok 1905 i 1906 stanowić będzie wkrótce mająca się ukazać »Nauka położnictwa« prof. Jordana i doc. Dobrowolskiego. Autorowie oddali Wydawnictwu rękopis dzieła bezpłatnie, za co przewodniczący składa im podziękowanie.

4) Sekretarz zdaje sprawę z obrotu kasowego, sprzedaży dzieł i ruchu członków. W r. 1905 wynosiły dochody 1,864 K 66 h, rozchody 2,889 K 18 h. Ze sprzedaży dzieł wpłynęło 652 K 18 h. Członków liczyło Towarzystwo: honorowych 4, czynnych 76, prenumeratorów 254. — Na wniosek komisyi kontrolującej (dr Buzdygan i dr Rożecki) udzielono zarządowi absolutoryum.

5) Do Zarządu Towarzystwa wybrani zostali jednomyślnie: prezesem prof. Jaworski, wiceprezesem dr G. Bielański. Sekretarz (doc. Męsowicz) i inni członkowie zarządu zostali ponownie wybrani.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 16 października 1906.

1) Kozerski przedstawił 9 chłopców, u których z powodu **liszaja wyłysiającego** *(herpes tonsurans)* naświetlał głowę **promieniami Roentgena** i których przedstawiał w czerwcu rb. po wypadnięciu włosów. Obecnie włosy u wszystkich odrosły, u niektórych w naświetlanych miejscach bujniejsze, grubsze i ciemniejsze.

2) Stankiewicz Cz. przedstawił przypadek **tyłozgięcia macicy** nieruchomego, uleczonego doszczętnie zapomocą **skrócenia więzadeł obłych.**

3) Janowski Wł. wypowiedział rzecz p. t. **„O nerwobolu międzyżebrowym szczególnie z punktu widzenia skarg chorego“.** (Wydrukowaną w »Przegl. lek.«).

W dyskusyi żąda Dunin ścisłego umiejscowienia punktów bolesnych; przeczy temu, aby nerwoból międzyżebrowy mógł wywierać wpływ na powstawanie objawów charakteru ogólnego. Przy nerwobolu, zdaniem D., powinna być bolesność całego nerwu. Wbrew twierdzeniu prelegenta uważa D. to cierpienie za uporczywe i niełatwo poddające się leczeniu; przypomina też o tem, że przy różnych cierpieniach wewnętrznych powstają pasy przeczulicy na skórze.

Bregman podnosi, że często trudno rozróżnić, co jest prawdziwym nerwobolem, a co tylko wyrazem ogólnej nerwicy. Bardzo często widywał on bole twarzowe i kulszowe, które posiadały cechy nerwobolu, jednakże po jednej elektryzacyi lub paklenizacyi natychmiast znikały; były to więc nerwobole rzekome (histerya). U neurasteników zdarzają się również często bole lokalne (t. zw. topalgia), które również naśladować mogą nerwoból. Istota nerwobolów nie jest znana, wiadomo jest wszakże, że zachodzą tu poważniejsze zmiany, które od jednego pryszczydła zniknąć nie mogą.

Grundrach przyznaje, że nerwoból międzyżebrowy może naśladować kamicę żółciową, jednakże nie spostrzegał, ani nie czytał nigdy, aby nerwobolowi, jak to twierdzi prelegent, towarzyszyły mdłości i wymioty.

Sokołowski podnosi zasługę prelegenta w zwróceniu uwagi na cierpienie powierzchowne tam, gdzie narządy wewnętrzne są zdrowe; chociaż pozory mogły przemawiać za istnieniem jakiejś choroby poważnej. Osiąga się przez to znaczne uspokojenie chorego.

Pawiński spotykał typowe nerwobole bardzo rzadko. U osób starszych, dotkniętych miażdżycą tętnic, występują często nerwobole w klatce piersiowej, należy je jednakże zaliczyć do t. zw. bolów naczyniowych, zależnych od sprawy miażdżycowej aorty zstępującej lub tętnic międzyżebrowych. Niekiedy takie bole zależą od ukrytych tętniaków aorty. Przy bolach tych jednak nie ma punktów bolesnych. Przyczyną bardzo dokuczliwych bolów, przypominających niekiedy dusznicę bolesną, bywa też półpasiec (*herpes zoster*), rozwijający się w okolicy sercowej.

Korzon spostrzegał chorą, dotkniętą dną, u której istniały bardzo silne bole napadowe w okolicy serca, powtarzające się co noc i nieraz kilkakrotnie w dzień. Po wyczerpaniu wszystkich środków, mowca zastosował raz prąd galwaniczny na okolicę serca, poczem bole te znikły i więcej się nie powtórzyły.

Krajewski w przeciwieństwie do twierdzenia prelegenta, iż nerwoból międzyżebrowy naśladować może różne organiczne choroby wewnętrzne, podnosi, iż znane są spostrzeżenia odwrotne. Powszechnie między innemi wiadomo, iż każdemu organicznemu cierpieniu wewnętrznemu odpowiada bolesność w pewnej ściśle ograniczonej okolicy skóry. Nie obcem jest lekarzom zapalenie płuc t. zw. *à point de côté abdominale*, gdzie przez kilka dni nie ma żadnych innych objawów, prócz bolesności prawej okolicy brzucha; dawało to nieraz powód do mylnego rozpoznawania zapalenia wyrostka robaczkowego.

Kopczyński Stanisław wątpi, czy właściwem jest rozpoznawanie przez prelegenta nerwobolu tam, gdzie chorzy skarżą się na uczucie załamowania oddechu i ból w okolicy serca przy rozszerzaniu się klatki piersiowej. Idzie tu, zdaniem mowcy, nie o nerwoból międzyżebrowy, ale raczej o skurcz mięśni międzyżebrowych. K. nie rozpoznawałby nerwobolu międzyżebrowego tam, gdzie punkty bolesne znajdują się w okolicy pępka. Jestto raczej nerwoból splotu trzewnego (*plexus solaris*). Wreszcie w wielu przypadkach bolu w lewym boku, jak to określają chorzy, ma się przed sobą nie nerwoból, lecz sensacye o podkładzie psychicznym.

Zieliński Edward nie zgadza się ze zdaniem prelegenta, jakoby zrosty opłucnej małą odgrywały rolę w powstawaniu nerwobolu międzyżebrowego. Zrosty takie są bardzo częste, u suchotników należą prawie do prawideł; występują często w postaci długich, cienkich pasm włóknistych, które, targane na obie strony przy oddechu, mogą wywoływać dotkliwe bole międzyżebrowe. Takie zrosty zwykły właśnie ograniczać się do pojedynczych międzyżebrzy.

Kamocki przytacza przykład odwrotny w stosunku do obrazów prelegenta. Sam po grypie dostał gwałtownych bolów międzyżebrowych z silną bolesnością skóry; w braku wszelkich objawów fizycznych ze strony płuc rozpoznano nerwoból międzyżebrowy; zjawienie wkrótce rdzawej plwociny i trzeszczeń — o omyłce rozpoznawczej przekonało.

Rzętkowskiego uderza niewspółmierność pomiędzy stanem chorych, a szybkiem ich uleczaniem. Chorzy, uważani za nieuleczalnych, po jednem pryszczydle w ciągu doby wracali do zdrowia. W tych przypadkach istniała zapewne nie neuralgia, lecz zaburzenia na tle psychicznem. Z tablic, które przedstawił prelegent widać, że cierpienie, uważane przezeń za nerwoból międzyżebrowy, zdarza się częściej u kobiet, niż u mężczyzn, z drugiej strony ma zaś ono występować najczęściej na tle skazy moczanowej. Jednakże powszechnie wiadomo, że skaza moczanowa zdarza się najczęściej u mężczyzn. Dziwnem jest dalej, że po pryszczydle nerwoból znika, skoro tło (skaza) zostaje. Jeżeli słusznem jest twierdzenie prelegenta, że nerwobole pozostają w związku z zaburzeniami krążenia żylnego w okolicy nerwów międzyżebrowych, to uderzyć musi każdego, dlaczego nie spotyka się ich przy rozedmie płuc, gdzie zastój żylny występuje w największym może stopniu.

Janowski odpowiada Duninowi, że właśnie nerwoból międzyżebrowy znamionuje się tem, że nie występuje wzdłuż jednego nerwu, lecz w obrębie rozgałęzień kilku pni. Nie można dla rozpoznawania nerwobolu międzyżebrowego żądać stwierdzenia bolesności całego nerwu, leży on bowiem zbyt głęboko. Właśnie dla tych nerwobolów jest znamienną bolesność tylko pewnych punktów, odpowiadających powierzchownym rozgałęzieniom tych nerwów przy zupełnej niebolesności sąsiednich. Że opisanego przez J. obrazu nerwobolu dotąd nigdzie nie ma w piśmiennictwie, dowodzi tylko może, że J. spostrzegał to, na co inni uwagi nie zwrócili. Bregmanowi zwraca J. uwagę, że inne nerwobole od pryszczydeł nie ustępują, w nerwobolach zaś międzyżebrowych są one lekiem swoistym; teoretycznie działania ich mowca wytłómaczyć sobie nie umie. Nie może J. za nerwoból rzekomy uważać nerwobola, trwającego, jak w wielu jego przypadkach, miesiące i lata, dającego napady i typowe punkty bolesne, a przytem znikającego bezpowrotnie od pryszczydła. Że inni autorowie uważają te cierpienia za rzadkie, to daje się tłómaczyć niedostatecznem badaniem międzyżebrzy. J. nie zgadza się z Kopczyńskim, aby opisywany przezeń ból w boku mógł być mięśniowym, nie dawałby bowiem wtedy punktów bolesnych. Bole i inne objawy (sercowe, żołądkowe) nie mogłyby być pochodzenia psychicznego, gdyż nie trwałyby wtedy tak długo, i nie wywoływałyby zawsze jednakowych skarg, a co ważniejsza, nie znikałyby po pryszczydle. Przy podrażnieniu splotu trzewnego może być czasami ból w międzyżebrach, ale nie ma wtedy punktów bolesnych. — Grundrachowi odpowiada mowca, że sam również widział nerwobole międzyżebrowe, które naśladowały kamicę wątrobną. Wobec mdłości i wymiotów przy nerwobolu międzyżebrowym mowca sam z początku miewał wątpliwości; spostrzegając jednakże 5 razy niewątpliwie podobne zjawisko, mowca podaje fakt ten do wiadomości ogółu. Objawy te zależały niewątpliwie od nerwobolu międzyżebrowego, skoro przy leczeniu nerwobolu szybko ustępowały, gdy natomiast wszelkie inne leczenie zawodziło. W odpowiedzi Krajewskiemu zaznacza mowca, że stwierdzenie zapomocą obmacywania punktów bolesnych dowodzi zawsze, że mamy przed sobą nerwoból, bo żadne inne cierpienie przewlekłe przy badaniu palcem wyraźnie ograniczonych punktów bolesnych nie daje. — Pawińskiemu zwraca uwagę, że nie mówił nic o zaburzeniach krążenia, zależnych od nerwobolu międzyżebrowego; mówił tylko o szeregu objawów, naśladujących cierpienie serca, a zależnych istotnie od nerwobolu międzyżebrowego. — Mowca zgadza się z Zielińskim, że zrosty opłucne mogą być powodem nerwobólu międzyżebrowego nawet w najwcześniejszych okresech gruźlicy. Anatomicznie jednak dowieść tego nie można, gdyż podobne przypadki do badania pośmiertnego nie dochodzą. — Rzętkowskiemu odpowiada, że skaza moczanowa jest istotnie cierpieniem, które najbardziej do powstawania nerwobolu międzyżebrowego usposabia. Niesłusznie Rz. podaje spostrzeżenia mowcy w wątpliwość; podobnie jak n. p. w doświadczeniu fizycznem trzeba naprzód przeprowadzić spostrzeżenia bez względu na to, czy i jak się je potem rozumieć będzie. Że Rz. nie widywał przypadków nerwobolu międzyżebrowego, tłómaczyć można tem, że nie wiedział on o potrzebie szukania go przy pewnym szeregu skarg. Zdanie Rz., że skaza moczanowa zdarza się u kobiet daleko rzadziej, niż u mężczyzn, jest zupełnie błędne. Przeczy temu doświadczenie osobiste mowcy. *Ign. I.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Państwowy Związek organizacyi lekarskich austryackich ogłasza:

Ponieważ sprawa ubezpieczenia odpowiedzialności (*Haftpflichtversicherung*) nie jest jeszcze jednolicie i ostatecznie rozstrzygniętą, przeto, wyłącznie w interesie kolegów, podajemy do ich wiadomości następujące przepisy postępowania: 1) żaden lekarz nie powinien dla siebie z osobna zawierać takiego ubezpieczenia; 2) obecnie zaleca się zawierać tylko ubezpieczenia zbiorowo, po 10 i więcej członków, na dwa lata, 3) zaleca się wszystkie takie ubezpieczenia przesyłać przed zawarciem celem oceny prezydyum Związku państwowego.

Dr L. Nekowitsch, wiceprezes. *Dr Fr. Janeczek*, prezes.

Państwowemu Związkowi organizacyi lek. austr. przypada zdaniem dra Perko (*Aerztl. Standesztg.* Nr 23) zadanie rozwiązania sprawy ubezpieczenia odpowiedzialności (Haftpflichtversicherung), sprawy lekarzy szkolnych i sprawy wolnego wyboru lekarzy. Szczególnie w tej trzeciej sprawie niełatwo będzie pogodzić sprzeczne interesa lekarzy młodszych i starszych, lekarzy, mających obecnie stale posady w kasach i t. d., co wikła się jeszcze bardziej przez stosunki narodowościowe. Z powodu tychto stosunków organizacya lekarska nie może być tak scentralizowaną, jak w Niemczech, lecz muszą się tworzyć odrębne organizacye według krajów, a w krajach o ludności mieszanej według narodowości. Ani Czesi, ani Polacy, ani Włosi nie poddadzą się bezwzględnie centralizacyi całego ruchu w Wiedniu, to też Związzk może być tylko łącznikiem między poszczególnemi organizacyami. *R.*

Organizacya lekarzy gminnych dolnoaustr. ogłasza ciekawe zestawienie ustnych zapewnień władz dolnoaustr. z ich odpowiedzią, daną organizacyi na piśmie. Zarówno namiestnik, jak marszałek krajowy zapewniali 30 czerwca b. r. delegatów organizacyi o swej życzliwości dla lekarzy, a marszałek oświadczył, że będzie od czasu do czasu wzywał zarząd organizacyi na konferencye i wyraził życzenie, by organizacya przedkładała swoje żądania w sprawie zmiany okręgów sanitarnych, ich obsady i t. d. wprost Wydziałowi krajowemu. Natomiast pismem z 7 września b. r. L. 17.665 oznajmił Wydział krajowy organizacyi, że do zabierania głosu w tych sprawach są wobec Wydziału kraj. jedynie uprawnione: krajowa rada zdrowia i Izba lekarska, i że do nich też Wydział zwykł się zwracać, organizacya zaś, jako stowarzyszenie prywatne, może wnosić przedstawienia tylko do Izby lekarskiej. Organizacya nie pozostawiła tego pisma bez odpowiedzi, w której stwierdza, że Wydział krajowy jeszcze ani razu nie zasięgał w wymienionych sprawach zdania Izby lekarskiej, i oznajmia, że sama bez rad Wydziału krajowego potrafi sobie wybrać najwłaściwszą drogę postępowauia. (*Ärztl. Standesztg.* 23). *R.*

Bezrobocie aptekarzy, zapowiadane przez nich z powodu nowej ustawy aptekarskiej, postanowiło prezydyum Związku państw. organizacyi lek. austr. zwalczać, jako pośrednio skierowane przeciw lekarzom; gdyby celem bezrobocia było polepszenie bytu pomocników aptekarskich, toby lekarze na nie nie oddziaływali. (*Ärztl. Standesztg.* 23). *R.*

Nową ustawę aptekarską austryacką, uchwaloną już także przez Izbę Panów omawia w dalszym ciągu dr Mikołajski w Nr 23 »Głosu lekarzy« ze względu na zawarte w niej postanowienia o aptekach domowych. Według § 30 ma lekarz prawo wydawać leki ze swej apteki domowej swoim pacyentom, o ile leczenie nie odbywa się w miejscowości, w której jest apteka publiczna, a pacyentom innych lekarzy, jeśliby lekarstwo nie mogło być na czas sprowadzonem z apteki publicznej. § 31 nakazuje lekarzowi zajmować się prowadzeniem apteki domowej osobiście, zakazuje ją wydzierżawiać, oddawać agendy komu innemu, używać sił pomocniczych do samodzielnego dysponowania lekarstw. Materyały do urządzenia apteki domowej, przetwory chemiczne i farmaceutyczne, oraz inne przetwory lecznicze wolno lekarzowi pobierać tylko z jednej z krajowych aptek publicznych. Nadto zawiera ten § zastrzeżenie (powołanie się na § 6 i 7), że lokal i urządzenie apteki domowej ma odpowiadać wymogom sanitarnym, że apteki takie podlegają co do przepisanych zapasów i t. d. (farmakopei), ceny leków i robót, opustów dla zakładów humanitarnych i t. d. tak samo rozporządzeniom wykonawczym, ustawę uzupełnić mającym, jak apteki publiczne.

Ograniczenie prawa wydawania leków, zawarte w § 30, jest zbyt wielkie, bo nieraz może chory otrzymać rychlej leki z apteki domowej (zabrane ze sobą przez wezwanego lekarza n. p. przeciwkrwotoczne), niż z apteki publicznej, chociaż ona jest w tej samej miejscowości, ale n. p. o parę kilometrów, na drugim jej końcu. Trzeba się starać, by rozporządzenia wykonawcze usunęły wszelkie wątpliwości i zawierały jasne w tym względzie przepisy. Przymus zaopatrywania apteki domowej lekami i t. d. z apteki publicznej, zawarty w § 31, jest protegowaniem aptekarzy kosztem lekarzy i publiczności i krzywdzi lekarzy tem więcej, jeżeli stosownie do § 7 zmuszać się ich będzie do takich opustów dla kas chorych i t. d., jakich im może aptekarz, dostarczający zapasów, nie przyzna.

Bardzo ciekawe są przytoczone przez »Głos lekarzy« wywody rządu, uzasadniające poszczególne postanowienia ustawy, a zawierające odpowiedź na żądania, jakie do rządu zgłaszały w sprawie ustawy koła lekarskie i aptekarskie. Koła aptekarskie (grożące teraz z powodu nowej ustawy nawet bezrobociem), żądały wogóle niesłychanie wielkich ograniczeń z krzywdą lekarzy, a co ważniejsze, ze szkodą dla publiczności; a przecież apteki są tylko instytucyą pomocniczą lecznictwa i bez lekarzy istniećby nie mogły! *R.*

Sprawę felczerów w Królestwie Polskiem omawia z powodu zamierzonej reorganizacyi szkoły felczerskiej dr Męczkowski w »Gaz. lek.« (Nr 47), rozpatrując ją zarówno ze stanowiska historycznego, jak i potrzeb doby obecnej. Jedynem rozwiązaniem sprawy jest to, które jeszcze w roku 1864 podawali członkowie Szkoły głównej, a w r. 1884 Towarzystwo lekarskie warszawskie, a mianowicie: zniesienie instytucyi felczerów i zupełne zwinięcie szkoły felczerskiej, a natomiast stworzenie szkół dozorców i dozorczyń chorych, oraz dostatecznej liczby szpitali gminnych, kierowanych i obsługiwanych przez lekarzy. Za zniesieniem instytucyi felczerów oświadczyli się lekarze również w r. 1892 i 1900. Sprawę felczerów omawiano także na pierwszem Walnem Zebraniu »Stowarzyszenia lekarzy polskich« w Warszawie 29 listopada b. r., na zasadzie sprawozdania dra Hewelkego, którego wnioski nie różnią się od opinii członków Szkoły głównej i Towarzystwa lekarskiego. Obrady w »Stowarzyszeniu lekarzy polskich« dały »Przeglądowi felczerskiemu« (Nr 23) pochop do gwałtownego wystąpienia w artykule p. t. »W obronie prawdy«. Autor artykułu zarzuca lekarzom, że skasowania szkoły i całej instytucyi felczerów żądają w obronie li tylko interesów zawodowych, by pozbyć się »podrywających materyalnie interesa lekarzy szkodników«; żądanie lekarzy, by zamiast felczerów utworzono instytucyę dozorców (pielęgniarzy), nazywa autor »postępem wstecznym, niewłaściwie dekorowanym w szaty dobra ogółu«; opór przeciw reformie szkoły felczerskiej w r. 1884 przypisuje »złej wierze« lekarzy a w końcu grozi, że nawet po zwinięciu szkoły warszawskiej będą Królestwu dostarczać felczerów szkoły w cesarstwie; jeżeli zaś kraj uzyska samorząd, to »o dalszej egzystencyi swojej i my decydować będziemy, bo nas poprą te masy proletaryackie, którym w niedoli służyliśmy...« Stanowisko »Przeglądu felczerskiego« charakteryzuje zresztą list jednego ze współpracowników, wzywający do »walki z lekarzami-felczerożercami«. *R.*

Dobrowolne ofiary chorych szpitalnych zamożniejszych na korzyść oddziałów szpitalnych, obracane na ulepszenie oddziałów, stały się sprawą sporną i w Warszawie. Ordynatorowie oddziałów proponowali, by większe ofiary dla lepszej kontroli nie były przyjmowane do skarbonek, lecz na ręce ordynatorów i wpisywane do ksiąg. Nie zgodziła się na to Rada miejska, bo to mogłoby jakoby »zachwiać wiarę publiczności, że ofiary dochodzą do właściwych rąk«. Przeciwko tej, uchybiającej lekarzom, uchwale protestuje energicznie »Gazeta lek.« (Nr 47). *R.*

Odmówić środkom leczniczym ochrony patentowej uchwaliła komisya Rady związkowej szwajcarskiej zgodnie z życzeniem szwajcarskiego Towarzystwa aptekarskiego, a wbrew żądaniu fabryk chemicznych szwajcarskich i niemieckich. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 2. do 8. grudnia 1906 doniesiono o 7 nowych przypadkach duru plamistego w 6 gminach, a mianowicie pow. Brzeżany (Kozłów 2), Cieszanów (Krowica hołodowska 1), Drohobycz (Jasienica solna 1), Nisko (Kopki 1), Zaleszczyki (Beremiany 1). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Między 25/XI a 1/XII b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 8 (obcych 3), krztuśca 5 (—), ospy — (—), płonicy 8 (1), odry 7 (2), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (—), nagminnego zapalenia opon — (—). W tymże czasie zmarło z błonicy 2, krztuśca 1.

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 2 a 8/XII b. r urodziło się dzieci żywo 53, nieżywo 1, zmarło osób 57 (obcych 29); z tego z gruźlicy 15 (8), zapalenia płuc 13 (2), błonicy 2 (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 1 (1), odry — (—), innych chorób zakaźnych 3 (1), śmiercią gwałtowną 1 (1).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Przedstawiciele poszczególnych specyalności z działu medycyny w Warszawie utworzyli lekarski komitet warszawski i wybrali na sekretarza dra Jakowskiego (Wspólna 26), a na jego pomocnika dra Karwackiego.

Utworzono następujące sekcye: 1. medycyny wewnętrznej [przewodniczący dr Jakowski (Wspólna 26) i dr Edward Zieliński (Senatorska 4)], 2. chirurgiczna [przewodn. dr Bronisław Sawicki (Krucza 41) i prof. dr Kryński (Wróbla 15)], 3. ginekol.-położnicza [dr Jaworski (Zielna 13)], 4. pedyatryczna [dr Kamieński (Chmielna 35)], 5. medycyny teoretycznej (fizyol. i patol.) [dr Dmochowski (Chmielna 17) i dr Karwacki (Nowo-Sienna 1)], 6. chorób nerwowych i umysłowych [dr Flatau (Marszałkowska 150)], 7. chorób skórnych i wenerycznych [dr Elsenberg (Marszałkowska 132)], 8. okulistyczna [dr Zygmunt Kramsztyk (Nowo Senatorska 6)], 9. otyatryczna [dr Guranowski (Nowo-Jasna 4)], 10. ryno-laryngologiczna [dr Sokołowski (Mazowiecka 6)], 11. dentystyczna [dr Gruszczyński (Aleje Jerozolimskie 84)], 13. prasy lekarskiej [dr Józef Zawadzki (Szkolna 81)], 13. spraw zawodowych stanu lekarskiego [vacat], 14. medycyny sądowej [vacat], 15. wychowania fizycznego [wejdzie w skład oddziału higieny, którym się zajmuje dr Polak].

Członkiem stałej Delegacyi Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich na Królestwo i sąsiednie prowincye jest prof. dr Baranowski (Krakowskie przedmieście 7), zastępcami: dr Karol Rychliński (Bracka 23) i P. Władysław Leppert (Aleje Jerozol. 82). Komisarzem dla spraw wystawy na Królestwo polskie i prowincye sąsiednie został wybrany dr Stanisław Kurtz (Sienna 22). Wkrótce ma się utworzyć jeszcze komitet przyrodniczy i komitet higieniczny, które zorganizują się na wzór komitetu lekarskiego.

Wiadomość o terminie Zjazdu od 22—25 lipca 1907 przyjęli koledzy warszawscy z żywem zadowoleniem.

Odroczona w r. 1904 z powodu wojny na dalekim wschodzie wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna, która była już wówczas w najdrobniejszych szczegółach przygotowana i rokowała świetne wyniki, gdyż do chwili odwołania t. j. do lutego 1904 wpłynęło już było 485 zgłoszeń pierwszorzędnych wystawców, przyjdzie wreszcie do skutku w r. 1907.

Odbędzie się ona mianowicie przy sposobności X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w czasie od 16. czerwca do 25. lipca 1907 roku w pałacu sztuki na placu powystawowym we Lwowie.

Ruchliwy komitet, na którego czele stoi ponownie dr Kalikst Krzyżanowski, czyni już wszelkie starania i przygotowania, by przedsięwzięcie powiodło się w całej pełni i osiągnęło wytyczone cele, jakimi są: uwidocznienie postępów polskiej nauki w dziedzinie przyrodniczo-lekarskiej, rozpowszechnienie tych postępów w sposób dydaktyczno-informacyjny wśród najszerszych warstw społeczeństwa i podniesienie przemysłu polskiego, stojącego bądźto w zależności, bądźteż w jakiejkolwiekbądź łączności do tych nauk. Cele to godne najszerszego poparcia. To też życzyć należy komitetowi, by i obecnie osiągnął takie samo zainteresowanie się ogólne dla swego przedsięwzięcia, jak tego dopiął był w r. 1904 i by żmudna praca, jakiej się podjął, wyszła na pożytek kraju i naszego narodu.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Rada honorowa Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbyła dnia 6 grudnia 1906 posiedzenie, na którem proprowadzono rozprawę ustną przeciw drowi G. wskutek kilku skarg, wniesionych do Izby. Celem przesłuchania dalszych jeszcze świadków, odroczono rozprawę o godz. 9 wieczór do następnego posiedzenia. *L.*

— Posiedzenie sekcyi higieny żywienia odbyło się w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w dniu 10 grudnia. Dr Bier przedstawił program prac sekcyi. W dyskusyi przemawiali dr Blassberg, prof. Ciechanowski, dr Frączkiewicz i dr J. Landau.

— Dnia 12. b. m, odbyło się posiedzenie sekcyi przeciwgruźliczej Towarzystwa lek. krak., na którem Bier przedstawił referat o gruźlicy w Krakowie i o projekcie zwalczania jej w miastach. W dyskusyi zabierali głos: delegat Kasy chorych dr Kapellner, delegat biura ubogich dr Reiner, prof. Jordan i dr Flis. Dalszy ciąg dyskusyi odłożono do następnego posiedzenia.

— Dziekanat Wydziału lekarskiego rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze weterynaryi i mikrobiologii z płacą roczną 1400 K. Termin podań do 30 grudnia b. r.

— Ze sprawozdania Towarzystwa Biblioteki uczniów Wydziału lek. krak. za r. 1905/6, w którym Biblioteka kończy czterdziestolecie działalności, jako stowarzyszenie, wynika, że instytucya ta, bardzo ułatwiająca niezamożnej młodzieży studya przez wypożyczanie potrzebnych podręczników, w ostatnich latach znakomicie się rozwinęła. Księgozbiór Towarzystwa składa się z 1481 dzieł, 690 roczników czasopism i 1088 broszur; obrót pieniężny wyniósł w ostatnim roku 4487 K. Bardzo użyteczną jest zaprowadzona od niedawna t. zw. »Księga pośrednictwa«, ułatwiająca członkom biblioteki nabywanie podręczników na własność na spłaty. W tym dziale wynosił obrót 4320 K. Energiczne starania o wydobycie zaległości od dawnych dłużników, uwieńczył przeważnie pomyślny skutek; względem opornej ich reszty rozpoczęto już kroki sądowe.

We Lwowie istniejące podobne stowarzyszenie przebywa w tym roku niestety przesilenie z powodu rozterek polityczno-społecznych, które niewiadomo skąd wybuchły w Towarzystwie, mającem tylko humanitarne zadania i zakres działania.

— Nowy budynek szpitalny w Nowym Sączu został ukończony i miał być oddany do użytku podobno jeszcze 1/XI; dotąd to jednak nie nastąpiło.

Lwów. Kursa feryalne dla lekarzy doszły do skutku. Uczestniczą w nich lekarze z różnych stron Polski.

— XXI posiedzenie naukowe odbyło się w dniu 7 b. m. 1) Dr Nowicki przedstawił preparat ciąży zewnątrzmacicznej u osoby 40-letnicj, u której rozpoznano za życia krwotok zewnętrzny w guzie złośliwego w jamie brzusznej najprawdopodobniej nabłoniaka kosmówkowego, oraz przepuklinę pachwinową lewą uwięźniętą, którą operowano. Przy sekcyi znaleziono w jamie brzusznej około $1\frac{1}{2}$ litra krwi płynnej i duży guz, wypełniający prawie całą jamę brzuszną, a wychodzący z jajowodu lub jajnika prawego, których zresztą odszukać nie zdołano we wnętrzu miękkiej, powiększonej macicy błony miękkie, różowe, łatwo dające się zdejmować. Po rozcięciu guza okazało się, że jestto worek płodowy, zawierający płód około 9-miesięczny. Worek ten w górnej części pękł i stąd krwotok do jamy brzucha. Przypadek ciekawy z tego względu, że ciąża jajowodowa dotrwała do 9-tego miesiąca i że trudności w jej rozpoznaniu były wielkie. 2) W obszernej dyskusyi na ten temat, zabierali głos drowie: Czyżewicz, Selzer, prof. Ziembicki, dyrektor Staszewski, doc. Sołowij i Wein. Dr Czyżewicz omawia historyę choroby i podnosi trudności rozpoznania. Chora, u której ostatnia regularność pojawiła się w marcu b. r., była już raz w lipcu na oddziale położniczo-ginekologicznym, gdzie rozpoznano krwistek zamaciczny, powstały po pęknięciu ciąży zewnątrzzamacicznej. To też gdy obecnie chorą przywieziono po raz drugi na oddział w stanie nader groźnym z powodu krwotoku wewnętrznego, myślano w pierwszej chwili o ciąży zewnątrzmacicznej, jednak, ze względu na dane wywiady, przechylono się do rozpoznania krwotoku z nabłoniaku kosmówki, powstałego z dawniej pękniętej »ciąży zamacicznej«. To o tyle zdawało się prawdopodobnie, że prawdziwych objawów ciąży, jak tętno, część płodu i t. d. nie było zupełnie, a z objawów ciąży domniemanych były tylko niektóre. Dyr. Starzewski podnosi, że w danym przypadku dokładnie znane wywiady wyszły właśnie na niekorzyść rozpoznania. Koledzy inni, na których oddziale chora przebywała (oddz. II wewn.; oddział chirurgiczny), mimo, że nie są zawodowymi położnikami, nie znając jednak wywiadów, myśleli tylko o ciąży zewnątrzmacicznej. 3) Kol. Moraczewski omawia 2 przypadki lewutozuryi, spostrzegane przez siebie. Jeden z nich dotyczył 16-letniej nerwowej panny, u której lewulozurya wystąpiła bez widomych przyczyn nagle i nagle po pewnym czasie znikła, nie pojawiając się już później; drugi dotyczył młodego chłopaka, również nerwowo usposobionego. W obu przypadkach istniała skłonność do fosfaturyi. Od właściwej cukrzycy różni się lewuloyurya brakiem polyuryi i wyniszczenia ustroju. Lewulozę znaleść można często w moczach, w których jest cukier prawowzrotuy, i być może, że częściej byśmy ją znajdowali, gdyby nie badano tylko polarymetrem. Powinno się zatem obok polarymetru badać także i zapomocą miareczkowania. Obecność cukru prawozwrotnego może zakryć obecność lewulozy przy badaniu polarymetrem. Różnica natomiast w liczbach, otrzymana przy miareczkowaniu, a potem przy polarymetrze może dać pewną wskazówkę, że obecną jest lewuloza. Lewulozurya zwiększa się tylko przy podawaniu węglowodanów, ustrój z białka wprowadzanego doń napewno, jej nie wytwarza. W dyskusyi zabierali głos kol. Gittelmacher, Wilenko, W. Ziembicki i prelegent.

— Egzamin fizykacki złożyli dr Julian Hückel i dr Henryk Rosmarin.

— Z końcem r. 1905 było w Galicyi 77 samoistnych gmin sanitarnych (licząc Lwów i Kraków) i 138 okręgów sanitarnych (o 7 więcej, niż w r. 1904); lekarzy gminnych i okręgowych było 250 (o 15 więcej), z poborami 416.743 kor.; akuszerek gminnych i okręgowych było 838 (o 19 więcej), z poborami 127.689 kor. (»Tyg. lek.« 49).

Warszawa. Zgromadzenie ogólne »Stowarzyszenia lekarzy polskich« odbyło się 29/XI. 1906 przy udziale 160 członków. Prezes dr Dunin nakreślił program prac Stowarzyszenia w najbliższej przyszłości, a dr Hewelke przedstawił referat w sprawie felczerów, zalecając skasowanie szkoły felczerskiej, a utworzenie szkół dozorców chorych. Zarząd »Stowarzyszenia« upoważniono do powołania komisyi, którąby sprawę felczerów wszechstronnie rozpatrzyła.

— Utworzenie szkół położnych przy warszawskich przytułkach położniczych przyjmuje »Gazeta lek.« (Nr 47) z uznaniem, zarzucając jednak ustawie tych szkół: 1) brak wyraźnego zastrzeżenia, że wykłady będą się odbywać w języku polskim, jedynie dla uczennic zrozumiałym, 2) wyznaczenie zbyt wielkiej liczby uczennic (24 rocznie) na jeden przytułek, 3) biurokratyczną formalistykę w przyjmowaniu uczennic, 4) zbyt wysoką opłatę (100 rb.) za naukę.

— Z inicyatywy dra Wizla powstało Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi izraelitami na wzór dawniej przez dra Rychlińskiego stworzonego podobnego Towarzystwa ogólnego.

— Warszawa ma obecnie aż dwa Towarzystwa dentystyczne: »Warszawskie Towarzystwo odontologiczne« i »Związek odontologów m. Warszawy« (zawiązany 4/XI. 1906, a wrogo dla tamtego usposobiony). Oba Towarzystwa, liczące po czterdziestu kilku członków, obejmują razem ledwo $\frac{1}{3}$ ogółu dentystów warszawskich. Zarząd »Warszawskiego Towarzystwa odontologicznego«, zawiązanego przed paru miesiącami, składają: prezes Przedpełski, wiceprezes Idzikowski, sekretarz Krakowski, Goldberg i Miączyńska.

— W liście otwartym do Redakcyi »Gazety lekarskiej« (Nr 46) prostuje dr J. Szwajcer, b. lekarz naczelny i członek komitetu budowy szpitala dla chorych zakaźnych im. św. Stanisława, twierdzenie, jakoby szpital ten był nieodpowiednio budowany i urządzany. Przy otwarciu szpitala istniała zarówno dobra kamera odkażająca, jak odpowiednia pralnia, parowa suszarnia bielizny, wystarczająca wentylacya, pokój dla lekarzy, wychodek

dla chorych, oczekujących przyjęcia i t. d. Dopiero później, gdy dr Szwajcer przestał być lekarzem naczelnym, ograniczono pralnię do jednej izby, skasowano suszarnię, wychodek przerobiono na budkę telefoniczną i t. p. Dr Sawicki zaś podtrzymuje (w Nr 47) twierdzenie, że wytknięte przez niego usterki obecnie rzeczywiście istnieją.

— Termin konkursu na popularne dziełko o gruźlicy z fundacyi dra A. Sokołowskiego upływa 1. marca 1907.

Z różnych stron. Dzieło dra Alfreda Sokołowskiego »O chorobach płuc« w niemieckiem tłómaczeniu dra Fabiana ocenia bardzo pochlebnie w »Münchener med. Wochenschrift« prof. Penzoldt, zarzucając tylko księgarni nakładowej, że do tak niezwykle cennego dzieła nie postarała się o ilustracye.

— Dzienniki polityczne donoszą, że słynny chirurg prof. August Bier z Bonn, zgodził się zostać przybocznym lekarzem sułtana, przyczem ma objąć kierownictwo szkoły lekarskiej w Konstantynopolu.

— 28. Zjazd balneologiczny odbędzie się w Berlinie z początkiem marca 1907. Wykłady zgłaszać można do 15/1. 1907 (Ghmr. dr Brock, Berlin NW. Thomasiusstr. 24).

— Nad XIV międzynarodowym zjazdem higieniczno-demograficznym, mającym się odbyć w Berlinie we wrześniu 1907, przyjęła protektorat cesarzowa niemiecka.

— Uniwersytet w Tübingen nadał honorowy dyplom doktora medycyny księgarzowi Enke ze Stuttgardu za zasługi, położone przez wydawnictwa dzieł lekarskich.

— We Frankfurcie n/M. powstał »Instytut misyi lekarskich, celem kształcenia lekarzy dla misyi. Odpowiedni zakład zbudowany będzie w Tübingen.

— Ku uczczeniu pamięci Billrotha zapisał dr Barbieri, zmarły w Wiedniu, 300,000 K na stypendya dla młodych chirurgów, kształcących się w klinice, niegdyś przez Billrotha kierowanej.

— W szpitalu św. Antoniego w Paryżu odsłonięto pomnik Hanota.

— Wśród słuchaczy wydziału lekarskiego paryskiego wybuchły zaburzenia, wskutek czego dziekan wydziału zagrozić musiał jego zamknięciem.

— Francuskie ministeryum oświaty wskutek interwencyi lekarskiego klubu parlamentarnego wstrzymało wykonanie dekretu, wprowadzającego »certyfikat wyższych studyów lekarskich«.

— We Francyi wydaną ma być ustawa, normująca naukę dzieci, nieprawidłowo się rozwijających.

— W samym tylko departamencie Sekwany pomieszczonych jest w szpitalach i schroniskach 14,800 obłąkanych rocznym kosztem 11 milionów franków.

— Sąd paryski skazał matkę dziecka, dotkniętego kiłą i lekarza domowego, którzy podawali, że dziecko jest zdrowe, na zapłacenie 8,000 fr. odszkodowania mamce, która się kiłą od tego dziecka zakaziła. Oskarżonych w tej sprawie lekarza prefektury policyi i lekarza biura umieszczeń sąd uniewinnił.

— Naturalny przyrost ludności we Francyi zmniejsza się ustawicznie. W r. 1905 wynosił już tylko 0,10 prc. (w roku 1904 — 0,15 prc.).

— II międzynarodowy zjazd »Instytucyi kropli mleka« odbędzie się w Brukseli 16—20 września 1907. Na zjeździe zawiązana zostanie międzynarodowa »Unia instytucyi opieki nad dziećmi«, której pierwsze zebranie odbędzie się bezpośrednio po zjeździe. W liście członków komitetu zjazdu znajduje się jedno tylko nazwisko polskie: dra Tadeusza Żeleńskiego z Krakowa. Tem pożądańszą jest rzeczą, aby instytucye »Kropli mleka«, istniejące przecież w różnych punktach ziem polskich, przedstawiły zjazdowi wyniki swej działalności i wzięły w nim udział.

— VI Zjazd chirurgów rosyjskich ma się odbyć w Moskwie 28—30/XII. s. s. 1906.

— Konferencya profesorów Akademii wojskowolekarskiej w Petersburgu uchwaliła wyrazić ubolewanie i naganę młodzieży, wciągającej instytucyę naukową w sprawy polityczne, ale zarazem prosiła ministerstwo o ponowne otwarcie akademii.

— Z powodu 25-tej rocznicy śmierci znakomitego rosyjskiego chirurga Pirogowa powzięto w Moskwie myśl zbudowania »Domu im. Pirogowa«. W Petersburgu odbędzie się ku uczczeniu pamięci Pirogowa wspólne uroczyste posiedzenie wszystkich Towarzystw le-karskich.

— Rosyjskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża, u nas nieszczególną mające opinię, wydało w ciągu 2 lat wojny rosyjsko-japońskiej podobno 29,450,000 rubli.

— W Peszcie odbyła się 15—17. listopada b. r. z inicyatywy prof. Dollingera konferencya w sprawie raka, na którą przybyło przeszło 300 lekarzy z różnych stron Węgier. Na konferencyi przedstawiano między innemi wyniki statystyki raka na Węgrzech. W dniu 15/X. 1906 naliczono na Węgrzech 3,570 chorych na raka, leczących się u lekarzy. Ogólną zaś liczbę chorych na raka należy według statystyki przyczyn śmierci oceniać na 50,000, w Peszcie przypada 12·1 chorych na 10,000 mieszkańców. Ciekawą dyskusyę, czy do walki z rakiem należy wciągnąć szerokie koła ludności (przez pouczenia i t. d.), zamknięto uchwałą potwierdzającą.

Mianowani: Prof. Uhlenhuth z Gryfii dyrektorem oddziału bakteryol. w cesarskim urzędzie zdrowia w Berlinie; dr Concetti profesorem nadzw. pedyatryi w Rzymie;

dr Bogusław Klarfeld asystentem przy katedrze fizyologii we Lwowie, dr Zygmunt Wallach i dr Samuel Reich sekundaryuszami izraelickiego szpitala im. Lazarusa we Lwowie.

Zmarli: Prof. J. Zabludowski, znany twórca nowoczesnej nauki miesienia, współpracownik „Gazety lekarskiej" warszawskiej, w 56 r. ż. w Berlinie.

Dr Lapponi, lekarz dwóch papieży (Leona XIII. i Piusa X.) w Rzymie.

Dr Zygmunt Satkowski w Krakowie.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 47. Sławiński Z.: O częściowem wycinaniu powrózka nasiennego w operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej. Kijewski, Rontaler (c. d.).

— *Medycyna* Nr 49. Janowski: Odróżnianie płynów wysiękowych od przesiękowych zapomocą próby z bardzo słabym roztworem kwasu octowego. Krajewski, Rotstadt (c. d).

— *Tygodnik lekarski* Nr 49. Franke: Przypadek tężca, w którym stosowano śródrdzeniowe wstrzykiwania siarkanu magnowego. Opolski (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr 12. Piasecki: Z higieny zajęć siedzących. Szpilman. Lewiński. Panek (c. d.).

— *Kronika dentystyczna* Nr 6: German: W sprawie zawodowego cierpienia zębów, dziąseł, oraz błony śluzowej jamy ustnej z uwzględnieniem t. zw. zawodowej próchnicy zębów. Kohn: Przypadek silnego krwotoku, powstałego wskutek urazu u dwuletniego krwawca; wbicie się górnych siekaczy z wynikiem pomyślnym. Krakowski (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr 12. Goldszmit: Luźne myśli III. Bieliński (c. d.).

— *Časopis lekařův českých* Nr 49. Pitha, Honl, Dvořak (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 46. Czystowicz: Nekrolog Popowa. Gruzdew: Materyały do charakterystyki zmian gruźliczych przełyku i żołądka. Słowcow: W sprawie jednorodności sernika. Zebrowski (dok.). Prożański: O wpływie sperminy na dopływ krwi do serca u zwierząt ciepłokrwistych.

— *Presse médicale* Nr 96. Kirmisson: Wykład wstępny przy otwarciu nowego pawilonu kliniki chirurgicznej dla dzieci.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 49. Langer: Rzut oka na gospodarstwo ustroju prawidłowego noworodka. Mayer i Sternberg: W sprawie ostrej białaczki myeloidalnej. Glaessner: Przyczynek do patologii *polycythaemia rubra*. Latzel: O prątkach kwasu mlecznego w osadzie moczu. Rodari: Znaczenie doświadczeń Pawłowa dla leczenia żołądka. Lichtenstern: W sprawie próby florydzynowej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 48. Krause: Plastyka kciuka u wielkiego palca nogi. Zupnik: Zatrucie mięsem, a paratyfus. Gengou: W sprawie przeciwgruźliczych substancyi uczulających. Fein: W sprawie pierwotnej gruźlicy (toczniа) błony śluzowej nosa. Apfelstedt: Ochrona i szew krocza. Munter: O wodoleczeniu w zakaźnych chorobach gorączkowych. Rosenthal: Doświadczenia z nowym środkiem odżywczym „visvitem". Bruhns: Dotychczasowe wyniki doświadczalnego szczepienia kiły. — Nr. 49. Sticker: Przenoszenie nowotworów u psów przez spółkowanie. Landau: O pierwotnym raku wyrostka robaczkowego z uwagami o badaniu wyrostka przy każdej laparotomii. Sippel. W sprawie zwalczania najcięższych postaci rzucawki. Pólya: W sprawie patogenezy ostrego krwotoku trzustki i martwicy trzustki. Wolff: O patogenezie i leczeniu śledzionowej niedokrwistości dziecięcej. Mankiewicz: O borowertynie, nowym środku odkażającym mocz. Bruhns (dok.).

— *Münchener mediz. Wochenschrift* Nr 48. Erb: W sprawie statystyki wiewióra u mężczyzn i skutków jego dla kobiet zamężnych. Krehl: O nerwowych chorobach serca i o pojęciu „słabości serca“. Baumgarten: Doświadczenia nad działaniem Bierowskiego przekrwienia zastoinowego na »prawy zakaźne. Spielmeyer: Doświadczalny wiąd rdzenia u psów (wiąd świdrowcowy). Fehling: W sprawie uzasadnienia zachowawczych operacyi mięśniaków macicy. Dönitz: Górne granice znieczulenia lędźwiowego. Hammer. Leczenie gruźlicy płuc tuberkuliną. Kellner: Wyniki leczenia padaczki makowcem i bromem. Geigel: Zaleganie moczu w kierunku miedniczki nerkowej. Boseck: Postępujące kostnienie mięśni, wyleczone tiosynaminą. Hackländer: Projekt popierania uszkodzonych wskutek wypadku, któreby nie opaźniało gojenia się. Dieudonné: Miana naukowe z zakresu nowszej nauki o odporności. — Nr 49. Cristiani i Kummer: O przeroście roboczym przeszczepionych kawałków gruczołu tarczowego u ludzi. Neubaur i Stäubli: O eozynofilnych chorobach jelit. Moro: Dalsze badania nad precypityną mleka krowiego we krwi osesków. Bruck: W sprawie gruźlicy u osesków. Conradi: W sprawie wczesnego bakteryologicznego rozpoznania duru. Lardelli: O wpływie wody arsenawej (Sinestra) na przemianę materyi. Paschen: Co wiemy o zarazku krowianki? Wederhake: Uwagi teoretyczne i praktyczne o materyale do szycia. Wassermann i Bruck. O obecności antytuberkuliny w tkance gruźliczej. Lengfellner: Postępowanie przy wągliku zewnętrznym. Sondermann: Tamponada nosa przy ozenie. Mayer: W sprawie leczenia surowicą choroby Basedowa. Schallehn: Płytka przytrzymująca do wzierników.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr 45. Rabinowitsch: Nowsze badania doświadczalne co do gruźlicy. Herz: W sprawie fizycznego leczenia przewlekłych chorób nerek. Lindenstein: Doświadczenia co do znieczulania lędźwiowego. Goebel: O torakoplastyce. Dietrich i Arnheim: Formysol, nowy środek do odkażania rąk. Velhagen: O rodzimem zwyrodnieniu rogówki. Wolff: Nowy sposób stosowania kwasu karbolowego w leczeniu zewnętrznem, zwłaszcza dymienic i czyraków. Gessner: O zachowaniu się noworodków zwierzęcych przy wewnętrznem podawaniu obcego białka. Adler i Hensel: O wstrzykiwaniu nikotyny do żył i jego działaniu na tętnicę główną królików. Ogata: O etyologii choroby tzw. Tsutsugamushi. Diesing: Dodatek do artykułu p. t. Nowe spostrzeżenia przy leczeniu trądu jodoformem. — Nr 46. Kutscher: W sprawie aglutynacyi dwoinek zapalenia opon. Uffenheimer: Dalsze badania w sprawie przepuszczalności przewodu pokarmowego dla bakteryi. Weichardt i Piltz: Doświadczalne badania rzucawki. Wichern: Przypadek rozlanego ostrego zapalenia oskrzelków u dorosłego. Riebold: O surowiczem zapaleniu opon. Schwerin: O wynikach leczenia posokowatego zapalenia okołokątniczego surowicą paciorkowcową. Barth: W sprawie *diplacusis dysharmonica.* — Nr 47. Kraus: O sercu przy wolu. Erb: Kliniczna kazuistyka z praktyki. Stadelmann: Leczenie duru brzusznego. Schmidt Ad: Leczenie wrzodu żołądka. König: Jaki wpływ wywarło badanie rentgenowskie na postępowanie lekarza wobec złamań kości? Hegar: Dyetetyka położnicy. Schmidt Rimpler: Uwagi o ocenianiu wpływu zmniejszenia się bystrości wzroku na zdolność zarobkowania. Denker. Leczenie chorób ucha zewnętrznego. Ganghofner i Langer: O zużytkowaniu zjawiska odchylenia komplementów do stwierdzenia obcego białka we krwi. Boas: Koproskop przenośny. — Nr 48. Neisser, Bruck i Schucht: Rozpoznawcze badania tkanek i krwi w kile. Schlimpert: Zmiany anatomiczno-patologiczne ócz w 2 przypadkach kiły wrodzonej. Bab: Krętki w oku ludzkiem. Schellenberg: Leczenie zaparcia stolca, zwłaszcza postaci nawykowej przewlekłej, reguliną i parareguliną. Dünnwald: O użyciu isopralu w położnictwie i ginekologii. Stadelmann. Denker (dok.): — Nr 49. Ehrmann: Leczenie ostrego i przewlekłego zapalenia pęcherza. Weber: Zakażenie człowieka prątkami gruźlicy bydlęcej (perlicy). Vannod: Aglutyniny i swoiste ciała uodporniające w surowicy wiewiórowej. Bab: Uwagi do artykułu Wassermanna i Mauta „O niwecznikach kiłowych w płynie mózgowordzeniowym chorych na porażenie postępujące.“ Friedberger i Moreschi: W sprawie czynnego uodpornienia człowieka przeciw durowi. Saalfeld: W sprawie wewnętrznego leczenia wiewióra. Hess Eventratio diaphragmatica. Heinzelmann: Przypadek chłoniaka wielkiej sieci obok torbielaka jajnikowego. Bachem: Przepisywanie lekarstw, a lekospis. Zernik: Nowe środki lekarskie.

Redakcya otrzymała: Sędziak. Zaburzenia nosowo-gardlano-krtaniowo-uszne w przebiegu moczówki cukrowej. Odb. z „Czas. lek.“ — W. Reis: Die Immunitätslehre in der Augenheilkunde. Odb. z „Wiener klin Wochs.“ — Pawiński: Dusznica bolesna jako objaw samozatrucia ustroju. Odbitka z „Gazety lek.“ 1906. — Sprawozdanie z czynności zarządu Biblioteki uczniów wydziału lekarskiego Uniw. Jag. za rok 1905/6.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 19. grudnia b. r. o godzinie 6 wieczorem w Domu lekarskim** (ul. Radziwiłłowska l. 4). Na porządku dziennym: Wybory urzędników Towarzystwa na rok 1907.

Posiedzenie sekcyi przeciwgruźliczej odbędzie się w **Domu Towarzystwa lek. krak.** (ul. Radziwiłłowska l. 4) **we środę d. 18. grudnia 1906** o godz. 6 wieczorem. Na porządku dziennym: Dyskusya nad zwalczaniem gruźlicy w miastach.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol okazał się tak dobrym środkiem uspokajającym w dusznicy, zapaleniu płuc i opłucnej, że dr A. Schweitzer (*Pester medizinisch-chirurgische Presse* 1906, Nr 34) postanowił spróbować działania jego w krztuśćn. Pomijając zupełną nieszkodliwość tego środka, pozwalającą na długie podawanie go w dużych dawkach nawet u chorych z wadą sercową, podnieść należy jego działanie wykrztuśne i uspokajające, znajdujące wytłómaczenie w składzie chemicznym. Z 14 pyrenolem leczonych przypadków krztuśca były 3, niezwykle ciężkie, powikłane zołzami i krzywicą, lecz i w tych nawet wynik był zupełnie dobry, tak iż po 2—3 tygodniach nie różnił się rodzaj kaszlu od zwykłego kaszlu nieżytowego. W początkowym okresie nieżytu oskrzeli zauważono dobry skutek już po pierwszych dawkach, co się odnosiło zarówno do podrażnienia do kaszlu, jak i do wykrztuszania. Działanie wykrztuśne zapobiega rozedmie, jakoteż niedodmie płuc i innym niepożądanym powikłaniom. Z przytoczonych 2 historyi chorób wynikałoby, iż pyrenol skraca znacznie przebieg cierpienia.

Dziecko 4-letnie n. p. kaszlało od 2 tygodni napadowo prawie co ½ godziny, czemu towarzyszyły wymioty. Brak apetytu, utrata 2½ klgr. wagi od 2 tygodni. Typowe owrzodzenie na wędzadełku języka. Po bezskutecznem stosowaniu innych leków podano pyrenol w 2 prc. roczczynie, 4 łyżeczki kawowe dziennie. Już od 3. dnia działanie widoczne, po 8 dniach znaczna poprawa, po 18 dniach wyleczenie. Zdaniem S. przewyższa pyrenol wszystkie inne środki, używane przeciw krztuścowi. *Hr.*

Patentowany. Nazwa ustawowo strzeżona.

Histosan

(Guajakol-Albuminat)

W miejsce dotychczasowych przetworów guajakolowych, z których część pewna wywiera szkodliwe działania uboczne, podczas gdy sole guajako-siarczane z powodu niepewnego swego działania ogromnie utrudniają leczenie, polecamy Panom lekarzom najusilniej nasz Histosan.

Według badań Panów Prof. Dr. Nevinny'ego z instytutu farmakologicznego uniwersytetu w Innsbruku i badań w instytucie dla śledzenia chorób zakaźnych uniwersytetu w Bernie, jakoteż w mnóstwie przeróżnych doświadczeń w zakładach leczniczych i sanatoryach, wywiera histosan wyjątkowo korzystne działanie przy gruźlicy jakoteż przy innych zakaźnych chorobach narządów oddechowych. Histosan przewyższa, jak to każdy lekarz a priori przyzna, jako połączenie białkowate każdy dotąd znany przetwór guajakolowy składem racyonalnym a wypróbowanie go praktyczne pouczy w każdym przypadku, że przewyższa on skutecznością daleko wszystkie dotąd używane środki wewnętrzne w omawianych cierpieniach.

Postaci przyjęcia dla dorosłych:

Rp. Sirup. Histosani lag. orig. 1
S. 3—4 razy dziennie 1 łyżeczkę kaw.

Rp. Tablettae Histosani scat. orig. I
S. 4—6 kołaczyków dziennie.

Rp. Histosan pulv. 0.5
tal. dos. No XX
S. 3—4 razy dziennie 1 proszek.

50

Ceny: 1 pudełeczko oryginalne kołaczyków-mleczno-czekoladowych-histosanu 40 sztuk zawierające fr. 4·—, mk. 3·20, K. 4·—. 1 flaszka oryginalna syrupu histosanu fr. 4·—, mk. 3·20, K. 4·—.

Dokładne piśmiennictwo i próbki PP. lek. chętnie bezpłatnie do rozporządzenia.

Fabrik chemischer & diätet. Produkte

Schaffhausen (Schweiz) Singen (Baden)

B. asystent kliniki chor. wewnętrznych Uniw. Jagiell.

Dr ZYGMUNT WĄSOWICZ

praktykuje przez całą zimę (od 1 października do 15 maja)

w Zakopanem

187

(Latem, jak zwykle w Krynicy).

BADEN-BADEN

SANATORYUM DR. SCHAMBACHER

Dna, gościec

cierpienia serca, żołądka i jelit.

Choroby kobiece

Hydroterapia, elektroterapia, leczenie dyetyczne.

49

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum". Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163

Rok XLV. Kraków 22 Grudnia 1906. Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W sprawie operowania doszczętnego przepuklin udowych.

Podał
prof. dr B. Kader.

Od 3 lat operuję przepukliny udowe w sposób następujący:

1) Ułożenie Trendelenburga o pochyleniu nieznacznem. Cięcie podłużne nad guzem przepuklinowym. Wyosobnienie na tępo worka przepuklinowego z otoczenia, ile możności wysokie. Wytamponowanie rany tymczasowe gazą wyjałowioną.

2) Drugiem małem cięciem pionowem otwiera się jamę brzuszną 1—2 ctm. ponad więzadłem Pouparta; cięcie przez skórę może być bezpośredniem przedłużeniem cięcia dolnego.

Pomiędzy dolnym kątem otworu w otrzewnej a szyjką worka przepuklinowego pozostaje mostek nienaruszonej otrzewnej $1^1/_2$—$2^1/_2$ ctm. szerokości. Okolicę wejścia worka przepuklinowego do kanału poddaje się od strony jamy



Rys. 1.

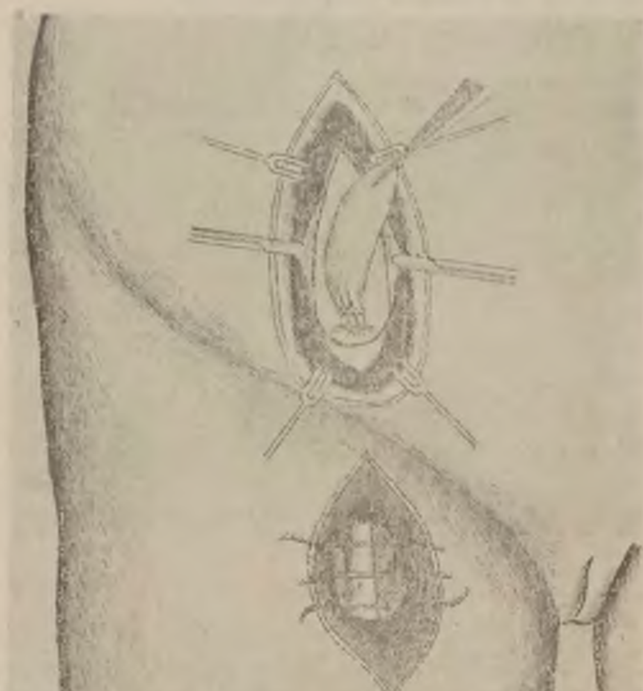
brzusznej ścisłym oględzinom. Istniejące w danym razie zrosty z jelitami i siecią usuwa się; worek się opróżnia.

3) O ile worek przepuklinowy jest pusty, chwyta się dno jego od zewnątrz (z rany dolnej) kleszczykami i przy jednoczesnem wynicowaniu wgłabia się w całości do jamy otrzewnej (rys. 1 i 2).

Jeżeli nie można wgłobić worka tą drogą, wprowadza się kleszczyki od strony jamy brzusznej od wewnątrz przez szyjkę, chwyta się nimi dno worka i wynicowuje się worek do jamy brzusznej przez pociąganie.

W przypadkach zrośnięcia ścian worka z jego treścią postępuje się inaczej. Tam, gdzie chodzi o sieć, resekujemy ją jeszcze w jamie brzusznej, i staramy się wykonać wgłobienie i wynicowanie worka w jeden lub drugi sposób. W tych przypadkach, w których przyrośnięte jest jelito, staramy się wykonać wynicowanie przez lekkie pociąganie za jelito od strony jamy brzusznej i jednoczesny ucisk na worek od zewnątrz; w razie powodzenia usuwamy zrost, ewentualnie przy częściowej resekcyi ściany worka już w jamie brzusznej. Tam, gdzie postępowanie to nie prowadzi do skutku, otwieramy worek na miejscu i na miejscu usuwamy zrosty, odprowadzamy treść worka, i teraz dopiero wgłabiamy go i wynicowujemy.

4) Górny otwór kanału udowego zamykamy 2—3 szwami jedwabnymi, przyszywając więzadło Pouparta do



Rys. 2.

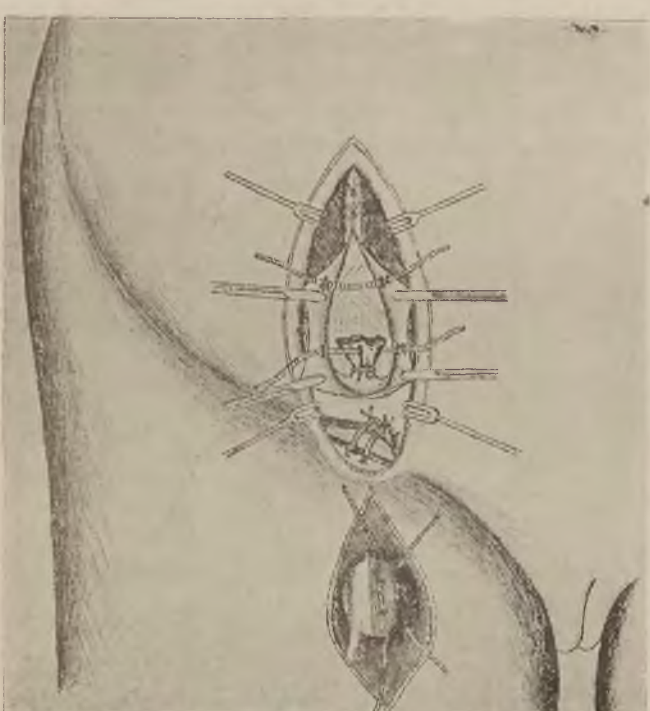
okostnej gałęzi poziomej kości łonowej i więzadła łonowego (*lig. pubicum Cooperi* —, przedłużenie ku zewnątrz wzdłuż kości łonowej dolnego rogu *lig. Gimbernati*), względnie do powięzi i mięśnia łonowego (*fascia et musc. pectin.*). Szwów

nie należy zbyt silnie zaciskać, z powodu niebezpieczeństwa zgorzeli więzadeł i powięzi. Zakładamy je od tyłu i wewnątrz ku przodowi i na zewnątrz (rys. 3) Dla ułatwienia założenia szwów oddzielamy poprzednio otrzewnę na niewielkiej przestrzeni od otoczenia kanału udowego i odsuwamy ją ku górze (rys. 2).

5) Worek przepuklinowy podciąga się ku górze i przodowi i podwiązuje się po przekłuciu jedwabiem niezbyt blisko od podstawy stożka, powstającego przez ten zabieg. Wolną część worka odcina się ponad podwiązką (niezbyt blizko, mniej więcej $1^1/_2$ ctm.). Jeżeli worek jest krótki, pozostawia się go w całości i z wierzcholkiem jego postępuje się tak, jak z kikutem.

6) Jeden lub dwa szwy, zamykające otwór w otrzewnej, przekłuwamy przez kikut worka przepuklinowego i przyszywamy ten ostatni ile możności wysoko do otrzewnej ściennej. Zbyt wysoko nie należy kikuta podciągać, dlatego, by nie wytworzyć za dużej jamy pustej powyżej górnego otworu kanału udowego.

Otwór w otrzewnej zaszywamy jedwabiem w ten sposób, że wkłuwamy i wykłuwamy szwy od strony jamy brzusznej tuż przy brzegu otworu w obrębie otrzewnej, w sposób, widoczny dokładniej na rys. 3. (Typ szwu Lemberta). Szew chwyta jednocześnie wewnętrzną powierzchnię mięśnia, względnie powięź, przylegającą do otrzewnej. Przez zawiązanie szwów tak założonych, uzyskujemy zrośnięcie się otrzewnej szerszemi niż zazwyczaj powierzchniami



Rys. 3.

7) Dolny otwór kanału udowego *(for. ovale)* zaszywa się kilku szwami jedwabnymi. Szwy zakłada się w poprzecznym, albo też w podłużnym kierunku; zależy to od tego, w którym kierunku jest mniejsze napięcie. Przy zaszywaniu w kierunku podłużnym podwiązuję zawsze żyłę odpiszczelową *(v. saphena)* i resekuję ją, a to by uniknąć pozostawienia szpary w miejscu jej ujścia do żyły udowej (rys. 2 i 3). Przy zeszywaniu w kierunku poprzecznym ma ten czynnik mniejsze znaczenie.

Wewnętrzna część szwu przechodzi przez mięsień łonowy.

8) Mięśnie i powięź zeszywa się w obu ranach katgutem, ewentualnie również i tkankę podskórną, a to dla usunięcia jam, w których mogłyby powstać krwiaki; skóra cienkim jedwabiem.

Chorzy pozostają w łóżku przez 3 tygodnie.

Korzyści mojej metody są następujące:

Po pierwsze: W jamie otrzewnej powstaje ku górze wypukłony stożek na miejscu poprzedniego lejkowatego wgłębienia otrzewnej, przy jednoczesnem napięciu otrzewnej w całej okolicy górnego otworu kanału udowego.

Powtóre: Kanał przepuklinowy zamyka się dwoma piętrami szwów.

Pod względem technicznym nie przedstawia moja metoda żadnych poważniejszych trudności. Dowodem tego jest fakt, że w klinice mojej wykonywali zabieg ten z dobrym wynikiem i mniej wyrobieni asystenci. Należy tylko unikać nakłucia żyły udowej, zwłaszcza w jej części wewnątrzmiednicowej. U mężczyzn wymaga oględności powrózek nasienny. W razie zetknięcia się z więzadłem okrągłem u kobiet usuwam je na bok.

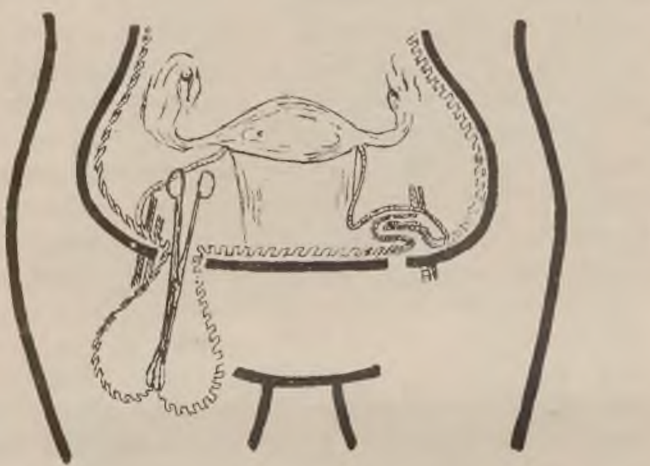
Tamowanie krwawienia musi być bardzo dokładne dla uniknięcia krwiaków, niekorzystnych dla doraźnego *(per primam)* gojenia się rany; w tym celu podwiązujemy cienkim katgutem najdrobniejsze krwawiące naczynia (w szczególności gałązki tętnicy i żyły okalającej udo [*aa.* i *vv. circumfl. ilei*] i nabrzusznej dolnej [*epigastr. infer.*]).

Z dolnej rany usuwa się wszystkie napotkane gruczoły chłonne, tłuszczaki i torbiele, gdyby się tu znajdowały. Niezbędnem jest postępowanie ściśle aseptyczne. Bezpośrednio na ranę przykładam jednak przy opatrunku gazę antyseptyczną. Zamiast podłużnem można jamę brzuszną otworzyć cięciem, równoległem do więzadła Pouparta, co w jednym przypadku wykonałem. Sądzę, że od strony cięcia górnego byłoby łatwo dla tem pewniejszego zamknięcia górnego otworu w razie szerszego niż zazwyczaj kanału udowego wytworzyć płat kostno-okostny z poziomej gałęzi kości łonowej, lub uszypułowany płat mięśniowy z mięśni skośnych brzucha.

W piśmiennictwie znajdujemy około 50 sposobów doszczętnego operowania przepuklin udowych. Fakt ten może być tłómaczony w sposób dwojaki. Albo tem, że doszczętne usunięcie przepukliny udowej jest rzeczą łatwą, i każda metoda, lub co najmniej znaczna ich większość, wiedzie do dobrego wyniku, albo też tem, że sposoby te mają strony słabe, zmuszające chirurgów do szukania coraz nowych, pewniejszych metod operacyjnych. Za przypuszczeniem pierwszem przemawiałoby to, że wyniki ostateczne doszczętnych operacyi przepuklin udowych najrozmaitszymi sposobami wykazują tylko 2 do 5% powrotów; wiemy jednak, że statystyki te opierają się na stosunkowo niewielkich liczbach; wiemy też, że niektóre przepukliny, zwłaszcza o szerszym kanale udowym, mają stałą skłonność do powrotów [1]. W tej właśnie drugiej okoliczności, jak również w dążeniu do najodpowiedniejszego i najpewniejszego wytworzenia stosunków

[1] Handb. d. pr. Chir. v. Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz. Wyd. II, t. II, p. 1036.

anatomicznych, zapobiegających powstaniu przepukliny udowej, należy widzieć bodziec do poszukiwań nowych metod. Sprengel[2]) w pracy swojej, ogłoszonej kilka tygodni temu, zestawił poglądowo prawie wszystkie opisane metody operacyi przepukliny udowej; mimo tej mnogości metod sądzi, że do niektórych przypadków u kobiet, u których kanał udowy jest szeroki, nadaje się jego metoda, którą w tej pracy opisuje. Sprengel wyosabnia worek przepuklinowy, otwiera jamę brzuszną i worek wynicowuje w sposób. zupełnie podobny do mojego; od strony jamy brzusznej robi potem z worka przez sfałdowanie poduszeczkę, którą zamyka otwór wewnętrzny kanału udowego; do poduszeczki przymocowuje więzadło okrągłe (*lig. rotundum*). Sam kanał udowy pozostawia nietknięty. Sprengel operował w ten sposób 5 przypadków; pierwszy był operowany dnia 12/I 1905. Rys. 4. kopia rysunku oryginalnego Sprengla. objaśnia jego metodę. Metoda Sprengla jest ze wszystkich dotychczas opisanych metod doszczętnego operowania przepuklin udowych do mego sposobu stosunkowo najpodobniejsza.



Rys. 4. — Metoda Sprengla.

Różnica jednak jest bardzo wyraźna: w metodzie Sprengla nie mamy ani napięcia otrzewnej ponad kanałem udowym, ani wyżej opisanego stożka otrzewnego, ani też dwupiętrowego zaszycia kanału udowego. Z innych metod ma metoda Kochera, którą on poleca dla przepuklin o wązkiej szyjce i wązkim kanale, pewne podobieństwo do mojej, różni się jednak od mojej o tyle, że Kocher wynicowuje worek na ślepo do jamy brzusznej i wynicowany przepycha przez mały otworek, zrobiony przez całą grubość ściany brzusznej (na wypinających ścianę na ślepo przez kanał udowy wprowadzonych kleszczykach) tuż ponad więzadłem Pouparta i ku zewnątrz od wylotu kanału pachwinowego. Kanał udowy zeszywa Kocher szwem jednopiętrowym.

Aslett Baldwin[3]) stara się napiąć otrzewnę, wyścielającą okolicę kanału udowego, w ten sposób, że przeprowadza wynicowany worek przepuklinowy pomiędzy otrzewną a mięśniami brzucha, przeciąga go przez otworek w powięzi m. skośnego zewnętrznego mniej więcej $1/2$ cala ponad więzadłem Pouparta, tu podwiązuje, marszczy w sposób podobny, jak Mac Ewen i stąd zamyka szwem kanał udowy.

[2]) Verh. d. deutsch. Ges. f. Chir. 1906. T. II. p. 244 i Langenb. Archiv, t. 80, zeszyt I.

[3]) Ref. Lwow. Tyg. Lek. Nr 41, str. 501 (1906) z The Lancet 21/VII 1906.

Dotychczas moim sposobem, częściowo przezemnie, częściowo przez moich asystentów, było operowanych 15 przypadków (13 kobiet, 2 mężczyzn), z wynikiem bezpośrednim pomyślnym. Pierwotnie operowałem moim sposobem tylko większe przepukliny udowe, obecnie operuję nim wszystkie.

Na ocenę wyników ostatecznych jest jeszcze za wcześnie, zarówno dlatego, że 3-letni okres jest na to za krótki, jak również i dlatego, że miałem sposobność zbadać tylko jedną chorą, w ten sposób operowaną, mianowicie kobietę, u której dokonałem zabiegu w marcu 1904 r.; stwierdziłem u niej zupełne wyleczenie; blizna laparotomijna była mocna i niepodatna.

Z Zakładu Patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O sztucznej czasowej odporności jamy brzusznej na zakażenie.

Napisał

Prof. Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

II. Badania nad sposobem powstawania sztucznej czasowej odporności jamy brzusznej.

W badaniach nad sztuczną czasową odpornością miejscową nie ograniczano się do stwierdzenia samego zjawiska, ale starano się zazwyczaj wyświetlić sposób jego powstania. W tym celu, za przykładem Issajewa, wydobywano w różnych odstępach czasu po zakażeniu z jamy brzusznej zwierząt przygotowanych uprzedniem wstrzyknięciem śródotrzewnem cieczy obojętnej zapomocą cienkiej pipety szklanej nieco płynu, który badano pod względem cytologicznym i bakteryologicznym i porównywano go z odpowiednim płynem zwierząt kontrolnych, nie przygotowanych.

Z badań tych okazało się, że wstrzyknięcie do jamy brzusznej zwierzęcia prawidłowego takich cieczy, jak bulion wyjałowiony, fizyologiczny roztwór soli kuchennej, surowica krwi prawidłowej i t. d. wywołuje odczyn miejscowy, polegający na krótkotrwałej przejściowej leukopenii, po której następuje znaczna leukocytoza, utrzymująca się w jamie brzusznej w ciągu dłuższego czasu. Według Issajewa ilość ciałek białych dochodzi w danych warunkach w jamie brzusznej do szczytu w 24 godziny po zakażeniu; gdy w tym czasie wstrzyknąć do brzucha mikroby, szybko ulegają one fagocytozie, która, zdaniem Issajewa, stanowi tu główny czynnik obronny ustroju. W badaniach późniejszych inni autorowie, mianowicie Charlton Briscoe (20) i Wolff starali się zbadać szczegółowo przebieg rzeczonego odczynu, a mianowicie określali, w jakim czasie po wstrzyknięciu śródotrzewniem ukazują się w jamie brzusznej rozmaite rodzaje ciałek białych, i w jakim czasie z niej znikają. stwierdzali pochłanianie limfocytów i ciałek wielojądrzastych przez makrofagi i określali czas, w którym zjawisko to w danych warunkach występuje. Briscoe, który wprowadzał do jamy brzusznej szeregu zwierząt zamiast cieczy, stosunkowo słabo działających, niektóre mikroby, jakoto przecinkowca cholery, *bac. megatherium* i lasecznika ziemniaczanego, twierdzi, że po wstrzyknięciu mikrobów do brzucha występuje podobny od-

czyn miejscowy, jak po wstrzyknięciu cieczy, a że same mikroby ulegają fagocytozie. Wolff zaś, który wstrzykiwał do jamy brzusznej prątki błonicy, duru, mikroby, podobne do zarazka grypy i in., opisuje odczyn miejscowy, jaki po zakażeniu zwierząt występował, tylko ogólnikowo, zaznaczając przytem, że w tych warunkach sprawa jest zawilszą, niż po wstrzyknięciu do jamy brzusznej powyżej przytoczonych cieczy, albowiem między różnymi czynnikami wchodzi tu w grę także i chemotaksis ujemna.

Gdy do jamy brzusznej, w której przez wstrzyknięcie cieczy, stosunkowo słabo działającej, wywołano powyżej przytoczony odczyn, wstrzyknąć powtórnie jakąś ciecz obcą, występuje również miejscowy odczyn komórkowy, choćby ciecz, użyta do powtórnego wstrzyknięcia, była również słabo działająca, jak ta, którą wprowadzono do brzucha przy pierwszem wstrzyknięciu. Powtórny odczyn ten jest jednak wogóle słabszy, niż odczyn po pierwszem wstrzyknięciu, co Briscoe tłómaczy pewnem stępieniem wrażliwości tworów komórkowych, w jamie brzusznej zawartych. Według tego badacza po powtórnem wstrzyknięciu limfocyty ukazują się w jamie brzusznej w mniejszej ilości, niż po pierwszem wstrzyknięciu, a ciałka wielojądrzaste powolniej z niej znikają; wiele makrofagów, które po pierwszem wstrzyknięciu ukazały się w jamie brzusznej, a później z niej uszły, powraca do jamy brzusznej, a poznać je można po zawartych w ich protoplazmie cząstkach pochłoniętych i w części strawionych leukocytów; po powtórnem wstrzyknięciu ukazują się także w jamie brzusznej komórki tuczne. W badaniach nad fagocytozą i leukocytozą w śródotrzewnem zakażeniu paciorkowcem ropotwórczym liczył Bukojemski (21) przyrządem Thomy-Zeissa ciałka białe w cieczy, jaką wydobywał co pół godziny z jamy brzusznej królików, przygotowanych w przeddzień zakażenia śródotrzewnem wstrzyknięciem 20 cm^3 fizyologicznego roztworu soli kuchennej; w 20 minut po zakażeniu ilość ciałek białych w polu widzenia wynosiła 15—17; z biegiem czasu zwiększała się ona, dochodząc w 4 godziny po zakażeniu do szczytu, który wynosił 200—215; 75% ciałek białych stanowiły przytem, zdaniem Bukojemskiego, młode ciałka jednojądrzaste; poczynając od 5-tej godziny po zakażeniu ilość ciałek białych się zmniejszała, tak że w $6^1/_2$—7 godzin po zakażeniu, gdy następowała śmierć zwierzęcia, ilość ciałek białych w polu widzenia wynosiła zaledwie 15—20.

W badaniach nad sztucznie wywołaną czasową odpornością jamy brzusznej na różne mikroby poznano tedy w głównych zarysach zachowanie się różnych gatunków ciałek białych w przebiegu odczynu miejscowego, jaki po zakażeniu powstaje; stwierdzono wybitną leukocytozę miejscową, pojawianie się makrofagów w jamie brzusznej, ubywanie z niej mikrofagów w późniejszych okresach zakażenia, pochłanianie mikrofagów przez makrofagi; natomiast nie wyjaśniono dostatecznie tych spraw, których dokładne poznanie ze względu na powstawanie odporności miejscowej największe miałoby znaczenie; a mianowicie co do fagolizy, jaka w danych warunkach występuje w jamie brzusznej, fagocytozy mikrobów przez leukocyty, oraz bakteryolizy pozakomórkowej, w poglądach różnych badaczów panuje jeszcze wiele sprzeczności, występują tu bowiem te same różnice, jakie do dziś dnia utrzymują się w tłómaczeniu powstawania wszelkiej wogóle odporności na zarazki, czy też inne komórki obce, przez wyznawców dwu głównych teoryi odporności.

Według zgodnego wyniku badań wszystkich autorów na tem polu, po pierwszem wstrzyknięciu cieczy, a względnie mikrobów do jamy brzusznej, następuje okres przejściowej leukopenii miejscowej. Miecznikow i jego szkoła tłómaczy to zjawisko przez fagolizę, jaką wywołuje wprowadzenie do jamy brzusznej cieczy obcej, a która, jak to podnosi Bordet, jest tem silniejszą, im większą jest ilość wstrzykniętej cieczy, oraz im bardziej jej ciepłota różni się od ciepłoty ciała. Gruber i Durham (22) zaś twierdzą, że w okresie leukopenii ciałka białe zlepiają się i osiadają na otrzewnej ściennej, ulegając przytem, jak się zdaje, pewnym zmianom; podobnie twierdzi Pierallini (23), że w okresie leukopenii miejscowej ciałka białe osiadają na sieci, że część ich jest przytem uszkodzona i że w otoczeniu uszkodzonych ciałek tworzą się złogi włóknika. Briscoe nie rozstrzyga wprawdzie czy początkową leukopenię wywołuje osiadanie ciałek białych na sieci, czy też fagoliza; skłania się jednak do przypuszczenia, że leukopenia powstaje nie wskutek fagolizy. Według Weryhy (24), Borella i Czystowicza (25) ciałka białe w okresie początkowej leukopenii uchodzą w wielkiej ilości do naczyń płucnych.

Szereg badaczów ze szkoły Miecznikowa, poczynając od Issajewa, znajduje, że u zwierząt przygotowanych po powtórnem wstrzyknięciu do brzucha cieczy, a względnie tworów komórkowych, w początkowym okresie miejscowego odczynu komórkowego fagolizy brak zupełnie lub też że jest ona znacznie słabsza, niż po pierwszem wstrzyknięciu; wynika to także z badań Pieralliniego, który znalazł, że po powtórnem wstrzyknięciu ilość włóknika, złożonego na sieci, jest znacznie mniejsza, niż po wstrzyknięciu przygotowawczem, co świadczy o słabszym rozpadzie osiadłych tam leukocytów. Natomiast po wprowadzeniu tworów komórkowych do brzucha zwierząt przygotowanych występuje, według Miecznikowa, bardzo wybitna fagocytoza, i to w ciągu bardzo krótkiego czasu. Miecznikow tłómaczy tę zmianę odczynu komórkowego po powtórnem wstrzyknięciu w sposób następujący: po wstrzyknięciu przygotowawczem uszkodzenia, na które Miecznikow główny nacisk kładzie, doznają głównie najsłabsze ze znajdujących się w jamie brzusznej leukocytów, które wskutek tego uszkodzenia giną; pozostają zaś fagocyty odporniejsze, które, nagromadziwszy się w jamie brzusznej w większej ilości, po drugiem wstrzyknięciu nietylko nie giną, ale przeciwnie, wskutek doznanej podniety jeszcze wzmagają swe czynności fizyologiczne; dlatego to, zdaniem Miecznikowa, u zwierząt przygotowanych zjawisko Pfeiffera nie występuje, a niszczenie mikrobów odbywa się tylko we wnętrzu fagocytów.

Inaczej rzecz tę przedstawia Briscoe; znajduje on mianowicie, że u zwierząt zakażonych, a przygotowanych uprzedniem wstrzyknięciem bulionu, fagocytoza występuje wybitniej, niż u zwierząt nieprzygotowanych; znajduje on jednak zarazem, że zjawisko Pfeiffera, które u świnek morskich nowych występuje najsilniej w 2 godziny po wstrzyknięciu im niejadowitych przecinkowców cholery do jamy brzusznej, t. j. równocześnie z ukazaniem się ciałek wielojądrzastych, występuje również i u świnek przygotowanych śródotrzewnem wstrzyknięciem bulionu lub roztworu

fizyologicznego soli kuchennej, i to nawet, że rozpoczyna się ono już w 45 minut po wprowadzeniu mikrobów do jamy brzusznej, jeszcze przed ukazaniem się w niej ciałek wielojądrzastych.

Według Wolffa ciałka białe bynajmniej nie są tak wrażliwe na szkodliwe działanie cieczy obcej, jak to twierdzi Miecznikow; zdaniem jego brak jeszcze dowodu, by w okresie leukopenii przejściowej istotnie powstawała fagoliza, sama zaś leukopenia da się wytłómaczyć przez rozcieńczenie treści jamy brzusznej wprowadzoną do niej cieczą. Powstała po wprowadzeniu do jamy brzusznej różnych cieczy czy tworów obcych leukocytoza miejscowa tłómaczy się, zdaniem Wolffa, przez ich działanie chemotaktyczne dodatnie; nie wytłómaczono tylko dotychczas, w jaki sposób wywołuje w danych warunkach leukocytozę miejscową fizyologiczny roczczyn soli kuchennej; według Wolffa, wstrzyknięcie tego roztczynu do jamy brzusznej działa mechanicznie, przez odrywanie komórek, wyścielających jamę brzuszną, od ich podłoża; komórki te ulegają potem rozpuszczeniu, a powstające natenczas, czy też uwalniające się z nich istoty działają na ciałka białe chemotaktycznie dodatnio. Wprawdzie we własnych doświadczeniach stwierdził Wolff, że fagocytoza w jamie brzusznej zwierząt przygotowanych jest silniejsza, niż u zwierząt nieprzygotowanych; okoliczność tę tłómaczy on jednak nie wzmocnieniem fagocytów przez wstrzyknięcie przygotowawcze, a tylko tem, że w jamie brzusznej zwierząt przygotowanych w chwili wprowadzenia do niej tworów komórkowych, znajduje się większa ilość fagocytów, niż u zwierząt nowych. W zakażeniu przecinkowcem cholery zwierząt przygotowanych uprzednim wstrzyknięciem śródotrzewnem, nie przypisuje Wolff fagocytozie zarazków przez mikrofagi prawie żadnego znaczenia, natomiast stwierdza on pozakomórkowe niszczenie mikrobów w jamie brzusznej.

W doświadczeniach nad zakażeniem paciorkowcem ropotwórczym królików i myszy, przygotowanych fizyologicznym roztczynem soli kuchennej w przeddzień zakażenia, znajdował Bukojemski w $^1/_2$—1 godziny po zakażeniu ciałka białe w wielkiej ilości na powierzchni żołądka, jelit i wątroby, nadto spotykał je w gruczołach limfatycznych, śledzionie i w wątrobie, zwłaszcza w naczyniach rzeczonych narządów. Bukojemski zaznacza przytem, że uszkodzone ciałka białe spotykał przeważnie tylko w obumarłych częściach wątroby i śledziony, zaś w wysięku brzusznym spotykał tylko częściową leukolizę, i to tylko w zakażeniu śmiertelnem wielką dawką jadowitych paciorkowców.

W różnych sposobach tłómaczenia powstawania czasowej odporności miejscowej na pierwszy plan wysuwa się zagadnienie, który z wchodzących tu w grę czynników główne ma znaczenie. Dosyć sprzeczne w tej mierze poglądy różnych autorów są następujące:

Miecznikow, który, opierając się na wynikach własnych swych badań, oraz poszukiwań swoich uczniów, uważa za główny czynnik w powstawaniu rzeczonej postaci odporności wzmożenie fagocytozy mikrobów przez bardzo żywotne leukocyty, niejako uodpornione przez wstrzyknięcie przygotowawcze na działanie fagolityczne stykających się z nimi ciał czy tworów obcych i pobudzone do silniejszych czynności fizyologicznych; obok fagocytozy zaś może, zdaniem Miecznikowa, odbywać się także i pozakomórkowe niszczenie mikrobów przez istoty bakteryobójcze, powstałe przy fagolizie, dla ostatecznego zejścia zakażenia sprawa ta ma jednak podrzędne znaczenie. Miecznikow sądzi przytem, że jakkolwiek fagocytoza mikrobów stanowi w sprawach zakaźnych najważniejszy sposób obrony ustroju, to jednak niezawsze może odczyn ten uchronić ustrój od śmierci, nawet wówczas, gdy wystąpił w bardzo silnym stopniu; tak bywa n. p. w zakażeniu przecinkowcem cholery, w którem nawet po pożarciu wszystkich zarazków przez fagocyty może nastąpić śmierć zwierzęcia wskutek zatrucia. Miecznikow stoi w sprawie powstawania wszelkiej wogóle, a zatem i rzeczonej postaci odporności na twory komórkowe obce, na tem zasadniczem stanowisku, że nawet uwzględniając pozakomórkowe tych tworów niszczenie, należy uważać odporność za sprawę komórkową, a to dlatego, że istoty, szkodliwie na te twory działające, przechodzą do ciekłego ich środowiska wskutek fagolizy, a więc wskutek uszkodzenia, a względnie rozpadu komórek ustroju. Za takiem pochodzeniem istoty bakteryobójczej przemawiają wyniki badań wielu badaczów, jakoto Salimbeniego, Cantacuzena, Bordeta i Gengou (26), Tarassewicza, Levaditiego (27), Lazara Erwina (28), Schradera (29), a poniekąd i Arthusa (30); atoli wobec odmiennych wyników badań innych autorów wielu innych badaczów nie uznaje, by istota bakteryobójcza pochodziła z rozpadających się, czy też już rozpadłych fagocytów. Wśród tych ostatnich wyróżnia się Radziewski (31) siłą, z jaką zwalcza poglądy Miecznikowa i znaczenie fagocytozy mikrobów do zera sprowadzić usiłuje; w pracy Radziewskiego, z którą Miecznikow zupełnie się nie liczy, uważając ją za tendencyjną, spotykamy wiele szczegółów, tyczących się rozmnażania się mikrobów, oraz pozakomórkowego ich niszczenia, które na uwzględnienie zasługują.

Briscoe uznaje wprawdzie, że u zwierząt przygotowanych wstrzyknięciem śródotrzewnem występuje w jamie brzusznej wybitna fagocytoza przez nagromadzone tam w wielkiej ilości ciałka białe, stwierdza on jednak zarazem, że równocześnie mikroby, a względnie obce ciałka czerwone krwi, wprowadzone do jamy brzusznej, ulegają także i pozakomórkowemu niszczeniu. Briscoe stwierdza nawet, że u zwierząt przygotowanych fagocytoza występuje silniej, niż bakteryoliza, a względnie hemoliza pozakomórkowa; stwierdza on jednak zarazem, wbrew twierdzeniu Grubera i Durhama, w szeregu doświadczeń na świnkach morskich prawidłowych, uodpornionych i przygotowanych wstrzyknięciem bulionu, oraz na uodpornionych królikach, które zakażał jadowitymi i niejadowitymi przecinkowcami cholery, że w cieczy brzusznej nawet zwierząt prawidłowych jest zawsze aleksyna, oraz że zmiany ilościowe tej istoty w cieczy brzusznej nie odpowiadają zmianom znachodzących się w niej pseudoeozynofilów. Pomimo zwiększenia się ilości komórek w wysięku brzusznym działanie aleksyny może się osłabić, gdy ilość cieczy w brzuchu się zmniejszy; stąd wyprowadza Briscoe wniosek, że istoty działające, zawarte w cieczy otrzewnej, przechodzą do jamy brzusznej wraz z płynem, przesiąkającym tu z naczyń krwionośnych, a względnie wraz z powstającym wysiękiem. Z poglądem tym zgadza się pogląd Wassermanna, który uważa za najważniejszy czynnik w odporności miejscowej dopływ cytaz do zakażonej części ustroju.

Wolff, który zwalcza wogóle poglądy Miecznikowa, sądzi, że nawet jeśli przyjąć, iż cytazy przechodzą do soków ustroju dopiero wówczas, gdy ciałka białe ulegają zniszczeniu, to i w tym przypadku, wbrew twierdzeniu Miecznikowa, wolna cytaza musi znachodzić się w osoczu krwi, gdyż już w warunkach fizyologicznych leukocyty ciągle ulegają rozpadowi w śledzionie, a być może i w gruczołach limfatycznych, oraz w szpiku kostnym; podobny pogląd wyraża także i Dominici (32). Zdaniem Wolffa w sprawach zakaźnych, toczących się w jamie brzusznej, wysięk brzuszny musi zawierać wolną cytazę, gdyż znachodzące się w nim zarówno leukocyty, jakoteż i nabłonki (makrofagi) ulegają zwyrodnieniu oraz rozpadowi. U zwierząt przygotowanych śródotrzewnem wstrzyknięciem bulionu, fizyologicznego rozczynu soli kuchennej lub surowicy, pewną część ciałek białych pochłaniają wprawdzie makrofagi, ale inne ciałka białe rozpadają się pozakomórkowo; u takich zwierząt występuje silna fagocytoza mikrofagów przez makrofagi, oraz fagoliza pozakomórkowa jeszcze przed wprowadzeniem mikrobów do jamy brzusznej, a zatem, według teoryi Miecznikowa, mikroby powinny już tam zastać cytazę, która się uwolniła z rozpadających się mikrofagów. Wprawdzie ciałka białe, gdy nagromadzą się w wielkiej ilości, często pochłaniają mikroby, ale zjawisko to dla przebiegu i zejścia zakażenia nie ma rozstrzygającego znaczenia; często bowiem występuje ono dopiero wówczas, gdy walka ustroju z zarazkami jest już rozstrzygnięta w środowisku ciekłem mikrobów, po za komórkami, które je pochłaniają. W przejściowej odporności miejscowej występują zmiany zapalne. Przez rozszerzone naczynia krwionośne i limfatyczne może, zdaniem Wolffa, dopływać do danego ogniska zakaźnego dużo istoty uczulającej; istota ta znajduje się wprawdzie nietylko w sokach zwierząt uodpornionych, lecz również i w sokach zwierząt prawidłowych, ale u pierwszych w większej ilości; dlatego to występuje u nich bakteryoliza bardzo szybko, tak, że mikroby zostają zniszczone, zanim ilość powstających równocześnie endotoksyn doszła do najmniejszej ich dawki śmiertelnej. Wskutek bakteryolizy powstają istoty działające na leukocyty chemotaktycznie dodatnio; stąd silna leukocytoza miejscowa, która ma tylko to znaczenie, że świadczy o dokonanej wybitnej bakteryolizie, a względnie cytolizie.

Bukojemski w pracy nad leukocytozą i fagocytozą w zakażeniu paciorkowcem ropotwórczym jamy brzusznej królików, przygotowanych wstrzyknięciem fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, stwierdza, że w zakażeniu tem od pierwszej niemal chwili po wprowadzeniu mikrobów do brzucha występuje wybitna ich fagocytoza, która słabnie dopiero przed śmiercią zwierzęcia. Pomimo to, że przez cały czas zakażenia wybitnej leukolizy w wysięku brzusznym nie spotykał, stwierdza Bukojemski, że mikroby, rozmnażając się w jamie brzusznej, równocześnie ulegają rozpadowi. Pozakomórkowe niszczenie mikrobów w jamie brzusznej odbywa się, według Bukojemskiego, w czasie, gdy nagromadziły się tam w znacznej ilości ciałka jednojądrzaste; stąd wyprowadza on wniosek, że istoty bakteryobójczej dostarczają tu limfocyty. Bukojemski uważa, że w sztucznem zakażeniu paciorkowcem występuje w obronie ustroju obok fagocytozy zarazków także i działanie bakteryobójcze soków ustroju; że jednak w warunkach naturalnych do obrony ustroju sama fagocytoza zupełnie wystarcza i że soki ustroju mogą tu odgrywać tylko rolę pomocniczą przez unieszkodliwianie jadów bakteryjnych.

W badaniach moich nad sztuczną odpornością miejscową jamy brzusznej królików i świnek morskich, przygotowanych wstrzyknięciem śródotrzewnem bulionu na zakażenie kałowe, we wszystkich doświadczeniach, o których wyżej była mowa, wydobywałem w różnych odstępach czasu z jamy brzusznej zarówno zwierząt przygotowanych, jakoteż i kontrolnych, nieco cieczy, którą badałem w preparatach mikroskopowych. W badaniach tych uwzględniałem obecność oraz zmiany ilościowe i jakościowe różnych postaci ciałek białych, obecność oraz ilość mikrobów wolnych w cieczy brzusznej, fagocytozę mikrobów przez mikrofagi i makrofagi, oraz zmiany mikrobów wolnych, świadczące o pozakomórkowem ich zwyrodnieniu, a względnie rozpadzie lub rozpuszczeniu, czyli o t. zw. bakteryolizie mikrobów wolnych. Sprawy osiadania ciałek białych na powierzchni narządów brzusznych oraz uchodzenia ich z jamy otrzewnej do różnych narządów wewnętrznych w różnych okresach zakażenia w doświadczeniach tych nie badałem, gdyż zwierzęta, do doświadczeń tych użyte, ze względu na główny wynik doświadczenia musiały być utrzymane przy życiu aż do naturalnego zejścia zakażenia. Główne wyniki tych badań są następujące:

U świnek morskich i królików, zakażonych śródotrzewnie zawiesiną własnego ich kału w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, już w pierwszych godzinach po zakażeniu ukazują się w cieczy brzusznej w miernej ilości limfocyty, które utrzymują się w niej w ciągu dłuższego czasu, wynoszącego niekiedy do 28 godzin; w tym samym mniej więcej czasie, niekiedy już w pół godziny po zakażeniu ukazują się w cieczy brzusznej mikrofagi, których przez kilkanaście, a niekiedy nawet przez kilkadziesiąt godzin coraz więcej przybywa, a których zaczyna ubywać dopiero po dłuższym czasie, wynoszącym co najmniej 40 godzin od zakażenia jamy brzusznej. Zwykle w kilkanaście godzin po zakażeniu, niekiedy jednak już wcześniej, ukazują się w jamie brzusznej makrofagi, zrazu nieliczne, których z biegiem czasu przybywa, a które zazwyczaj dopiero w późniejszych okresach zakażenia pożerają i strawiają w swojem wnętrzu mikrofagi, oraz znachodzące się w cieczy brzusznej krwinki czerwone. (Dok. nast.)

O jadach zwierzęcych.

Podał

Doc. Dr Ignacy Lemberger.

(Ciąg dalszy.)

Traszka (*triton cristatus*) również wytwarza w gruczołach skórnych wydzielinę gęstą, białą, która według Vulpiana i Capparelliego zawiera istoty jadowite. Z 300 traszek otrzymał Caparelli około 40 gm. wydzieliny, którą badał metodą Stass-Otta, przyczem stwierdził, że istota działająca przechodzi w eter z rozczynu kwaśnego, że istota ta nie zawiera azotu i że do rozczynu eterowego przechodziło jeszcze drugie ciało, oddziaływania kwaśnego, lotne w zwykłej ciepłocie. O naturze chemicznej tej istoty nic dokładniej nie wiemy. Działanie farmakologiczne tej istoty badał Caparelli na psach, królikach, świnkach morskich i żabach i stwierdził, że zwierzęta po podskórnem wstrzyknięciu wydzieliny ginęły wśród objawów

ze strony narządu krążenia i oddychania. Na krwinki czerwone działa jad traszek rozpuszczająco, podobnie jak jad ropuch. Ściślejszych badań w tym kierunku brak.

Z ropuchowatych znany i zbadany jest jad ropuchy zwykłej (*bufo vulgaris*), znajdujący się we wydzielinie gruczołów skórnych. Jadowitość tej wydzieliny znaną była już dawniej; już Nikander podaje, że »jeżeli ktoś spożyje napój, z ropuchy sporządzony, obrzmiewają jego kończyny, oddychanie przyspiesza się, a z ust jego wydobywa się niemiły zapach«. Również późniejsi autorowie Ambroży Paré, Rondelet (1510—1590), opisują przypadki zatrucia jadem ropuchy u ludzi. Stwierdzenie naukowe jadowitości wydzieliny ropuchy zawdzięczamy dopiero badaniom Gratioleta i Cloëza (1851) oraz Vulpiana (1854). Vulpian podaje, że w ½—1 godziny po wstrzyknięciu wydzieliny giną świnki morskie i psy. Przebieg zatrucia dzieli na 4 okresy: 1) okres podniecenia, 2) okres zwiotczenia, 3) okres wymiotów, 4) okres kurczowy śmiercią się kończący, u psów okresu kurczowego nie zauważył, śmierć nastąpiła u nich bez tego objawu. Ścisłe badania nad jadem ropuchy w kierunku chemicznym i farmakologicznym w nowszych czasach wykonał E. S. Faust. Autor wyosobnił z jadu tego istotę o działaniu naparstnicy t. zw. bufotalinę, a nadto drugą istotę, zbliżoną do pierwszej, lecz o wiele słabiej działającą t. j. bufoninę. Prawie równocześnie ogłosili Phisalix i Bertrand (*Compt. rend.* 136, 1902) pracę, z której wynika, że otrzymali z jadu ropuch istotę, bliżej nie określoną, którą nazwali bufoteniną; obecności jednak tej istoty w jadzie ropuchy Faust nie zdołał stwierdzić. Z pracy Fausta (*Archiv f. exp. Path. u. Pharmak. 47, 278, 1902*), w której znajdujemy zebrane piśmiennictwo, dotyczące jadu ropuch, dowiadujemy się że bufonina ma wzór $C_{34}H_{54}O_2$, że jest ciałem krystalicznem, rozpuszczalnem w chloroformie, benzolu, gorącym wyskoku, trudno się rozpuszcza w eterze, a jeszcze trudniej w zimnym wyskoku i we wodzie; nie rozpuszcza się również w kwasach, ani w alkaliach. Druga istota, bufotalina, jest bezpostaciową, wzoru $C_{34}H_{46}O_{10}$, rozpuszcza się łatwo w chloroformie, wyskoku, kwasie octowym i acetonie, trudno się rozpuszcza w benzolu i we wodzie (2·5:1000), a wcale nie rozpuszcza się w eterze naftowym; w alkalicznych płynach, ługu sodowym, węglanie sodowym i amoniaku, rozpuszcza się bufotalina, tworząc sole. Działanie farmakologiczne bufotaliny odpowiada zupełnie działaniu świeżej wydzieliny gruczołowej ropuch, a posiada wspólne cechy z działaniem digitaliny. Działa zatem przedewszystkiem na serce i wszystkie wywołane objawy, z wyjątkiem miejscowych, należy odnieść do zmian w krążeniu, przez bufotalinę wywołanych. Wprowadzenie bufotaliny do ustroju zwierzęcego wywołuje wzrost ciśnienia krwi z powodu zwiększenia się pełności tętna i siły skurczu, przyczem narządy nerwowe serca nie doznają zmiany. Większe dawki bufotaliny upośledzają czynności serca wskutek zadziałania na mięsień i wywołać mogą ustanie czynności serca i śmierć zwierzęcia. Bufotalina natomiast nie działa na mięśnie kośćca, ani też po wstrzyknięciu nie wywołuje miejscowej ropowiny, jak się dzieje po digitoksynie. Bufotalina działa nadto drażniąco na błonę śluzową żołądka i jelit, a mianowicie podawana wewnętrznie, i wywołuje wymioty. Dawka śmiertelna bufotaliny dla zwierząt ssących wynosi 0·5 mg. na kilogram. Żaby giną w 10 minut po wstrzyknięciu 0·5 mg. bufotaliny. Bufotalina działa również na błonę śluzową nosa drażniąco i pobudza do silnego kichania. Bufonina działa jakościowo, jak bufotalina, różnica polega tylko na ilościowem działaniu, które jest znacznie słabsze. Faust utrzymuje, że bufonina tworzy przez utlenienie bufotalinę.

Bardzo obfituje w gatunki jadowite gromada gadów (*reptilia*). Należą tu dwa rzędy: węże (*ophidia*) i jaszczurkowce (*sauri*).

Węże znane są ze swej jadowitości od dawien dawna i znajdujemy też liczne o nich podania w piśmiennictwie, począwszy od Herodota, Aristotelesa, Pliniusa, Aeliana itd. Wszystkie te wiadomości są niejasne, sprzeczne, fantastyczne, oparte na podaniach ludowych, na zabobonie, pozbawione podstaw naukowych. Pierwsze badania naukowe znamy dopiero od połowy XVIII wieku w pracach Charasa, Redi i Fontany. Zachodzi pytanie, co należy rozumieć przez nazwę wężów jadowitych. Pytanie to dość trudne, bo ze stanowiska ściśle naukowego wężów »niejadowitych« właściwie nie znamy; wszystkie one wytwarzają w gruczołach, czyto prawie zanikłych, czyto silnie rozwiniętych, istotę, która jakościowo jednakowo działa, a różnica, i to olbrzymia, leży tylko w działaniu ilościowem. Gdybyśmy ustawili węże poszczególne w szeregu naturalnym, natenczas pierwszym w tym szeregu byłby znany jako »niejadowity« zaskroniec (*tropidonotus natrix*), który posiada gruczoły jadowe nadzwyczaj nikłe, wydzielające małą ilość jadu, nadzwyczaj słabo działającego — ostatnim zaś w szeregu byłby tarczak okularnik (*kobra-naja tripudians*) o silnie rozwiniętym gruczole jadowym, połączonym z zębem silnym, szczególnie zbudowanym, przystosowanym do zaszczepienia przeciwnikowi jadu, nadzwyczaj silnie działającego. Dlatego też nazwa »wąż jadowity« ma znaczenie czysto praktyczne i posługiwać się tą nazwą będziemy na oznaczenie wężów, zaopatrzonych w należycie rozwinięty narząd jadowy, przy pomocy którego węże te mogą wszczepić jad drugiemu osobnikowi, a więc czynnie jadem zadziałać.

Węże jadowite (*thanatophidia*) dzielimy na bróździzębne (*proteroglypha*) i pustozębne (*solenoglypha*).

Oprócz tego zaliczamy do wężów jadowitych grupę wężów podejrzanych (*opistoglypha*, *»serpentes suspecti«*)

Węże podejrzane, (*serpentes suspecti*) były przez długi czas przedmiotem sporu między herpetologami, a w szczególności co do jadowitości. Szczególnie Schlegel (1830) uważał węże te za niejadowite, co znów zbijał C. L. Duvernoy (Strassburg). Stąd powstała obszerna, monumentalna praca Dumérila i Bibrona »*Erpétologie générale*«, w której autorowie te węże, opatrzone w tylnej części szczęki w zęby bróździne, zaliczają do osobnej grupy »*opistoglypha*«. Stwierdzono niezbicie jadowitość wężów tej grupy: *malpolon lacertina*, *trimorphodon bisculatus*, *tarbophis vivax*, *tragops prasinus*, *leptodeira annulata*, *dryophis*, *xenodon severus*, *tropidanotus natrix* (zaskroniec), *zamenis mucosus* (gniewiec) i innych, a w szczególności, że trującą jest wydzielina ślinianki tych wężów dla małych zwierząt, dla ludzi zaś i większych zwierząt ukąszenie tych wężów nie jest szkodliwe, albo też nie pociąga za sobą groźnych skutków z tego powodu, że natężenie jadu jest słabe, a nadto, że ułożenie zębów jest niekorzystne dla wprowadzenia większych ilości jadu.

Ważniejsze dla nas są węże z grupy bróździzębnych (*proteroglypha*), które wyposażone są w dwa silnie rozwinięte zęby, osadzone na szczęce górnej przed lub za zębami zwykłymi, od nich szczerbą oddzielone, opatrzone w głęboką brozdę od nasady aż do końca; nadto objęte są zęby tych wężów obszerną torbą, z dziąseł utworzoną, a brózda zębna stoi w związku z właściwym silnie rozwiniętym gruczołem jadowym. Do grupy tej zaliczamy:

1) Pławicowate (*hydrophinae*), odznaczające się spłaszczonem ciałem i prawie płaskim, wiosłowatym ogonem, zamieszkują wybrzeża Oceanu Indyjskiego i Spokojnego szczególnie strefy równikowej. Należą tu odmiany pławicy (*hydrophis cyanocincta*, *pelamoides*, *pelamis bicolor*, *platurus fasciatus*). Badania nad jadem tych odmian wykonali Leonard Rogers, T. R. Fraser i R. H. Elliot.

2) Zdradnicowate (*elapinae*) o ciele walcowatem, zamieszkujące przeważnie Indye i Indochiny, gdzie stanowią najniebezpieczniejsze odmiany wężów, z których przedewszystkiem gatunki *bungarus*, *naja i callophis* są postrachem krajowców. W szczególności należą tu gatunki: bongar (*bungarus fasciatus*) długości 1—1½ metr. ma najmniejsze zęby z wężów tej grupy; tarczak okularnik (*naja tripudians*) wyobrażony często na pomnikach Hindusów, do 2 m. długi, żyjący w Indyach wschodnich na Jawie i połud. Chinach; śmiertelność z ukąszeń tego węża obliczają na 25—30%; *opiophagus elaps* żyjący na Andamanach, wyspach sundajskich i Nowej Gwinei, według Fayera (*Thanatophidia of India, London*) najniebezpieczniejszy wąż Indyi wschodnich, dochodzący 3—5 m. długości; ukąszenie jego zabija słonia w 3 godzinach; wąż ten rzuca się również na ludzi.

Do odmian zdradnicowatych, żyjących w Afryce, należą: *sepedon haemachates Merr.*, która wypluwa jad na 1 metr daleko; jeśli jad dostaje się do oka ofiary, wywołuje zapalenie spojówki; *naja haja*, »*aspis*« starożytnych, okularnik egipski, zwany także wężem Kleopatry, czczony u starych Egipcyan; zęby jadowe ma silnie rozwinięte, do 6 mm. długie.

Australię zamieszkują gatunki *pseudechis porphyriacus*, *hoplocephalus curtus*, *acanthopis antarticus*, Amerykę zaś gatunki *elaps corrallinus*. W Europie nie ma tych wężów, jak wogóle niema tu wężów z grupy bróździzębnych.

Do drugiej grupy wężów jadowitych należą pustozębne (*solenoglypha*), tu znów zaliczamy pokrewne grzechotnikowate (*crotalinae*) i żmijowate (*viperinae*).

Grzechotnikowate mają znamienną budowę głowy a mianowicie mają między oczodołem i nosodołem głęboką bró-

zdę. Do grupy tej należą gatunki *crotalus*, *lachesis*, *trigonocephalus*, *bothrops i trimeresurus*. Z nich grzechotnik (*crotalus*) odznacza się tem, że ma na końcu ogona grzechotkę, składającą się z łusek zrogowaciałych, wchodzących jedne w drugie; przy poruszaniu temi łuskami powstaje odgłos podobny do grzechotki. Węże te żyją jedynie w Ameryce, na ludzi się nie rzucają, chyba we własnej obronie; należy tu grzechotnik przepaskowany (*crotalus durissus*) i kaskawela (*crotalus horridus*).

Żmijowate (*viperinae*) mają przeważnie mniejsze zęby jadowe, a wyjątkowo dochodzą do wielkości grzechotnikowatych.

Odmiana *cerastes* (żmije rogowe) rozpowszechniona jest w Afryce. Z jadu gatunku *vipera arietans* przyrządzają Hotentoci truciznę do strzał.

Przedstawicielem odmian, żyjących w Europie, jest żmija zygzakowata czyli piskorowata (*vipera berus v. pelias berus*). Znaną jest w Europie północnej aż do 65° szerokości i do 2000 m. wysokości, a nie brak jej także we Włoszech, Hiszpanii i Portugalii. Odmiany jej, inaczej ubarwione, znane są pod nazwą czarnuchy (*vipera praester*) i miedzianki (*vipera chersea*). Żmije odróżniają się od niejadowitych naszych wężów znamiennym rysunkiem grzbietu, ciemną linią podwójną zygzakowatą, ułożeniem wklęsłości na głowie w postać krzyża (stąd niemiecka nazwa »Kreutzotter«) oraz łuskami, włączonemi do tarcz ocznych. Żmije dochodzą do 75 cm. długości, zęby jadowe są 3—4 mm. długie i wydzielają naraz około 0·1 gm. jadu. Jako odmiany znamy żmiję redzką (*vipera asbis*), która żyje w kniejach, nad Morzem Śródziemnem położonych, oraz najniebezpieczniejszą żmiję piaskową (*vipera ammodytes*), którą już Dioscorides opisuje pod nazwą »Kenchros«, dochodzącą do 1 metra długości, a zamieszkującą Dalmacyę i Grecyę.

Gruczoły jadowe wężów leżą zwykle po obu stronach szczęki górnej, a są różnej wielkości i postaci. U niektórych wężów sięgają one aż do grzbietu, a u odmiany *callophis* leżą wśród jamy brzusznej, gdzie się ciągną przez $^1/_4$—$^1/_2$ długości zwierzęcia jako wydłużone gruczołowate narządy. Narządy jadowe wężów są co do budowy gruczołami groniastymi. Wydzielony z tych gruczołów jad gromadzi się w gronach oraz w przewodzie, uchodzącym u nasady zęba jadowego. Gruczoły otoczone są błoną włóknistą, w którą przechodzą ścięgna żwacza tak, że przy skurczeniu się tego mięśnia i przy współudziale innych, pod naciskiem przez nie wywartym, wyciśnięty zostaje jad z gruczołu. Węże niejadowite zaopatrzone są wprawdzie w podobne narządy, wydzielające wydzielinę mniej lub więcej jadowitą, jednak brak im zębów jadowych. Ilości jadu, wydzielane przez węże jadowite, wahają się w bardzo szerokich granicach i stoją w pewnym stosunku do wielkości zwierzęcia. Ilość jadu, wydzielonego naraz t. j. przy jednem ukąszeniu, zależy także od tego jaki czas upłynął pomiędzy ostatniem, a przedostatniem ukąszeniem, zależy jednak także od innych czynników, mianowicie od wpływów nerwowych, od siły ukąszenia, ciepłoty, otoczenia, ilości i jakości spożytych pokarmów oraz wody, a w końcu także i od tego, czy zwierzę znajduje się na wolności, czy też w niewoli. Według badań Mac Garvie Smitha, Calmettego i Feoktystowa wynoszą ilości świeżo wydzielonego jadu 65—1139 mg., zawierających 17—480 mg. suchej pozostałości. Największą ilość wydzieliny jadowej znaleziono u grzechotników, oraz u tarczaka okularnika.

Znaczenie fizyologiczne jadu wężów dla ich ustroju nie jest do dziś dnia dokładnie zbadane, zdaje się jednak, że jad wężów ma dla nich donioślejsze jeszcze znaczenie, aniżeli samą ochronę przed napastnikiem oraz broń do ubezwładnienia ofiary. Według badań różnych autorów zawiera jad wężów, ferment rozpuszczający białko (proteolityczny). Według Lacerdy, Werhmana i innych nie zawiera jad wężów fermentu dyastatycznego, ani też rozkładającego glikozydy. Z badań dotychczasowych można wnosić, że proteolitycznie działająca wydzielina gruczołu jadowego odgrywa u wężów, które wszystkie są zwierzętami mięsożernemi, pewną rolę w trawieniu. (Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

Dr Med. St. Orłowski, Ordynator szpitala św. Jana Bożego w Warszawie. **Cierpienia układu nerwowego.** Warszawa, Wende i Sp. r. 1906.

Z zapomogi kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im. dra Józefa Mianowskiego, wydany został w marcu r, b. podręcznik chorób nerwowych dra St. Orłowskiego. Jestto drugi już oryginalny podręcznik polski w tym dziale chorób. Pierwszy, napisany przez profesorów Domańskiego i Prusa, wyszedł w Krakowie w roku 1903, jako 1. i 2. zeszyt tomu I. »Nauki o chorobach wewnętrznych«, wydanej pod redakcyą prof. Walerego Jaworskiego.

Dr Orłowski w swojem dziele, które stanowić ma część pierwszą podręcznika chorób układu nerwowego, opracował »Choroby nerwów obwodowych« i »Choroby rdzenia kręgowego«. Okazałe to dzieło, obejmujące 419 stronnic druku, zawiera 186 rysunków w tekście i jedną tablicę.

Pierwszy rozdział poprzedzają ogólne wiadomości z anatomii, histologii, fizyologii i patologii doświadczalnej nerwów obwodowych, następnie idzie klasyfikacya cierpień układu nerwowego obwodowego i wreszcie opis poszczególnych cierpień: zapalenia nerwu i zapalenia »wielonerwowego«, porażeń obwodowych w dziedzinie nerwów mózgowych i rdzeniowych, nowotworów nerwów, kurczów, kurczów w obrębie rozgałęzienia się poszczególnych nerwów i wreszcie nerwobolów. Przed opisem porażenia nerwów obwodowych podaje autor w krótkości, a jednak dość wyczerpująco, za każdym razem niezbędne wiadomości z anatomii i fizyologii danego nerwu, co w znacznym stopniu przyczynia się do łatwiejszego zrozumienia opisanych dalej zmian chorobowych, i dla czytającego jest bardzo a bardzo korzystne. Znajdujemy tam nietylko przebieg danego nerwu, ale również i wiadomości odnoszące się do tego, jakie mięśnie i ewentualnie które części powierzchni ciała, czy błon śluzowych, dany nerw obsługuje. Pomysł to, jak powiadam, bardzo szczęśliwy, ułatwia on bowiem znakomicie zoryentowanie się za każdym razem w zmianach chorobowych.

Drugi rozdział, traktujący o chorobach rdzenia kręgowego, poprzedza opis budowy i zmian chorobowych rdzenia i opis czynności rdzenia zdrowego i rdzenia, chorobowo zmienionego. Szczegółowy opis cierpień rdzenia poprzedza krótka ich klasyfikacya. Najpierw idą cierpienia rdzenia układowe, dalej cierpienia rdzenia rozlane, wreszcie ciepienia osłon rdzeniowych.

Pomimo tego, że podręcznik Orłowskiego dość wyczerpująco omawia wszystkie ważniejsze wiadomości z zakresu dwóch wyżej wymienionych działów chorób nerwowych i uwzględnia nawet i najnowsze ustalone już zdobycze naukowe na tem polu, jest napisany przystępnie, zrozumiale, i czyta się z łatwością. A te zalety zapewnią mu niewątpliwie wielkie powodzenie. Drugą dodatnią stroną podręcznika jest stosunkowo obszerne uwzględnienie anatomii patologicznej cierpień układu nerwowego, objaśnionej odpowiedniemi rycinami.

Ujemną stroną podręcznika wydaje mi się jednak brak rysunków ręcznych z preparatów mikroskopowych. Mikrofotografia bowiem przedstawia nam tylko tę płaszczyznę preparatu, na jaką mikroskop jest w danej chwili ustawiony. Czyż w rzeczywistości na tem się ograniczamy? Przeciwnie, przy badaniu mikroskopowem co chwila przesuwamy śrubę mikrometryczną, to w jedną, to w drugą stronę, gdyż to jedynie umożliwia nam zrozumienie preparatu. Dlatego też rysunek, nie będący bezpośrednim ślepem odbiciem jednej, tylko przy danem nastawieniu widocznej płaszczyzny preparatu, lecz kombinacyą 2—3 najbliższych płaszczyzn preparatu jest dla czytelnika daleko zrozumialszym i o wiele więcej pouczającym. Stąd umieszczenie w podręczniku obok niewiele mówiących zdjęć fotograficznych, także i rysunków ręcznych wydaje mi się konieczne. Kilka rycin nie jest bez usterek, co nawet utrudnić mogłoby ich zrozumienie i czytelnika w błąd niekiedy wprowadzić, jak to n. p. stać się może z rysunkiem 9-tym na str. 12, przedstawiającym schemat pobudliwości elektromotorycznej na kończynie dolnej, gdzie górna część rysunku przedstawia nogę prawą, zaś dolna wygląda raczej na stopę lewą. Braki te, z których zapewne i sam autor nie jest zadowolony, dadzą się niewątpliwie przy następnem wydaniu z łatwością usunąć[1]).

[1]) Niech mi będzie wolno zwrócić jeszcze uwagę na użyte w podręczniku mianownictwo. W przedmowie oświadcza autor, że »starał się trzymać, o ile możności, ostatniego Słownika lekarskiego polskiego«; ponieważ jednak »pomimo nieocenionej wartości tego dzieła, niepodobna go uważać za wolne od zarzutów wszelkich«, ponieważ zdaniem autora, »niektóre terminy są utworzone niefortunnie, inne — nawet nieprawidłowo«, przeto autor »na używanie ich zdecydować się nie mógł«. Do takich mian »błędnych, nieudatnych, lub rażących ucho, zwłaszcza w Królestwie« zalicza autor np. »kiła, przymiot«, »zapalenie wielu nerwów«, używając zamiast pierwszych słowa »syfilis«, zamiast drugiego — miana: »zapalenie wielonerwowe«.

Dlaczego autor, mając do wyboru między dobremi, a równouprawnionemi polskiemi nazwami »kiły« i »przymiotu«, wybrał — obcą, upamiętnioną

Ważniejszym brakiem podręcznika dra Orłowskiego jest zbyt szczupłe i dość powierzchowne uwzględnienie zaburzeń czucia, spostrzeganych w przebiegu chorób nerwowych. Wprawdzie zaburzenia czucia są przy odpowiednich chorobach opisane, lecz to nam dziś już nie wystarcza. Jeżeli się uwzględni, że badanie czucia stanowi obecnie bardzo ważną część badania neurologicznego, i że już z samej topografii zaburzeń czucia na skórze nieraz na pierwszy rzut oka z łatwością odrazu rozstrzygamy, czy mamy przed sobą chorobę nerwów obwodowych, rdzenia, czy też mózgu, to przyznać trzeba, że ten dział badania neurologicznego nie znalazł w nowym podręczniku odpowiedniego uwzględnienia. Oprócz ogólnych tablic porównawczych topografii czucia na skórze nie spotykamy bowiem ani jednego schematu zaburzeń czucia w poszczególnych chorobach mózgu, rdzenia, czy nerwów obwodowych. Ten brak nie da się tak łatwo uzupełnić, jak poprzednio wspomniane, a jednak należałoby i to w przyszłości uczynić dla dobra czytelników.

Pomimo wyżej wymienionych niedokładności i niektórych braków, podręcznik dra Orłowskiego posiada bardzo wiele zalet i jest bardzo cennym nabytkiem dla naszego piśmiennictwa neurologicznego i oddawać będzie niewątpliwie wielkie usługi i słuchaczom medycyny i lekarzom. To też podpisany zaleca go swoim słuchaczom bardzo gorąco. *Prof. Jan Piltz.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Giese. **Badania doświadczalne nad fragmentacyą mięśnia sercowego.** (*Virch. Arch.* 1906, T. 185, Z. 3). Autor po opisaniu zmian, zachodzących w mięśniu sercowym przy jego fragmentacyi, oraz po omówieniu dotychczasowych zapatrywań na znaczenie, przyczyny i sposób powstawania tego zjawiska, przytacza własne badania nad fragmentacyą mięśnia sercowego u królików. Badania te składają się z 2 szeregów doświadczeń; w pierwszym szeregu autor po zabiciu zdrowego królika wycinał natychmiast aseptycznie jego serce i przechowywał je również aseptycznie w cieplarce przy 37° C. lub też wprost w ciepłocie pokojowej. W przygotowanych w ten sposób sercach badanie mikroskopowe stwierdzało po pewnym czasie znikanie jąder i rozpad protoplazmy, nie wykrywało jednak ani śladu fragmentacyi nawet po 4—5 dniach w sercach pozostawionych w ciepłocie pokojowej, a po 2 dniach — w sercach, przechowanych w cieplarce. W drugim szeregu doświadczeń wstrzykiwał autor królikom do żył jeden z następujących 4 gatunków drobnoustrojów: *B. putrificus Bienstock*, *Clostridium carnis foetidum*, *Bac. saprogenes carnis*, *B. coli commune*, poczem zwierzę zabijano, wycinano mu aseptycznie serce, przechowywano to serce w cieplarce przy 30—35° C., po upływie zaś 12 godzin przenoszono serce do ciepłoty pokojowej; od zakażenia zwierzęcia do przeniesienia jego serca do cieplarki upływało zwykle 4—5 minut. W tym szeregu doświadczeń badanie mikroskopowe stwierdzało zawsze w sercach wybitną fragmentacyę, która, zależnie od gatunku wstrzykniętych drobnoustrojów, zjawiała się po upływie 5—40 godzin po śmierci zwierzęcia. Powstawanie tutaj fragmentacyi tłómaczy autor działaniem dwóch czynników, w pierwszym rzędzie działaniem mechanicznem wytwarzanych przez wstrzyknięte drobnoustroje gazów, w drugim rzędzie — działaniem chemicznem wstrzykniętych drobnoustrojów i ich jadów na spójność włókien mięsnych. Na podstawie tych badań dochodzi autor ostatecznie do wniosku, że zarówno u zwierząt, jak i u człowieka, fragmentacya mięśnia sercowego jest zjawiskiem pośmiertnem, a nie sprawą chorobową, rozwijającą się za życia. *Gliński*

Prof. Kimla. **Cystitis caseosa.** (*Virch. Arch.* 1906, Tom 186, Zeszyt 1). W pracy swej zwraca autor uwagę na mało znaną postać gruźlicy dróg moczowych, zwłaszcza pęcherza. Obok znanych powszechnie postaci gruźlicy pęcherza, rozwijającej się za pośrednictwem gruzełków (guzków Virchowa, jak je autor nazywa), i występującej tutaj już to w postaci mniej ważnej gruźlicy prosówkowej krwiopochodnej, jużteż w postaci gruźlicy wrzodliwej, przebiegającej przewlekle, spotykamy w pęcherzu niejednokrotnie jeszcze jedną postać — t. zw. przez autora *cystitis caseosa*. Ta postać gruźlicy pęcherza różni się od wszystkich innych postaci przedewszystkiem tem, że gruźlica tutaj rozwijać się ma niezależnie od tworzenia się gruzełków, a mianowicie gruzełki przy tej postaci nie wytwarzają się zupełnie, sprawa zaś polega na znacznym nacieku zapalnym w tkance z następowem bardzo rozległem zserowaceniem. W przypadkach tych mikroskopowo stwierdza się, zależnie od okresu sprawy, już to obecność niecharakterystycznego drobnokomórkowego nacieku zapalnego, już też całkowitego zserowacenia; zrzadka w częściach obwodowych spotkać można gromadki komórek okrągłych z jądrem ułożonem obwodowo, wyjątkowo zaś także twory olbrzymie, nigdy jednakże nie spotyka się gruzełków; w preparatach odpowiednio barwionych łatwo jest stwierdzić znaczną ilość prątków gruźliczych. Wogóle więc zdaniem autora w tych przypadkach sprawa chorobowa ma charakter ostrego zapalenia wysiękowego i pod wielu względami przypomina gruźlicze t. zw. serowate zapalenie płuc (*pneumonia caseosa*). Golem okiem w tem gruźliczem zapaleniu pęcherza (*cystitis caseosa*) dają się odróżnić 2 postacie: ogniskowa (*cystitis caseosa en plaques*) i rozlana (*c. c diffusa*), przyczem postać pierwsza niejednokrotnie przez zlewanie się poszczególnych ognisk przechodzi w drugą. Na potwierdzenie swoich zapatrywań przytacza autor dokładny opis 3 własnych spostrzeżeń takiego serowatego gruźliczego zapalenia pęcherza. (W uwadze do tej pracy redaktor Archiwum Orth dodaje od siebie, że jego zdaniem i w tych przypadkach podstawą sprawy chorobowej jest wytwarzanie gruźliczej tkanki ziarninowej, sprawa zaś zapalna wysiękowa ma znaczenie drugorzędne). *Gliński.*

MEDYCYNA WEWNĘTRNA. Ageron. **O bezskutecznem leczeniu piciem wód mineralnych w chorobach żołądka.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 40). Jeżeli się przy tem leczeniu uniknąć chce zawodu, należy pamiętać o następującej zasadzie: gdy skutkiem niedowładu warstwy mięsnej żołądka napięcie ścian jego jest zmniejszone, nie należy choremu polecać po wypiciu wody przechadzki, ale przeciwnie zalecić położenie poziome. *Dr M. Godlewski.*

Moro. **Naturalne odkażenie przewodu pokarmowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 41). Stosowanie kalomelu jako środka, odkażającego przewód pokarmowy, nie jest dla ustroju obojętne, a w działaniu jest niepewne. Gdybyśmy jednak nawet potrafili z pomocą środków takich, jak np. kalomel, zabijać bakterye, nie byłoby dla ustroju korzystne. Środki te bowiem, niszcząc wszelkie gatunki bakteryi jednakowo, utrudniałyby rozrost bakteryi, stale zamieszkujących przewód pokarmowy, który w prawidłowych warunkach odbywa się na koszt bakteryi przypadkowo zabłąkanych, chorobotwórczych. Wspierając tedy liczebnie pierwszy rodzaj bakteryi przez wprowadzenie hodowli jakichś niewinnych bakteryi, zmniejszamy zarazem możność rozradzania się bakteryi chorobotwórczych. W tym celu wprowadza autor w postaci małych lewatyw agarową hodowlę prątka okrężnicy. Dotąd zdołał autor stwierdzić jedynie nieszkodliwość owego, logicznie uzasadnionego sposobu odkażania przewodu pokarmowego. Natura stosuje podobną metodę u noworodków, karmionych piersią matki. Wiadomo, że w stolcach tak żywionych noworodków *b. bifidus* wypiera wszystkie inne bakterye. Na bakteryę tę, dostającą się z zewnątrz, mleko kobiece działa jako zaczyn, pobudzając ją do tak bujnego rozrostu, że wszystkie inne gatunki bakteryi muszą temu gatunkowi ustąpić miejsca. Po 2—3 dniach żywienia człowieka dorosłego mlekiem kobiecem stolce jego nabierają tych samych własności, co stolce noworodków, kar-

wieloletnimi sporami na temat »ten«, »ta«, czy »to« »syfilis«; dlaczego używa przymiotnika »szyjowy« zamiast jedynie prawidłowego, — jak to wyczerpująco udowodnił Peszke, — »szyjny«, dlaczego mówi o porażeniu »ołowianem«, jakby »z ołowiu zrobionem«, »ciężkiem jak ołów« lub »barwy ołowiu« (por. Słownik warszawski Karłowicza); — dlaczego wreszcie podaje »próchnicę«, co powszechnie oznacza »*humus*«, a zamiast chorobowego »próchnienia« używane bywa niesłusznie i niepotrzebnie od bardzo niedawna, — tego autor nie tłómaczy. Twierdzenie, że nazwy »kiła, przymiot, szyjny, ołowiczy, próchnienie« są »błędne lub nieudatne«, należałoby udowodnić, zanim się odrzuci te miana, latami uświęcone; tem mniej może zaważyć na szali podmiotowe zapewne wrażenie, że nazwy te (zdaniem autora) »rażą ucho, zwłaszcza w Królestwie.«

Najnowszy Słownik lekarski polski ma niewątpliwie braki i usterki, znane najlepiej jego autorom, jak to sami w przedmowie do Słownika podnoszą, ale chyba nie we wszystkich z tych nazw, które niepodobają się dr Orłowskiemu. Nie zamierzam zresztą tu o to się spierać; godzi się natomiast zapytać, czy nie lepiej byłoby dla sprawy ujednostajnienia słownictwa, gdyby autorowie, zwłaszcza w podręcznikach, uczynili na razie małą ofiarę ze swych upodobań terminologicznych, a krytykę mian, podanych w nowym Słowniku i tworzenie nowych (»kulszówka« ma oznaczać rwę kulszową; z równem prawem możnaby utworzyć »twarzówkę«, »nadoczodołówkę«, »trójdzielnówkę« i t. p.!) uzasadniali osobno odpowiedniemi wywodami w czasopismach naszych, zwłaszcza temi sprawami z wielkim pożytkiem umyślnie się zajmujących (jak »Krytyka lek.«). Wtedy nietrudno będzie obecne słownictwo poprawić zapomocą nowego wydania Słownika lub dodatkowego do niego zeszytu; natomiast, gdy się w dziełach odrazu i bez uzasadnienia wprowadzać będzie choćby tylko nieliczne... dowolności, wówczas zamiast ujednostajnienia gorszy powstanie zamęt, a zebranie materyału dla poprawniejszego wydania Słownika znacznie się utrudni. *Ciechanowski.*

mionych piersią matki; w stolcach rozwija się wtedy wyłącznie tylko *b. bifidus*. To też mleko kobiece uważa autor i u dorosłego za znakomity środek, odkażający przewód pokarmowy, mający w dodatku tę zaletę, że jest równocześnie znakomitym środkiem odżywczym.

Dr M. Godlewski.

Saathoff. **Tętniak tętnicy głównej na tle kiłowem i wczesne rozpoznanie tego cierpienia.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 42). Kiła jest zdaniem autora często przyczyną tętniaka. Wedle badań anatomiczno-patologicznych autora sprawa zajmuje pierwotnie naczynia odżywcze naczyń, których zwężenie lub całkowite nawet zaciśnięcie wywołuje stopniowy zanik warstwy środkowej tętnicy głównej, przez co nastaje stopniowe rozszerzenie tętnicy i wytwarza się tętniak. Skuteczność leczenia wymaga wczesnego rozpoznania. Ponieważ przez poddawanie się osłabionej ściany tętnicy wcześnie rozszerza się jej światło i skutkiem tego powstaje niedomykalność zastawek tętnicy głównej, należy wobec tej wady, ilekroć ona występuje u osobnika młodego, który zapalenia wsierdzia, ani gośćca stawowego nie przebywał, myśleć zawsze o tle kiłowem i swoiście leczyć.

Dr Maryan Godlewski.

Kayser. **W sprawie używania pożywki żółciowej do hodowania prątków durowych ze krwi.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 40). Właściwość żółci utrudnienia krzepnięcia krwi, chociaż niewątpliwa, ma zdaniem autora w sprawie wyhodowania bakteryi durowych niewielkie znaczenie. Natomiast ułatwia ogromnie wzrost bakteryom durowym ta okoliczność, że żółć przeciwdziała bakteryobójczemu działaniu surowicy krwi. Zdaniem K. trzeba zawsze zwracać uwagę, aby żółci było w stosunku do ilości krwi dość dużo. Dodawanie różnych ciał chemicznych do żółci w celu powstrzymania rozwoju innych bakteryi uważa K. za zbyteczne, mieszanina bowiem żółci ze krwią nie sprzyja rozwojowi innych bakteryi, prócz durowych i paratyfusowych.

Dr M. Godlewski.

Margosches J. **O leczniczej wartości fersanu.** (*Medizinische Blätter* 1906, Nr 26). Rozpatrzywszy pokrótce działanie żelaza na ustrój i zapatrywania ró-żnych autorów na tę sprawę, donosi M. o szczegółowych doświadczeniach swoich z fersanem w postaci proszku i pastylek. Wynika z nich, że fersan znoszą chorzy dobrze, że środek ten działa wzmacniająco, a w szczególności, że wzmaga apetyt i podnieca narządy krwiotwórcze. Do leczenia błednicy i niedokrwistości nadaje się fersan bardzo dobrze, sprowadzając znaczną poprawę składu krwi nawet w ciężkich przypadkach. Zaletą tego przetworu jest to, że jako ulegający wessaniu białkan żelazisty stanowi niejako sam przez się środek odżywczy, nie obciążający żołądka.

Ms.

Jaquet. **W sprawie objawów miażdżycy brzusznej.** (*Corresp. Bl. f. schw. Ärzt.* Nr 16, 1906). Trafne rozpoznanie miażdżycowego bólu brzucha ma bezpośrednią doniosłość praktyczną, gdyż na ból tej przyrody morfina i belladona często nie działają dostatecznie, bywają zaś tu skuteczne nieraz środki, używane przeciw dusznicy bolesnej i wogóle przeciw dolegliwościom, wywołanym przez miażdżycę. W swoich przypadkach stosował J. za wzorem Lauder-Bruntona azotan potasowy z azotynem sodowym (*Rp. Kalii nitrici, 4·0, Natrii nitrosi 2·0, Mf. pulv. S. szczypt*ę (na koniec noża) *rozpuszczoną w wodzie rano naczczo zażyć*), oraz jodek potasu z zadowalniającym skutkiem. Działania ubocznego nie było. Równie dobrze, a może i lepiej, zdają się działać przetwory teobrominy (diuretyna, aguryna). Dobrze przytem jest stosować ciepło (gorące okłady, ogrzewacze na brzuch). Sposób życia należy uregulować.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Likudi. **Weronal i jego znaczenie lecznicze.** (*Russkij Wracz* 1906, Nra 38—39). Autor badał działanie weronalu, jako środka nasennego, na 78 chorych w klinice prof. Fawickiego w Petersburgu. Wnioski autora są następujące: 1) Weronal jest jednym z najlepszych nasennych środków; jest nieszkodliwy i działa prawie napewno (w 78 prc.). 2) Średnia dawka dla kobiet wynosi 0,3 grm., dla mężczyzn 0,5 grm. 3) Sen pod wpływem weronalu następuje zwykle w ciągu ½ godziny, trwa 6—9 godz. (w 73 prc.) i bardzo przypomina sen prawidłowy. 4) Nasennemu działaniu weronalu przeszkadzają bóle, utrudnienie oddechu i znaczna gorączka (wyżej 39°). 5) Najlepsze skutki sprawia weronal przy chorobach nerwowych, (przeważnie czynnościowych), i przy czasowej bezsenności, jeżeli ona nie zależy od głębokich organicznych zmian. 6) Przy długotrwałem (ponad tydzień) użyciu weronalu powstaje przyzwyczajenie; z tego powodu można środek ten podawać przez 3 dni, a potem należy robić częste przerwy. 7) Z działań ubocznych weronalu najczęściej spotyka się zawroty (10,2 prc.) i bóle głowy (7,7 prc.) nazajutrz po przebudzeniu. 8) Weronal, oprócz nasennego działania, wstrzymuje także nocne poty: w tym celu trzeba go podawać długi czas; i tu nastaje przyzwyczajenie, lecz daleko później, tak że n. p. dawka (0,3) po tygodniu przestaje działać nasennie, lecz jeszcze wstrzymuje poty. 9) Po wodaniechloralu jest weronal najtańszym środkiem nasennym.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

NEUROLOGIA. Babiński. **Moje pojmowanie histeryi i hipnotyzmu.** (*Wykład w »Soc. de l'Internat« w Paryżu*, 28 czerwca 1906). Pominąwszy starożytne pojęcie histeryi, jako choroby, zależnej od macicy, oraz bardzo rozpowszechnione jeszcze pojęcie histeryi, jako takiej nerwicy, która może wywołać wszelakie objawy, zdarzające się w najróżniejszych innych chorobach, roztrząsa B. krytycznie to pojęcie kliniczne histeryi, jakie dziś większość neurologów uważa za naukowo ustalone. Według tego pojęcia byłaby histerya nerwicą, znamionującą się pewnemi cechami stałemi, („stigmata"), obok których mogą występować objawy przelotne różnorakie. Do cech stałych (znamion) histeryi zaliczano: znieczulenie gardła, znieczulenie połowicze zmysłowo-czuciowe, (zniesienie lub osłabienie różnych rodzajów czucia, osłabienie jednostronne zmysłów, szczególnie wzroku ze zwężeniem pola widzenia i dyschromatopsyą) i punkty bolesne (na głowie: „gwóźdź" histeryczny, nadczułość jajników). Do dołączających się objawów przejściowych, których histeryczna przyroda widoczna jest z tego, iż powstają i znikają nagle, wzajemnie się zastępują i nie wpływają na stan ogólny, zaliczano: napady histeryczne, porażenia, przykurczenia, bezgłos, niemotę. Niektórzy zaś lekarze zaliczali do tego jeszcze wiele innych objawów, jeżeli tylko powstawały one obok istniejących znamion histerycznych; stąd to pochodzą opisy rwy nerwowej histerycznej, obłędu histerycznego, histerycznej nieruchomości źrenic, a nawet zgorzeli i gorączki histerycznej. Otóż B. wywodzi, że z t. zw. znamion histerycznych żadne nie jest stałym i koniecznym objawem histeryi; „znamiona" te są, według osobistego doświadczenia B., zawsze tylko skutkiem poddawania lub samopoddawania i nie występują wcale u chorych, nawet ciężką histeryą dotkniętych, jeżeli tylko chorzy ci nie widzieli nigdy innych chorych ze „znamionami", a lekarz przestrzega przy badaniu stosownych ostrożności. Tak np. B. nie zapytuje chorych przy badaniu czucia nigdy, czy „czują, co badający robi", lub czy „po jednej stronie ciała czują równie dobrze, jak po drugiej", lecz tylko „co czują", unikając przez to jak najstaranniej, choćby cienia poddawania. Podobnie przy badaniu pola widzenia zapomocą perymetru przestrzega B. stosownych ostrożności. Tak badając, przekonał się B., że stałych znamion histerycznych — w rzeczywistości niema, że pojawiają się one tylko jako wynik poddawania lub samopoddawania. Podobnież w przejściowych, dodatkowych objawach histeryi nie są swoistemi te cechy, które za takie uważano, jak n. p. nagłe powstawanie i znikanie. Wszak n. p. kolka nerkowa, wiądowe napady żołądkowe powstają również nagle i nagle znikają, chociaż nie są objawami histerycznymi.

Na podstawie tych i innych spostrzeżeń podaje B. odrębne określenie histeryi. Jestto, jego zdaniem, szczególny stan psychiczny, objawiający się przypadami pierwotnymi, tem się cechującymi, że można je u pewnych osób wywołać zapomocą poddawania (=„suggestion" rozumie B. jako poddawanie rzeczy nierozsądnej) i usunąć zapomocą poddawania (=„persuasion" rozumie B. jako poddawanie rzeczy z rozsądkiem zgodnej), oraz zaburzeniami następowemi, zależnemi od pierwotnych. [Naprzykład pierwotnym przypadem histerycznym jest niedowład mięśniowy histeryczny, następowym — zależny od nieczynności niedowładnych histerycznie mięśni ich zanik]. Wszelkie inne objawy, zdarzające się w histeryi, nie są zdaniem B. wywołane przez tę chorobę, lecz są albo wynikiem skojarzeń histero-organicznych, albo też przypadkowem, od rozmaitych powikłań zależnem zjawiskiem. To też B. przeczy istnieniu „histerycznej" zgorzeli, gorączki i t. d., a to na podstawie własnych doświadczeń, wykonywanych w jaknajlepszych warunkach, z wynikiem jednak zawsze ujemnym — Wyłączając z histeryi wszystkie te objawy, których nie można wywołać przez poddawanie, nie uważa jednak B., jak to niektórzy autorowie czynili, histeryi za chorobę udawaną; stwierdza tylko, że oprócz histeryków „szczerych" są i tacy, którzy dowolnie umieją udawać te objawy, jakie z początku były u nich skutkiem poddawania lub samopoddawania. Okoliczność ta, że wszystkie objawy histeryi, jak ją pojmuje B., można przy pewnej wprawie doskonale naśladować, ważną jest ze względu na badania np. sądowolekarskie przypadków nerwic t. zw. urazowych. Szczerzy, nie udający histerycy, nie tracą nigdy całkowicie świadomości pełnej, — są raczej w stanie półświadomości („subconscience").

Ograniczając pojęcie histeryi, zwiększa zarazem B. jej pokrewieństwo z pojęciem hipnotyzmu. Hipnotyzm jestto, jego zdaniem, taki stan psychiczny, który czyni dotkniętą nim osobę przystępną poddawaniu osoby drugiej: objawia się zaś przez przypady, które poddawanie („suggestion") wywołuje i poddawanie („per-

suasion“) usuwa, a które w swej istocie nie różnią się od przypadków histerycznych. Hipnotyzowanie przeto, według takiego pojmowania rzeczy, jest wywoływaniem zjawisk histerycznych, a zatem wywoływaniem stanu chorobowego. Jakże więc z tem pogodzić używanie hipnotyzmu w celach leczniczych? Zgodnie ze swojem pojęciem histeryi i hipnotyzmu uważa też B. rzeczywiście, że hipnotyzowanie może być szkodliwe, albowiem musi ono u hipnotyzowanego wywołać wyobrażenie, że jest on chory, że nie może się oprzeć woli cudzej; — dlatego należy, — i to jest p r a k t y c z n y wynik stworzonego przez B. określenia histeryi i hipnotyzmu — unikać w zasadzie hipnotyzowania w celach leczniczych. B. uzyskuje też zupełnie dobre wyniki, obchodząc się zupełnie bez hipnotyzmu. — u osób inteligentnych przez racyonalną psychoterapię (na jawie), przez ćwiczenie ich woli; — u chorych mniej inteligentnych działa B. — również bez hipnotyzowania — w ten sposób, że stara się „wmówić“ w chorego pewność wyleczenia zapomocą środków, jakie lekarz ma w ręku (wzbudzić „wiarę“ w te środki). Jedynie tylko wobec przypadków histeryi bardzo uporczywej u chorych, wobec wszelkich zabiegów leczniczych nastrojonych sceptycznie, używa B. hipnotyzowania. Działanie hipnotyzowania jest tu takie, że chory niedostępny ani racyonalnej psychoterapii, ani „wmawianiu“ na jawie, i dlatego nie mogący się pozbyć np. porażenia histerycznego jednej kończyny, staje się przez hipnotyzowanie wrażliwym, a to zapomocą półświadomie powstającego wniosku, iż lekarz, który dowolnie może u niego wywoływać i usuwać porażenia innych jeszcze kończyn, potrafi chyba również usunąć owo najdawniejsze, samorodne porażenie, które wydawało się choremu niewyleczalne. — Widać stąd, że w leczeniu histeryi zależy wszystko od przenikliwości lekarza, umiejętności zajrzenia w duszę chorego i dobrania odpowiedniego postępowania.

Do swego pojmowania histeryi radby B. zastosować i nazwę tej choroby; dlatego na miejsce jej starej, nielogicznej nazwy proponuje nazwę: „pithiatisme“, od πειθώ (wmawiam) i ιατος (wyleczalny). *C.*

C o r n e l i u s. **Obieg nerwowy.** *(Allg. Deutsche Central-Ztg.* Nr 36, 1906). Autor dochodzi do następujących wniosków: Dotychczasowe badania nie wykryły jeszcze anatomicznego węzła, łączącego cały układ nerwowy w jednolitą i zamkniętą budowę, wobec tego należy opierać się na obrazie klinicznym. C. wnosi z niego, że w układzie nerwowym istnieje w sobie zamknięty obieg nerwowy, nie mający zakończeń ani w ośrodkach, ani na obwodzie, podobnie, jak nie ma ich obieg krwi. Ten obieg nerwowy wiąże wszystkie komórki w jedną całość. W obiegu tym krąży coś dokładnie nieznanego, jakiś prąd, którego fale mają pewne podobieństwo do fal dźwiękowych, ale też z innych względów znacznie się od nich różnią, tak jak i od fal elektrycznych. W każdym nerwie krąży prąd zarówno dośrodkowy, jak i odśrodkowy; pierwszy jest istotą zjawisk czucia, drugi — ruchu i wydzielania. Napięcie prądu nerwowego składa się z napięcia wrodzonego niezmiennego i napięcia, wywołanego przez sumę bodźców, działających na ustrój z zewnątrz, ustawicznie się zmieniającego. Tak zwane zjawiska zwrotne, powstające przy najdrobniejszych nawet bodźcach, są przeniesieniem podniety, trafiającej jedno miejsce zamkniętego obiegu, na inne jego części. Znane są przeniesienia podniet z każdej części obiegu nerwowego na każdą inną; niektóre przeniesienia podniet odbywają się łatwiej, niż inne. Działające na ustrój czynniki szkodliwe udzielają się przedewszystkiem obiegowi nerwowemu, wywołując w nim przeszkody, które objawiają się znamiennie t. zw. punktami nerwowymi. W zabiegach (mechanicznie) skierowanych na te punkty nerwowe, dopatruje się C. środka, mającego przyszłość w leczeniu chorób nerwowych. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

CHIRURGIA. F r a n k e. **O pierwotnej gruźlicy śledziony.** *(Deutsche med. Wochs.* Nr 41, 1906). Pierwotna gruźlica śledziony jest cierpieniem rzadkiem, ale nie wyjątkowem. Zwykle następowo zajętą zostaje przytem i wątroba. Opisany przez autora przypadek jest dziesiątem z rzędu (w piśmiennictwie) wycięciem śledziony z powodu gruźlicy. Gruźlica rozwija się w śledzionie w postaci rozsianych gruzełków, lub też większych serowatych ognisk. Cierpienie przebiega przewlekle, bez gorączki. Pewnych objawów rozpoznawczych nie ma: do częstych należą: zwiększenie się ilości krwinek czerwonych, zmniejszenie się ilości płytek krwi, zwiększenie się ilości krwinek białych wielojądrzastych i sinica. Pewne wskazówki dać może próbne wstrzyknięcie tuberkuliny, a wreszcie próbne otwarcie brzucha. Wycięcie gruźliczej śledziony daje dość dobre wyniki. *Klęsk.*

M a n a s s e. **Niedrożność jelit z powodu zamknięcia lewego zgięcia okrężnicy.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 41, 1906). Z okazyi własnego spostrzeżenia zwraca autor uwagę na niedrożność jelit wskutek załamania okrężnicy w okolicy zgięcia śledzionowego. Załamanie to wywołuje najczęściej zrosty okrężnicy z przeponą. Rokowanie powinno być poważne. W wywiadach wspominają chorzy o kolkach, rozpoczynających się zawsze w jednem miejscu. Leczenie może być jedynie operacyjne, a mianowicie złączenie okrężnicy poprzecznej z zstępującą, w razie osłabienia chorego odbyt sztuczny. *Klęsk.*

S u d e c k. **W sprawie techniki oszołomienia eterowego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 41, 1906). Autor zmieniwszy swe zapatrywanie na wywoływanie oszołomienia eterowego, radzi obecnie zacząć uśpienie tak, jak każde inne kroplami, gdyż doświadczenie dowodzi, że i przy tem występuje oszołomienie, w którem można swobodnie operować, poczem wraca znowu świadomość na chwilę, a znika ponownie przy głębokiem uśpieniu. Dawniej oszołomienie radził autor osiągać przez podanie naraz na masce 30—50 gr. eteru. Uważa to jednak za sposób zbyt brutalny; podając eter kroplami można to samo osiągnąć, trzeba jednak tę chwilę oszołomienia uchwycić, (badając czucie). W stanie tym wprawdzie chorzy mówią, nieraz krzyczą, ale zupełnie nic nie pamiętają i nie wiedzą o operacyi. *Klęsk.*

M ü l l e r. **O skutkach usuwania błony mięsnej przewodu pokarmowego.** (*Zjazd lek. i przyr. niem. w Stuttgardzie* 21/IX 1906). Müller usuwał psom błonę mięsną z żołądka i kiszek i przekonał się, że mimo to stolec odchodził prawidłowo. Udawało się to usuwanie błony mięsnej na dużej nieraz przestrzeni. Przy autopsyi znajdowano zrosty ogołoconych kiszek. Wobec tego na miejsce teoryi porażnej niedrożności kiszek musi się znaleźć inne tłómaczenie. Po usunięciu warstwy mięsnej żołądka stwierdzał M. znacznie zmniejszoną sprawność ruchową żołądka, niedowład i wzmożone wydzielanie. U psa zjawiał się wolny kwas solny, (czego zwykle nie ma). *Klęsk.*

H e r m e s. **W sprawie niedrożności jelit na tle kamieni żółciowych.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 40, 1906). Przypadki niedrożności jelit wskutek zatkania przez kamienie żółciowe nie są częste. Dotyczą one zwykle osób w podeszłym wieku. Często w wywiadach niema żadnych wskazówek co do kamicy żółciowej, zwykle wspominają chorzy tylko o przebytych cierpieniach żołądkowych. Przy operacyi znajduje się najczęściej kamień, nawet nie bardzo duży, a tylko jelito kurczy się koło niego odruchowo. Czasem jednak spotkać można i kamienie większe, wywołujące owrzodzenia i odleżyny, jak to było w jednym z trzech przypadków autora. Do operacyi wobec zwykle podeszłego wieku chorych nadaje się najlepiej znieczulenie lędźwiowe. *Klęsk.*

M a a s H e r m i n a. **Nowa opaska brzuszna do prania.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 40, 1906). Opaska, podana przez autorkę, ma tę zaletę, że zrobiona jest z materyału, dającego się łatwo prać i nie kurczącego się po praniu, dalej ma bardzo mało klamer i zapinadeł, leży silnie i nie obsuwa się. W miejsce pasów udowych dodała autorka opaskę, używaną u kobiet podczas peryodu i boczne podwiązki, nie dozwalające opasce posuwać się ku górze. Opaskę zakłada się tylko u chorych leżących z miednicą podniesioną. Cena 16—20 marek. *Klęsk.*

S c h u b e r t. **Przyrząd do usypiania z urządzeniem do dawkowania środka usypiającego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 40, 1906). Autor sporządził przyrząd, dozwalający dokładnie dawkować ilość środka usypiającego i regulować dopływ świeżego powietrza. Składa się on z maski, przylegającej ściśle do twarzy z wentylami na wdech i wydech i dwóch naczyń, połączonych z maską zapomocą rurki, rozgałęziającej się na końcu do obu wspomnianych zbiorników. Z tych jeden zawiera środek usypiający, a drugi wodę. W naczyniu z wodą znajduje się 8—10 rurek, które w miarę zamykania wpuszczają większą lub mniejszą ilość powietrza do naczynia, a przez to i do maski. Ponieważ maska przylegać musi ściśle do twarzy, przeto podał autor także proste zaciskadło, utrzymujące język stale w dogodnem dla oddechu położeniu. Przyrząd wypróbowano przy 50 uśpieniach eterowych z zupełnie dobrym wynikiem. Ilość spotrzebowanego eteru w pierwszej godzinie 30—150 grm., potem znacznie mniejsza. Stan tolerancyi po 10 minutach. Oddech śledzić można z daleka po bulkotaniu w naczyniach, dlatego też usypianie tym przyrządem powierzyć można nawet laikowi. Maskę zapina się na twarz i chory sam usypia. Przyrząd jest bardzo prosty: ze skali na naczyniach odczytuje się dawkę; przytem jest przyrząd o wiele tańszy od wszystkich innych dotąd podanych. Wyrabia go Herman Haertel we Wrocławiu. *Klęsk.*

F r ä n k e l. **O leczeniu stawów wrzekomych i sztucznem ich tworzeniu.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 43, 1906). Stawy wrzekome po złamaniach lub operacyjnych przecięciach kości tworzą się nierzadko, a powstawanie ich przypisuje autor skręcaniu się podwójnych kości koło siebie; stąd częste stawy wrzekome na przedra-

mieniu i goleni. Opatrunek gipsowy temu skręcaniu się zapobiedz nie może, dlatego też autor radzi n. p. na przedramieniu odświeżać obie kości klinowato i łączyć je prostopadle, t. j. na jednej szew zakładać poziomo, na drugiej zaś pionowo. Jedynie dobre złożenie kości uchronić może od wytworzenia się stawu wrzekomego lub wyleczyć staw wrzekomy; wszelkim innym sposobom autor nie ufa. Ponieważ stawy wrzekome na przedramieniu tworzą się bardzo łatwo, radzi przeto autor wytwarzać je sztucznie celem leczenia zesztywnień stawowych, zwłaszcza ręki. Naprowadziło go na to własne doświadczenie w pewnym przypadku, w którym nieoczekiwany staw wrzekomy kości łokciowej wrócił ręce zupełną ruchomość.

Klęsk.

* * *

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 30 października 1906.

1) Pruszyński mówił **„O rozbiorze osmotycznym cieczy ustroju“** i przedstawił służące do tego celu przyrządy.

2) Palmirski wykładał **„O wpływie surowicy przeciwpłoniczej na przebieg płonicy u dzieci“.** W szpitalu dziecięcym warszawskim od 1/VII 1904 do 1/X 1906 na 142 przypadki płonicy, leczonej surowicą, zapaleń nerek było 4 (2,8 prc.), zapaleń ucha środkowego 16 (11,2 prc.), ropienia gruczołów podszczękowych 20 (14 prc.). Wysypek posurowiczych było 15 (10,5 prc.). Ogólna odsetka śmiertelności u leczonych surowicą 30,9 prc., u nieleczonych 21,8 prc. Jeżeli jednakże zestawić jedynie przypadki nieleczone, a równie ciężkie, jak te, które leczono, to odsetka wyniesie 54 prc. Przy tem zapalenie nerek nastąpiło w 15,4 prc., zapalenie ucha w 11,4 prc., ropienie gruczołów podszczękowych w 9 prc. Zauważonego w okresie badań jakby osłabienia siły leczniczej surowicy, stwierdzić ściśle nie było można dla braku jednostki mierniczej. Wnioski: surowicę należy stosować jaknajwcześniej; wpływ jej na poprawę ogólnego stanu, tętna i spadek ciepłoty ciała występuje wyraźniej w przypadkach bez powikłań; surowica wyraźnie zmniejsza częstość zapalenia nerek.

Dyskusya. Polikier podnosi, że dopóki nie będzie ścisłego sposobu określania siły surowicy przeciwpłoniczej, dotąd nie można wysnuwać żadnych wniosków o leczniczem jej działaniu. Dąbrowski W. i Drabczyk wypowiadają się nieprzychylnie dla surowicy. Żebrowski Al. sądzi, że wobec braku środków leczniczych przy płonicy surowicę przeciwpłoniczą stosować należy tembardziej, że nie wywołuje ona żadnych ubocznych szkodliwych następstw. Zieliński Kazimierz w niektórych przypadkach ciężkiej płonicy stwierdzał niewątpliwie dodatni wpływ surowicy przeciwpłoniczej; jednakże spostrzegał i takie, gdzie przy bardzo lekkim przebiegu po wstrzyknięciu surowicy w pierwszym dniu choroby następowało pogorszenie ogólnego stanu, jak i poszczególnych objawów chorobowych. Anders zaznacza, że do r. 1905 spostrzegał bardzo dodatni wpływ surowicy na przebieg płonicy, od tego jednakże czasu surowica często nietylko nie polepszała przebiegu, lecz nawet często go pogarszała. Obecnie mówca surowicy nie stosuje wcale. Korzon przytacza swoje spostrzeżenie, w którem surowica, bardzo wcześnie zastosowana, zdawała się wywoływać nasilenie objawów chorobowych. Roszkowski wpływ dodatni surowicy zauważył tylko w bardzo niewielu przypadkach płonicy.

Ign. L.

Posiedzenie z dnia 6 listopada 1906.

1) Karwacki L. przedstawił hodowle i preparaty drobnowidowe **laseczników kwasu mlecznego** (szczep bułgarski), oraz wyrabiane przez siebie, zapomocą tych hodowli, **mleko kwaśne,** poruszając zarazem sprawę mleka Miecznikowa i jego wskazań w praktyce.

Grundzach podnosi, że florę kiszkową można nieraz zmienić przez zmianę pożywienia na pewien czas. Żywotność laseczników bułgarskiego musi być znaczna, skoro skutek ten osiągać się daje bez zmiany pożywienia. Mówca spostrzegał często przypadki ciężkiej biegunki, która nie ustępowała od żadnych środków leczniczych, a znikała jednakże po zastosowaniu pożywienia wyłącznie roślinnego, które zmniejszało gnicie w kiszkach.

2) Skłodowski i Świątecki W. przedstawili dwudziestokilkoletnią dziewczynę, **dotkniętą licznymi brodawczakami jamy ustnej.** Błona śluzowa warg, policzków, podniebienia, brzegów języka, a także górnej części krtani pokryta jest niezliczonem mnóstwem drobnych guzków, o średnicy 2—5 milm. u podstawy, dość płaskich, barwą nie różniących się od błony śluzowej prawidłowej. Choroba rozpoczęła się przed 5 laty. Przed wystąpieniem guziczka chora uczuwa w danem miejscu pieczenie; w pierwszych tygodniach guziczek taki jest nieco bolesny.

3) Rosenberg przedstawił przypadki: *a)* **lichen ruber accuminatus** i *b)* **ichthyosis simplex.**

4) Żebrowski Al. mówił **„W sprawie uleczalności i operacyjnego leczenia ropnicy pochodzenia usznego“.** Ze spostrzeganych i operowanych przez siebie przypadków wysnuwa mówca następujące wnioski: 1) Ropnica pochodzenia usznego przebiega pod najróżnorodniejszemi postaciami. Zabiegi operacyjne należy modyfikować stosownie do nasilenia choroby i do zmian anatomiczno-patologicznych, znalezionych podczas trepanacyi. 2) Całkowite usunięcie ogniska chorobowego z kości skroniowej i obnażenie zatoki poprzecznej częstokroć zupełnie wystarcza dla wyleczenia ropnicy. 3) Wielowartościowa surowica przeciwpaciorkowcowa może nieraz wywrzeć nader pomyślny wpływ na przebieg pooperacyjny ropnicy pochodzenia usznego. 4) Brak bolesności wyrostka sutkowego przy sprawach ropnych w uchu środkowem nie może stanowić przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego. 5) Wystąpienie objawów zakrzepu zatoki jamistej należy uważać za oznakę zbliżającej się śmierci, wszelkie zaś próby operacyjnego otwarcia zatoki jamistej należy uznać za niedozwolone.

Heiman F. znajduje w tym wykładzie potwierdzenie swego spostrzeżenia, że ropnica pochodzenia usznego, która wytwarza przerzuty w narządach obwodowych (stawy, mięśnie itp.), pozwala rokować daleko lepiej, niż ropnica z przerzutami do płuc i innych narządów wewnętrznych. Zastosowane przez Grunerta i Vossa otwierane opuszki żyły szyjnej wewnętrznej w celu usunięcia z niej zakrzepów, nie dało, jak dotąd, zadowalniających wyników.

Ign. L.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie nadzwyczajne d. 16. listopada 1906 r.

1) Dr Wolfson przedstawił **wyniki leczenia ropnego zapalenia gruczołu sutkowego** u kobiet (*mastitis*) według **metody Bier-Klappa.** Wyniki otrzymał W. w 16 przypadkach bardzo dobre; zupełne wyzdrowienie następowało w 6—8 dni. Lekarze wileńscy stosowali metodę Bier-Klappa również w ropowicach i czyrakach, ale bez powodzenia.

2) Prezes Towarzystwa dr A. Wojnicz zawiadomił, iż zarząd miejski zwrócił się do Tow. lek. z prośbą o rozstrzygnięcie, jaką wodę pod względem zdrowotnym uznaje dla projektowanych **wodociągów miejskich** za odpowiedniejszą, czy filtrowaną rzeczną z Wilii, czy też wodę ze studni artezyjskiej w ogrodzie pobernardyńskim.

Dr Wojnicz przedstawia opracowany przez siebie referat w tej sprawie: Według dokonanych przez niego badań wody z Wilii, wziętej o kilka wiorst wyżej miasta i porównania jej z wodą kilkunastu rzek europejskich i amerykańskich, woda z Wilii pod względem wymagań higieny zajmuje pierwsze miejsce między rzekami Europy. Ciepłota jej przedstawia najmniejsze wahania roczne. Twardość = 12; części organicznych zawiera bardzo mało. Siarkowodoru i chloru nie znaleziono. Bakteryi w porównaniu z innemi rzekami zawiera bardzo mało, mianowicie od 17 do 1750 w 1 cm³. Dziwne zjawisko, iż najmniejszą ilość bakteryi zawiera woda z Wilii nie w zimie, lecz w czerwcu, prelegent tłómaczy tem, iż w zimie giną wymoczki, które pochłaniają bakterye, oraz że wówczas prąd wody jest znacznie powolniejszy, co sprzyja rozwojowi drobnoustrojów. Woda z Wilii jest bezbarwna i bez zapachu. Co do wody ze studni artezyjskiej, to jest ona bezsprzecznie idealna, ponieważ tak latem, jak w zimie, ma zawsze jednakową ciepłotę = 7°, twardość = 12, smak przyjemny, jest w dostatecznej mierze nasycona powietrzem. Bakteryi zawiera nie więcej nad 2—3 w 1 cm³. Prelegent dochodzi do wniosku, iż dla wodociągów jednakowo nadają się woda z Willi, jak i ze studni artezyjskiej.

Podczas dyskusyi wyjaśniło się, że Wilno liczy już obecnie przeszło 200,000 mieszkańców, a liczba ta dzięki naturalnemu przyrostowi ludności i wzrostowi miasta szybko się zwiększać będzie. W obu projektach przyjęto po 5 wiader na dobę na jednego mieszkańca, co jest stanowczo za mało. Jeśli uwzględnić polewanie ulic, pojenie koni i t. d., to potrzeba przynajmniej 8

wiader na głowę i dobę. Zachodzi obawa, że takiej ilości wody studnia artezyjska nie zdoła dostarczyć. Drugą, ze względów sanitarnych bardzo poważną wadą obu projektów jest to, że wodociągi mają być urządzone tylko w środkowych częściach miasta, zaś krańce miasta i przedmieścia nadal będą mieć wodę tylko ze studni straszliwie zanieczyszczonych. Przedmieścia z ubogą ludnością, bardziej może niż środek miasta potrzebują dobrej wody, ponieważ tam są gniazda różnych chorób zakaźnych. Wody z Wilii, nie zabraknie nigdy, ale może ona być zdatną do użytku tylko przy prawidłowych warunkach i przy dobrze urządzanych i utrzymanych filtrach, za co wobec małej kulturalności ludności ręczyć nie można. W razie epidemii może woda w Wilii stać się wprost niebezpieczną, jak to już raz się stało przed kilku laty w położonym nad rzeką obozie wojskowym, gdzie w ciągu kilku godzin zachorowało na cholerynę przeszło 300 żołnierzy. Przyczyną tak gwałtownej epidemii było wylewanie treści kloacznej z obozu na brzegu Wilii o wiorstę powyżej obozu. Po pierwszym ulewnym deszczu nieczystości spłynęły do rzeki i dały powód do epidemii.

Ostatecznie Towarzystwo uchwaliło orzec, iż najodpowiedniejszą dla wodociągów wileńskich jest woda artezyjska, pod warunkiem, że jej nie zabraknie dla wszystkich bez wyjątku dzielnic miasta, nawet przy wzroście ludności. Woda z Wilii może być użyta tylko w takim razie, jeżeli filtry i rury wodociągowe będą urządzone bez zarzutu i w należytym porządku utrzymane. *Dr Władysław Zahorski.*

Kronika historyczna za grudzień.

Zestawił

Dr Adam Langie.

1. grudnia 1857 roku wykonał Spencer Wells swoją pierwszą operacyę wycięcia jajnika. Próby tego zabiegu sięgają początków XVIII. wieku, kiedy to (r. 1707) Houstoun operuje torbiel jajnikowy, ale nie wyłuszcza go, tylko nacina ścianę i wypuszcza treść; chora żyje potem 7 lat. Pierwszą wogóle owaryotomię z wynikiem pomyślnym wykonał 1809 roku amerykański lekarz Efraim Mac Dowell, poczem operuje jeszcze 12 razy, z tego 8 razy pomyślnie. W r. 1815 wykonywa operacyę we Włoszech Emiliano, chora żyje po niej 28 lat. W Niemczech w ciągu roku 1819 i 1820 operuje 3 razy Chryzmar z dwoma dobrymi wynikami. W r. 1821 Natan Smith w Baltimore rozcina ścianę brzuszną i trójgrańcem nakłuwszy torbiel, wypuszcza ciecz. Dalsze operacye wykonano w Anglii (Bird, Clay i Lizars), w Ameryce (bracia John i Washington Atlee), tudzież we Francyi 1844 r. Po większej części jednak wyniki są niepomyślne; według zestawienia Kiwischa ogłoszono do 1849 r. 86 przypadków owaryotomii, z czego 47 (=54·6%) śmiertelnych. Dopiero od czasów Spencer Wellsa (jakkolwiek pierwsza jego operacya kończy się śmiercią, ale już następna w 1858 r. daje wynik dodatni), gdy udało mu się wykonać do r. 1880 aż 1000 owaryotomii i gdy śmiertelność po zabiegu tym spada do 4%, operacya zyskuje powszechne prawo obywatelstwa. Zachęcony tem, zaczyna Spencer Wells od r. 1860 operować także inne guzy brzuszne. Słusznie też uchodzi on za twórcę chirurgii jamy brzusznej w ogólności, a owaryotomii w szczególności, za reformatora ginekologii wraz z Semmelweissem, Simpsonem, Schroederem i Simsem, oraz za poprzednika Listera w tem znaczeniu, że jeszcze przed metodą Listera przestrzega nadzwyczajnej czystości rąk i narzędzi. — Spencer Wells urodził się 3. lutego 1818 w St. Albans, studyował w Dublinie i Londynie, a wstąpiwszy do marynarki, pracował w szpitalu na Malcie i podczas wojny krymskiej w wojskowym szpitalu w Smyrnie. Później objął kierownictwo »Samaritan Hospital« w Londynie. Zmarł 1897 roku.

4. grudnia 1798 umiera Luigi Galvani. Urodzony 9. września 1737 r., był profesorem anatomii w Bolonii, pierwszy spostrzegł (1780 r.) i objaśnił, choć błędnie, zjawiska i działanie fizyologiczne prądu elektrycznego, które nazwane od niego zjawiskami galwanicznemi posłużyły Wolcie do zbudowania pierwszej bateryi elektrycznej. Prace jego wyszły w zbiorowem wydaniu p. t. »*Opere edite ed inedite del Prof. Galvani* (Bologna 1842)«

5. grudnia 1752 August III król polski ustanawia w Warszawie *Collegium medicum.* Miało to być wprawdzie raczej towarzystwo lekarsko-aptekarskie, zgromadzające się dla słuchania odczytów, ale prócz tego każdy lekarz mający praktykować musiałby składać tam egzamin celem uzyskania prawa praktykowania w całym kraju. Byłby to więc niejako zawiązek Wydziału lekarskiego. Projektu tego jednak sejm nie zatwierdził i *Collegium* w życie nie weszło. Dopiero później, 1789 roku, powstaje w Warszawie szkoła chirurgiczna, a w r. 1810 »ze zwykłą uroczystością zaprowadzony został nowo ustanowiony pod szczęśliwie panującym Fryderykiem Augustem Instytut Akademickiego Wydziału Nauk lekarskich, na które Prześwietna Izba Edukacyi publicznej dawne szkoły po-jezuickie przeznaczyła. Zagaił tę uroczystość, epokę sławy narodowej czyniącą J. W. X. Staszic, prezes Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Referendarz Stanu i Ministra a Prezes Rady Lekarskiego Wydziału, mową« (według współczesnej notatki kronikarskiej). Oto początek Akademii lekarskiej. Pierwsze jednak usiłowania założenia szkoły lekarskiej w Warszawie sięgają r. 1736, w którym przybyły z Prus lekarz Henryk Lelewel, dziadek sławnego historyka, założył szkołę chirurgiczną. Zniszczył ją jednak napad tłumu ulicznego, oburzonego wykonywanemi tam sekcyami zwłok ludzkich.

12. grudnia 1840 zmarł Jan Dominik Esquirol. Urodzony w Tuluzie 1772 r., był od r. 1811 lekarzem w »Salpetrière«, a od r. 1871 wykładał o chorobach umysłowych. On to skłonił rząd francuski do wyznaczenia w r. 1818 osobnej komisyi, która zbadała nadużycia w zakładach dla obłąkanych i obmyśliła potrzebne reformy. W roku 1825 zostaje naczelnym lekarzem paryskiego »Maison des aliénés.« W r. 1830, pozbawiony skutkiem rewolucyi lipcowej urzędu, usuwa się w zacisze domowe do Charenton i oddaje wyłącznie urządzonemu przez siebie prywatnemu zakładowi dla umysłowo chorych.

15. grudnia 1890 ogłasza Behring w »Deutsche mediz. Wochenschr.« swoją metodę leczenia surowicą.

27. grudnia 1822 urodził się Ludwik Pasteur w Dôle jako syn garbarza; nauki pobiera w Besançon; od roku 1843 uczęszcza do »Ecole normale« w Paryżu, w której 1847 r. zostaje asystentem i na tem już stanowisku dokonywa swych pierwszych głośnych badań nad polaryzacyą. W 26-tym roku życia powołany na katedrę fizyki w liceum w Dijon; w rok później (1849) zostaje profesorem chemii w Strasburgu; w r. 1854 organizuje w Lille nowo utworzony »Faculté des sciences«. W roku 1857 obejmuje kierownictwo »Ecole normale« w Paryżu, a w r. 1863 zostaje profesorem geologii, fizyki i chemii w szkole sztuk. W r. 1867 mianowany profesorem chemii w Sorbonie, 1868 dyrektorem fizyologiczno-chemicznej pracowni w »Ecole des hautes études«, a w r. 1889 dyrektorem utworzonego ze składek publicznych słynnego paryskiego Zakładu jego imienia. Umarł 28. września 1895 r. w Garches pod Paryżem. Powszechnie wiadomo, jaki przewrót prace jego wywołały w naukach lekarskich, jakiemi zdobyczami wzbogaciły leczenie najgroźniejszych chorób zakaźnych, ile nowych sposobów ochronnych podały higienie. Prac tych ogłosił 198. A trzeba było istotnie prawdziwego geniuszu, aby nie będąc właściwie ani specyalistą w badaniach drobnowidowych, ani bakteryologiem w dzisiejszem tego słowa znaczeniu, wykonać to wszystko, co on wykonał i poczynić tyle epokowych odkryć. Dzięki tym wszystkim nadzwyczajnym odkryciom mistrza, Zakład pasteurowski staje się miejscem pielgrzymek lekarzy i przyrodników całego świata, a urządzony wzorowo i wyposażony bogato, jest po dziś dzień ogniskiem najżywotniejszych, najciekawszych i najpożyteczniejszych badań naukowych.

28. grudnia 1895. Wilhelm Konrad Roentgen ogłasza na posiedzeniu Towarzystwa fizyko-lekarskiego w Würzburgu odkrycie promieni X.

29. grudnia 1879 r. umiera, wskutek nieszczęśliwego przypadku (z bronią) słynny okulista Aleksander Pagenstecher. Urodzony 1828 r., nauki pobierał w Giesen, Heidelbergu i Würzburgu, gdzie 1849 uzyskał stopień doktora. Od r. 1852 osiadł w Wiesbadenie, zdobywszy wkrótce sławę znakomitego operatora. Wprowadził do okulistyki wiele nowości (maść P. do dziś dnia używana, wyjęcie zaćmy wraz z torebką i in.). Wydawał wspólnie z asystentem Saemischem »Klinische Beobachtungen aus der Augenheilanstalt in Wiesbaden«.

30. grudnia 1813 r. odbyło się uroczyste wręczenie pierwszych dyplomów z ukończonych nauk na Wydziale lekarskim warszawskiej Akademii, otwartej 1810 r. Dyplomów z tytułem doktora wręczono 6, z tytułem chirurga 5, prócz tego promowano 7 aptekarzy.

31. grudnia 1884 r. umarł w Krakowie na raka Gustaw Piotrowski. Po odbyciu nauk lekarskich w Wiedniu i Heidelbergu

u Helmholtza powołano 27-letniego uczonego na katedrę fizyologii w Uniwersytecie Jagiellońskim, gdzie wykształcił kilka pokoleń lekarzy. Ogłaszał liczne prace po niemiecku i po polsku, a wydał też podręcznik fizyologii, przez długi czas będący jedynym polskim podręcznikiem. W uniwersytecie piastował godność dziekana i rektora, a przez lat kilka zasiadał w Radzie państwa.

Z dziejów »czarnej« medycyny.

Szkic historyczny.

Napisał

Dr Adam Langie.

(Ciąg dalszy.)

Początków magii szukać należy w zamierzchłej starożytności, gdzie sztuka ta łączy się z kultem religijnym i spoczywa wyłącznie w ręku kapłanów. Odczytanie zabytków pisma klinowego stwierdziło, że pierwszymi magami byli kapłani chaldejscy, a od nich za pośrednictwem Persów i Partów sztuka ta rozeszła się po całym świecie. W czasach zamierzchłych, gdy ludzie nie umieli sobie wytłómaczyć zjawisk przyrody, wyobrażali sobie wszechświat zaludniony całem mnóstwem duchów i bóstw, które zapomocą rozmaitych ceremonii i odrębnego sposobu życia udaje się wybranym jednostkom zaprządz w służbę, by przy ich pomocy dokonywać rzeczy nadzwyczajnych. Jedną z wielkich klęsk, przez złe duchy sprowadzanych na ludzi, są choroby, więc ci, którzy je leczyć potrafią, widocznie w związku z duchami tymi stać muszą. Dlatego w zakres magii wcześnie już weszło leczenie chorób. Błąd polegał na tem, że człowiek starożytny zamiast badać zjawiska przyrody, jak to czyni człowiek dzisiejszy, aby z nich wysnuć prawa rządzące i praw tych użyć do swych potrzeb, wyobrażał sobie, że zjawiska przyrody zależą od kaprysu i fantazyi duchów, które należy zmusić do posłuszeństwa, uczynić powolnymi sługami. Wszystkie nauki przeszły więc w starożytności przez ten okres zabobonów, a wiele z nich pod tym wpływem wyrodziło się w osobne niby — umiejętności, które przetrwały całe średniowiecze aż do czasu, gdy światło prawdziwej nauki rozproszyło ciemności. Do takich należy np. astrologia i alchemia.

Magia służyła przedewszystkiem do zaklinania duchów, których się obawiano, a więc kapłani są zarazem czarownikami, posiadającymi dar proroctwa i leczenia chorób, przyczem posługują się zdobytemi doświadczeniem wiadomościami i znajomością ziół lekarskich, zwłaszcza wywołujących omamy (halucynacye) lub sny, w których ukazują się różne fantastyczne widziadła. Dlatego to słusznie mówi Pliniusz w swej *Historia naturalis*: »*Magiam natam e medicina nemo dubitat*«.

W tej samej kolebce, co magia, w kraju między rzekami Tygrem i Eufratem, zrodziła się druga nauka, która łącznie z magią ważną w starożytności i wiekach średnich odegrała rolę w medycynie. Wobec czci, oddawanej gwiazdom i przypisywaniu im złych lub dobrych wpływów na ludzi, wcześnie już kapłani chaldejscy zaczęli badać niebo. Badania te doprowadziły do wytworzenia astronomii teologicznej, którą Grecy nazywali astrologią ἡ ἀποτελεσματικὴ τέχνη, czyli nauka o wpływie ciał niebieskich na człowieka. Sława kapłanów chaldejskich rozeszła się daleko i szeroko, bo oni to zdołali posiąść wiele empirycznie zdobytych wiadomości z dziedziny zjawisk fizycznych, chemicznych i patologicznych. W Babilonii kapłani ci tworzą odrębne kolegia, a nauka ich idzie z pokolenia w pokolenie, będąc wyłączną własnością pewnych rodzin.

Ze zdobyciem państwa babilońskiego przez Cyrusa religia perska zyskuje przewagę i teraz po raz pierwszy spotykamy się z nazwą μάγοι, którą Grecy nadają kapłanom perskim. Persowie nie upatrują już w gwiazdach osób bóstw, lecz tylko zjawiska ich potęgi, a liturgia perska, nazwana przez Greków μαγεία, polega na wzywaniu opieki dobrych bóstw ku ochronie przeciw złym. Przytem ważną rolę odgrywa święta roślina »*homa*«, mająca cudowne własności uzdrawiania chorób, przedłużania życia, udzielania sił i piękności ciału.

Podobnie, jak w Babilonii i Persyi, łączy się też u Egipcyan magia i astrologia z kultem religijnym, a potężnie zorganizowana kasta kapłanów posiada tajemnicę czynienia rzeczy nadzwyczajnych, które ciemny tłum za cuda uważa. Znajomość zjawisk astronomicznych, jaką wcześnie posiedli kapłani, stanowi integralną część teologii egipskiej, to też obserwacya ciał niebieskich rozwija się na wielką skalę, a zasady astrologii, spisane w księgach świętych, których autorstwo przypisują bożkowi Tot, przechowywane są przez kapłanów w największej tajemnicy. Księgi te, później przetłómaczone na język grecki, rozpowszechniły arkana egipskiej astrologii i wśród Greków. Astrologia w Egipcie wkracza głęboko w zakres nauk lekarskich głównie z tego powodu, że wpływ zmian atmosferycznych na pewne narządy ciała ludzkiego tłómaczono sobie wpływem bóstw, więc też każda część ciała poświęcona innemu bóstwu, bezpośrednio jego podlega władzy. Gdy więc która z tych części zachoruje, należy zwrócić się z modłami do bóstwa, opiekującego się nią, i przebłagać je przy pomocy hojnych ofiar. (Dok. nast.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy przypomina Kolegom, iż Walne Zgromadzenie w dniu 29. kwietnia 1905 zaleciło lekarzom przedkładanie pacyentom rachunków lekarskich półrocznie, ewentualnie po skończonem leczeniu.

Formularze na rachunki lekarskie, wydawane przez Tow. Sam. lek., są do nabycia w administracyi stempli receptowych, Radziwiłłowska 4. *Wydział Towarzystwa Samopomocy Lekarzy.*

Państwowy związek organizacyi lek. austr. ostrzega wszystkich lekarzy w Austryi: »W gminie Buic usunięto z posady lekarza po 22-letniej służbie z powodu jego zapatrywań politycznych. Ostrzega się przed przyjęciem tej posady pod groźbą bojkotu.

Imieniem Związku: Prezes, *Dr Fr. Janeczek*«.

Zadania „Stowarzyszenia lekarzy polskich" w Warszawie w najbliższym czasie nakreślił prezes Stowarzyszenia, dr Dunin, zagajając Walne Zebranie w d. 29. listopada b. r., w sposób następujący: Pod względem etycznym strzedz będzie Stowarzyszenie, aby nie obniżył się wśród lekarzy poziom moralny, który jest, zdaniem mowcy, w Królestwie wyższy, niż był dawniej i niż jest zagranicą, na zachodzie, a to dzięki temu, że zawód lekarski nie jest w Królestwie traktowany ze stanowiska czysto handlowego. Pod względem ekonomicznym nie będzie Stowarzyszenie walczyć o wyższe wynagrodzenia i większe zarobki dla lekarzy, gdyż te, choć skromne, są jednak w Królestwie, zdaniem mowcy, wystarczające i przecież stosunkowo lepsze, niż w innych zawodach; natomiast będzie zadaniem Stowarzyszenia: przeciwdziałać przeciążeniu lekarzy pracą, oraz bezpłatnej pracy lekarzy w instytucyach publicznych, jak szpitale i t. p.; starać się o ubezpieczenie lekarzy na wypadek choroby, niezdolności do pracy i śmierci, a to nie licząc na pomoc społeczeństwa, lecz raczej na opiekę rządu centralnego, czy też autonomicznego, a gdyby to zawiodło, na samopomoc; uzyskać dla lekarzy młodych materyalne oparcie w pierwszych latach po ukończeniu studyów przez stworzenie płatnych posad asystentów szpitalnych; przygotować lekarzy na zmianę warunków, jaką pociągnie za sobą przewidywane zaprowadzenie w Rosyi kas chorych, na razie zaś zapobiegać wyzyskowi lekarzy fabrycznych; zająć się sprawą pomocy lekarskiej dla ludu, której zorganizowanie w jakiejkolwiekbądź formie wpłynie niekorzystnie na warunki bytu lekarzy wolnopraktykujących i może także być źródłem wyzysku lekarzy; usunąć przeludnienie w zawodzie lekarskim w Królestwie. Pod względem naukowym może nastąpić stanowcze polepszenie tylko przez spolszczenie wszechnicy warszawskiej; Stowarzyszeniu przypadają zadania tylko pomocnicze: urządzać kursa dokształcające dla lekarzy i starać się ulepszyć czasopiśmiennictwo przez połączenie istniejących pism i stworzenie pisma wzorowego. Stowarzyszenie powinno też postarać się o stworzenie wzorowego (np. akcyjnego) składu i warsztatu narzędzi lekarskich i t. d. Pod względem wreszcie społecznym podejmie Stowarzyszenie inicyatywę i opracuje wskazówki w sprawie reformy szpitalnictwa, urządzenia pomocy lekarskiej dla ludu wiejskiego, oraz rozpatrzy sprawę felczerów. Dalej zajmie się Stowarzyszenie opracowaniem projektu Izb lekarskich dla Królestwa. Wreszcie, na życzenie wielu członków postara się Stowarzyszenie utworzyć w Warszawie klub lekarski, mający zadania towarzyskie. *K.*

Zadania społeczne X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich są, jak słusznie podnosi dr Mikołajski w »Głosie

lekarzy« (Nr 24) pierwszorzędnej wagi ze względu na zagadnienia społeczno-lekarskie, wyłaniające się właśnie w Królestwie Polskiem, dla którego dokładne informacye o urządzeniach z tego zakresu, istniejących w Galicyi, mogą wielki przynieść pożytek praktyczny. Na zaproszenie Komitetu Zjazdu obradowała też Izba lekarska wsch.-gal. w d. 15 grudnia b. r. nad organizacyą sekcyi społeczno-lekarskiej Zjazdu, w której lekarze galicyjscy powinni kolegom z Królestwa dokładnie zdać sprawę z organizacyi, stanu i rozwoju galicyjskiego szpitalnictwa, służby zdrowia, kas chorych, Izb lekarskich i Rad honorowych, działalności sanitarnej władz krajowych i miast stołecznych, inspektoratu przemysłowego i t. p. *R.*

Fundusz pensyjny dla lekarzy okręgowych galicyjskich był przedmiotem ankiety, (zwołanej 8. grudnia 1906 przez Izbę lekarską wsch.-gal.), w której przewodniczył prezydent Izby dr Festenburg, a zasiadali przedstawiciele: Wydziału kraj. radca Słomkowski, rządu R. dw. dr Merunowicz, Komitetu lekarzy okręgowych drowie Natter i Ferensiewicz, Izby lek. zach.-gal. dr Flis, Izby lek. wsch.-gal. drowie Mikołajski, Moszkowicz i Pappée i poseł sejmowy prof. Mars. Wydział krajowy przyjął za zasady projektu: Do funduszu pensyjnego wpłacać mają po $\frac{1}{3}$ lekarze okręgowi, kraj i Wydziały powiatowe; lekarzom okręgowym, którzy wpłacą wkładki za lata ubiegłe, policzone będą te lata do emerytury; pensye wdowie i sieroce ustanowione będą według statutu pensyjnego urzędników krajowych. Pensya emerytalna wyniesie 40 prc. płacy po 10 latach służby, a będzie za każdy dalszy rok służby wzrastać o $2\frac{3}{4}$ prc. płacy, dochodząc do pełnej wysokości po 35 latach służby. Wdowy po lekarzach, którzy służyli najmniej 10 lat, otrzymają 50 prc. płacy męża i po 10 prc. dodatku na wychowanie sierot aż do ich pełnoletności. W ankiecie, z której zdaje sprawę »Głos lekarzy« (Nr 24), podnoszono następujące słuszne żądania: Za podstawę obliczenia emerytury i pensyi wdowiej należy przyjąć wysokość płacy wraz z ryczałtem na objazdy; pełna emerytura powinna nastąpić już po 30 latach służby; niezdolność do pracy lub śmierć wskutek wykonywania służby powinna dawać prawa emerytalne i pensyjne bez względu na długość odbytej służby; wdowom należy w każdym razie przyznać prawo do pensyi już po 5-letniej służbie męża, a pensya wdowia nie może być niższą od 800 K. rocznie; wreszcie — należy pomyśleć o emeryturach i pensyach dla lekarzy gminnych, ze względów praktycznych jednak dopiero wtedy, gdy będzie już załatwioną sprawa funduszu pensyjnego lekarzy okręgowych. *R.*

Do nowej ustawy o gminnej służbie zdrowia w Galicyi wyjdzie wkrótce rozporządzenie wykonawcze, którego projekt przesłało Namiestnictwo do zaopiniowania Izbie lekarskiej wsch.-gal., a ta Komitetowi lekarzy okręgowych (»Głos lek.« Nr 24). *R.*

Przekształceniem Towarzystwa Samopomocy lekarzy na organizacyę lekarską, opartą na grupach miejscowych i zawodowych, zajmuje się zarząd tego Towarzystwa według projektu dra Flisa.

Nowa ustawa aptekarska austryacka zawiera także (w §. 33) postanowienia o utrzymywaniu przez lekarzy zbioru środków ratunkowych (Notapparate), potrzebnych do pierwszej pomocy w nagłych przypadkach. Środki te muszą posiadać lekarze, osiedleni w miejscowości, w której niema apteki publicznej, a mogą za zezwoleniem władzy lekarze, zamieszkali wprawdzie w miejscu, gdzie jest taka apteka, ale odwiedzający chorych także w takich miejscowościach, gdzie apteki takiej niema i dokąd środków ratunkowych na czas z apteki przywieśćby nie można. »Głos lekarzy« (Nr 24) zauważa słusznie, że ten paragraf ustawy zanadto uwzględnia interesa aptekarzy, ograniczając i utrudniając pomoc doraźną w ten sposób, że żaden o dobro chorych prawdziwie dbały lekarz nie mógłby się do tego zastosować. *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Między 2 a 8/XII 1906 zgłoszono przypadków: błonicy 6 (1), krztuśca 3, płonicy 15, odry 32 (1), duru brzusznego 3 (2), gorączki połogowej 1, nagminnego zapalenia opon 1. W tymże czasie zmarło: z błonicy 2, płonicy 3.

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 9 a 15/XII 1906 urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo —; zmarło osób 62 (obcych 23), z tego z gruźlicy 13 (7), zapalenia płuc 11 (4), płonicy 1 (—), odry 1 (1), duru brzusznego 2 (1), gorączki połogowej 1 (1), śmiercią gwałtowną 1.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 17/XII. 1906 doroczne posiedzenie wyborcze. Wybrani zostali: prezesem prof. Rosner, wiceprezesem prym. dr. Borzęcki, sekretarzem stałym prym. dr Zygmunt Wachtel, bibliotekarzem dr Flis, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« prof. Ciechanowski, członkami komisyi redakcyjnej: prof. Klecki, dr Kwaśnicki, prof. Krzyształowicz i dr Wojciechowski, sekretarzem dorocznym dr Habicht, członkami komisyi kontrolującej dr Cercha i dr Zanietowski senior, delegatami do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich prof Bylicki i dr J. Łuszczkiewicz.

— Sekcya przeciwgruźlicza odbyła w Towarzystwie lekarskiem d. 18/XII. b. r. pod przewodnictwem dra Bielańskiego posiedzenie, na którem toczyła się dalsza ożywiona dyskusya nad programem zwalczania gruźlicy w miastach. Zabierali w niej głos: prof. Jordan, Wicherkiewicz, Ciechanowski, drdr Bier, Dembowski, Flis, H. Hirsch, Habicht, Kapellner i Murczyński.

— »Towarzystwo stomatologów polskich«, z siedzibą w Krakowie, zawiązało się za staraniem prof. Łepkowskiego. Namiestnictwo zatwierdziło jeszcze w lipcu statut tego Towarzystwa, jednoczącego pod względem naukowym i zawodowym wszystkich, pracujących w zakresie patologii jamy ustnej i zębów. Dnia 21/XI. 1906 odbyło się w Zakładzie dentystycznym Uniw. Jag. pierwsze inauguracyjne zebranie, na którem wybrano tymczasowy wydział. Dnia 6/XII. 1906 odbyło się pierwsze posiedzenie naukowe Towarzystwa, na którem prof. dr W. Łepkowski przedstawił sposoby robienia złotych koron i zatykadła do jamy Highmora, a dr A. Kozaczka wykładał o zaopatrywaniu korzeni.

Imieniem tymczasowego wydziału Towarzystwa zaprasza prof. Łepkowski kolegów lekarzy-dentystów do udziału w pracach »Towarzystwa stomatologów polskich«. Odczyty i referaty przesyłać należy na ręce prof. dra Łepkowskiego (ulica Straszewskiego 26), lub dra A. Kozaczki (Rynek 22, II p.), do których również można nadsyłać zgłoszenia co do przystąpienia do Towarzystwa.

— Niektóre niedostatki miejskich urządzeń sanitarnych wytoczono na ostatniem posiedzeniu miejskiej komisyi sanitarnej w d. 15/XII. 1906 w formie szeregu interpelacyi i rezolucyi. Prof. Pareński poruszył sprawę nieodpowiedniego postępowania i braków w miejskim zakładzie dezynfekcyjnym; prof. Nowak sprawę używania na dom przedpogrzebowy położonej w śródmieściu i zgoła na ten cel nieodpowiedniej krypty kościoła XX. Pijarów, którąby należało zupełnie zamknąć; prof. Nowak i Pareński sprawę szczepienia, oraz sprawę pomocy dla ubogich położnic, a st. lekarz pow. dr Bielański szkodliwość zaopatrywania miasta w brudny lód z Wisły i stawów podmiejskich. Komisya uchwaliła też domagać się od magistratu reorganizacyi szczepienia i pomocy dla położnic, oraz przedstawić prezydyum miasta naglącą potrzebę budowy chłodni przy rzeźni miejskiej i miejskiej fabryki lodu sztucznego. Uchwalono też na wniosek doc. Seńkowskiego zażądać, by miejski urząd zdrowia przedkładał komisyi z końcem roku litografowaną statystykę chorobowości za cały rok. Na temże posiedzeniu obradowano w dalszym ciągu nad projektem reorganizacyi miejskiej służby zdrowia. — Do spraw, poruszonych w komisyi, powrócimy w najbliższym czasie.

— Na wniosek dra Zawadzińskiego, jako referenta powiatowej komisyi zdrowotnej, uchwalił Wydział powiatowy w Wadowicach (24/XI. 1906) ustanowić dla 4 obecnie w tym powiecie czynnych okręgów sanitarnych na razie trzy okręgowe komisye zdrowotne (w Andrychowie, w Zatorze i w Kalwaryi), złożone z lekarzy okręgowych, przełożonych obszarów dworskich i naczelników gmin. Tenże Wydział zakupuje większy aparat dezynfekcyjny formalinowy li tylko do użytku gmin wiejskich dla odkażania sal szkolnych i mieszkań w (coraz liczniejszych) murowanych domach włościańskich.

Dbałość o sprawy zdrowotne wadowickiego Wydziału powiatowego, który w bieżącym roku (zapomocą subwencyi z powiatowej Kasy oszczędności) zbudował także w 11 gminach studnie publiczne z kręgów cementowych, zasługuje na tem większe uznanie, że nie wiele Wydziałów powiatowych zajmuje się tak gorliwie sprawami zdrowotnemi, jak wadowicki. Utworzenie okręgowych komisyi zdrowotnych przyniesie niewątpliwie obfite plony przy gorliwej czynności lekarskich referentów tych komisyi, której napewno oczekiwać można na podstawie dotychczasowej ich działalności.

— Deputacyi lekarzy krynickich przyrzeczono w odpowiednich ministeryach w Wiedniu rychłe wykonanie koniecznych inwestycyi w Krynicy (łazienki, głębokie wiercenia i t. d.) według programu, przedstawionego przez Namiestnictwo galicyjskie.

— Otwarcie nowego budynku szpitalnego w Nowym Sączu opóźniło się, jak się dowiadujemy, jedynie z powodu nieukończenia przez przedsiębiorcę na czas robót wodociągowych.

— Prof Ludomił Korczyński wyjechał z Krakowa i objął już swoje stanowisko w Sarajevie.

Lwów. Wydział Izby wschod.-gal. odbył w dniu 15 b. m. posiedzenie, na którem zajmował się następującemi sprawami: Postanowiono zawrzeć umowę ze Związkiem towarzystw ubezpieczeń od wypadku, mocą której oznaczono wysokość honoraryum lekarskiego za wydanie początkowego i ostatecznego orzeczenia na 6 kor., płatne wprost przez Towarzystwo. Zgodzono się na podjęcie przez Wydział wykonawczy Izb akcyi celem wprowadzenia obowiązkowego państwowego ubezpieczenia lekarzy w myśl wniosku Izby krakowskiej z ostatniego wiecu Izb. Postanowiono nadal drukować Sprawozdania Izb w dodatku do »Przeglądu lekarskiego« wspólnie z Izbą zachod.-gal. Omówiono organizacyę sekcyi lekarsko-społecznej na X Zjeździe lek. i przyr. we Lwowie w r. 1907. Przydzielono kilka spraw do referatu członkom Wydziału, załatwiono drobniejsze sprawy administracyjne i rozpisano rozprawę w jednej ze spraw honorowych.

— Deputacyi Wydziału lekarskiego, złożonej z prof. Halbana, Łukasiewicza i Macheka, przyrzekł minister oświaty szybkie załatwienie sprawy budowy brakujących klinik. Obecnie toczą się układy o to, by rząd poniósł połowę kosztów gruntu pod kliniki (kosztującego 360,000 K).

— Grono lekarzy i chemików poruszyło myśl uczczenia pamięci Marcelego Nenckiego przez umieszczenie w uniwersyteckim budynku chemii lekarskiej biustu znakomitego uczonego. Uroczyste odsłonięcie biustu ma się odbyć w czasie X. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich w r. 1907. (»Tyg. lek«. 50).

— Sąd lwowski odmówił wydania dra Kraszewskiego władzom rosyjskim.

Warszawa. Z powodu 25-lecia pracy lekarskiej dr Kazimierza Chełchowskiego poświęciła »Gazeta lekarska« ostatni swój numer (48) wyłącznie pracom jego współpracowników i uczniów. Dr Chełchowski zdobył sobie zasługi zarówno jako kierownik oddziału w szpitalu Dzieciątka Jezus, jak i na polu pracy społecznej, w Towarzystwie higienicznem i wielu innych instytucyach. Życzenia jubilatowi składało grono kolegów i uczniów d. 8/XII. b. r.

— Założona przez Koło lekarskie Polskiej Macierzy Szkolnej szkoła ludowa im. Chałubińskiego, niedawno otwarta, odznacza się wzorowemi urządzeniami higienicznemi. Z nauki korzysta 100—110 dzieci. Komitet szkolny stanowią drdr Dunin, Hassewicz, Kurtz, Natanson, Rzętkowski i Świętochowski, lekarzem szkoły jest dr Orgelbrand.

— Czasowy generał-gubernator kaliski zażądał od lekarzy i felczerów donoszenia o każdym przypadku ran od postrzału lub od środków wybuchowych, pod karą więzienia do 3 miesięcy i grzywny do 3,000 rubli. Rozporządzenie to, naruszające obowiązek tajemnicy lekarskiej, którego dochować przysięga lekarz, jest czemś niesłychanem, nawet w granicach Rosyi.

— Więzionych dra Mikołaja Kwaśniewskiego, ordynatora szpitala wolskiego, dra Leona Salskiego i dra Juliana Bańkowskiego uwolniono, wydalając jednak dwóch pierwszych z granic Rosyi.

— Uwięziono w Warszawie dra Rajchmana (jun.), w Koninie dra Godlewskiego.

Petersburg. Koło lekarskie polskie uchwaliło uczczeniu swego zasłużonego sekretarza dra Witolda Orłowskiego, powołanego na katedrę do Kazania, poświęcić posiedzenie w dniu 12/25. XII. 1906 i wręczyć mu upominek honorowy.

Z różnych stron. Z prawdziwą przyjemnością stwierdzić należy, że niezwykłe uznanie, jakie zdobyło sobie dzieło dra Alfreda Sokołowskiego »O chorobach dróg oddechowych« zagranicą, jest powszechne. Oprócz już wspomnianych przez nas sprawozdawców, zyskało sobie dzieło dra Sokołowskiego bezwzględne pochwały i w innych najpoważniejszych pismach niemieckich (»Wiener klin. Wochens.«, »Deutsche med. Ztg.«) i angielskich (»Brit. med. Journ.«).

— Akademia lekarska w Paryżu przyznała nagrodę Bourcereta (1200 fr.) pannie Dr. es sc. Annie Drzewina za pracę p. t. »Przyczynek do badań tkanki limfatycznej u ichtyopsidów«, nagrodę Oulmonta (1000 fr.) p. J. T. Okińczycowi za uzyskanie pierwszej nagrody (złotego medalu) na konkursie internów.

— Na wydziale lekarskim w Moskwie postanowili słuchacze bojkotować wykłady prof. Pawlinowa za niedbałe spełnianie obowiązków, opuszczanie wykładów i t. p.

— Wszystkie prośby poddanych rosyjskich, studyujących na wszechnicach zagranicznych, o zwłokę w obowiązkowej służbie wojskowej zostały załatwione przychylnie.

— Rząd francuski wniósł do parlamentu projekt ustawy, nakładającej wysokie (10 prc.) podatki na t. zw. »specyalności« farmaceutyczne; projekt ten oburzył nietylko koła aptekarskie, ale także i prasę lekarską, gdyż obciąża on obok rozmaitych bezwartościowych specyfików także takie środki, jak jako »specyalności« sprzedawane surowice lecznicze, leki do wstrzykiwań podskórnych i t. d.

— 25-lecie istnienia obchodziło wiedeńskie Towarzystwo ratunkowe (pierwszej pomocy w nagłych przypadkach), założone przez niezapomnianego filantropa dra Jaromira br. Mundyego i hr. Wilczka. Br. Mundy krzewił ratownictwo w wielu innych miastach; on dał początek i krakowskiemu Towarzystwu ratunkowemu, za którem poszło założenie takich Towarzystw i w innych miastach polskich.

Mianowani: Profesorami nadzw. w Wiedniu docenci Richter (med. sąd.), Panzer (chemia lek.), Löwi (farmak.), Fürth (chemia lek.); prof. Bonnet z Gryfii dyrektorem zakładu anatomicznego w Bonn;

Dr Tadeusz Ostrowski elewem kliniki chirurgicznej lwowskiej.

Zmarli: Prof. farmakologii Archangielski w Kazaniu; lektor anatomii patol. dr Schorstein w Londynie; chirurg doc. dr Reinbach we Wrocławiu w 34 r. ż.;

Dr Donat Małkiewicz, zasłużony na polu społecznem, w Malewie w gub. mińskiej w 75 r. ż.

Bibliografia.

Ernest Hellmer. **Poradnik miesienia wibracyjnego dla lekarza praktycznego.** (Wiedeń 1906, str. 24). Miesienie wibracyjne znajduje coraz szersze zastosowanie. Wykonywać je można zapomocą przyrządów, poruszanych elektrycznością, nogą lub ręką. Dla lekarza praktycznego nadaje się głównie przyrząd ręczny, użycie jego bowiem jest łatwe i można go ze sobą nosić do chorego. Autor zaleca przyrząd „Venivici“ wyrobu A. Hermanna, Wiedeń I. Goldschmidtgasse 10, kosztujący 40 koron. Miesienia wibracyjnego nie wolno używać w ostrych, zwłaszcza ropnych sprawach zapalnych, przy świeżych zakrzepach żył, nowotworach, ciąży, krwotokach i gruźlicy. Jedno posiedzenie trwać powinno 10 minut (jeżeli miesi się całe ciało, to 30 minut). Miesi się codziennie przez 4—6 tygodni.

Szczególne zastosowanie znajduje miesienie wibracyjne w następujących cierpieniach: 1) Nerwice, niedowłady obwodowe, nerwobóle. Nerwy powierzchowne miesi się nasadkami tępemi i miękkiemi, głębsze twardemi i stożkowatemi. 2) Przewlekłe nieżyty nosa, krtani, dychawica oskrzelowa i nerwowa. 3) Miesienie serca dużemi nasadkami daje często dobre wyniki w chorobach samego mięśnia, w przypadkach nieinarowości tętna i zastoinach. 4) Obadmięcia, zwiotczenia i rozszerzenia żołądka i kiszek, zaparcie stolca przewlekłe chorobowe i nawykowe. Żołądek mi si się w kierunku osi poprzecznej i podłużnej naprzemian, jelita w kierunku ruchu robaczkowego, a więc najpierw około pępka, a potem okrężnicę od kątnicy aż do zgięcia esowatego. 5) Żółtaczka nieżytowa. Miesienie daje tu dobre wyniki. Należy się jednak upewnić, czy niema w drogach żółciowych ostrej sprawy ropnej lub czy nie ma zmian woreczka. 6) Z chorób narządów rodnych oddaje miesienie dobre usługi przy niezdolności płciowej i zwiotczeniach n. p. więzadeł macicy i otoczenia. 7) Z chorób narządu moczowego niedowład pęcherza, nerki ruchome i moczenie mimowolne. 8) Z chorób narządu ruchowego: przewlekłe choroby mięśni, ścięgien i stawów, ostry gościec mięśniowy, lżejsze postacie przewlekłe i t. d. 9) Trądzik skóry: (miesienie gąbką gumową, napojoną 5% spirytusem salicylowym). Dalej stosuje się 10) miesienie kosmetyczne: wygładzanie zmarszczek, miejscowych nagromadzeń tłuszczu (pod brodą, na biodrach i t. d. i 11) miesienie ogólne ciała łącznie z innymi zabiegami w leczeniu otyłości, dny, cukrzycy i innych chorób przemiany materyi.

Klęsk.

— *Gazeta lekarska* Nr 48. Winiarski: Zarośnięcie tętnicy bezimiennej oraz podobojczykowej lewej. Starkiewicz W.: Zwężenie aorty u ujścia (przewodu Botalla); tętniak części wstępującej i łuku

aorty; zarośnięcie wielkich tętnic, wychodzących z łuku. Bełkowski: O syfilitycznem cierpieniu tętnic kończyn. Męczkowski: O tętniakach naczyń mózgowych. Bartkiewicz: Rana opłucnej, osierdzia i serca.

— *Medycyna* Nr 50. Goldflam: Przypadek wrodzonego rodzinnego zesztywnienia stawów palcowych. Krajewski, Rotstadt (c. d.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 50. Kośmiński: Przyczynek do leczenia operacyjnego wypadnięcia macicy. Opolski (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr 23. Jaworski J.: Macica podwójna czyli przedzielona i pochwa podwójna czyli przedzielona. Biehler M. (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr 24. Mikołajski: Zadania społeczne X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Mikołajski (c. d.).

— *Časopis lekařův českých* Nr 50. Jerie: Positio occipitalis anterior. Honl, Pitha, Dvořak (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 47. Gruzdiew (dok.). Filozofow: W sprawie wpływu różnych białek pożywienia na wydzielanie się cukru i rozwój zatrucia kwasami w cukrzycy. Jakimow: Przedłużenie życia świdrowców w sztucznych warunkach. Krasnogorski: Wymiana żelaza u osesków.

— *Presse medicale* Nr 97. Castaigne: Wątroba, a żelazo. Labbé: Ochronna rola gruczołów limfatycznych. Vidal: Znieczulanie ogólne przez odbytnicę. — Nr 98. Lermoyez: Jak się ustrzedz od ozeny? Vedel i Rimbaud: Wczesne durowi zapalenie pęcherzyka żółciowego z przedziurawieniem. — Nr 99. Garnier. Wydzieliny gruczołu tarczowego. Pallier: Bakteryologia raka żołądka.

— *Semaine med.* Nr 49. Moussu: Obecny bilans szczepień przeciwgruźliczych. — Nr 50. Lejars: Guzy zapalne niby-nowotworowe brzucha.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 50. Lewin i Stadelmann: Acokanthera Schimperi jako lek sercowy. Strauss: O postaciach nabytych przewlekłej acholurycznej żółtaczki z powiększeniem śledziony. Rothschild: O kamieniu pęcherzowym z jądrem woskowem; historya choroby i przyczynek do rozpoznawczego zastosowania promieni Röntgena przy kamieniach moczowych. Landau (dok.). Maass: Czad i gaz świetlny.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 50 (poświęcony uczczeniu prof. Bergmanna). Eiselsberg: O plastyce przy odwinięciu żuchwy. Hacker: Plastyka błony śluzowej i chrząstki przy zwężeniu tchawicy wskutek twardzieli. Kader: Przyczynek do techniki doszczętnej operacyi przepuklin udowych. Rydygier: Nowy sposób podwiązywania tętnicy bezimiennej, ewent. początku tętnicy podobojczykowej. Schloffer: Hydronefrocystanastomoza przy wodonerczu jedynej nerki. Wölfler: W sprawie leczenia promienicy. Riedl: W sprawie zwichnięcia kości łódkowatej ręki. Schweinburg: W sprawie zadzierżgnięcia przydatków sieciowych.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr 50 (ofiarowany prof. Bergmannowi): Eiselsberg: Przyczynek do leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy, przebijającego do otrzewnej. Payr: O operacyjnem leczeniu podpotylicznego próchnienia kręgosłupa (*malum suboccipitale*). Bergmann A.: Zwężenie jelit jako późny skutek zapalenia wyrostka robaczkowego. Riedel: Szew katgutowy przy złamaniu rzepki. Sprengel: Leczenie ran postrzałowych. Pozzi: Nowy sposób zeszywania końców moczowodu zupełnie przerwanego. Durante: Chirurgia Arabów.

— *Münchener mediz. Wochenschrift* Nr 50. Selter: Badania bakteryologiczne nowego sposobu odkażania formalinowego zapomocą autanu. Henking: Doświadczenia zebrane w znieczulaniu lędźwiowem nowokainą. Dietze: W sprawie techniki znieczulania miejscowego, zwłaszcza zapomocą nowokainy z suprareniną. Steim: Doświadczenia co do nowokainy. Levy i Kayser: Wynik badań bakteryologicznych przy sekcyi nosiciela prątków durowych. Tomarkin: O niebezpieczeństwach przeniesienia zarazków przez telefon i zapobieganiu im. Vierordt: Znaczenie fizycznych metod leczenia w praktyce lekarskiej. Burkhardt: O powstawaniu lewostronnych objawów przy zapaleniu okątniczem. Hornung: Elektroterapia zaburzeń krążenia. Vollert: Nowa zasada operacyjnego leczenia jaskry. Sachs-Müke: Pomocniczy sposób przy sedymentacyi. Wederhake (dok.).

Redakcya otrzymała: Żeleński: Über das Verhalten des neutrophilen Blutbildes bei gesunden u. kranken Säuglingen. Odbitka „Wiener klin. Wochenschr" 1906. — Ks. dr J. Radziszewski: Polska bibliografia filozoficzna w układzie dziesiętnym ideologicznym. Nr 3. Odb. „Przegląd filozof." 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Strofantyna (wyrobu firmy F. C. Böhringer), poleconą została ponownie do wstrzykiwań podskórnych w odczycie profesora L. Brauera w Tow. lek. w Marburgu. Warunkom wymaganym od dobrego środka sercowego, jak łatwa rozpuszczalność, działanie szybkie, brak ubocznych działań, czystość przetworu, stałość działania, czyni strofantyna w zupełności zadość. Digalen, polecony przez, Mendela, Cloetta i szkołę Naunyna posiada pewne wady, jak potrzeba dużych dawek, wysoka cena. A. Fraenkel, Krehl i Schwarz dowiedli szeregiem doświadczeń ze strofantyną dzielności tego środka. Rozczyn 1: 1000 we fiolkach 1 ctm^3 zawierających odpowiada około 15 ctm^3 digalenu, a stosunek cen jest, jak 25: 320. Szereg spostrzeżeń klinicznych stwierdza ze wszechmiar korzystne działanie tego środka. *Ll.*

Arhovin, jako środek leczniczy w wiewiórze ocenia dr A. Schweitzer z Finmy (*Monatschrift für Harnkrankheiten.* Leipzig, 1906, Nr 11). Korzystne doświadczenia innych potwierdziły się również w 16 przypadkach autora. S. podnosi wysoką wartość leczenia wewnętrznego, cenioną przez urologów. Arhovina wolna jest od szkodliwych i niemiłych ubocznych działań środków balsamicznych, jak cuchnienie z ust, zaburzenia w trawieniu, podrażnienie nerek, wyprysk i t. d.

Dla większości przypadków uważa S. leczenie skombinowane, miejscowe i wewnętrzne, za najodpowiedniejsze. W ostrym okresie rozpoczyna od 4—5 kapsułek po 0,25 gr. arhoviny dziennie. Już po 4—5 dniach zmniejsza się parcie na mocz, zmętnienie moczu znika, osad ropny zmniejsza się szybko. Po ustąpieniu tych pierwszych objawów dodaje S. leczenie miejscowe, t. j. wstrzykiwania 1—1½ prc. oliwy arhovinowej, co chorzy doskonale znoszą. Użycie oliwy pozwala mieć nadzieję, że środek dojdzie do wszystkich fałdów i zaułków błony śluzowej, czego nie można powiedzieć o wodnych rozczynach innych środków przeciwwiewiórowych, zamykających fałdki przez swe działanie ściągające. Przy tem leczeniu dolegliwości szybko ustępowały, dwoinki znikały, a po 5—7 tygodniach następowało wyleczenie. *Hr.*

UPRASZA SIĘ PP LEKARZY ZAPISYWAĆ ZAWSZE

PIGUŁKI BLANCARDA W BLADACZCE LYMFATYZMIE BLADOŚCI CERY SIFILISIE ORGANICZNYM

i SYROP Blancard

40, Rue Bonaparte PARIS

Aprobowane przez Akademię Medyczną w Paryżu.

w PARYŻU

Jedyne zespolające się z organizmem i skuteczne.

Bialska Fabryka Chemiczna „BESKID“

wyrabia i poleca najnowsze w wodzie zupełnie rozpuszczalne przetwory:

Septosolum „Beskid“, najnowsze antisepticum i desodorans w wodzie zupełnie w każdym stosunku rozpuszczalne, w praktyce gynekologicznej jak najlepiej polecone, bez zawartości kw. karbol.

Formasol „Beskid“, idealne antisepticum i znakomite desodorans, przyjemnie pachnące, w wodzie rozpuszczalne, niegryzące i nie niszczące ani materyi, ani bielizny.

Viscogen „Beskid“, c. salaethylo 25% et 50% znakomite antirheumaticum jak najlepiej polecone, o pewnem i dzielnem działaniu.

Vaselinum formasoli w tubach do antyseptyki rąk, o przyjemnym zapachu.

Przetwory „Beskidu“ są polecone przez Komisyę Przemysłową Towarzystwa Lekarskiego. 235

Każda flaszka zaopatrzoną jest marką Towarzystwa Samopomocy Lekarzy.

Cenniki i próbki WP. lekarzom bezpłatnie.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców;** bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób 165

Apteka „Reichspalatin“

Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum“. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

MARKA OCHRONNA E. MATULA

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki **dla Panów Lekarzy gratis i franco,** przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163 5

Rok XLV. Kraków 29 Grudnia 1906. Nr 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu Patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O sztucznej czasowej odporności jamy brzusznej na zakażenie.

Napisał

Prof. Dr. Karol Klecki.

(Dokończenie).

U zwierząt przygotowanych śródotrzewnem wstrzyknięciem bulionu, spotyka się limfocyty w cieczy brzusznej wogóle rzadko, najczęściej jeszcze w początkowych okresach zakażenia. Mikrofagi ukazują się w cieczy brzusznej zwierząt przygotowanych w tym samym mniej więcej czasie, co u zwierząt nieprzygotowanych, w dalszych okresach zakażenia przybytek mikrofagów jest jednak w cieczy brzusznej zwierząt przygotowanych szybszy, a częstokroć i większy, niż u zwierząt nieprzygotowanych; w późniejszych okresach zakażenia u zwierząt przygotowanych mikrofagów zaczyna ubywać z cieczy brzusznej wcześniej, niż u zwierząt nie przygotowanych. Makrofagi zaś ukazują się w cieczy brzusznej zwierząt przygotowanych w znacznie wcześniejszych okresach zakażenia, niż u zwierząt nieprzygotowanych. U zwierząt nieprzygotowanych w pół godziny po zakażeniu w cieczy brzusznej fagolizy nielicznych zresztą w tym czasie mikrofagów brak jeszcze zupełnie; zjawisko to występuje dopiero w późniejszych okresach zakażenia; gdy w 3 godziny po zakażeniu fagoliza już wystąpiła, jest ona zazwyczaj jeszcze słaba.

Chociaż w powyższych doświadczeniach fagocytoza mikrobów w cieczy brzusznej była na ogół stosunkowo słaba, co się poniekąd tłómaczy tem, że w jamie brzusznej po wstrzyknięciu zawiesiny kałowej, zawierającej rozmaite mieszaniny mikrobów jelitowych, a nadto różne substancye chemiczne, działające na leukocyty w rozmaity sposób, powstawały stosunki zawiłe, które często mogły utrudniać pożeranie mikrobów przez fagocyty, to jednak szczegółowy rozbiór wyników tych doświadczeń świadczy, że mniej korzystne warunki, jakie dla swego rozwoju napotykały mikroby w jamie brzusznej zwierząt przygotowanych, polegały niewątpliwie, co najmniej między innemi, na tem, że fagocytoza mikrobów u tych zwierząt była wybitniejsza, niż u zwierząt nieprzygotowanych, innemi słowy, że czynnikiem działającym jest tu niewątpliwie fagocytoza mikrobów.

Obok fagocytozy mikrobów występuje często w cieczy brzusznej bakteryoliza pozakomórkowa, powstała dopiero w ustroju zakażonego zwierzęcia; zjawisko to nie występuje jednak wybitniej u zwierząt przygotowanych, niż u zwierząt nieprzygotowanych. Wydaje się rzeczą do prawdy podobną, że w zakażeniu jamy brzusznej mieszaniną naturalną drobnoustrojów jelitowych bakteryoliza pozakomórkowa odgrywa pewną rolę w obronie zakażonego ustroju; skoro jednak rzeczone zjawisko się nie potęguje u zwierząt przygotowanych, u których zejście zakażenia jest pomyślniejsze, niż u zwierząt nieprzygotowanych, nie można go uważać za czynnik, któryby wchodził w grę w powstawaniu przejściowej odporności jamy brzusznej na dane zakażenie. Ponieważ bakteryoliza pozakomórkowa w cieczy brzusznej zakażonych zwierząt odbywa się niekiedy już w takim czasie, kiedy fagoliza mikrofagów albo jeszcze nie wystąpiła, albo też wystąpiła w słabym tylko stopniu, wydaje się rzeczą do prawdy podobną, że istoty bakteryobójcze, działające w danych warunkach w cieczy brzusznej, pochodzą nietylko z rozpadłych, czy rozpadających się mikrofagów, ale że mogą one pochodzić i z innego źródła, dotychczas jeszcze bliżej nie określonego; być może, że źródłem takiem są, między innemi, zmienione wprawdzie, lecz utrzymane jeszcze na miejscu komórki sieci.

III. Próby wytworzenia sztucznej czasowej odporności jamy brzusznej u człowieka.

W przeświadczeniu, że dodatni wynik moich doświadczeń na zwierzętach uprawnia do podjęcia odpowiednich prób w pewnych przypadkach chorobowych u człowieka, a w razie równie pomyślnego tych prób wyniku, co wydawało się rzeczą prawdopodobną, może mieć dla chirurgii znaczenie praktyczne, przy sposobności, jaką mi nastręczał mój wykład „O fagocytozie“ na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie, po przedstawieniu w krótkich słowach wyniku rzeczonych doświadczeń, zachęcałem chirurgów do podjęcia w odpowiednich przypadkach próby zapobieżenia zapaleniu otrzewnej przez wytwarzanie czasowej, nieswoistej odporności jamy brzusznej.

W sprawie zastosowania w chirurgii praktycznej wyników doświadczeń pracownianych nad odpornością miejscową znajdujemy w dziele Miecznikowa „O odporności i t. d.“ na str. 593 krótką wzmiankę, że na polecenie Durhama kilku chirurgów zaczęło próbować zwiększać sztucznie zapomocą sposobów pracownianych odporność jamy brzusznej na zakażenie w przypadkach chorobowych u człowieka. Bezredka zaś w pracy o odporności na zakażenie prątkiem durowym wspomina, że Miecznikow już dawno miał tę myśl, ażeby przy operacyach chirurgicznych wy-

zyskać znane z badań naukowych sposoby, zapomocą których można pobudzić czynność fagocytów i że uczeń Miecznikowa, Petit, sprawą tą się zajmuje. Bezradka proponuje przytem, ażeby przy operacyach brzusznych u człowieka przemywać otrzewnę surowicą po dokonaniu odpowiedniego zabiegu chirurgicznego i ażeby używać do tego surowicy wołu lub konia, uprzednio ogrzanej do 50°, która ma znacznie słabsze działanie toksyczne, niż surowica nieogrzana.

Wkrótce potem, na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa biologicznego w grudniu 1901 r., Petit (13) zawiadomił, że w trzech operacyach brzusznych, wykonanych w ciężkich przypadkach ginekologicznych, wlewał do jamy brzusznej przed jej zamknięciem 10 cm³ ogrzanej surowicy końskiej i że, zdaniem jego, zabieg ten wpływał korzystnie na przebieg pooperacyjny. Petit sądzi, że w przypadkach chirurgicznych u człowieka działanie korzystne może mieć głównie wlewanie surowicy pod koniec operacyi, surowicę bowiem, wprowadzoną uprzednio do jamy brzusznej wraz z tak pożytecznymi leukocytami usuwałoby się podczas operacyi przy wycieraniu otrzewnej; przyznaje on jednak, że w pewnych przypadkach właśnie wstrzyknięcie zapobiegawcze mogłoby być korzystne. Stosowanie śródbrzuszne ogrzanej surowicy końskiej w przypadkach chirurgicznych u człowieka uważa Petit w każdym razie za nieszkodliwe; że zaś przez zabieg ten pobudza się czynność fagocytów, a przez to zapobiega się powstaniu zapalenia otrzewnej po operacyi, zabieg ten może być, jego zdaniem, w chirurgii pożytecznym

W późniejszej swej publikacyi z r. 1904 Petit (33), zapowiadając ogłoszenie szczegółowej pracy klinicznej w tym przedmiocie, podaje tylko ogólnikowo, że w szeregu operacyi brzusznych u człowieka wlewał ogrzaną surowicę do jamy brzusznej pod koniec operacyi z dobrym skutkiem, nawet w przypadkach ciężkiego zakażenia otrzewnej. Zabieg ten, podobnie jak w doświadczeniach na zwierzętach, sprowadzał i u człowieka czasowe wahania ciepłoty ciała. I w tej publikacyi podnosi Petit działanie zapobiegawcze surowicy, wprowadzonej do jamy brzusznej jeszcze przed jej zakażeniem; w przypadkach zaś już powstałego zakażenia otrzewnej, jako to w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowatego, jajowodów, przedziurawienia jelita, zaleca Petit po wypuszczeniu wysięku otrzewnego i wykonaniu odpowiedniego zabiegu chirurgicznego wysuszyć dokładnie jamę brzuszną i wlać do niej 20 cm³ ogrzanej surowicy końskiej.

Na Zjeździe niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego w kwietniu 1804 r. podał Mikulicz (34), że obfite przemywanie otrzewnej podczas operacyj brzusznych, dokonywanych w ciężkich cierpieniach jelita, zwiększa odporność jamy brzusznej na zakażenie.

W propozycyi, jaką na podstawie wyniku własnych doświadczeń pracownianych na XIII Zjeździe chirurgów polskich uczyniłem, miałem na względzie głównie takie przypadki chirurgiczne, w których, podobnie jak w rzeczonych doświadczeniach, nieswoistą ciecz można wprowadzić do jamy brzusznej na pewien czas przed ewentualnem jej zakażeniem, a zatem przed właściwym śródotrzewnym zabiegiem chirurgicznym, ażeby przez to powstaniu zapalenia otrzewnej zapobiedz, a względnie, by powstającą w jamie brzusznej sprawę zakaźną, o ile możności, od samego początku osłabić. Przy próbach zaś sprowadzenia odporności miejscowej jamy brzusznej przez wprowadzenie do niej cieczy nieswoistych równocześnie z ewentualnem jej zakażeniem, a zatem podczas laparotomii, zalecałem stosowanie tej z używanych dotychczas w doświadczeniach na zwierzętach nieswoistej cieczy, która najsilniej działa chemotaktycznie dodatnio, mianowicie rozczynu kwasu nukleinowego (35). W pracy, ogłoszonej w r. 1904, podaje Miyake (8), że we wrocławskiej klinice chirurgicznej próbowano wlewać przed operacyą do jamy brzusznej 0·5% rozczyn kwasu nukleinowego; okazało się, że po wlaniu 50 cm³ tego rozczynu występują objawy lekkiego miejscowego zadrażnienia otrzewnej, oraz gorączka.

Okoliczność ta zniewoliła Miyakego do wypróbowania innego sposobu stosowania kwasu nukleinowego, któryby potęgował odporność otrzewnej na zakażenie, nie wywołując przytem powyżej przytoczonych niepożądanych skutków. Zamiast tedy do jamy brzusznej, spróbował Miyake wstrzykiwać kwas nukleinowy podskórnie. W doświadczeniach, wykonanych na świnkach morskich pokazało się, że jednorazowe wstrzyknięcie podskórne 0·5% rozczynu kwasu nukleinowego przed zakażeniem otrzewnej, zwiększało 20 razy jej odporność na prątka okrężnicowego, czterokrotne zaś zastrzyknięcie 40 razy. Zastrzyknięcie podskórne kwasu nukleinowego potęgowało również, choć w słabszym stopniu odporność otrzewnej na zakażenie mieszane prątkiem okrężnicowym, paciorkowcem i gronkowcem ropotwórczym złocistym, jakoteż i na zakażenie treścią żołądka i jelit. U królików wstrzyknięcie podskórne kwasu nukleinowego na zakażenie jadowitym paciorkowcem oraz gronkowcem ropotwórczym złocistym korzystnego wpływu nie wywierało.

Dokładniejszych badań nad powstawaniem odporności jamy brzusznej po wstrzyknięciu podskórnem kwasu nukleinowego dotychczas nie posiadamy; jasną atoli jest rzeczą, że powstała po takim zabiegu odporność otrzewnej nie jest odczynem miejscowym, jaki występuje po śródotrzewnem wstrzyknięciu cieczy nieswoistych, wykonanem na jakiś czas przed zakażeniem jamy brzusznej, a że jest ona tylko niejako wyrazem miejscowym ogólnego odczynu ustroju, którego wyraźnym przejawem jest wybitna leukocytoza.

Miyake podaje, że opierając się na pomyślnych wynikach powyżej przytoczonych doświadczeń na świnkach morskich, wstrzykiwano podskórnie we wrocławskiej klinice chirurgicznej rozczyn kwasu nukleinowego przed operacyą brzuszną w 34 odpowiednich przypadkach; w żadnym z tych przypadków nie powstało zapalenie otrzewnej. Zdaniem Mikulicza odporność tych chorych na zakażenie mikrobami jelitowymi stanowczo się spotęgowała.

Powołując się na wyniki doświadczeń na zwierzętach Miyakego, oraz na wyniki operacyjne Mikulicza, który w 45 przypadkach przed poważną operacyą brzuszną, jakoto wycięciem żołądka, gastroenterostomią, wycięciem jelita, plastyką odźwiernika, wycięciem nerki, oraz operacyą w kamicy żółciowej miał wstrzykiwać podskórnie kwas nukleinowy i uniknąć we wszystkich tych przypadkach zapalenia otrzewnej, ogłasza w roku ubiegłym aptekarz Richter (36), że sporządził i wprowadził do handlu pod nazwą „fagocytyny“ nowy lek, składający się z chemicznie czystego kwasu nukleinowego oraz soli kuchennej. Wstrzyknięcie podskórne rozczynu „fagocytyny“ w 50 cm³ wody, co odpowiada 2% kwasu nukleinowego, na 12 godzin przed ope-

racyą ma sprowadzać leukocytozę, a przez to zwiększać odporność na zakażenie podczas operacyi 16—32 razy.

W tymże roku 1905 ogłosił Renner (37), że w szeregu przypadków, w których groziło niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej, przed operacyą brzuszną wstrzykiwał podskórnie rozczyn otrzymanego z drożdży kwasu nukleinowego. Ze spostrzeżeń swych wyciąga Renner z pewnem zastrzeżeniem wniosek, że zabieg ten zwiększa odporność otrzewnej na zakażenie prątkiem okrężnicowym, a zapewne i innymi zarazkami. Renner przypuszcza, że owo zwiększenie odporności polega albo na spotęgowaniu fagocytozy zarazków, albo też na wzmożeniu działania aleksyny.

Korzystne działanie uprzedniego podskórnego wstrzyknięcia kwasu nukleinowego na przebieg i zejście zakażenia otrzewnej kałem stwierdził również Faucon (38) w ogłoszonych w roku bieżącym doświadczeniach na świnkach morskich, którym najpierw zastrzykiwał rozczyn wprowadzonego do handlu przez Leprincea „romnolu", czyli chemicznie czystego kwasu nukleinowego, a potem wprowadzał do jamy brzusznej przesącz zawiesiny kałowej. W doświadczeniach, w których zakażał otrzewnę nie zawiesiną kałową, ale mikrobami w czystej hodowli, uprzednie wstrzyknięcie podskórne romnolu nie tylko nie działało korzystnie, ale nawet miało potęgować sprawę zakaźną. Stąd wyprowadza Faucon wniosek, że rzeczony zabieg działa znacznie silniej w zatruciu wytworami mikrobów, niż na same mikroby. Faucon podaje, że prof. Delassus w Lille w szeregu przypadków wstrzykiwał podskórnie romnol w przeddzień operacyi brzusznej z dobrym skutkiem.

W ostatnich czasach wstrzykiwano także podskórnie 2% kwas nukleinowy we wrocławskiej klinice kobiecej prof. Küstnera, jak to podaje Hannes (39), w 51 przypadkach wycięcia raka macicy przez laparotomię; wstrzykiwania te, w ilości 50 cm³, robiono na 12—14 godzin przed operacyą. Wynik leczniczy w przypadkach tych był pomyślny, śmiertelność bowiem pierwotna, wynosząca 41·6%, spadła w nich do 21·5%; zdaniem Hannesa zawdzięczać to należało w części ulepszonemu sposobowi operowania i usypiania chorych, w części zaś korzystnemu działaniu zapobiegawczego wstrzyknięcia kwasu nukleinowego, które zwiększało odporność otrzewnej na zakażenie.

* * *

Dla chirurgii praktycznej miałoby niewątpliwie wielkie znaczenie znalezienie sposobu, zapomocą którego możnaby wywołać lub też spotęgować odporność miejscową jamy brzusznej, która już uległa zakażeniu. Czy w takich przypadkach, w myśl polecenia Petita, wlewanie cieczy nieswoistych do jamy brzusznej po wykonaniu odpowiedniego zabiegu chirurgicznego, byłoby pożytecznem, wydaje się z góry rzeczą niezmiernie wątpliwą. Jak o tem wspomniałem na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie, może zastosowanie rozczynu kwasu nukleinowego, dzięki silnemu działaniu chemotaktycznemu dodatniemu, jakie ciecz ta wywiera, daje jeszcze pewne widoki powodzenia, i to chyba tylko w początkowych okresach zakażenia jamy brzusznej, a względnie w takich przypadkach, w których nasilenie sprawy zakaźnej jest stosunkowo niewielkie; wprowadzanie zaś do zakażonej jamy brzusznej czy to surowicy, czy też bulionu wydaje się zabiegiem dla ustroju wręcz szkodliwym, skoro ciecze te, stanowiąc dobrą dla wielu mikrobów pożywkę, muszą ułatwiać ich rozmnożenie się, a zatem skoro przez wprowadzenie tych cieczy potęguje się jeszcze sprawę zakaźną, toczącą się w jamie brzusznej.

Przypuszczenie to powinno być oczywiście sprawdzone przez odpowiednie doświadczenia na zwierzętach. Publikacyi takich doświadczeń, w których by stosowano w danych warunkach czy to rozczyn kwasu nukleinowego, czy to surowicę, czy też inne ciecze nieswoiste, dotychczas nie spotkałem. Co się zaś tyczy działania bulionu, wprowadzonego do jamy brzusznej już po jej zakażeniu, to przy sposobności badań nad sztuczną odpornością czasową jamy brzusznej na zakażenie kałowe, o których wyżej była mowa, wykonałem szereg doświadczeń, na których wyniku powyżej przytoczony pogląd się opiera. W doświadczeniach tych wprowadzałem zwierzętom do jamy brzusznej zawiesinę własnego ich kału we fizyologicznym rozczynie soli kuchennej, a po upływie pewnego czasu wstrzykiwałem im do jamy brzusznej bulion wyjałowiony w ilości 3, a względnie 5 cm³. W każdem doświadczeniu jedno zwierzę służyło do kontroli. Na ogólną liczbę 14 takich doświadczeń tylko w 3 doświadczeniach utrafiłem właściwą dawkę materyału zakaźnego, której nie było można z góry oznaczyć, oraz nie wystąpiły powikłania, zaciemniające wynik doświadczenia. We wszystkich tych 3 doświadczeniach ostateczne zejście zakażenia było dla zwierząt, którym po zakażeniu jamy brzusznej wstrzyknąłem był do niej bulion, mniej pomyślne, niż dla zwierząt kontrolnych, a mianowicie: w jednem doświadczeniu, w którem wstrzyknąłem śwince morskiej bulion do jamy brzusznej w 6 godzin po zakażeniu, zwierzę padło w 19½ godzin, gdy natomiast zwierzę kontrolne padło dopiero w 38½ godzin, a zatem o 19 godzin później; ciepłota ciała pierwszego zwierzęcia opadła przytem z 39·2° do 33·7°, drugiego zaś z 39·7° tylko do 35·7°, poczem nawet podniosła się jeszcze do 36·5°. W dwu pozostałych doświadczeniach wstrzyknąłem królikom bulion do jamy brzusznej w 4¾ i w 6 godzin po zakażeniu; zwierzęta te padły na septyczne zapalenie otrzewnej w 15 i w 67 godzin po zakażeniu, gdy tymczasem zwierzęta kontrolne pozostały przy życiu.

W doświadczeniach tych mikroby wolne w cieczy brzusznej z biegiem czasu, niekiedy po przejściowem zmniejszeniu się ich ilości, rozmnażały się. W sile pochłaniania mikrobów przez fagocyty w cieczy brzusznej pomiędzy zwierzętami, którym po zakażeniu jamy brzusznej wstrzyknąłem był do niej bulion, a zwierzętami kontrolnemi w dwu doświadczeniach wyraźnej różnicy nie było; w jednem zaś fagocytoza mikrobów była wydatniejsza u zwierzęcia pierwszej kategoryi. Fagoliza odbywała się w tych doświadczeniach w cieczy brzusznej stale, pod koniec zakażenia w wybitnym nawet stopniu; w dwu zaś z tych doświadczeń odbywała się w cieczy brzusznej równocześnie wyraźna bakteryoliza pozakomórkowa, której wpływ atoli na ostateczne zejście zakażenia się nie ujawnił.

Wynik przytoczonych doświadczeń świadczy przeto, że, jak to poniekąd z góry można było przewidzieć, następowe wstrzyknięcie bulionu do zakażonej jamy brzusznej jest zabiegiem dla ustroju szkodliwym, wręcz przeciwnie, jak takie samo wstrzyknięcie wykonane na pewien czas

przed zakażeniem otrzewnej, co czasową, nieswoistą odporność jamy brzusznej na zakażenie sprowadzić może.

Wstrzyknięcie zaś podskórne rozczynu kwasu nukleinowego już po zakażeniu otrzewnej w doświadczeniach Faucona na świnkach morskich działało korzystnie tylko wówczas, gdy wstrzyknął romnol w stosunkowo znacznej ilości, oraz gdy to uczynił wkrótce po zakażeniu jamy brzusznej.

Piśmiennictwo. 1) Wassermann u. Citron: Die locale Immunität der Gewebe und ihre practische Wichtigkeit. Deutsche med. Woch. 1905. Nr 15. Ref. w Centr. f. Bact. 1906. Nr 1/3 p. 52. — 2) Issaeff: Untersuchungen über die künstliche Immunität gegen Cholera. Zeits. f. Hyg. T. XVI. 1894, p. 287. — 3) Bordet: Contribution a l'étude du sérum antistreptococcique. Ann. de l'Inst. Pasteuf 1897. — 4) Metschnikoff: L'immunité dans les maladies infectieuses. Paris 1901. — 5) Garnier: Recherches sur la destruction des microbes dans la cavité péritonéale des cobayes immunisés. Ann. de l'Inst. Pasteur 1898. — 6) Wolff: Beiträge zur Kenntnis der morphologischen Vorgänge bei der Infection und Immunität. Berl klin. Woch. 1903. Nr 17, 18. — 7) Sante Solieri: Esperimentelle Untersuchungen über die Veränderungen des Widerstandes des Peritoneums gegen die Infection durch Bact. coli. Beiträge zur pathol. Anat. u. allg. Path. T. 31. 1902. — 8) Miyake: Experimentelle Studien zur Steigerung der Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen Infection. Mitth. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. d. Chir. T. 13. 1904. Ref. w Centr. f. allg. Path. u. path. Anat. 1905. p. 564. — 9) Pfeiffer i Kolle: Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Schutzimpfung des Menschen gegen Typhus abdominalis. Deutsche med. Woch. 1896. Nr 46. Über die specifische Immunitäsreaction der Typhusbacillen. Zeits. f. Hyg. 1896. T. 21. — 10) Funck: La sérothèrapie de la fièvre typhoide. Etude expérimentale. Bruxelles 1896. Ref. w Centr. f. Bact. I. T. 20. p. 620. — 11) Wassermann: Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der natürlichen und künstlichen Immunität. Zeits. f. Hyg. 1901. T. 37. Ueber die Ursachen der Widerstandsfähigkeit gegenüber gewissen Infectionen. Deut. med. Woch. 1901. Nr 1. — 12) Besredka: Etude de l'immunité dans l'infection typhique expérimentale. Ann. de l'Inst Pasteur 1901 T. 15 — 13) Raymond Petit: De l'utitité du sérum de cheval, déposé dans le péritoine au cours des opérations abdominales. C. R. de la Soc de Biologie 1901. Séance du 28/XII. — 14) Pasteur: C. R. de l'Ac. des Sciences. T. LXXXV. p. 107. 1877. Cyt. według Miecznikowa. — 15) Metschnikoff: Recherches sur le choléra et les vibrions. Ann. de l'Inst. Pasteur 1894. p. 529. — 16) Klecki: Recherches sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale. Etude de la virulence du coli-bacille. Ann. de l'Inst. Pasteur 1895. O zapaleniu otrzewnej w cierpieniach przewodu pokarmowego. Kraków 1895. — 17) Żmigród: XIII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie 13—15 lipca 1903 Przegląd lekarski 1903. Nr 38. (sprawozdanie b. niedokładne). — 18) Klecki: O fagocytozie. Przegląd lek. 1904 — 19) Klecki: Badania nad sztuczną czasową odpornością jamy brzusznej na zakażenie mikrobami jelitowymi. Rozp. Ak. Um. w Krakowie 1906. — 20) Charlton Briscoe: The origin of the complement in the peritoneal cavity. Arbeiten aus dem königlichen pathologischen Institut in Göttingen. Berlin 1903. — 21) Bukojemskij: K woprosu o fagocitozie i lejkocitozie pri wpriskiwaniju w briusznuju połost wirulentnych streptokokow. Russkij Wracz 1904. Nr 5, 7. — 22) Durham: The mecanism of react. to perit. infect. Journal of Path. and Bacter. 1897. p. 338. Cyt. według Bukojemskiego. — 23) Pierallini. Sur la phagolyse dans la cavité péritonéale. Annales de l'Inst. Pasteur 1897, p. 726. — 24) Werigo: Des causes qui déterminent l'absence de phagocytose dans les derniers stades du choléra des poules chez les lapins. Arch. de med. exp. et d'anat. path. 1902. Nr 2. — 25) Tchistowitsch: Etude sur la phagocytose dans une infection mortelle. Ann. de l'Inst. Past. 1900. Nr 12 — 26) Gengou: Contribution à l'étude de l'origine de l'alexine des sérums normaux. II partie. L'aléxine des sérums normaux est-elle un produit de secrétion des globules blancs? Ann. de l'Inst. Pasteur. 1901. Nr 4. — 27) Levaditi: Sur l'état de la cytase dans le plasma des animaux normaux et des organismes vaccinés contre le vibrion cholérique. Ann. de l'Instit. Pasteur 1901, Nr 12. — 28) Lazar Erwin: Zur Frage der Secretionsfähigkeit der polynucleären Leucocyten. Wien. klin. Woch. 1904. Nr 16. — 29) Schrader: Experimentelle Beiträge zur Kenntniss des Transsudationsvorganges am Bauchfell sowie zur Kenntniss einiger klinisch wichtigen Eigenschaften des Glycerinum officinale. Deut. Zeits. f. Chir. 1903, p. 431. Ref. w Centr. f. Bacteriol. 1904. Nr 7/8. — 30) Arthus: Le transsudat péritonéal du cheval contient-il un profibrinferment? C. R. de la Soc. de Biol. T. LVI. 1904. Ref. w Journ. de physiol. et de pathol. générale 1904. Nr 3, p. 554. — 31) Radziewski: Untersuchungen zur Theorie der bacteriellen Infection. Zeitschr. f. Hyg. T. 37. H. 1. 1901. — 32) Dominici: Polynucléaires et macrophages. Arch. de med. expér. et d'anat. pathol. 1902. Nr 1. — 33) Raymond Petit: Action du sérum de cheval chauffé injecté dans le péritoine. Ann. de l'Inst. Pasteur 1904. Nr. 6. — 34) XXXIII Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin 6—9 April 1904. Deutsch. med. Woch. 1904. Nr 18. — 35) Żmigrod: XIII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie 13—15 lipca 1903. Przegląd lek. 1903. Nr 43 (sprawozdanie b. niedokładne). — 36) Pharmakotherapeutische Rundschau, herausgegeben von G. Richter. October 1905, p. 26. — 37) Renner: Künstliche Hyperleucocytose als Mittel zur Erhöhung der Widerstandskraft des Körpers gegen operative Infection. Zugleich ein Beitrag zum Studium der Wirkung subkutaner Hefenucleinsäureinjectionen auf den menschlichen Organismus. Mittheil. a. d. Grenzgeb. der Med u. Chir. Bd. 15. 1905. H. 1 i 2. Ref. w Centr. f. allg. Pathol. u pathol. Anat. 1906. Nr 5, p. 196. — 38) Faucon: L'acide nucléinique dans les infections peritonéales. Thèse de Lille 1906. Cyt. w artykule „Ueber Phagocytose" w Therapeut. Monatsberichte 1906. H. 4 u. 6, p. 97. — 39) Hannes: Wzmożenie odporności otrzewnej przeciw zakażeniu zapomocą kwasu nukleinowego, postępowanie zapobiegawcze, dążące do zmniejszenia chorobowości i śmiertelności po doszczętnych operacyach brzusznych raka macicy. Centr. f. Gynäcologie 1906. Nr 24. Ref. w Przegl. lek. 1906. Nr 34, str. 597 i Lwowskim Tygodn. lekar. 1906. Nr 32, p. 395.

O jadach zwierzęcych.

Podał

Doc. Dr Ignacy Lemberger.

(Dokończenie.)

Świeży jad wężów, wydobyty z gruczołu żywego węża jest cieczą gęstą, przeźroczystą, barwy jasno lub ciemno żółtawej, często z odcieniem zielonkowatym; ciecz ta oddziaływa obojętnie albo słabo kwaśno i ma ciężar właściwy 1.030 — 1.050. Zmieszana z wodą tworzy płyn opalizujący, słabej woni, który po dłuższem staniu wydziela kłaczkowaty osad, składający się z białka, globulinów, mucyny i nabłonków. Rozczyn wodny, kłócony, pieni się silnie, łatwo ulega rozkładowi, gniciu, wydzielając amoniak oraz lotne wytwory gnilne, nadzwyczaj przykrej woni; jadowitość takiego rozczynu zmniejsza się i wreszcie znika. Jad wężów wysuszony w nizkiej ciepłocie, w próżni lub nad kwasem siarkowym zgęszczonym, można długi czas przechowywać bez rozkładu; taki wysuszony jad nie traci nawet po bardzo długim czasie własności trujących. Z rozczynów wodnych jadu strąca wyskok istotę trującą, w jadzie zawartą. Pod wpływem wyższej ciepłoty ulega istota jadowa zniszczeniu. I tak: jad zdradnicowatych, jakoto tarczaka, bongara, zdradnicy, nie zmienia się w ciepłocie 100°, ani też podczas krótkiego gotowania; przy długotrwałem jednak gotowaniu lub też przy ogrzaniu ponad 100° słabnie siła tego jadu, a przy 120° jad ten zupełnie niszczeje. Jad żmii jest jeszcze wrażliwszy na wyższą ciepłotę, traci on jadowitość już w ciepłocie 80—85°. Jad wężów nie ulega dyalizie. Wszystkie dotychczas badane gatunki jadów wężowych dają odczyn biuretowy, ksantoproteinowy oraz Millona; siarkan amonowy, siarkan magnowy strącają je z rozczynów. Pod wpływem substancyi utleniających, nadmanganianu potasowego, chloru, podchlorynu wapniowego, kwasu chromowego, bromu, jodu, jad wężów rozkłada się. O chemicznej przyrodzie istoty działającej, zawartej w jadzie wężów, nie wiele jeszcze wiemy. Według dotychczasowych badań Fausta można uzyskać istotę działającą jadu grzechotnika, wolną od istot białkowatych; istota ta działa na układ nerwowy ośrodkowy porażająco, a na obwodowe, ruchowe zakończenia nerwowe podobnie, jak kurara. Ciało to, należące prawdopodobnie do istot, które obejmuje grupa pikrotoksyny, sapotoksyny i sfacelotoksyny, nazwał Faust ofiotoksyną. Faust otrzymał dotychczas tylko rozczyn wodny tego ciała, gdyż przy zagęszczaniu rozczynów nawet w zwykłej ciepłocie w próżni, ponad kwasem siarkowym

ulegało ono rozkładowi i traciło własności trujące. Ciało to nie zawiera azotu, nie jest lotnem; rozczyny kłócone pienią się silnie; wstrzyknięte podskórnie w dawkach przez Fausta stosowanych nie działały trująco, a działanie trujące występowało dopiero wówczas, gdy tesame dawki wstrzyknięto wśródżylnie. Co do działania farmakologicznego jadu wężów, to wiadomości nasze są także jeszcze bardzo skromne. Działanie trujące, o ile dotychczas wiemy, zależy od bardzo wielu czynników, i tak: od gatunku węża, który ukąsił, od jego wielkości, od wielkości gruczołów i ilości jadu wprowadzonego do rany, od wielkości zębów jadowych, od miejsca ukąszenia, od pory roku, a w końcu od wieku zwierzęcia.

Według podań lekarzy indyjskich oraz murzynów brazylijskich jadowitość stoi w odwrotnym stosunku do wieku zwierzęcia. Jak z tego widać, objawy zatrucia po ukąszeniu mogą być bardzo różne. Ukąszenie okularnika u ludzi jest mało bolesne, w miejscu ukąszenia wywołuje znieczulenie i stężenie mięśni. Działanie to rozchodzi się w miarę wchłonienia na całe ciało ukąszonego i objawia się ogólnem zwiotczeniem mięśni i śpiączką. Oddychanie staje się utrudnione i przybiera tor przeponowy, śpiączka i duszność zwiększają się, tętno, z początku przyspieszone, staje się coraz wolniejsze i słabsze, występują objawy porażenia języka i mięśni twarzowych. Stan porażny powoli się wzmaga, a ukąszony umiera w przeciągu 2—8 godzin z powodu porażenia oddychania.

Ukąszenie żmii daboja jest bardzo bolesne; w miejscu ukąszenia powstaje silne zaczerwienienie, które przechodzi później w barwę fioletową; w miejscu ukąszenia powstaje naciek surowiczo-krwawy; wkrótce pojawia się pragnienie, suchość w ustach i przełyku; błony śluzowe są przekrwione i wkrótce przechodzą w stan zapalenia. Objawy te trwają częstokroć przez dobę, w którym to czasie powstają wybroczyny w oczach, przewodzie pokarmowym, narządzie moczowym i narządach płciowych. W zakresie układu nerwowego ośrodkowego występują bredzenia, później otrętwienie, ogólne znieczulenie, senność, duszność i porażenie oddychania, przyczem jednak serce jeszcze jakiś czas bije. Podobne objawy, jednakowoż słabsze, występują po ukąszeniu naszej żmii piskorowatej czyli zygzakowatej. Doświadczenia, wykonane z jadem wężów na zwierzętach, stwierdziły, że wstrzyknięty jad tarczaka okularnika wywołuje śmierć przez porażenie oddychania, przyczem jednak obieg krwi nie ulega znaczniejszym zmianom, a serce bije jeszcze czas dłuższy po ustaniu oddychania.

Ciśnienie krwi ulega tylko małym zmianom i dopiero wielkie dawki jadu działają porażająco na unerwienie serca. Przytomność jest zachowana aż do samej śmierci. Sekcya stwierdza w miejscu wstrzyknięcia jadu niewielki obrzęk, często krwawy, narządy brzuszne: wątroba, śledziona, są przekrwione, na ich powierzchni znajdują się wybroczyny. Opony mózgowe, osierdzie, opłucna i otrzewna zasiane są wybroczynami. Krew jest płynna, lakowata. Po wstrzyknięciu jadu żmii zwierzętom występują na pierwszy plan objawy miejscowe, krwotokowe. Przy wprowadzeniu jadu do żył występują powyższe objawy u zwierząt znacznie szybciej i silniej, aniżeli po wstrzyknięciu podskórnem. Objawy te odpowiadają tym przypadkom ukąszenia ludzi przez węże jadowite, w których ukąszenie nastąpiło w miejsce silnie unaczynione. Jad wężów podany wewnętrznie, działa dopiero przy wprowadzeniu znacznie większych dawek, a objawy zatrucia w tych przypadkach nie dotyczą układu nerwowego. Jad, podany wewnętrznie w dostatecznej ilości, wywołuje zapalenie błony śluzowej żołądka, a zwierzęta giną wtedy wskutek krwotoków żołądkowo-jelitowych (Calmette).

Działanie jadu wężów na krew jest bardzo skomplikowane; rozróżnić tu musimy działanie na składniki postaciowe krwi i działanie na osocze krwi. Poznanie tego działania jest ważne, gdyż przy ocenianiu poszczególnych działań jadu krwi ze stanowiska farmakologicznego, chodzi o odróżnienie działania pierwotnego od wtórorzędnego. Piśmiennictwo, dotyczące działania jadu wężów na krew, jest bardzo obfite. Działania jadów wężów na krew znamy dotychczas następujące:

1) Działanie jadu na krzepliwość krwi. Rozróżnić tu musimy jady, wywołujące krzepnięcie krwi, oraz jady wstrzymujące krzepnięcie. Do pierwszych należy jad żmii: doświadczenia w tym kierunku wykonał Noe w pracowni Calmetta. Przez ogrzanie rozczynów jadu zmniejsza się jego własność, wywoływanie krzepnięcia krwi; natomiast dodanie kwasu cytrynowego i szczawiowego pozostaje bez wpływu. Do jadów, wstrzymujących krzepnięcie krwi należą wydzieliny gruczołów jadowych rodziny wężowatych (*colubridae*); działanie to objawia się zarówno w doświadczeniach »*in vivo*«, jak »*in vitro*«.

2) Działanie jadu wężów na krwinki (hemolityczne). Jady wężów posiadają własność, wspólną z pewnemi istotami chemicznemi, jakoto sapotoksynami, kwasami żółciowymi, solaniną, kwasem helwelowym itd., mianowicie własność rozpuszczania krwinek, przyczem rozpuszczona hemoglobina wydziela się przez nerki wśród znanych objawów hemoglibinuryi.

3) Niektóre jady wężów posiadają również własność zlepiania krwinek czyli aglutynacyi.

4) S. Flexner i H. Noguchi stwierdzili w niektórych jadach metodą biologiczną obecność istoty, dotychczas niewyosobnionej, nazwanej hemoraginą, która działa szkodliwie na ściany naczyń, wskutek czego powstają wybroczyny. S. Flexner i Noguchi przedstawiają sobie hemoraginę jako cytolizynę działającą na komórki, w sposób swoisty, lub też wybiórczy.

5) Wreszcie ma się znajdować w różnych jadach wężów ferment, który w sposób właściwy działa na ferment włóknikowy, zamieniając go na czynny. Ferment ten nazwano trombokinazą.

Jak z poprzedniego widać, działanie jadów wężów na ustrój zwierzęcy może się objawiać bardzo rozmaicie. Jako pewnik trzeba przyjąć, że przy zatruciach, kończących się śmiercią, szczególnie u zwierząt ciepłokrwistych, należy zawsze jako przyczynę śmierci przyjąć działanie jadu na układ nerwowy. Dotyczy to przedewszystkiem narządów nerwowych, kierujących oddychaniem, które w pierwszym rzędzie zostają porażone, przez co oddychanie zupełnie ustaje. Jak już wyżej wspomniano, jady wężów pod względem swego działania najpodobniejsze są do istot, znajdujących się w bardzo wielu roślinach, a zwanych sapotoksynami; tak jedne jak i drugie posiadają następujące wspólne własności: rozpuszczają się we wodzie, trudno ulegają wchłonieniu przez błony śluzowe, działają drażniąco, mianowicie miejscowo na błony śluzowe, działają miejscowo na tkankę podskórną po wstrzyknięciu podskórnem wywołując obrzęk, zaczerwienienie, wybroczyny, bolesność w miejscu wstrzyknięcia i w otoczeniu, często powstanie jałowych czyraków; działają hemolitycznie na krwinki; działają na układ nerwowy ośrodkowy, na czynność oddychania, na ciśnienie krwi i na serce; ofiotoksyna jadu tarczaka okularnika, podobnie jak sapotoksyny, nie zawiera azotu. Wstrzyknięcie wśródżylne jadów wężowych wywołuje, podobnie jak sapotoksyny zatrucie, już w maleńkich dawkach w przeciwieństwie do wstrzyknięcia podskórnego.

Z tych też powodów nie można odrzucić przypuszczenia, że w jadach wężów znajduje się rodzaj zwierzęcych saponinów lub sapotoksynów, podobnie jakeśmy wyżej w jadzie ropuch, t. j. w bufotalinie poznali rodzaj zwierzęcej digitaliny.

Na ptaki działa jad wężów podobnie, jak na zwierzęta ssące, z tą tylko różnicą, że okres duszności trwa znacznie dłużej u ptaków, aniżeli u ssaków. Żaby są o wiele wytrzymalsze na działanie jadów wężów.

O losach, jakim ulega jad wężów w ustroju, wiadomości nasze są następujące: Jady wprowadzone do ustroju mają przechodzić do moczu, jako też do wydzielin pewnych gruczołów w stanie niezmienionym i skutecznym. I tak w jednym przypadku śmiertelnego zatrucia matki jadem okularnika, niemowlę, które po ukąszeniu ssało pierś matki, również umarło wśród objawów zatrucia jadem; w innym przypadku, opisanym przez Alta zdołano dziecko uratować.

Pomiędzy zwierzętami istnieją takie, które posiadają do pewnego stopnia odporność względną, wrodzoną lub naturalną na jady wężów, które znoszą stosunkowo wielkie ilości jadu bez objawów miejscowych i ogólnych. Do tych należy świnia, jeż, oraz ichneumon. Odporne są w końcu same węże, szczególnie na własny jad. Jeżeli do ustroju zwierząt wprowadzamy małe, nieśmiertelne dawki jadu wężów, wtenczas powstaje po niejakim czasie odporność, a zwierzęta te wytrzymują dawki większe bez zatrucia i nie nadają się z tego powodu do dalszych doświadczeń z jadami wężów. Okoliczność tę znano już dawniej, potwierdzona przez wielu autorów doprowadziła ona do prób uodporniania zwierząt przeciw jadom wężów. Doświadczenia te wykonał naprzód Sewall na gołębiach, a później na różnych zwierzętach wielu autorów, jak Kaufmann, Phisalix i Bertrand, Calmette i Fraser. Z badań tych okazało się, że surowica uodpornionego zwierzęcia, wstrzyknięta zwierzęciu nieuodpornionemu, chroni to zwierzę przed trującem działaniem jadu. Na podstawie tych doświadczeń uzyskano surowicę antytoksyczną i zastosowano ją do leczenia ludzi, ukąszonych

przez wężów. Do uzyskania tej surowicy używają koni i osłów; uodpornienie wymaga 18 miesięcy czasu. Surowica przechowywana we flaszeczkach wyjałowionych utrzymuje się przez długi czas bez rozkładu. Surowicę tę wyrabiają także w stanie suchym przez wyparowywanie surowicy w nizkiej ciepłocie. W razie potrzeby rozpuszcza się suchą substancyę we wodzie wyjałowionej, a rozczyn taki służy do wstrzykiwań podskórnych lub wśródżylnych. Surowicę uodporniającą przeciw jadom wężów już od lat 10 rozsyła zakład Pasteura w Lille do krajów podzwrotnikowych, a szczególnie do Indyi. Z początku sądzono, że surowica zwierzęcia, uodpornionego na jad okularnika, chroni człowieka także od zatrucia jadem innych wężów. Dalsze doświadczenia jednak dowiodły, że surowice te mają działanie swoiste, że chronią tylko przed zatruciem jadem tego gatunku wężów, którego jadem uodporniano zwierzę dla uzyskania surowicy. Wobec tego radził Calmette, aby przez uodpornianie tego samego zwierzęcia jadami różnych wężów, otrzymywać surowicę wielowartościową, którąby chroniła przed zatruciem po ukąszeniu różnych wężów.

Ciekawą ze stanowiska nauki o odporności przeciw jadom wężów jest rzeczą, że istnieć mają ludzie, posiadający wrodzoną lub też nabytą odporność przeciw tym jadom. O ludziach takich wspomina już Lucanno, (Pharsalia 9, vers. 835—878). Drummond Hay i Quedenfeldt utrzymują, że Psylli w Afryce, Marxi we Włoszech i Gouni w Indyach mają być odporni przeciw ukąszeniom wężów. Ci sami autorowie podają, że poskramiacze wężów z sekty Aissâna (Eisowy i Issâwa) pozwalali się kąsać wężom, nie doznając żadnej szkody na zdrowiu. Hotentoci wyciskają jad z gruczołów zębowych zabitych wężów i piją go w tej wierze, że bez szkody zniosą późniejsze ukąszenia wężów. W Ameryce południowej, w Brazylii i w Meksyku, jak podaje Jacolot, uodporniają się krajowcy przez zadraśnięcie skóry zębami jadowymi wężów. Skuteczność tego sposobu możnaby sobie w ten sposób wytłómaczyć, że na zębach jadowych, do tego używanych, znajduje się jeszcze nieco zasuszonego jadu, który przy zadraśnięciu skóry przenika do ustroju i przy częstem powtarzaniu zabiegu wywołuje uodpornienie.

Wzmianki, dotyczące leczenia ukąszeń wężów, począwszy od najstarszego piśmiennictwa starych Indów i Nicandra aż do czasów teraźniejszych wskazują na to, że usiłowano już oddawna wynaleźć skuteczny sposób leczniczy. Statystyka stwierdza stosunkowo wielki odsetek śmiertelności po ukąszeniach wężów jadowitych. Dotyczy to szczególnie Indyi Wschodnich. Bollinger podaje, że na 610 ukąszeń przez żmiję zygzakowatą było 59 przypadków śmierci, co stanowi odsetek śmiertelności 9·67 prc. Brenning podaje, że w Niemczech w okresie 10-letnim zgłoszono 216 ukąszeń przez żmiję zygzakowatą, z których 14, czyli 6·5 prc. było śmiertelnych. Według angielskich sprawozdań urzędowych umiera w koloniach angielskich wskutek ukąszeń bongara, tarczaka okularnika, daboi i innych wężów jadowitych, rocznie 19,519 do 22,430 ludzi.

Pomijając różnego rodzaju leki i wogóle leczenie, stosowane przez starożytnych wobec ukąszeń wężów jadowitych, pomijając »teryak« starożytnych, oraz »*Electuaire theriacal*«, objęte jeszcze w roku 1884 francuskim »*Codex medicamentarius*«, usiłuje nowoczesne lecznictwo stosować w przypadkach ukąszeń środki jak najprostsze, ściśle określone, starając się przedewszystkiem powstrzymać lub też utrudnić wchłonienie jadu, lub też przyspieszyć wydalenie z ustroju jadu już wchłoniętego, a jeszcze nie zmienionego, zobojętnić lub usunąć działanie wchłoniętego jadu zapomocą środków farmakologicznych, lub też w końcu drogą chemiczną zniszczyć lub też przeprowadzić w postać nieszkodliwą wchłonięty jad. Wchłonięcie jadu można utrudnić lub wstrzymać przez zastosowanie podwiązki elastycznej na skaleczoną część ciała. W niektórych razach można przez wyssanie rany usunąć pewną ilość jadu, można również istotami chemicznemi, stosowanemi na ranę, zniszczyć jad nie wchłonięty. Do tego celu zalecano wodę chlorową, nadmanganian potasowy, kwas chromowy, podchloryn wapniowy lub potasowy i inne środki, które przykładano na ranę lub też wstrzykiwano w tkankę podskórną w otoczeniu rany. Używano też środków heroicznych, które szczególnie Fayrer zalecał, jak wypalanie rany rozżarzonem żelazem lub wypalanie rany prochem strzelniczym, a nawet odjęcie skaleczonych kończyn. Jad wężów wydziela się z ustroju, jak już wyżej wspomniano, różnymi gruczołami, moczem, oraz przez błonę śluzową żołądka i jelit. Na tem polegało leczenie ukąszeń wężów przez przepłukanie ustroju wodą, przez podanie środków, zwiększających wydzielanie w nerkach, podniecających narządy krwionośne i ośrodkowy układ nerwowy. Należało tu przedewszystkiem stosowanie herbaty, kawy, oraz pilokarpiny. Ważną rolę odgrywało leczenie objawowe, zmierzające do tego, aby usunąć działanie jadu na poszczególne narządy, a w szczególności na narząd nerwowy ośrodkowy. Jussieu, Chaussier, Sage i inni zalecali amoniak wewnętrznie i zewnętrznie, oraz podskórnie. A. Müller zalecał strychninę, Th. Aron kofeinę i atropinę, dalej stosowano kamforę, wyskok. Przez sztuczne oddychanie można było zabójcze działanie jadu odwlec, jednak ostateczne wyniki tego sposobu nie były pomyślne.

Najlepsze wyniki w leczeniu zatruć, wywołanych przez ukąszenie wężów, uzyskano dotychczas przez stosowanie surowic uodparniających. Surowicę wstrzykiwano podskórnie lub do jamy otrzewnej, a w przypadkach, wymagających szybkiej pomocy, wśródżylnie. Trudność w stosowaniu surowicy leży w dawkowaniu. Ilość surowicy, którą trzeba wprowadzić do ustroju ukąszonego, zależy od różnych czynników. I tak zależy od stopnia zjadliwości jadu, od ilości jadu, wprowadzonego do ustroju, oraz od indywidualnej wrażliwości ustroju.

Dla człowieka, ważącego 60 kg. zabójczą jest ilość 14 mg. suchego jadu tarczaka okularnika. Dorosły tarczak okularnik wydziela przy jednem ukąszeniu taką ilość wydzieliny jadowej, która zawiera około 20 mg. pozostałości suchej. Wynika z tego, że przy leczeniu należy wprowadzać do ustroju zawsze nadmiar surowicy przeciwjadowej. Według doświadczeń klinicznych, w tym kierunku zebranych, wystarcza zazwyczaj wstrzyknięcie 10—20 ctm.³ surowicy, i od tych ilości leczenie się rozpoczyna. Dalsze śledzenie objawów zatrucia i działania surowicy wskażą, czy należy wstrzykiwać dalej surowicę, i w jakich dawkach. Według zestawień statystycznych Fayera, dotyczących 65 śmiertelnych ukąszeń przez węże w Indyach, zejście śmiertelne nastąpiło w 22·06 prc. przypadków przed upływem 2 godzin, w 24·53 prc. przypadków w 2—6 godzin, w 23·05 prc. przypadków w 6—12 godzin, w 9·36 prc. przypadków w 12—24 godzin, a w 21·0 prc. przypadków po 24 godzinach od ukąszenia. Uwzględniając okoliczności, że w Indyach w tych przypadkach o pomoc lekarską jest dość trudno, należałoby przyjąć, że pierwsza kategorya przypadków (22·06 prc.) wobec nader silnego zatrucia byłaby w każdym razie zakończyła się śmiercią, jednak resztę przypadków (74·94 prc.) można było zapomocą surowicy Calmettea wyleczyć.

Z gromady jaszczurkowatych, *sauria*, znamy gatunki jadowite, *heloderma suspectum* i *heloderma horridum*. Jaszczurki te mają grubą skórę, pokrytą wyniosłościami i guzami; nogi mają krótkie, wygięte, skutkiem czego zwierzę ma chód niezgrabny, powolny. Żyją one w Meksyku, południowo-zachodnich prowincyach Stanów Zjednoczonych, oraz w stanach Teksas, Nowym Meksyku, Utah i południowej Kalifornii. O sposobie życia tych zwierząt niewiele wiadomo, gdyż w dzień się ukrywają, a wychodzą z kryjówek dopiero ze zmierzchem lub w nocy, i ponieważ sami krajowcy obawiają się tych zwierząt i niewiele o ich sposobie życia powiedzieć mogą. O zwierzętach tych wspomina już w XVII wieku Hermandez, a miano *heloderma* nadał im Wiegmann. Dokładniejsze spostrzeżenia zawdzięczamy Weir Mitchellowi i Reichertowi. Wydzielina jadowa, wydobywająca się z gruczołów w szczęce górnej, dostaje się do rany przy ukąszeniu przez rowki zębów jadowych. Wydzielina ta jest cieczą przeźroczystą i posiada woń słabą, aromatyczną; oddziaływa zasadowo. Doświadczenia na gołębiach, królikach i żabach dowiodły, że wydzielina ta jest bardzo trującą, nie działa jednak miejscowo. Przyczyną śmierci bywa porażenie serca, ustanie czynności serca w rozkurczu; mięsień sercowy traci pobudliwość. Wyniki badań wspomnianych autorów potwierdzili doświadczeniami na kurach, żabach, królikach, świnkach morskich, kotach i psach Sumichrast, Boulenger, A. Dugès, Garman i Bocourt. — W sprzeczności ze spostrzeżeniami tych autorów stoją spostrzeżenia Santessona, który po małych podskórnie wstrzykniętych dawkach stwierdzał u myszy, królików i żab działanie poraźne, objawiające się początkowo rodzajem uśpienia przy prawidłowej czynności serca. Według Santessona działa zatem jad na układ nerwowy ośrodkowy. Do tego poraźnego stanu środkowego układu nerwowego dołącza się porażenie zakończeń nerwów ruchowych; a więc działanie jest podobne do działania kuraryny. — Być może, że sprzeczność spostrzeżeń wynikła stąd, iż Mitchell i Reichert stosowali za wielkie dawki jadu. — Badania natury chemicznej, składu i działania farmakologicznego tego jadu nie są przeto jeszcze ukończone.

Z gromady ssaków znamy tylko jeden gatunek czynnie

jadowity, a mianowicie dziobaka, *ornithorhynchus paradoxus*. — Samiec ma na obu tylnych nogach ruchomą ostrogę; ostroga posiada otwór, połączony z przewodem, prowadzącym do gruczołu, leżącego w pachwinie. Oba gruczoły wydzielają trującą ciecz, obfitującą w białko. Działanie trujące jadu stwierdził John Jamieson na samym sobie. Został on ukłuty przez dziobaka w rękę. Ręka w krótkim czasie silnie obrzmiała, a stan zapalny rozszerzył się na całą kończynę zranioną i na bark. Nastąpiły wszystkie te objawy, które powstają po ukąszeniu przez węża jadowitego, połączone z silnemi bolami. Zatrucie skończyło się wyzdrowieniem po 9 tygodniach; po tym dopiero czasie mógł autor używać ręki. Przypadek podobnego zatrucia opisuje także Patrich Hill; i tu także nastąpiło wyzdrowienie. Martin i Tidswell zbadali wydzielinę jadową dziobaka chemicznie i farmakologicznie; istoty trującej nie zdołali wyosobnić, stwierdzili tylko, że wydzielina obfituje w białko i zawiera albumozy. — Do badań na zwierzętach używali ci autorowie rozczynu wodnego substancyi, strąconej z wydzieliny wyskokiem; substancya ta rozpuszcza się we wodzie na ciecz opalizującą.

Po wstrzyknięciu 50 mg. tej substancyi podskórnie królikowi powstał w 24 godz. naokoło miejsca wstrzyknięcia obrzęk wielkości jaja kurzego. Przez następne dni zachował się królik spokojnie, był jednak osłabiony i nie przyjmował pokarmów. Badanie ciepłoty ciała i badanie mikroskopowe krwi, oraz zdolności jej krzepnięcia nie wykryło żadnych zmian. W 5 dni po wstrzyknięciu obrzęk zupełnie zniknął. Bezpośrednio po wstrzyknięciu śródżylnem 60 mg. tej substancyi opadało parcie krwi z 97 mm. na 60 mm., a po 90 sekundach na 27 mm. Hg. Oddychanie zrazu przyspieszone i głębokie, ustało nagle równocześnie ze spadkiem parcia krwi na 27 mm. Hg; po otwarciu klatki piersiowej biło serce jeszcze słabo. W prawem sercu i w układzie żylnym krew skrzepła. Te same objawy, tylko słabsze, powstawały po wstrzyknięciu 40, oraz 20 mg. tej substancyi do żył. W ostatnim przypadku nastąpiła śmierć po 26 minutach. Z badań tych wynika zatem, że po wstrzyknięciu podskórnem owej substancyi występują u zwierząt objawy takie same, jak u ludzi po ukłuciu kolcem dziobaka, więc zatrucia łagodne, co można tłómaczyć w ten sposób, że jad po wstrzyknięciu podskórnem ulega bardzo powolnemu wchłonieniu. Inaczej rzecz się ma po wstrzyknięciu jadu do żył; wtedy krzepnie krew w naczyniach, co wywołuje wyżej opisane objawy: kurcze z dusznością i początkowe nagłe zmniejszenie się parcia krwi. W tym względzie działanie jadu dziobaka przypomina działanie jadu niektórych wężów australskich, n. p. *hoplocephalus* z tą różnicą, że jad dziobaka działa 5000 razy silniej. Podobieństwo własności jadu wężów z jadem dziobaka stwierdził także w pracowni Calmetta Noe; przekonał się on także, że jad dziobaka nie ma własności hemolitycznych, ani proteolitycznych, jak n. p. jad żmii.

W ustroju ssaków, znajdują się dwie istoty trujące, dziś dokładnie zbadane co do swych znamion chemicznych i farmakologicznych, istoty, które są wytworami wymiany materyi ustroju. Istotami temi są adrenalina i kwasy żółciowe. Z tych powodów możemy uważać wszystkie ssaki, a więc i człowieka, za zwierzęta biernie jadowite.

Adrenalina, zwana także suprareniną (Fürth) i epinefryną (Abel) jest wytworem nadnercza, narządu, którego czynności fizyologiczne do dziś dnia jeszcze nie są należycie wyświetlone pomimo, że już przeszło 3½ wieku upłynęło od wykrycia tego narządu przez Eustachiusza (1543). Badaniem chemicznem istoty nadnercza zajmował się jeszcze w r. 1846 Vulpian, który znalazł w nadnerczu t. zw. chromogen. Później stwierdził Krukenberg (1855), że ten chromogen podobny jest pod względem pewnych własności do brenzkatechiny (odczyn z solą żelazową, działanie odtleniające i t. d.); była to okoliczność ważna później dla poznania składu adranelіny. W 10 lat później, bo w roku 1895, stwierdzili Cybulski i Szymonowicz, a równocześnie z niemi Oliver i Schäfer, że śródżylne wstrzyknięcie wyciągu nadnercza wywołuje krótkotrwały, ale bardzo znaczny wzrost parcia krwi. Odtąd zajęto się żywiej tą sprawą i powstało nader bogate piśmiennictwo chemiczne, farmakologiczne i terapeutyczne. Moore stwierdził, że istota nadnercza, identyczna z chromogenem Vulpiana, tworzy z chlorkiem żelazowym barwę zieloną, a z alkaliami i wodą jodową lub chlorową karminowo-czerwoną. S. Fränkel otrzymał (1896) przetwór syrupowaty, bardzo silnie działający i wprowadził go w handel pod nazwą sfygmogeniny; wypowiedział on zdanie, że istota działająca nadnercza będzie prawdopodobnie związkiem pochodnym z rzędu ortodioksybenzolowego. — Dalsze badania Abla, Abla i Crawforda, Fürtha, Moorego i innych wskazywały na to, że istotę działającą nadnercza jest oksypirydyna uwodorzona. W końcu wyosobnił J. Takamine (1901) istotę tę w stanie krystalicznym i nazwał ją adrenaliną. Równocześnie i niezależnie od niego oddzielił tę samą istotę Aldrich, również w kryształkach.

Adrenalina trudno się rozpuszcza we wodzie zimnej, łatwiej w gorącej; rozczyny jej działają zasadowo. W rozcieńczonych kwasach rozpuszcza się łatwo, tworząc sole. W wyskoku rozpuszcza się trudno, a nierozpuszczalną jest w chloroformie, eterze, acetonie, alkoholu amylowym, dwusiarczku węgla. W alkaliach, z wyjątkiem węglanów alkalicznych i amoniaku rozpuszcza się. Z ogólnymi odczynnikami na alkaloidy osadów nie tworzy; rozczyn Fehlinga, oraz amoniakalny rozczyn srebra odtlenia; na powietrzu przybiera barwę czerwoną, później brunatną. Według zgodnych oznaczeń licznych autorów składowi jej odpowiada wzór: $C_9H_{13}NO_3$, a w szczególności $(OH)_2C_6H_3CH.OH.CH_2.NH.CH_3$.

Adrenalina wywiera w pierwszym rzędzie działanie na układ naczyniowy i serce, objawiające się nadzwyczaj znacznem podniesieniem się parcia krwi, wywołanem przez zwężenie się naczyń obwodowych, polegające prawdopodobnie na zadrażnieniu ruchowych narządów serca i samego mięśnia sercowego. Podniesienia się parcia krwi nie można odnieść do zadrażnienia ośrodków naczynioruchowych w rdzeniu przedłużonym, gdyż podniesienie parcia krwi następuje pod działaniem adrenaliny także w głębokiem uśpieniu chloroformowem lub chloralowem. Jeżeli adrenaliną zadziałamy na miejsca bogato unaczynione, n. p. na błony śluzowe, natenczas w miejscach tych powstaje niedokrwienie z powodu właściwego adrenalinie działania miejscowego na ściany naczyń. Wzrost parcia krwi występuje po wstrzyknięciu śródżylnem maleńkich już dawek adrenaliny; u psa już $^1/_5$ mg., a u królika $^1/_{20}$ mg. adrenaliny dwukrotnie zwiększa parcie krwi, a przy przeciętych nerwach błędnych zwiększa je nawet trzechkrotnie. Objaw ten trwa jednak bardzo krótko, i ustępuje, nawet przy wprowadzeniu znacznych dawek, w kilku minutach, co należy tem tłómaczyć, że adrenalina ulega w ustroju szybkiemu rozkładowi. Według Embdena i Fürtha przyczyną rozkładu adrenaliny w ustroju jest zasadowość krwi i tkanek, a nie należy go tłómaczyć działaniem utleniającem fermentów (Langlois, Athanasin). Rozczyn 0·1 prc. sody znosi działanie adrenaliny w ciepłocie 40° szybciej, aniżeli surowica krwi końskiej. Że szybkiego ustąpienia podniesienia ciśnienia krwi nie należy odnosić do wydzielania adrenaliny przez nerki, udowodnił Cybulski (»Gazeta lekarska« Nr. 12, 1895). Podniesienie się ciśnienia krwi następuje także po podskórnem wstrzyknięciu adrenaliny, jednak przy użyciu wyższych dawek, przyczem jednak może wystąpić działanie uboczne, które jeszcze w drugim lub trzecim dniu może wywołać śmierć przez porażenie serca lub ustanie oddychania (S. Amberg). Śmiertelna dawka na 1 kilogram wynosi u psa 1—2 mg. przy śródżylnem, a około 6 mg. przy podskórnem wstrzyknięciu adrenaliny. Blum spostrzegał, że przy podskórnem wstrzykiwaniu adrenaliny powstaje cukromocz, trwający przez cały czas wstrzykiwania; według Hertera i Wakemana cukromocz ten ma być trzustkowy.

Znaczenie lecznicze i praktyczne adrenaliny polega na jej miejscowem działaniu, zwężającem naczynia. Adrenalina jest szczególnie pożyteczną wszędzie tam, gdzie chodzi o uzyskanie zniedokrwionego pola operacyjnego, lub też o zapobieżenie utracie krwi, lub w końcu o zatamowanie krwotoków. Działanie znieczulające, jakie przypisują adrenalinie, jest tylko słabe i zdaje się być tylko następstwem wywołanego przez adrenalinę niedokrwienia. To też w lecznictwie wzmacnia się to działanie znieczulające adrenaliny innymi środkami, jakoto kokainą, eukainą, tropakokainą i t. d., chociaż według Läwena dodatek takich środków zmniejszać ma działanie adrenaliny, zwężające naczynia. Podskórne i śródżylne stosowanie adrenaliny u człowieka wymaga ostrożności i jest niebezpieczne. Z badań Gerhardta, wykonanych na psach, wynika, że przy podskórnem lub śródżylnem stosowaniu adrenaliny łatwo może ustać czynność serca w czasie, gdy ciśnienie krwi jeszcze jest wysokie. Josué, W. Erb i inni stwierdzili, że długotrwałe wstrzykiwanie adrenaliny królikom w małych dawkach od 0·1—1·0 mg. wywołuje ciężkie zmiany anatomiczne tętnicy głównej, oraz większych tętnic. Zmiany te polegają na tworzeniu się zmian, podobnych do miażdżycowych i na powstawaniu tętniaków. — E. Mięsowicz (Rozprawy wydz. mat. Akademii Umiejętności T. XLVI. str. 131, r. 1906) stwierdził, że króliki przyzwyczajają się do śródżylnych

wstrzykiwań adrenaliny i znoszą coraz to większe dawki; że po wstrzykiwaniach tych powstają w układzie tętniczym królika zmiany ogniskowe w błonie środkowej i wewnętrznej, które wprawdzie nie odpowiadają miażdżycy tętnicy głównej u człowieka, ale dadzą się porównać z niektóremi zmianami w tętnicach obwodowych u człowieka. Zmiany te są głównie skutkiem nagłych wzniesień parciem krwi. Autor ten stwierdził dalej, że po śródżylnych wstrzykiwaniach adrenaliny przerasta stale u królika lewe serce, że parcie krwi u królików, którym przez dłuższy czas wstrzykiwano adrenalinę, nie jest stale podniesione, oraz w końcu, że zmiany w innych narządach wewnętrznych królika po śródżylnych wstrzykiwaniach adrenaliny, powstające wskutek wylewów krwi do otaczającej tkanki, są przypadkowe. — Widać z tego, że przez wywoływanie zmian w tętnicach zwierząt możemy stworzyć nieprawidłowe stosunki w krążeniu, podobne do stosunków, napotykanych u człowieka w sprawach miażdżycowych, oraz, że przez śródżylne stosowanie adrenaliny możemy dowolnie wywoływać przerost serca bez uszkodzenia jego mechanizmu.

Pod względem działania zwężającego naczynia przypomina adrenalina do pewnego stopnia hydrastynę i hydrastyninę; adrenalina jednak nie działa na ośrodkowy narząd nerwowy.

Drugim fizyologicznym trującym wytworem ustroju ssaków są kwasy żółciowe. Kwasy żółciowe są to związki złożone, powstałe z kwasu cholowego i jego pochodnych, zawarte w żółci ssaków. Rozczyny ich mają smak gorzki, oddziaływają na światło spolaryzowane, a ogrzane ze zgęszczonym kwasem siarkowym i cukrem zabarwiają się na wiśniowo- lub fioletowo-czerwono (Pettenkofer). Należą tu kwas cholowy $C_{24}H_{40}O_5$ i pochodzące od niego kwas chenocholowy, hyocholowy, choleinowy, fellinowy, oraz litofellinowy. Dalej należą tu kwas glykocholowy $C_{26}H_{43}NO_6$, będący związkiem kwasu cholowego z glykokolem i kwas taurocholowy, zawarty w żółci zwierząt mięsożernych.

Kwasy żółciowe działają na układ nerwowy, na mięśnie, układ naczyniowy i krew. Kwasy te, oraz ich sole sodowe wywołują we krwi hemolizę. Różnica w ich działaniu jest ilościowa: najsłabiej działa glykocholan sodowy, najsilniej choloidynian, taurocholan, oraz chenocholan sodowy. Hemolityczne działanie kwasów żółciowych objawia się także przy podskórnem i śródżylnem ich wstrzyknięciu, mocz zawiera wtedy hemoglobinę, wałeczki i białko. Kwasy żółciowe działają szkodliwie także na krwinki białe, pełzaki i wymoczki. »In vitro« zwiększają kwasy żółciowe zdolność krzepnięcia krwi. Działanie kwasów żółciowych na mięśnie polega na zmniejszeniu ich pobudliwości, dochodzącem aż do stanu poraźnego. Ośrodkowy układ nerwowy, czuciowy i ruchowy ulega pod wpływem kwasów żółciowych upośledzeniu w zdolności czynnościowej, a nawet porażeniu. Na narząd naczyniowy działają kwasy żółciowe w ten sposób, że zmniejszają pełność i częstość tętna, objaw, który często spostrzegamy w przebiegu żółtaczki. Powodem zwolnienia tętna jest porażenie narządów nerwowych ruchowych, leżących w sercu, oraz działanie kwasów żółciowych na sam mięsień. U zwierząt spostrzegano, że podskórne wstrzyknięcie kwasów żółciowych lub ich soli wywołuje biegunkę, osłabienie, senność, zwolnienie tętna i oddychania; większe dawki kwasów żółciowych wywołują ogólne porażenie, ciężką śpiączkę i śmierć. Śródżylne wstrzyknięcie kwasów żółciowych wywołuje kurcze, wymioty, zwolnienie oddychania i śmierć wśród objawów duszności i kurczów tężcowych. Dawką śmiertelną na 1 kilogram jest u królika 0·35 grm. taurocholanu sodowego lub 0·50 grm. glykocholanu sodowego; zaś u psa 0·6—0·7 taurocholanu sodowego, a 0·8—1·0 grm. glykocholanu sodowego. — Ciężkie objawy, spostrzegane często u ludzi, dotkniętych żółtaczką, należy najprawdopodobniej odnieść do nagromadzenia się we krwi kwasów żółciowych, których działanie odpowiada obrazowi chorobowemu ciężkiej żółtaczki i tłomaczy zatrucia, tak zwane żółcicze. — Działanie kwasów żółciowych można porównać z działaniem istot saponinowych, z któremi mają wspólne działanie na krwinki, na mięśnie, na narząd naczyniowy i nerwowy.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Doc. Wright. **Powstawanie płytek krwi.** (*Virch. Arch.* 1906, Tom 186, Z. 1, październik). Zapomocą własnej metody, którą ma opisać w następnej pracy, zyskał autor możność znamiennego barwienia płytek krwi w skrawkach z ustalonych tkanek i narządów. Barwione tą metodą płytki krwi w tkankach mają postać drobnych ciałek kulistych, mniejszych od krwinek czerwonych, zawierających w środku mniej lub więcej gęsto skupione drobne ziarenka, podbarwione czerwono aż do odcienia fioletowego, obwodowa część płytki jest przejrzysta, zabarwiona błękitno i posiada obrysy już to gładkie, już też ząbkowane. Barwiąc tą samą metodą szpik kostny i śledzionę, stwierdził autor, że znajdujące się tutaj wielkojądrzaste komórki (megakaryocyty Howella w odróżnieniu od wielojądrzastych osteoklastów, czyli t. zw. polykaryocytów), zawierają wśród cytoplazmy znaczną ilość drobnych ziarenek, barwiących się zupełnie tak samo, jak ziarenka w płytkach krwi; na obwodzie komórki te posiadają szklistą wązką obwódkę, podbarwiającą się błękitno. Komórki te przeważnie mają kształt kulisty, niejednokrotnie jednak widzieć można odchodzące od nich najrozmaitsze wypustki, zupełnie przypominające nibynóżki (*pseudopodia*) pełzaków; w wypustkach tych znajdują się czerwono lub fioletowo zabarwione ziarenka, otoczone błękitną szklistą masą; wypustki te bywają niekiedy tak długie, że zajmują całe pole widzenia, niejednokrotnie wnikają one przez ściany naczyń do ich światła, częstokroć przytem odrywają się od komórki macierzystej, leżąc wolno w świetle naczyń; takie wolno leżące wypustki widywał autor w naczyniach włosowatych nietylko szpiku i śledziony, lecz nawet w płucach; również miał widywać autor rozpadanie się tych wypustek na drobniejsze cząstki, które swym kształtem, wielkością, budową i zabarwieniem niczem nie różniły się od płytek krwi. Na podstawie tych badań dochodzi autor ostatecznie do wniosku, iż płytki krwi wbrew dotychczasowym zapatrywaniom wytwarzają się z pewnych komórek szpiku i śledziony (z megakaryocytów); i to w sposób powyżej opisany. *Gliński.*

Wiget. **O wolu z kolloidem kauczukowym i o guzach z masami, podobnemi do kolloidu kauczukowego.** (*Virch. Arch.* 1906, T. 185, Z. 3). Pod nazwą kolloidu kauczukowego pojmuje autor pewien rodzaj kolloidu, który ze względu na swoją twardość, sprężystość i pewną przejrzystość przypomina kauczuk i zdarza się zwykle w wolach krwotocznych. Celem wyjaśnienia pochodzenia tego kolloidu zbadał autor histologicznie 10 przypadków wola krwotocznego z kolloidem kauczukowym i 2 przypadki guzów torbielowatych, usadowionych wśród tkanki podskórnej i zawierających znaczną ilość mas, podobnych do kolloidu kauczukowego. Na podstawie tych badań dochodzi autor do następujących wniosków: 1) kolloid kauczukowy powstaje z krwinek czerwonych; 2) przy przetwarzaniu się w kolloid kauczukowy ulegają krwinki czerwone zmianom w dwóch kierunkach: *a*) zmienia się ich skład chemiczny w ten sposób, że dają one zupełnie takie same odczyny barwne, jak kolloid kauczukowy; *b*) zmieniają się one postaciowo, przyczem pęcznieją, tracą swą samoistność i zlewają się w jednolite blaszki i beleczki, przez których dalsze zlewanie się ze sobą powstaje kolloid kauczukowy; 3) kolloid kauczukowy wytwarza się nietylko w wolach, lecz może powstawać również i gdzieindziej, a mianowicie tam, gdzie istnieje odpowiednia ilość krwinek czerwonych; 4) w wolach krwotocznych wylewy krwi mechanicznie wywołują zanik tkanki gruczołu tarczowego. *Gliński.*

Carpenter Mac Carty. **Przyczynki do normalnej i patologicznej histologii wyrostka robaczkowego.** (*Virch. Arch.* 1906, T. 185, Z. 3, wrzesień). Autor oparł swą pracę na zbadaniu prawie wszystkich wyrostków, jakie mu się w ciągu jednego roku nasunęły przy badaniu pośmiertnem zwłok ze szpitala Augusty w Berlinie, nie podaje jednakże liczby zbadanych ogółem wyrostków, przytacza zaś głównie tylko wyniki badania histologicznego 28 wyrostków, pochodzących z sekcyi i 2 wyrostków, usuniętych operacyjnie w pewien czas po ostrym napadzie zapalenia wyrostka robaczkowego. Autor przytacza pokrótce wyniki swych badań, dotyczące długości, szerokości, usadowienia i treści wyrostka robaczkowego, nie różniące się zresztą znaczniej od danych, przytaczanych przez ogół autorów; obok tego zaś twierdzi autor, że już u dzieci, zmarłych w pierwszym dziesiątku lat życia na rozmaite choroby bez klinicznych powikłań w zakresie wyrostka robaczkowego, zdarzają się w nim wcale często zmiany chorobowe o cechach ostrego lub przewlekłego nieżytu; zwłaszcza, twierdzi autor, wyrostek robaczkowy często przyjmuje udział w sprawach zakaźnych jelit, zarówno cienkich, jak i grubych. Również i w każdym innym wieku przy badaniu pośmiertnem zwłok ludzi, zmarłych na najrozmaitsze cierpienia, spotkać można często w wyrostku zmiany, które nie dawały za życia objawów klinicznych, i które mają znamiona zapalenia nieżytowego przewlekłego (*appendicitis granulosa* Riedla). Zmiany te są następstwem działania drobnoustrojów i ich jadów, rozpoczynają się od błony śluzowej, stąd zaś mogą szerzyć się głę-

biej i nawet stać się punktem wyjścia zapalenia otrzewnej; niekiedy zaś zmiany te wywołują zarośnięcie wyrostka częściowe lub całkowite; dość więc często, zwłaszcza u ludzi starszych, zdarzające się zarośnięcie wyrostka robaczkowego jest, wbrew twierdzeniu wielu innych autorów, wynikiem skrycie przebiegającego zapalenia, a nie objawem fizyologicznej inwolucyi. To twierdzenie popiera autor szeregiem opisów histologicznych i obrazów z badanych przez siebie przypadków i na potwierdzenie tego zapatrywania przytacza wspomniane już 2 przypadki, które badał w pewien czas po przebytym ostrym napadzie zapalenia wyrostka i w których to przypadkach stwierdził zarośnięcie wyrostka, a histologicznie znalazł takie same zmiany, jak w przypadkach t. zw. fizyologicznej inwolucyi. Wreszcie na podstawie swych badań uważa autor za najsłuszniejszy następujący podział zapaleń w wyrostku i w jego otoczeniu: 1) Ostry nieżyt wyrostka (*appendicitis catarrhalis acuta*), cechujący się zmianami głównie w błonie śluzowej; z chwilą przejścia sprawy na warstwy głębsze rozpoczyna się nieżyt przewlekły (*app. cat. chronica*) z rozrostem tkanki podścieliskowej i komórkowymi naciekami w błonie podśluzowej i mięsnej. 2) Ropno-martwicze zapalenie wyrostka (*app. purulenta necrotica*) z wytwarzaniem ropni i przedziurawieniem wyrostka. 3) Ostre zapalenie otrzewnej okołowyrostkowej (*periappendicitis acuta*), rozwijające się z chwilą dojścia zmian do otrzewnej. Za przewlekłe zapalenie otrzewnej okołowyrostkowej (*periapp. chronica*) uważać należy te przypadki, w których tworzą się zrosty lub otorbione ropnie. 4) Zarośnięcie wyrostka (*obliteratio processus vermif.*), rozwijające się jako zejście nieżytu ostrego lub przewlekłego. Ścisłej granicy pomiędzy temi postaciami przeprowadzić niepodobna, gdyż jedne z nich mogą przechodzić w drugie, w każdym zaś okresie nastąpić może uciszenie się sprawy i wyleczenie. Przejście zapalenia na otrzewnę odbywa się drogą naczyń chłonnych. *Gliński.*

Spartaco Minelli. **O ludziach zdrowych, którzy roznoszą prątki durowe.** (*Centralbl. f. Bacter.* I. 1906, Nr 4). Wiadomo, że podobnie, jak w innych chorobach zakaźnych, po przebyciu duru prątki swoiste przez dłuższy czas utrzymują się w ustroju, który je ze stolcem wydala. Z badań Lentza, oraz prof. Forstera i Levyego okazało się, że nietylko ludzie, którzy przebyli dur, ale i osoby zupełnie zdrowe z pośród otoczenia chorych na dur, wydalają ze stolcem prątki durowe, a przez to stają się niebezpieczne dla innych. Autor zbadał pod tym względem stolce 250 więźniów, odsiadujących karę w więzieniu okręgowem strasburskiem, w którem od przeszło trzech lat nikt na dur nie chorował. Tylko ze stolca jednego więźnia wyhodował autor typowego prątka durowego; z moczu tego więźnia rzeczonego prątka autor nie wyhodował. Więzień ów, przebywający w więzieniu od 8 tygodni, twierdził wprawdzie, że na dur nigdy nie chorował, a przedsięwzięte w tym celu poszukiwania nie stwierdziły, by przebywał on przed przybyciem do więzienia w pobliżu chorego na dur: ponieważ jednak jego surowica aglutynowała prątki durowe, wyhodowane z własnego jego stolca, w rozcieńczeniu 1: 100, a inne prątki durowe, hodowane w pracowni, w rozcieńczeniu 1 : 500, autor uważa za rzecz możliwą, iż człowiek ten przeszedł kiedyś lekki dur brzuszny, poczem stał się „chronicznym roznosicielem“ prątków durowych. Opierając się na wynikach badań różnych innych autorów, przypuszcza M., że w takich przypadkach prątki durowe gnieżdżą się w ustroju zdrowym przeważnie w pęcherzyku żółciowym.

K. Klecki.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. F. Simon. **Nowy odczyn wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1906. Nr 44). Do probówki nalewa się 5 ctm.³ przesączonej treści żołądkowej, a ponad nią nalewa się warstwowo rozczynu, w którym jest szczypta suchej sproszkowanej żywicy gwajakowej, rozpuszczona w 5 ctm.³ mieszaniny: *spiritus aetheris nitrosi* + *spiritus vini* w stosunku 1: 4. — Na brzegach obu płynów powstaje szaro-biały pierścień, który przy dodatnim wyniku próby, t. j. przy obecności wolnego kwasu solnego, przybiera po kilku sekundach wybitnie niebieskie zabarwienie. Wobec śladów kwasu solnego powstaje wybitnie zielone zabarwienie. Ostrożne ogrzewanie probówki przyspiesza odczyn, ale bywa tylko wyjątkowo potrzebne. Żywicę, potrzebną do odczynu, należy przechowywać w ciemnej flaszce, a odczynnik co pewien czas należy świeżo przygotowywać. Czułość odczynu na wolny kwas solny ma odpowiadać zupełnie zadaniom dyagnostyki klinicznej i nie ustępować wcale najlepszym dotychczasowym sposobom badania.

Dr Blassberg.

A. Sonnenschein. **O wodoleczeniu w zapaleniu płuc.** (*Wiener med. Presse* 1906, Nr 42). Na podstawie własnego doświadczenia nabrał autor przekonania, że leczenie wodą należy do najdzielniejszych czynników leczniczych w zapaleniu płuc. Należy jednak tutaj ściśle indywidualizować. U dzieci stosuje autor chłodne kąpiele o 18—24° C. stosownie do wysokości gorączki, i to zwykle w ilości 4, najwyżej 6 dziennie, podczas kąpieli zimne natryski na kark celem pobudzenia czynności oddychania, a po kąpieli zimne owijania, które zmienia co godzinę. U chorych średniego wieku, a więc silniejszych, stosował autor nacierania całego ciała chustami, zmaczanemi w zimnej wodzie, co zawsze przynosiło chorym znaczną ulgę. U ludzi zaś starych, osłabionych, najlepsze usługi zdaniem autora oddają zimne okłady; kąpiele w tych przypadkach są zbyt uciążliwe dla chorych. Wyniki autor osiąguąć miał świetne. Po każdym ze wspomnianych zabiegów gorączka znacznie opadała, chorzy czuli się swobodniejsi, a dzieci, które poprzednio nie oddziaływały na żadne podniety, po kąpieli zaczęły nawet domagać się jedzenia. Należy jednak otoczenie chorego dokładnie pouczyć, jak owe zabiegi mają być wykonane, by choremu nie sprawić dolegliwości. Podobne wyniki autor osiągał kąpielami w przypadkach płonicy, przebiegającej z wysoką gorączką. *Friediker.*

Herz. **Leczenie przewlekłych chorób serca zapomocą kąpieli świetlano-powietrznych.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 43). Wielu wybitnych higienistów (Rubner, Hecker) skłania się do oddania powietrzu pierwszeństwa przed wodą, jako środkowi, służącemu do hartowania ustroju. Doświadczenia Lahmanna dowiodły na wielkim materyale, że systematyczne kąpiele powietrzne mogą zahartować tak dalece, iż tak hartowani ludzie nawet w zimie, będąc na powietrzu bez odzienia, znoszą to bez szkody dla zdrowia i nie doznają nawet wcale uczucia zimna. Dla dokładniejszego dawkowania ciepłoty posługuje się autor sztucznemi kąpielami świetlano-powietrznemi i jest z wyniku bardzo zadowolony. Umiarkowana ciepłota używanego powietrza z chłodniejszymi prądami, które mimoto nie sprawiają choremu przykrego uczucia zimna, tworzy typ kąpieli o działaniu, zupełnie podobnem do działania kąpieli z bezwodnikiem kwasu węglowego. Kąpiele, polegające na silnym prądzie gorącego powietrza, odciągają ustrojowi znaczną ilość wody w postaci pary. Nadają się więc doskonale u chorych z obrzękami zamiast zabiegów napotnych, a mają nad nimi tę wyższość, że nie narażając chorego na pocenie się, oszczędzają mu przykrości i niebezpieczeństwa zapadu. *Dr Maryan Godlewski.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Lewinger. **Ciąża a gruźlica krtani.** (*Münch. med.. Wochs.* 1906, Nr 23). Jak niekorzystnie wpływa ciąża na przebieg gruźlicy krtani, świadczą dwa przypadki autora. W przypadku pierwszym, w którym ciąża dobiegła prawidłowego kresu, zmiany w krtani, jakkolwiek niezbyt długo trwające, były tak znaczne, że żaden zabieg nie zdołał chorej uratować; w drugim przypadku przerwano ciążę w V miesiącu, gdyż mimo kilkakrotnego usuwania wybujałości gruźliczych z więzadeł głosowych w krótkim czasie znowu one narastały. Dopiero po przerwaniu ciąży, który to zabieg chora dobrze zniosła, udało się wyleczyć sprawę gruźliczą w krtani. *Dr Jaworowski*

A. Theilhaber. **Sposób zmniejszania możliwości zakażenia przy operacyach w jamie brzusznej.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 23). Przy operacyach w jamie brzusznej grozi zdaniem autora największe niebezpieczeństwo zakażenia w chwili podwiązywania i opatrywania szypuły torbieli jajnikowych lub mięśniaków macicy. Dowodzi tego statystyka z różnych klinik. Śmiertelność po operacyach nowotworów łagodnych wynosi 3·7 prc., natomiast po operacyach przepuklin tylko 1 prc. Dlatego autor w ostatnich czasach bezpośrednio przed podwiązywaniem szypuły myje poraz wtóry ręce (tak samo asystenci) i posługuje się świeżo wyjałowionemi narzędziami. Przebieg pooperacyjny w tych przypadkach bywa bardzo dobry. Autor zachęca do podobnego postępowania w innych klinikach. *Dr Jaworowski.*

R. Jolly. **O obrocie przy łożysku przodującem.** (*Münch. med. Wochs.* 1906 Nr. 25). Najpewniejszem i najkorzystniejszem dla matki postępowaniem przy łożysku przodującem jest stanowczo obrót na nóżki. Zabieg ten nie jest także najgorszym i ze względu na życie dziecka, jeżeli tylko niezbyt wielka część łożyska przoduje. O ile przy obrocie w warunkach prawidłowych chodzi nam o to, by jaknajmniej wód płodowych wypuścić, o tyle przy łożysku przodującem powinno się macicę o ile możności jaknajwięcej z wód płodowych opróżnić, a to w tym celu, by ułatwić sobie znalezienie i uchwycenie nóżki (jednym, lub najwyżej dwoma palcami), a następnie dlatego, że po wypuszczeniu wód płodowych występują silniejsze bole porodowe, poród się prędzej kończy, a temsamem i rokowanie dla dziecka lepsze. *Dr Jaworowski.*

L. Seeligman. **W sprawie wskazania i techniki cięcia przyłonowego** (*hebotomii*) (*Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 38). Pierwotną dolną granicę wymiaru prostego, przy której cięcie przyłonowe jest dozwolone, oznaczył Stoeckel przy miednicy płaskiej na

8, przy ogólnie ścieśnionej na 8·5 cm., Bumm zaś przesunął ją do 7 cm. S. operuje o tyle odmiennie, że robi krótkie, silne cięcia przy górnym i dolnym brzegu kości, przecinając więzadła, przez co udało mu się uzyskać dobry wynik operacyi, t. j. dostateczny rozstęp, nawet przy wymiarze prostym 6 cm. Szczegółowy opis techniki swej (patrz spr. w *Przegl. Lek.* 1906. Nr 12) uzupełnia S. uwagą, że cięć większych, aniżeli je poleca Bumm, nie uważa za wadę, gdyż wśród piłowania kości otworki się zawsze powiększają, przyczem powstaje rana o brzegach poszarpanych. Robiąc nacięcia nie używa S. z umysłu igły ostrej. Igła Bumma ma tę złą stronę, iż piłeczka łatwo z niej wyskakuje, co pociąga za sobą konieczność powtórnego przeprowadzenia igły. *B. Wojciechowski.*

M. Blumberg. **Samodzielnie trzymające się rozszerzadło sromu i sromu wraz z pochwą, nowe narzędzia do operacyi pochwowych** (kolpotomie. opróżnienie palcem, skrobanie, przedarcia krocza, operacye opadnięć itd.) (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 39). Narzędzie, którego opis i rysunek B. podaje, ma zastąpić asystenta przy szyciu krocza i operacyach opadnięcia. Ze względu na cele dydaktyczne zasługuje rozszerzadło na polecenie, gdyż pozwala widzom lepiej spostrzegać przebieg operacyi. Aseptyka zyskuje wskutek stałego umieszczenia przy pomocy tego narzędzia serwetki, oddzielającej odbyt od pochwy, jakoteż przez stałe rozchylanie warg sromnych, które zresztą łatwo zakazić mogą pole operacyjne, w szczególności narządy wewnętrzne, np. przy zabiegach na przydatkach. *B. Wojciechowski.*

LARYNGOLOGIA. Viereck. **O znieczulaniu krtani sposobem Brauna.** (*Posiedz. Tow. lek. w Lipsku*). Autor robił doświadczenie nad znieczulaniem krtani z pomocą onerwowych wstrzykiwań do nerwu krtaniowego górnego. Sposób ten, podany przez Brauna, jest bardzo dobry. Wstrzykuje się poza tylny koniec dużego rogu kości gnykowej, trzymając palec na tętnicy szyjnej zewnętrznej. — Wstrzyknąć można do 0,2 a nawet więcej nowokainy. Znieczulenie występuje w 3—5 minut i trwa 30—40 minut tak, że można w niem swobodnie wykonywać wszystkie operacye śródkrtaniowe. Sposób ten jest o wiele lepszy od wszystkich pędzlowań, bo mniej męczy chorego, dawka środka znieczulającego jest określona i znieczulenie trwa długo. *Klęsk.*

CHIRURGIA. Goebel. **Plastyka klatki piersiowej.** (*D. med. Wochs.* Nr 45, 1906). Do wykonywania plastyki klatki piersiowej po starych ropniakach opłucnej podano różne sposoby, jak usuwanie kawałków żeber, odcinanie chrząstek żebrowych od mostka i wciskanie płata do środka, dekortykacyę płuca, wycinanie zgrubiałej opłucnej, a Depage usunął nawet całe zapadnięte i bezpowietrzne płuco. Najdogodniejszem okazało się pokrywanie jamy płatami, wziętymi z klatki piersiowej. Autor operował 3 chorych w sposób przez siebie zmieniony, a mianowicie po wycięciu żeber pokrył jamę uszypułowanym płatem z mięśni klatki piersiowej po poprzedniej dekortykacyi płuca. Przeważnie używał G. mięśni piersiowych i przyszywał je do płuca, przez co uzyskać można rozszerzanie się płuca przy skurczu użytych do plastyki mięśni. *Klęsk.*

Schmidt. **Przyczynek do rozpoznawania ciężkich urazów brzucha i wskazania do laparotomii.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 44, 1906). Na mocy swoich spostrzeżeń dochodzi autor do następujących wniosków: Przez opukiwanie trudno bardzo wykryć krwotok brzuszny, gdyż krwi musi nazbierać się bardzo dużo, by dała ona objawy płynu wolnego, krew bowiem nie spływa tak, jak płyn surowiczy n. p. na boki, lecz zatrzymuje się między pętlami jelit. Brak stłumienia wątroby pochodzi nieraz od ustawienia się wątroby krawędzią wprost ku przodowi. Nawet po najcięższych urazach brzucha wstrząsu zwykle nie ma. Brak wymiotów nie wyłącza poważnego zranienia. Napięcie powłok brzusznych jest najstalszym i najpewniejszym objawem zranienia trzew. Nie jest ono, jak niektórzy sądzą, bezpośrednim skutkiem urazu powłok; występuje zwykle dopiero w pewien czas po urazie, jest więc tylko wyrazem podrażnienia otrzewnej. W razie napięcia powłok i bolu przy ucisku radzi autor zawsze operować, i to otwierać brzuch szeroko, bo niewielkie cięcie próbne Mikulicza może nieraz nietylko sprawy nie wyjaśnić, ale nawet być powodem pomyłki. *Klęsk.*

Sievers. **Odjęcie kończyn z pokryciem ścięgnistem podług Wilmsa, celem stworzenia kikuta zdatnego do chodzenia.** (*Beitr. zur klin. Chir.* T. 50, Z. 2). W roku 1902 polecił Wilms pokrywać kikut kostny ścięgnem sąsiedniego mięśnia, n. p. kość piszczelową ścięgnem Achillesa, by stworzyć kikut zdatny do chodzenia. W podobnej myśli podał Bier swój osteoplastyczny sposób, a Bunge wyskrobanie szpiku kostnego i pozostawienie na końcu kikuta kości bez okostnej. Według autora sposób Wilmsa jest bardzo łatwy i daje dobre wyniki. Sposobem Biera nie można operować chorych na cukrzycę, bo płat okostnokostny ulega zwykle zgorzeli. Brzegów odpiłowanej kości nie potrzeba przy sposobie Wilmsa zaokrąglać, co skraca bardzo czas operacyi. Autor stwierdził, że z 20 w ten sposób operowanych u 16 kikut działa zupełnie dobrze. Wynik więc jest bardzo korzystny. Sposobem Wilmsa można jednak operować tylko do połowy goleni, wyżej zaś nie. Kość piszczelową najlepiej odpiłować powyżej. Sposób Wilmsa nadaje się dobrze przy wielkich zmiażdżeniach, bo ścięgno prawie nigdy nie ulega przytem zniszczeniu. Cięcie prowadzić najlepiej okrężnie lub wycinać 2 płaty, a nigdy jeden. Ścięgno zastępuje zupełnie, a raczej tworzy potem jakby naturalną piętę. Co do leczenia następowego, to autor radzi po 2 tygodniach dać choremu do łóżka twardą poduszkę. by się ćwiczył naciskać na nią kikutem, a równocześnie zaleca miesienie mięśni. *Klęsk.*

Z dziejów »czarnej« medycyny.

Szkic historyczny.

Napisał

Dr Adam Langie.

(Dokończenie.)

Nietylko ciało ludzkie i poszczególne jego części, ale także własności chemiczne ciał podlegają bogom; nic więc dziwnego, że Egipt stał się ojczyzną alchemii, której nazwa pochodzi od egipskiego wyrazu *»Kemi«*. Później wiadomości te alchemiczne dotarły w wiekach średnich do Bizancyum przez uczonych aleksandryjskich w wieku VI, a Arabowie, zapoznawszy się z niemi po zdobyciu Aleksandryi, rozwinęli z nich początki dzisiejszej chemii. Z ułamków późniejszych przeróbek zabytków piśmienniczych staroegipskich, odnoszących się do tego przedmiotu, widać, że różne działania chemiczne, znane już Egipcyanom, związane były ściśle z astrologią i kultem religijnym, o czem świadczy też nadawanie pierwiastkom nazw bogów przez alchemików średniowiecznych, będących spadkobiercami świętych nauk egipskich. Lecz u tych średniowiecznych alchemików przeradza się alchemia w prawdziwy szał poszukiwania za sporządzeniem »kamienia filozoficznego«, t. j. ciała, któreby przemieniało metale nieszlachetne w złoto, a zarazem miało drugą uboczną własność usuwania wszystkich chorób i dolegliwości cielesnych.

U Greków ofiary święte połączone były od najdawniejszych czasów z ceremoniałem, mającym na celu zbadać wolę bogów, stąd olbrzymie zaufanie i wiara w formułki magiczne i zaklęcia, do których uciekano się przy każdej sposobności, a zwłaszcza przy leczeniu chorób w tej nadziei, że są zdolne odwrócić zły wpływ nadprzyrodzonych czynników. Dlatego to prócz wielkich kapłanów spotykamy w Grecyi mnóstwo zaklinaczy i czarowników niższego rzędu, zwanych γοητες. Patronką wszystkich jest bogini Hekate. Magia grecka, pozbawiona jednak z początku charakteru uczonego, jaką miała magia Persów i Egipcyan, zyskuje go dopiero wtedy, gdy do Grecyi przybywać zaczęli tłumnie magowie chaldejscy i perscy, rozpowszechniając wiarę w swą naukę. Również magia egipska wraz z astrologią przesiąkła z biegiem czasu do Hellady, lecz nowe bóstwa nie znalazły wstępu do marmurowych świątyń greckich, dano im miejsce poślednie pod wspólną nazwą demonów (δαίμονες), jako tłumowi niższych istot nadprzyrodzonych, władających czarami i cudami. Z astrologii znów egipskiej korzystają o tyle wybitni nawet lekarze greccy, że dopatrują się związku między pewnemi zjawiskami na niebie, a zjawiskami na ziemi, które wpływ na choroby wywierają. Powszechną np. jest wiara w zależność zmian chorobowych od zmian księżyca i planet. Nawet za czasów Galena posługiwano się astrologią przy rokowaniu i leczeniu, a sam ten wielki lekarz potwierdza, że konstelacye planet są w ścisłym związku z krytycznymi dniami pewnych chorób. Ten wpływ astrologii na medycynę trwa niemal aż do XVIII wieku.

Wiara w demony zdaje się być starą, jak świat. Umysł ludzki od niepamiętnych czasów zaludnia przepaść między człowiekiem, a bogiem, istotami pośredniemi, które mogą być dobre i złe, a które wpływają bezpośrednio na losy ludzkie.

Egipcyanie wierzyli w duchy żyjące na ziemi, w wodzie, w powietrzu. Hindusi czcili około trzydziestu tysięcy różnych duchów, zwanych »Dewetas«. U Żydów każdą chorobę przypisywano złym demonom, zwłaszcza obłąkanie i padaczkę, nazywaną świętą chorobą (*morbus sacer*). U Greków spotykamy to samo, chociaż naprzykład Hipokrates pojmował już istotną przy-

czynę padaczki i wykazał ją w περὶ ἱερῆς νούσου, podobnie, jak Areteus i Caelius Aurelienus. Wobec jednak głęboko zakorzenionej wiary w siły nadprzyrodzone przekonać ogółu nie zdołali i nie dziwota, kiedy nawet taki umysł, jak Platona, uważa waryatów za proroków, przez których przemawiać może bóg. U Rzymian demony figurują pod nazwą geniuszów.

Filozofia nowoplatońska przyjęła cały polyteizm grecki w postaci wiary w demony, więc i u pierwszych chrześcian wiara ta krzewi się również. Im to np. przypisywano wszystkie zarazy, dziesiątkujące ludzkość. Pozostałością szczątkową po tych wierzeniach, tak rozpowszechnionych niegdyś, są późniejsze legendy o koboldach, boginkach itp. fantastycznych postaciach, żyjących po dziś dzień w wyobraźni ludu nawet najbardziej kulturalnych narodów.

Do Rzymu dotarła magia na dwa wieki przed nową erą i zastała tam grunt nader podatny, bo głęboko zakorzenioną wiarę w zabobony. Cudowne wieści o nadzwyczajnych czynach magów wschodnich pociągały ku nim umysły, to też gdy magowie ci licznie zaczęli do Rzymu przybywać, odrazu wielką uzyskali wziętość. Patrycyusze i najdostojniejsze damy radzą się przy każdem ważniejszem zdarzeniu astrologów, a bogacze sprowadzają sobie z ogromnym kosztem magów z Indyi i Frygii. Poppea, żona Nerona, otacza się astrologami, Nero, Heliogabal i Marek Aureliusz słuchają ich rad, a tłumy przeróżnych czarownic, po większej części kobiet złego prowadzenia, starych stręczycielek lub prostytutek, sprzedają przeróżne środki upiększające, odmładzające i miłosne. Na nic się nie przydadzą edykta niektórych cesarzy, wydawane niejednokrotnie przeciw czarownikom i czarownicom. Kwitnie też w najlepsze wiara w uzdrawianie chorób we śnie, kiedy to bogowie, jak w dawnych Asklepiosa świątyniach, zsyłają objawienie co do natury cierpienia i potrzebnego lekarstwa.

Jeszcze większego niemal, niż w starożytności, znaczenia nabiera magia z połączenia swego z filozofią w systemie nowoplatońskim wieków średnich, który to system rozwija całą naukę o demonach. System ten, dosiągłszy szczytu mistyki, upatruje wszędzie one duchy, jedne dobre, drugie złe, którym trzeba oddawać kult wdzięczności za dobre zrządzenia, lub zaklinać i przebłagać, aby odwrócić nieszczęścia. Do kultu tego weszły wszystkie odwieczne praktyki magii. Wiara w nią przenika najwyższe nawet warstwy społeczeństwa. Epidemie, choroby umysłowe, padaczka, histerya, wszystko to wzbudza zabobonny strach, bo niezwykłe objawy tych stanów chorobowych zdają się wyraźnie wskazywać na »opętanie« człowieka przez złe duchy. Świadczy już o tem sama nazwa łacińska »*daemoniaci*«, równoznaczna z »*obsessi*«. Przeciw opętaniu niosą pomoc w wiekach średnich osobni czarownicy, z początku wschodniego pochodzenia, perscy lub egipscy, później nawet chrześciańscy i żydowscy, biegli w magii lekarskiej, która czerpie swe wiadomości z ksiąg, przypisywanych Hermesowi Trismegistos, a zwanych od niego księgami »hermetycznemi«. Jest to grecka nazwa staroegipskiego bożka Tot, bożka księżyca, władającego inteligencyą i wszelkiemi naukami.

Wobec objawów chorobowych, jakim ulegają opętani, najdzielniejsze umysły chrześciańskie szukają, mimo rozpowszechnionego zabobonu, wytłómaczenia, które pogodziłoby spostrzeżenia lekarskie z wiarą w złe duchy. Stąd powstaje tłómaczenie pośrednie, że przy chorobach umysłowych są istotnie pewne zmiany w mózgu, ale że zmiany te przywabiają złe duchy, a chory narząd służy im za narzędzie objawienia na zewnątrz w postaci drgawek, miotania się, niedorzecznych słów. Uczony włoski lekarz *Durastante de Macerata* w dziele: »*Problemata an demones sint, et an morborum sint causa*« (1567 r.) zaprzecza wprawdzie, aby demony mogły wywołać chorobę, lecz uznaje moc leczniczą zaklęć. Pewnego rodzaju odważne zuchwalstwo na owe czasy popełnia Ambroży Paré (1517—1590), robiąc w swoich »*Oeuvres*« uwagę, że to, co ludzie biorą za wpływ demonów, jest poprostu przez własną ich wyobraźnię wywołane. W roku 1684 wykazuje Bonet, że tajemnicą magii i opętania są stany chorobowe ciała. W roku 1799 Salomon Semler w »*Commentatio de Daemoniacis, quorum in Novo Testamento fit mentio*« dowodzi, że opętani, o jakich mowa w Piśmie świętem, byli to ludzie dotknięci chorobami nerwowemi. Przyznają to nawet teologowie, jak n. p. Bergier, który w swym »*Dictionnaire de théologie*« wyraźnie pisze, że określenie zły duch w Piśmie świętem nadawano chorobom nieznanym i za nieuleczalne uważanym. Pomału więc, z biegiem co prawda bardzo długiego czasu, objawy, uchodzące za dowód opętania, zostają ujęte w szereg zjawisk naturalnych, a ci nieszczęśliwi, których dawniej palono na stosie, jako istoty niebezpieczne, uznani zostają za chorych.

Lecz zanim do tego doszło, rozwinąć się oczywiście musiała na powyżej naszkicowanem tle głęboka wiara w moc nadludzką czarownic i czarowników, w cudowną siłę pewnych tajemnych ziół, liczb, nazw, formułek zaklinających i t. p. Stąd rozpowszechnienie amuletów, talismanów i przeróżnych zabiegów magicznych, które za czasów bizantyńskich zwłaszcza zyskały prawo obywatelstwa w medycynie i w piśmiennictwie lekarskiem.

Astrologię natomiast potępił w samych początkach kościół chrześciański i dopiero, gdy niezależni od jego władzy Arabowie i Żydzi zaczęli ją z zapałem uprawiać i stworzyli nawet swój własny system, znalazła ona adeptów wśród ludów chrześciańskich, a dzieło Albumazara, napisane w IX wieku po Chr. p. t. »*De magnis conjunctionibus, annorum revolutionibus ac earum perfectionibus*« powszechnem cieszyło się wzięciem. Najświetniejszy rozwój astrologii i największy jej wpływ na medycynę przypada na wiek XIV i XV, poczem już zaznacza się wyraźny jej upadek, chociaż przetrwała jeszcze do końca XVII. stulecia. Najgłośniejszym astrologiem stał się Nostradamus. Właściwe jego nazwisko było Michel Nôtre-Dame. Urodził się 1503 r. w St.-Remy, umarł 1566 roku; medycynę studyował w Marsylii, wcześnie jednak rzucił się do cudownych kuracyi i przepowiedni, które w formie rymowanej wysyłał w świat. Przepowiednie te robiły tak wielkie wrażenie swoją tajemniczością, że Katarzyna Medycejska wezwała go na swój dwór, a Karol IX zrobił go lekarzem przybocznym. Przepowiednie wyszły p. t. »*Centuries*« 1558 r. w Lyonie i później jeszcze doczekały się wielu wydań.

Jak głębokie korzenie zapuściła astrologia w umysłach ludzkich, dowodzi to, że Paracelsus (* 1493 † 1541) przyjmuje we wszechświecie rozmaite wahania, zależne od planet, którym w człowieku odpowiada 7 różnych rodzajów tętna. Nawet taki umysł, jak Keplera (* 1571 † 1630) nie wyrzekł się całkowicie astrologii i przyznawał gwiazdom pewien wpływ na ludzi, chociaż już przedtem Kopernik (* 1473 † 1543) zadał astrologii ostateczny cios. Wygnana wreszcie całkiem z Europy schroniła się astrologia do Chin i Indyi wschodnich.

Dalszem pokoleniem starożytnych magów-kapłanów są średniowieczne czarownice i czarownicy, których wyborną charakterystykę podaje poeta, opiewający znaną legendarną postać naszego polskiego czarodzieja Twardowskiego:

»Wiedza niesłychana zgoła stała się jego udziałem: cała natura dokoła stanęła przed nim otworem, tak, iż w przyrodzeniu całem znał się z każdym żywym tworem i z każdem chemicznem ciałem. Wiedział przy tem jakie zioła w jakiej pomogą chorobie i był przesławnym doktorem, lecz płacić nie kazał sobie. Wiedział jakim idą torem gwiazdy po nieb firmamencie, znał się także na sposobie, jak z gwiazd czytać przyszłe rzeczy; jeśli chciał — mógł na zaklęcie zmieniać się w bądź jakie zwierzę, albo ludziom kształt człowieczy odjąć, dać im sierść czy pierze i zakląć w zwierzęce ciało; rozumiał język zwierzęcy, mógł, gdy mu się spodobało, niewidzialnym cieniem zostać, lub — co zdumiewa najwięcej: przybrać inną ludzką postać!«

Staroniemiecka nazwa czarownic *hagedisse, hagezisse*, lub *hagezusa* wywodzi się najprawdopodobniej od wyrazu *hag* — las, bo gdy kościół pod karą śmierci zakazywał obrządków pogańskich, czarownice schodziły się potajemnie w lasach. Natomiast nazwa łacińska czarów *ars atracia* i *atra* pochodzi od nazwy starożytnego miasta Atrax w północnej Tesalii, gdzie czarownicy wielkiej zażywali sławy.

Czarownice słyną po wszystkie czasy jako znakomite lekarki, a w skład leków, przyrządzanych przez nie, wchodzą rośliny, których obawia się ówczesna medycyna, działające silnie na układ nerwowy; ztąd wszystkie zioła trujące uważano od dawna za zioła czarodziejskie. Pliniusz wymienia liczne rośliny, jakiemi posługują się magowie perscy i babilońscy. Rozpowszechnionem w praktykach czarownic było też palenie kadzideł i roślin suszonych, działających odurzająco, jak *Helleborus, Datura, Aconitum, Belladonna*. Sporządzają też różne maści o nadzwyczajnych działaniach i te bardzo drogo sprzedają. Korneliusz Agryppa w dziele »*De occultata philosophia*« pozostawił zbiór recept czarodziejskich, skutecznych przy różnych chorobach.

Klientela czarownic była w wiekach średnich równie liczna, jak w starożytności, bo prócz drogich lekarzy arabskich lub żydowskich, na których pozwolić sobie mogli tylko królowie i bogacze, ogół skazany był na zasięganie porady jedynie u bram kościelnych, gdzie najczęściej na dolegliwości fizyczne kazano mu zapatrywać się jako na karę bożą za grzechy i radzono je znosić cierpliwie, aby tem pewniej zasłużyć na niebo. Nic dziwnego więc, że nieszczęśliwi chorzy udawali się potajemnie do czarownic. Co więcej, w owych czasach żadna kobieta ciężarna

lub chora na choroby kobiece nie byłaby zasięgnęła porady u mężczyzny, któremu za nic w świecie nie zwierzyłaby swych dolegliwości. Gdy więc lekarze wieków średnich zajmują się przeważnie mężczyznami, mniej już dziećmi, a najmniej kobietami, więc kobieta ta, poniżona pod każdym względem, szuka oczywiście pomocy u czarownicy, która lepiej ją może rozumieć, niż mężczyzna i w cierpieniach jej tak często pomaga. Stąd czarownice nabywają biegłości w położnictwie i chirurgii tak, że nawet wielki lekarz renesansu Paracelsus wyraźnie przyznaje, że sam wiele nauczył się od czarownic. One to pierwsze w okresie, gdy urzędowa medycyna obawiała się wszystkich środków trujących, zaczęły ich używać, poznawszy z doświadczenia działanie i dawkę i stopniowo przechodząc od słabszych do coraz silniejszych, dały przez to niejako pierwsze początki toksykologii.

I jeszcze jeden czynnik składa się na znaczenie czarownic-lekarek. W wieku XIII sroży się w Europie trąd, wobec którego medycyna naukowa okazuje się zupełnie bezsilną. Gdy więc na tę straszną zarazę ludzkie środki lecznicze nie pomagają, zrozpaczeni chorzy tłumnie szukają rady u czarownic, bo te rozporządzają siłami nadprzyrodzonemi. W wieku XIV trąd się zmniejsza, ale pojawia się znowu choroba nerwowa w postaci nagminnie grasujących drgawek, wobec których lekarze stają bezradni, — nowy powód szukania pomocy u tych, co w związkach z duchami nadprzyrodzonymi pozostają.

Znaczenie więc i wpływ czarownic urasta wkrótce do takich rozmiarów, że władze kościelne widzą się zmuszone srogie przeciwko nim ogłaszać prawa, tem więcej, gdy w roku 1398 paryski wydział teologiczny orzeka, że związki cielesne czarownic z dyabłem są rzeczą, nie ulegającą żadnej wątpliwości. Odtąd zaczynają się owe okrutne procesy czarownic, które toczą się w całej Europie; głównie w Niemczech, Anglii, Francyi, Hiszpanii i we Włoszech, a bulla papieża Inocentego VIII., wydana w roku 1484 »*Summis desiderantes affectionibus*« zaznaczywszy, że wiele osób, tak mężczyzn, jak kobiet, niepomnych zbawienia własnego, odpadłych od wiary prawdziwej, łączy się ze złymi duchami i przez czarodziejskie środki przy pomocy dyabła sprowadza na ludzi, najrozmaitsze klęski i nieszczęścia — wyraźnie nakazuje śledzić je i tępić. Rozpoczęło się więc owo straszne mordowanie ludzi, posądzonych o czary, często zupełnie niesłusznie, często służące do wywarcia osobistej zemsty lub usunięcia osób niewygodnych, będące jedną z najczarniejszych kart historyi cywilizacyi ludzkiej. Nie da się wprawdzie zaprzeczyć, że wielu czarowników i czarownic używało znanych sobie trucizn do celów niegodnych i zbrodniczych, ale wśród ognia płonących stosów ginęło też mnóstwo ludzi niewinnych. Dopiero w ciągu wieku XVI. i XVII. podnosić się zaczynają głosy protestu przeciwko tym masowym mordom, a wyższe umysły starają się wytłómaczyć, że znaczna część nadzwyczajnych cudów czarodziejskich ma swe źródło w działaniu całkiem naturalnem pewnych środków na ludzki ustrój. Mimo to jeszcze i w XVIII wieku spotykamy się z egzekucyami czarownic, aż do czasu, gdy olbrzymie postępy chemii i fizyki odkryły własności ciał i w sposób naukowy wyjaśniły fakta, które dotąd za coś nadprzyrodzonego uważano.

Wielką rolę w leczeniu i zapobieganiu chorobom odgrywały od najdawniejszych czasów amulety i talismany. Nazwa amulet pochodzi z arabskiego *hamalet*, co znaczy wisiorek. Starożytni Egipcyanie i Chaldejczycy używali jako amuletów podobizn bożków lub świętych zwierząt (skarabeusze egipskie), kości, kłów, pazurów, metali i t. p.; Żydzi drogich kamieni, które zawieszali w uszach lub na szyi; Grecy pierścieni; Rzymianie naszyjników, naramienników i dyademów. Wiara w amulety przesiąkła i chrześciaństwo, a rozpowszechniła się do tego stopnia, że w IV wieku po Chr. kościół musiał przez synody pod karą zakazać duchownym nosić amulety. W czasach bizantyńskiej medycyny wchodzą amulety w skład środków leczniczych i wielu lekarzy usiłuje wytłómaczyć ich działanie w sposób niby to naukowy. Powstaje też cała literatura popularno-lekarska, opisująca wszystkie te środki mistyczno-lecznicze.

Amulety zaopatrywano w różne napisy, jak naprzykład znany wyraz »abracadabra«, wypisany w 11 wierszach w każdym o 1 literę mniej. Wyraz ten pochodzi najprawdopodobniej od wyrazu egipskiego »abraxas«, złożonego z wyrazów »abrax« i »sax«, co znaczy »święte słowo«. Abracadabra słynęło jako amulet przeciw różnym chorobom, głównie przeciw febrze. Z czasów średniowiecznych przechowało się sporo tych amuletów w postaci małych kamieni z wyrytym na nich greckiemi literami wyrazem »abraxas« obok figur, przedstawiających postaci ludzkie z głową i kończynami zwierzęcemi.

Talismany, których nazwę wywodzą od arabskiego »tilsam«, obraz czarodziejski, przedstawiają znów różne rysunki lub malowidła na metalu albo kamieniu, chroniące również od chorób i przynoszące szczęście. Już w starożytnym Babilonie i Niniwie wiara w nie była tak powszechna, że na każdym budynku, jak świadczą wykopaliska, musiał być jakiś talisman umieszczony.

Przy leczeniu chorób środkami nadprzyrodzonymi posługiwano się też powszechnie »zamawianiem«. Używano więc pewnych słów, zrozumiałych tylko dla wtajemniczonych, zdań, formułek lub wierszy, przy czem wykonywano zwykle jakieś nadzwyczajne czynności, działające silnie na wyobraźnię chorego. W prawdziwą sztukę wyrobiło się zamawianie w Babilonii, skąd rozszerzyło po Grecyi, a za pośrednictwem chaldejskich magów przerodziło u Żydów w tajemną naukę, stanowiącą część ich »kabały«. I w okresie filozofii nowoplatońskiej sztuka zamawiania rozwinęła się w osobne studyum. W wiekach też średnich egzorcyzmy takie, praktykowane nawet przez kościół chrześciański, łączyć zaczęto coraz częściej z pewnymi zabiegami, które okazały się skuteczne jako zabiegi wprost lecznicze i w ten to sposób weszli lekarze empirycznie w posiadanie niektórych środków lekarskich, których działanie później nauka wyjaśniła.

Zwrot korzystny w tych wszystkich pojęciach datuje się od świetnej epoki odrodzenia, ale ostatecznie dopiero światło prawdziwej pozytywnej wiedzy, opartej na doświadczeniach, wielkie odkrycia, poczynione w zakresie nauk przyrodniczych, fizyologii, patologii i psychologii, rozprószyły wreszcie w początkach XIX. stulecia resztki owych ciemności, wśród których błąkała się tak długo medycyna ze szkodą dla siebie samej i dla cierpiącej ludzkości.

Piśmiennictwo. Baudin: Fétichisme et féticheurs. — Bergier: Dictionnaire de théologie. — Berthelot: Les origines de l' alchimie. — De Brosses: Du culte des dieux fétiches. — Caspari: Urgeschichte der Menschheit. — Christian: Histoire de la magie. — Delitsch: Biblische Psychologie. — Durastante de Macerata: Problemata an demones sint etc. — Ennemoser: Geschichte der Magie. — Fabart: Histoire philosophique et politique de l' occulte. — Frank: Die Kabbala. — Garinet: Histoire de la magie en France. — Haitze: Vie de Michel Nôtre-Dame. — Hild: Etude sur les démons. — Hippokrates: De morbo sacro. — Hoffmann Fr.: De potentia diaboli in corpore. — Jellinek: Auswahl kabbalistischer Mystik. — Kopp: Die Alchemie in älterer und neuerer Zeit. — Lehmann Alfr.: Aberglaube und Zauberei. — Lenormant: La magie chez les Chaldéens. — Maury: La magie et l' astrologie. — Meier: Die Periode der Hexenprocesse. — Michelet: La Sorcière. — Pfeilderer: Die Theorie des Aberglaubens. — Rittershain: Der medicinische Wunderglaube. — De Rochas: L' art des thaumaturges dans l' antiquité. — Rubin: Heidenthum und Kabbala. — Salverte: Des sciences occultes. — Schindler: Der Aberglaube des Mittelalters. — Semler: Commentatio de Daemoniacis. — W. Scott: Letters on demonology and witchcraft. — Soldan: Geschichte der Hexenprocesse. — Schlumberger: Amulettes byzantines anciennes. — Schultz: Amulette und Zaubermittel. — Tylor: Anfänge der Kultur. — Vacherat: Histoire critique de l' école d'Alexandrie. — Vignoli: Mythus und Wissenschaft. — Vierordt: Medicinisches aus der Weltgeschichte.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Koło lekarskie polskie w Petersburgu.

Posiedzenie d. 24/X (6/XI) 1906 r.

Obecnych członków 22, gości 2.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Dr Zenon Orłowski odczytuje rzecz p. t.: **„Przypadek pierwotnego raka płuc“.** Spostrzeżenie prelegenta dotyczy 58-letniego chorego, który uskarżał się na duszność, coraz większe wychudnięcie w ciągu ostatnich 6 miesięcy i silny kaszel z obfitą plwociną; przedtem zawsze był zdrów. Badanie, oprócz ogólnego wyniszczenia i objawów niedomykalności zastawki dwudzielnej, stwierdziło: powiększenie gruczołów pachowych i jednego z nadobojczykowych po stronie lewej; stłumienie odgłosu opukowego nad i pod lewym obojczykiem, również niżej 5 żebra w przedniej linii pachowej i niżej kąta łopatki, osłabienie drżenia głosowego i szmerów oddechowych, oddech oskrzelowy odpowiednio do górnej granicy przytłumienia; zwiększając się stopniowo, zajęło stłumienie po upływie 3 tygodni całą okolicę podobojczykową, nadłopatkową, łopatkową, i zlało się ze stłumieniem podłopatkowem; wkrótce przed śmiercią zjawiły się u kąta łopatki obfite rzężenia wilgotne i oddech butelkowy: ciepłota przedtem prawidłowa, podniosła się i przybrała tor zwalniający. Rozpoznanie kliniczne co do zmian płucnych, brzmiało: rak płuca lewego. Sekcya stwierdziła niedomykalność

zastawki dwudzielnej i przewlekły wrzodziejący nieżyt oskrzeli lewego płuca o pochodzeniu rakowem.

Dyskusya: Dr Wierciński kładzie w rozpoznaniu raka płuc wielką wagę na obrzmienie gruczołów nadobojczykowych i pachowych. Dr Sapacz-Sapoczyński, zaznaczywszy, iż pierwotne raki płuc zdarzają się w szpitalu Obuchowskim dość często, wyraża przypuszczenie, że w przypadku prelegenta mógł być mięsak. Dr Strawiński na dowód trudności rozpoznania raka płuc przytacza przypadek, dotyczący byłego prezydenta akademii wojskowo-lekarskiej, prof. Dubowickiego, u którego pierwotnego raka płuc stwierdzono dopiero podczas sekcyi. Dr Wierciński przypomina, że u prof. Tarnowskiego przez długi czas przypuszczano nowotwór i dopiero przed śmiercią rozpoznano gruźlicę płuc. Dr Uliński zapytuje prelegenta o stan prawego płuca u chorego i o dane, dotyczące chorób bliższego rodzeństwa. Prelegent dr Zenon Orłowski odpowiada drowi Wiercińskiemu, że przy rakach płuc i oskrzeli obrzmieniu ulegają zwykle gruczoły okołoskrzelowe, niedostępne dla badania, drowi Sapacz-Sapoczyńskiemu, że rozpoznanie raka, a nie mięsaka, oparł na tem, iż raki płuc zdarzają się 4 razy częściej, niż mięsaki; drowi Ulińskiemu, że prawe płuco było zupełnie prawidłowe, co przemawiało przeciwko gruźlicy, ponieważ przy tak rozległych zmianach w lewem płucu w razie, jeśliby one były gruźlicze, należałoby oczekiwać zmian i w prawem; co się tyczy wreszcie chorób rodzeństwa, nie można się było wiele dowiedzieć od chorego, który umiał tylko po fińsku.

3) Doc. Witold Orłowski wygłasza rzecz p. t.: **Przypadek kamicy żółciowej o niezwykłym przebiegu.** Podawszy kliniczny obraz zwykłej kolki żółciowej z jej następstwami i przytoczywszy kilka własnych spostrzeżeń, w których rozpoznanie było bardzo trudne, opisuje prelegent przypadek kamicy żółciowej, w którym na pierwszy plan występowały napady dusznicy bolesnej. Dopiero odejście kamyka żółciowego po jednym z napadów i ustąpienie od tego czasu dusznicy bolesnej, chociaż w dwa lata później stwardnienie tętnic było wyraźniejsze, pozwoliło prelegentowi rozpoznać kamicę, która ukrywała się pod obrazem dusznicy bolesnej.

Dyskusya: Dr Piotrowicz przytacza swój przypadek dusznicy bolesnej, w którym dla uspokojenia wytłómaczył choremu napad, jako kolkę żółciową; dalszy jednak przebieg, zwłaszcza znalezienie kamyków żółciowych w kale, dowiodły rzeczywistego istnienia kamicy żółciowej, sprowadzającej dusznicę bolesną. Dr Sapacz-Sapoczyński, nie uznając odruchowej dusznicy bolesnej i zwracając uwagę na wzmożenie drugiego tonu nad tętnicą główną i stwardnienie tętnic, sądzi, że chory prelegenta miał jednocześnie dusznicę bolesną i kamicę żółciową, jako sprawy zupełnie samodzielne. Żółtaczkę, która była u tego chorego, można uważać za czynnik, sprzyjający rozwojowi stwardnienia tętnic tembardziej, że w wieku chorego stwardnienie tętnic jest zjawiskiem pospolitem. Prof. St. Zaleski przypuszcza, że piasek żółciowy, nagromadzając się w drogach żółciowych śródwątrobnych, może podrażniać cały układ nerwowy i w ten sposób wywoływać dusznicę. Mowca zna dwa podobne przypadki. Pierwszy dotyczy chorej nadzwyczaj otyłej, która przebyła ostry gościec stawowy i miała wadę serca; chora ta miewała napady duszności, które rozpoznawano przez długi czas, jako dychawicę oskrzelową; gdy w Petersburgu rozpoznano kamicę żółciową, chora poddała się operacyi, której dokonał prof. Ziemacki; operacya miała dobry wpływ na napady duszności. Drugi przypadek dotyczy zmarłego prof. Winogradowa, u którego kamica żółciowa, rozpoznana dopiero przed śmiercią, wywoływała napady duszności. Prof. Ziemacki podaje szczegóły, dotyczące chorej, o której wspominał prof. St. Zaleski, była to osoba bardzo otyła, dotknięta skazą moczanową, ogromną przepukliną pępkową i silnymi napadami kolki żółciowej. Operacyi podjął się mowca jedynie z powodu przepukliny, która, jak się okazało, zawierała i sieć. Dokonawszy herniotomii z wycięciem kawałka sieci, mówca przeprowadził dodatkowe cięcie poprzeczne dla obejrzenia pęcherzyka żółciowego; pęcherzyk był w stanie zaniku, otoczony bliznami, i zawierał w sobie kamyk. Mowca wyciął pozostałości po pęcherzyku, wydostał kamyk i dokonał cholecystektomii. Chora miewała istotnie przed operacyą napady sercowe w postaci dusznicy, nie znikły one jednak i po operacyi. Ten więc przypadek nie dowodzi kojarzenia się chorób pęcherzyka żółciowego z cierpieniami serca. Mowca przytacza następnie przypadek, w którym rozpoznawano już to kolkę żółciową, już to zapalenie wyrostka robaczkowego; podczas operacyi znaleziono wyrostek zgrubiały, a w nim kamyk żółciowy, w pęcherzyku zaś żółciowym jedynie lekkie zapalenie nieżytowe. Prof. St. Zaleski zapytuje prelegenta, czy jego zdaniem wody szczawiowe rozpuszczają w ustroju kamienie żółciowe? Dr Strawiński zapytuje, dlaczego w jednym przypadku kamienie żółciowe wywołują kolkę, w innym zaś nie?

Prelegent doc. Witold Orłowski odpowiada (drowi Sapacz-Sapoczyńskiemu): Odruchowa dusznica sercowa istnieje niezawodnie; podczas kolki żółciowej pęcherzyk żółciowy może być niewyczuwalny, w połowie przypadków bywa brak żółtaczki; podobny przebieg miała kamica żółciowa u jednego z kolegów, u którego rozpoznanie długo wahało się, aż wreszcie po 2 latach ciągłych napadów gwałtownego bolu w dołku podsercowym z gorączką, chory w przypuszczeniu kolki żółciowej poddał się operacyi, przy której znaleziono w pęcherzyku żółciowym duży okrągławy kamień. Przed odejściem kamyka w przypadku mowcy wzmożenia drugiego tonu nad tętnicą główną nie było, a gdy ono się zjawiło, chory nie doznawał już napadów dusznicy. Mniemanie, że po 40. roku życia układ tętniczy ulega zawsze stwardnieniu, jest błędne. Lekka żółtaczka, jaka była w przypadku prelegenta, ograniczająca się tylko do żółtawego zabarwienia twardówki ócz i podniebienia, a trwająca 1½ doby, nie może przyczynić się do rozwoju stwardnienia tętnic. (Prof St. Zaleskiemu i drowi Strawińskiemu): Leczenie kamicy żółciowej ma na względzie nie rozpuszczanie kamieni, lecz usunięcie nieżytu dróg żółciowych, który należy uważać za przyczynę kolki; i badania doświadczalne i dane kliniczne (zwłaszcza obrzmienie śledziony podczas kolki, znajdowanie w pęcherzyku przy kamicy jadowitych drobnoustrojów i t. d.) pouczają nas, że kolka powstaje na drodze zapalenia dróg żółciowych; kamienie same przez się kolki nie wywołują. Nagromadzeniu piasku w drogach żółciowych śródwątrobnych towarzyszy zwykle gorączka i silna żółtaczka; tych objawów w przypadku prelegenta nie było. Co się tyczy wreszcie prof. Winogradowa, to kamicę żółciową u niego rozpoznano (prof. Pasternackij i prof. Fawickij) jeszcze przed 6—7 laty; przyczyną duszności były niezawodnie zmiany serca. Drugi przypadek prof. Ziemackiego zasługuje na uwagę, jako stwierdzający łączność między zmianami pęcherzyka żółciowego i wyrostka robaczkowego, którą w ostatnim czasie podnosi Dieulafoy.

Sekretarz: *Witold Orłowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza:

L. 1119. Lekarz powiatowej kasy chorych w Podhajcach odniósł się do zarządu kasy o podwyższenie wynagrodzenia z powodu wzrostu czynności.

Według uchwały Wydziału Izby wschod.-gal. z dnia 15. grudnia b. r. wzywa się wszystkich Kolegów jak najgoręcej, aby żadnej posady przy wyżej podanej kasie chorych bez poprzedniego porozumienia się z Izbą nie przyjmowali.

Lwów, dnia 17. grudnia 1906.

Prezydent: *Dr Festenburg.*

Z ruchu lekarzy dolnoaustryackich ogłasza dr Janeczek, prezes Związku organizacyi lek. austr., następujące szczegóły: Jak wiadomo, jednym ze środków biernego oporu było to, że lekarze gminni dolno-austr. w doniesieniach o chorobach zakaźnych nie podawali ścisłego rozpoznania, do czego zresztą żadna ustawa nie może lekarza zmusić, lecz wpisywali tylko słowa: »przypuszczenie....«, potem »choroba zakaźna?«, w końcu »choroba zakaźna«. Otóż rządowi lekarze powiatowi starali się, niewątpliwie pod naciskiem władz, opór w tym względzie przełamać: jedni osobistym wpływem, przez namowy i perswazye, inni przez groźby. W pewnym powiecie wydało starostwo nawet pisemne rozporządzenie, aby zarządy gminne zmusiły lekarzy na osobno zwołanych posiedzeniach do podawania dokładnego rozpoznania choroby zakaźnej, a w razie oporu wytoczyły lekarzowi dochodzenie dyscyplinarne, lub uwolniły go z posady. Skutek był ten, że jedne gminy wniosły do namiestnictwa zażalenie przeciw temu rozporządzeniu starostwa, inne wprost odmówiły zwołania żądanego posiedzenia. Nie wywołało to żadnych dalszych następstw, a nie mogło ich wywołać z tego prostego powodu, że postępowanie lekarzy urzędowych w całej sprawie lekarzy gminnych nie jest oparte na żadnej ustawie. *R.*

Kasa ubezpieczeń lekarzy niemieckich liczyła z końcem grudnia 1905: 933 członków, 2003 ubezpieczeń. Ubezpieczoną była wogóle kwota 135.000 mk. na wypadek śmierci, 5635 mk. dziennie na wypadek choroby, 706.271 mk. rocznie na wypadek niezdolności do pracy, 183.938 mk. rocznie renty na starość, 116.950 mk. rocznie pensyi wdowich. Majątek kasy wynosił 1,107.906 mk., majątek fundacyjny 1,286.044 mk. *R.*

Stowarzyszenie ochrony prawnej założyli lekarze w Magdeburgu celem ściągania honoraryów od dłużników. U nas istnieje takie stowarzyszenie oddawna w postaci »Oddziału należytości Tow. Samopomocy«. *R.*

Czy lekarz ma obowiązek ostrzegać chorego o niebezpieczeństwie chloroformowania, bardzo zresztą małem ($^{1}/_{2000}$), zamierzając go uśpić przy niewielkiej operacyi? Trybunał apelacyjny w Amiens orzekł, że lekarz nie ma tego obowiązku, o ile chory nie jest alkoholikiem, a choroba jego nie zagraża życiu i nie stanowi przeciwwskazania do uśpienia; co więcej, ponieważ niewczesne ostrzeganie chorego może go psychicznie przygnębić i przez to zwiększyć niebezpieczeństwo chloroformowania, przeto byłoby obowiązkiem lekarza nietylko nie straszyć chorego tem niebezpieczeństwem, ale przeciwnie — dodawać mu odwagi. *R.*

Jednorazową naukę szkolną, której higieniczną doniosłość dawno już u nas oceniono, wprowadzając ją w szkołach galicyjskich, teraz dopiero wprowadzono na próbę w Monachium, a dotychczasowe doświadczenia zapewniły i tam tej metodzie zwycięstwo. *R.*

Walka z rakiem nie jest nową. Streszczając jej dzieje w »Presse méd.« (Nr 95) podaje dr Desfosses, że już w XVIII. wieku wierzono w zaraźliwość raka i wskutek tego n. p. nie wolno było takich chorych przyjmować do szpitala w Reims. Stąd poszło, że tamtejszy kanonik katedralny, X. Godinot, ufundował pierwszy znany szpital wyłącznie dla chorych na raka, otwarty w r. 1740 i utrzymujący się aż do r. 1846. Akademia lyońska już w r. 1770 wyznaczyła nagrodę za wykrycie przyczyny i środków zwalczania raka. Z inicyatywy lekarza J. Howarda powstał w Londynie w r. 1792 osobny oddział dla chorych na raka w szpitalu Middlesex; w roku 1801 utworzyło się w Londynie pierwsze Towarzystwo dla badania raka. W 90 lapóźniej powstaje we Francyi »Liga przeciwrakowa«, która wnet upadła; w r. 1895 osobne pismo »Revue des maladies cancereuses«, zwinięte w r. 1901, gdy właśnie w innych krajach rozpoczął się żywy ruch w tej sprawie. I tak w Niemczech powstaje w r. 1900 »Komitet badania raka«; za jego staraniem powstaje w r. 1903 »Zakład badania raka« w szpitalu Charité w Berlinie. W Londynie zreorganizowano w tym czasie oddział w Middlesex Hospital i utworzono komitet, podobny do niemieckiego, gromadząc fundusze i otwierając osobne pracownie (w budynkach »Examination Hull«); podobnie stało się w Liverpolu, a w wielu miastach prowincyonalnych powstały schroniska dla nieuleczalnie chorych na raka. W Ameryce już przed 20 laty rozpoczęto walkę z rakiem; utworzono szereg osobnych szpitali dzięki hojnym fundacyom (w N. Yorku — kosztem 5,000,000 fr., w Filadelfii, St. Louis i t. d.) oraz zakładów badania raka. Komitet przeciwrakowy powstał też w r. 1903 na Węgrzech, (gdzie sprawy nie zasypiają, jak dowodzi tegoroczny spis chorych na raka i zjazd peszteński w tej sprawie). W Moskwie powstał szpital dla chorych na raka za staraniem prof. Lewszyna. Komitety badania raka potworzyły się także w Hiszpanii, Portugalii, Holandyi, Szwajcaryi i Włoszech. W najświeższej dobie powstały wspaniale wyposażone zakłady badania raka w Niemczech: we Frankfurcie n/M. pod kierunkiem Ehrlicha i w Heidelbergu pod kierunkiem Czernego, a we Francyi wkrótce stanie taki zakład dzięki prof. Poirier.

U nas dopiero w r. b. zawiązał się w Warszawskiem Tow. higienicznem komitet dla sprawy raka z inicyatywy dra J. Jaworskiego. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 16. do 22. grudnia 1906 doniesiono o 11 nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w 19 gminach, a mianowicie pow. Bohorodczany (Bogrówka 3), Horodenka (Dąbki 1), Kamionka (Chołojów 1), Lisko (Radziejowa 3, Mchawa 2), Rawa (Potylicz 1), oraz o jednym przypadku n a g m i n n e g o z a p a l e n i a o p o n mózgowordzeniowych w m. Lwowie. *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Między 9 a 15/XII 1906 zgłoszono przypadków: błonicy 8 (obcych —), płonicy 21 (2), odry 36 (1), duru brzusznego 3 (2). W tymże czasie zmarło: z błonicy 1, z duru brzusznego — (1).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiej i higienicznej ogłosił szczegółowy program wystawy.

Wystawa dzielić się będzie na dwa oddziały, a mianowicie: Oddział przyrodniczo-lekarski i oddział higieniczny.

I. Oddział p r z y r o d n i c z o - l e k a r s k i obejmować będzie następujące grupy: 1) Grupa naukowa przyrodniczo-lekarska: *a*) pisma peryodyczne, przyrodnicze i lekarskie, wydawnictwa książkowe peryodyczne, *b*) dzieła i rozprawy przyrodnicze i lekarskie, *c*) okazy, modele naukowe, zbiory przyrodniczo-lekarskie, preparaty anatomiczne, fizyologiczne, anatomo-patologiczne, diagramy, kartogramy, mapy i t. p., *d*) wszelkie wykazy statystyczne z zakresu demografii, fizyografii, statystyki zdrowotnej, higienicznej, ubezpieczenia robotników i t. d., *e*) bakteryologia, *f*) weterynarya, *g*) okazy przyrodnicze i lekarskie sztuczne z różnych materyałów, jak masa, gips, wosk i t. p., *h*) przyrządy naukowe, jak n. p. do fizyki, fizyologii, farmakologii, chemii, krystalografii, astronomii i t. p., *i*) antropologia, *k*) antropometrya. 2) Grupa balneologiczna, która zawierać będzie: *a*) wody mineralne naturalne polskie, *b*) przetwory w zdrojowiskach polskich otrzymywane, *c*) statystykę polskich zdrojowisk i miejsc klimatycznych, *d*) plany, mapy, fotografie i t. p. polskich zdrojowisk i miejsc klimatycznych. 3) Grupa aptekarska. 4) Grupa przemysłu chemicznego. 5) Grupa narzędzi i przyrządów: *a*) przyrządy precyzyjne naukowe, *b*) instrumenta chirurgiczne i położnicze, *c*) instrumenta optyczne, *d*) narzędzia anatomiczne, dentystyczne, semiotyczne i wetenaryjne, *e*) przyrządy ortopedyczne, elektrolekarskie, balneotechniczne, chemiczne, fizyczne, meteorologiczne i astronomiczne, *f*) mikroskopy, skioptikony, *g*) przyrządy i materyały służące do pielęgnowania chorych, *h*) fotografia, zwłaszcza w zastosowaniu do nauk przyrodniczych, lekarskich i technicznych, *i*) rentgenografia, *k*) urządzenia aseptyczne, *l*) dentystyka.

II. Oddział h i g i e n i c z n y ma obejmować następujące grupy: 1) Higiena żywienia. 2) Grupa urządzeń gminnych ku utrzymaniu zdrowia ludności. 3) Grupa szpitalnictwa. 4) Grupa wychowania młodzieży. 5) Grupa higieny fabryk i stanu robotniczego. 6) Grupa higieny mieszkań. 7) Grupa higieny odzieży. 8) Grupa chorób zakaźnych i ich zwalczania. 9) Grupa higieny dziecka (aż do wieku szkolnego). 10) Higiena ludu.

O wszelkie wyjaśnienia, programy szczegółowe, blankiety na zgłoszenia i t. p. zwracać się należy do dyrektora wystawy dra Kaliksta K r z y ż a n o w s k i e g o (Lwów, Namiestnictwo).

Wiceprezesem wystawy jest prof. B e c k, sekretarzem dr Jan P i e p e s - P o r a t y ń s k i.

W wystawie mogą brać udział tylko uczeni i przemysłowcy polscy. Instytucye i firmy obce mogą być przypuszczone na wystawę tylko w dziale naukowym i informacyjnym; te ostatnie tylko z tymi przedmiotami, których przemysłowcy polscy nie produkują. O przyjęciu lub odrzuceniu zgłoszeń orzeka komisya, powołana przez komitet wystawy. Zgłoszenia przedmiotów wystawowych mają być podane na blankietach zgłoszeń (deklaracyi) najdalej do 1 marca 1907 r. Za miejsce na wystawie zajęte opłacają tylko ci wystawcy, którzy z wystawienia swych okazów mogą odnieść jakąś korzyść materyalną lub moralną. Instytucye naukowe, gminy i zakłady humanitarne nie opłacają natomiast żadnych należytości.

Przewodniczącym sekcyi spraw zawodowych komitetu warszawskiego wybrany został dr S. B r o n o w s k i (Warszawa, Żórawia 33).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Poruszone na przedostatniem posiedzeniu komisyi sanitarnej miejskiej 15/XII b. r. usterki w sanitarnych urządzeniach Krakowa są tylko częścią tych, któreby należało koniecznie usunąć i to tem rychlej, że liczba ich z konieczności wzrastać musi w miarę opóźniania się niezbędnej reorganizacyi miejskiej służby zdrowia. Służba ta oddawna już nietylko nie wystarcza na potrzeby miasta, ale nawet liczebnie mniejszą jest od tego minimum, którego wymaga ustawa z dnia 2/II. 1891, dz. u. k. l. 17. Według tej ustawy na każde 15.000 mieszkańców przypadać ma najmniej jeden lekarz miejski, przy dzisiejszem więc zaludnieniu powinnoby ich być w Krakowie siedmiu; tymczasem jest zaledwo trzech, naczelnika służby zdrowia bowiem, zajętego ogólnem kierownictwem, liczyć tu nie można. Nic dziwnego, że tak nieliczny personal nie mógł podołać swym obowiązkom, zwłaszcza, gdy one nie były podzielone i określone stosownie do potrzeb obecnej doby. Projektem reorganizacyi zajmuje się wprawdzie w dalszym ciągu komisya sanitarna, ale obrady te bardzo się opóźniły; mści się tutaj nieczynność komisyi przez osiem miesięcy (od lutego do października b. r.), chociaż ustawa wymaga posiedzeń komisyi przynajmniej co miesiąc. Zanim reorganizacya służby miejskiej istotnie nastąpi, musi jej projekt po uchwaleniu w komisyi przejść jeszcze z niemałą stratą czasu przez Radę miejską, a dopóki ta reorganizacya nie nastąpi, nie może być mowy o odpowiedniem działaniu urządzeń sanitarnych miejskich; i najpilniejsze też w obecnej dobie zadanie — zwalczanie chorób zakaźnych — nie może odbywać się dokładnie.

Niedostatki w miejskim zakładzie dezynfekcyjnym, poruszone na ostatniem posiedzeniu komisyi sanitarnej, są tylko jednym objawem złego, które leży głębiej. Najdoskonalej działający zakład nie wypełni swego zadania, dopóki nie będzie dokładnej, ogółowi lekarzy do wiadomości podawanej, ewidencyi chorób zakaźnych; dopóki nie będzie dostatecznie licznej i wyuczonej służby dezynfekcyjnej; dopóki nie będzie odpowiedniego miejskiego pomieszczenia dla chorych zakaźnych i pozostających pod obserwacyą i dopóki miasto nie pozbędzie się wylęgarni, w których hodują się zarazy i które ich rozwleczeniem na całe miasto już kilkakrotnie zagrażały.

Pod tymi zaś względami pozostaliśmy w tyle poza innemi miastami, nietylko na zachodzie, ale i w naszym kraju. Dla lekarzy praktycznych niezmiernie cenną i ważną wskazówką jest statystyka chorobliwości z chorób zakaźnych, ogłaszana przynajmniej co tydzień, jak to dzieje się wszędzie za granicą, a z naszych miast we Lwowie; stanowiąc niejako pokwitowanie zgłoszeń o przypadkach zakaźnych, zachęca ona zarazem lekarzy do tem szybszego i ściślejszego wypełniania tego obowiązku i zwracając ich uwagę na wzmagające się zarazy, dzielnie się przyczynia do wczesnego rozpoznawania dalszych przypadków i tem skuteczniejszego zapobiegania szerzeniu się epidemii. Jeszcze lepsze usługi oddaje taka statystyka z wymienieniem ulic i domów zakażonych, jak to n. p. podawanem bywa w sprawozdaniach ze szpitala zakaźnego nawet w Warszawie, o tyle pod względem statystyki sanitarnej w trudniejszych znajdującej się warunkach.

Wyuczonej służby dezynfekcyjnej Kraków wcale nie posiada; nietylko dotąd za wzorem Lwowa nie poszedł i kursów dla wyuczenia tej służby nie urządził, ale nawet nie wysłał ani razu nikogo na kursa lwowskie, choć wysyłały na nie służbę miejską, policyantów i t. p. nawet maleńkie miasteczka galicyjskie; sąsiednie zaś Podgórze musiało także do Lwowa wysyłać swą służbę na naukę, której brakło w Krakowie.

Rolę miejskiego domu izolacyjnego i szpitala zakaźnego spełniać dotąd musiały bądź oddział zakaźny szpitala św. Łazarza, bądź szpital Bonifratrów. Szpital krajowy zamykał jednak swe bramy dla chorych miejskich, ilekroć zaraza jakaś bujniej się szerzyła; a zważyć należy, że i szpital Bonifratrów, — położony zresztą w najludniejszej i najniezdrowszej dzielnicy — mógłby odmówić kiedyś miastu oddawanych dotąd usług, do czego zresztą miałby prawo i obowiązek ze względu na innych swych chorych.

Miejski przytułek dla bezdomnych, stworzony przez brata Alberta ze zgromadzenia Tercyarzy, ma olbrzymią doniosłość humanitarną. Niemniej nie można zaprzeczyć, że przytułek ten, umieszczony w starych ruderach, (własnością miasta będących), urąga wszelkim wymaganiom sanitarnym i już kilkakrotnie stał się gniazdem duru osutkowego i ospy, przyniesionej przez włóczęgów. Jeżeli Lwów, o wiele lepiej wyposażony w podobne przytułki dla bezdomnych, ubogich i nieuleczalnych, zbadał je obecnie przez osobną komisyę lekarską, toż o ile pilniejszem byłoby u nas zbadanie przez podobną komisyę nietylko przytułku brata Alberta, ale i innych schronisk miejskich krakowskich, n. p. przytułku dla nieuleczalnych w t. zw. ogrodzie angielskim. Gdyby taka komisya ogłosiła publicznie choć część swych spostrzeżeń, możebyśmy pod naporem opinii doczekali się rychlej zamknięcia obecnych budynków i zbudowania nowych, celowi odpowiednich.

Sąsiadujące blizko z Krakowem Królestwo Polskie jest niewygasającem źródłem duru osutkowego, dokąd on ciągle dostaje się z Rosyi; nie jest w Królestwie rzadkością i ospa, która stamtąd już niejednokrotnie do nas się dostawała; sezonowy ruch wychodźczy »na Saksy« po staremu zaznaczać się zaczyna w Galicyi pojawiającem się tu i owdzie nagminnem zapaleniem opon. Obecny stan w Rosyi wzbudza obawę, że rok 1907 będzie tam rokiem głodu i że zwykły głodu towarzysz, »tyfus głodowy«, zawita z wychodźcami z Rosyi do Galicyi obficiej, niż po inne lata. Na to niebezpieczeństwo powinien być Kraków przygotowany lepiej jeszcze, niż inne miasta galicyjskie, jako węzłowa stacya ruchu wychodźczego i jako miasto, pod względem zdrowotnym nienajlepszą mające sławę; usunięcie braków sanitarnych i reorganizacya służby zdrowia są też obecnie potrzebą naglejszą, niż po inne lata, i zwłoki dalszej nie ścierpią bez srogiego na mieszkańcach naszego miasta odwetu. By Kraków niebezpieczeństwo zrozumiał i umiał na czas usunąć, niech będzie naszem dla Miasta życzeniem noworocznem.

— Komisya sanitarna miejska uchwaliła na posiedzeniu w dniu 22. grudnia b. r. dalszą część instrukcyi dla lekarzy miejskich, mianowicie dla lekarza, któremu powierzone będzie zwalczanie chorób zakaźnych i dla lekarza, zajmującego się oględzinami zwłok.

— Kalendarz lekarski krakowski na rok 1907 wyszedł z druku i jest do nabycia u wydawcy, dra T. Cybulskiego (Kraków, szpital św. Ludwika), oraz w celniejszych księgarniach.

Lwów. Jak donosi »Tygodnik lek.« (Nr 51), ma podręcznik histologii prof. Szymonowicza wyjść w drugiem niemieckiem wydaniu. To powodzenie dzieła polskiego autora wśród obcych najlepiej świadczy o jego wartości, a nauce naszej przysparza chluby.

— Doc. dr Bylicki, doc. dr Kośmiński i doc. dr Bikeles otrzymali tytuł profesorów nadzwyczajnych.

— Prof. Beck składa z dniem 1/I. 1907 redakcyę »Tygodnika lekarskiego«, który odtąd prowadzić będzie jeden tylko redaktor, prof. Sieradzki.

— Stwierdzone w lwowskich aresztach miejskich braki sanitarne wywołały uchwałę sekcyi Rady miejskiej, by w tych aresztach odbywała się codziennie rewizya lekarska więźniów, odkażanie i t. d.

Warszawa. »Czasopismu lekarskiemu« łódzkiemu wytoczono w ostatnich tygodniach aż trzy procesy prasowe (!). W dwóch »Czasopismo« uniewinniono we wszystkich instancyach, w trzecim apelował inspektor prasowy (nowy rodzaj »cenzora«) od uwalniającego wyroku pierwszej instancyi.

— Lekarze łódzcy: Drowie Kaufman, Pieniążek, Skalski i Trenkner założyli »Towarzystwo krzewienia oświaty« i urządzili szereg popularnych wykładów z nauk przyrodniczych.

Petersburg. »Koło lekarskie polskie« odbyło dnia 12/25. XII. posiedzenie, na którem prof. dr. Witold Orłowski mówił »O zadaniach współczesnej dyagnostyki chorób wewnętrznych« i »W sprawie badania śledziony«, poczem po przemówieniu prof. dra St. Zaleskiego doręczono dr Orłowskiemu upominek od »Koła«; wieczorem żegnano dra Orłowskiego ucztą koleżeńską.

Z różnych stron. »Oesterreichische ärztliche Vereinszeitung« obchodzi z końcem b. r. trzydziestą rocznicę swego powstania. Najstarszemu z pism, poświęconych w Austryi sprawom zawodowym, składamy szczere życzenia dalszego rozwoju.

— W Berlinie brakuje lekarzy dla zakładów obłąkanych z powodu płac stosunkowo zbyt nizkich.

— Berliński Wydział lekarski rozpisuje konkurs na pracę na temat: »Przedstawienie naszych wiadomości o budowie i rozwoju wysp Langerhansa z uwzględnieniem ich możliwego związku z cukrzycą«. O nagrodę (1,800 mk.) ubiegać się mogą także słuchacze wszechnic austryackich i lekarze, osiedli w Austryi. Termin wnoszenia prac: 1. grudnia 1907.

— Fundacya im. Schaudinna doszła 85,000 Mk.

— Robert Koch osiągnął podobno w śpiączce afrykańskiej znakomite wyniki lecznicze. Przebywa on obecnie na angielskich wyspach Sesse.

— Higienę więzień rosyjskich maluje fakt, że w 6 więzieniach gubernii zachodnich, mających 1,341 miejsc, więziono 2,467 osób, a w Saratowie 1,068 osób na 460 miejsc (»Czas. lek.« 11.).

— Najbliższy międzynarodowy zjazd lekarski ma się odbyć w Peszcie w r. 1909. Protektorat przyjął cesarz austryacki.

— Dla obowiązkowej praktyki szpitalnej (stage hospitalière), studentów medycyny w Paryżu stały dawniej otworem wszystkie oddziały szpitalne; za dziekanatu prof. Brouardela ograniczono to do niektórych tylko oddziałów. Obecnie rozpoczął się w kołach lekarskich paryskich ruch za przywróceniem dawnych stosunków.

Mianowani: Dr Bol. Nodzyński, sek. szpitala, lekarzem miejskim w Bochni; lekarzami okręgowymi: dr Józef Kalman w Piwnicznej, dr Antoni Miczulski w Majdanie, dr Juliusz Kasparek w Starej Soli; dr Adam Daisenberg lekarzem gminnym w Korolówce.

Powołani: Prof. Uhthoff z Wrocławia do Bonn, prof. Moritz z Giessen do Strassburga.

Zmarli: Zmarły przed paru tygodniami w Berlinie w 56 r. ż. prof. Zabłudowski pochodził z Białegostoku na Litwie. Po ukończeniu akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu uczestniczył jako lekarz wojskowy w kampanii rosyjsko-tureckiej w r. 1877/8. Wtedy poznał się z prof. Bergmannem, a spędziwszy po wojnie 2 lata na studyach zagranicznych, złożył egzamin lekarski niemiecki i został w roku 1882 kierownikiem oddziału miesienia na klinice Bergmanna w Berlinie. Otrzymawszy w r. 1896 tytuł profesora, mianowany został w r. 1900 dyrektorem utworzonego wtedy uniwersyteckiego zakładu miesienia i gimnastyki leczniczej i profesorem tych przedmiotów. Liczne swe prace ogłaszał po niemiecku, po polsku i po rosyjsku.

Chirurg prof. Schönborn w 67 r. ż. w Würzburgu.

Dr Wacław Szczęsnowicz w Lublinie w 33 r. ż.; dr Józef Karpiński w Rejowcu; lekarz dentysta Aleksander Rokossowski w Warszawie.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 49. Wretowski, Kijewski, Męczkowski, Bełkowski, Rontaler (c. d.).

— *Medycyna* Nr 51. Palmirski: O wpływie leczniczym surowicy przeciwpłoniczej na przebieg płonicy u dzieci. Krajewski (dok.). Rotsztadt (dok.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr 11. Mieczyński: 18 przypadków wąglika złośliwego. Sterling (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Nr 12. Karliński: W sprawie seroterapii czerwonki, czyli krwawej biegunki. Zanietowski (dok.). Pomorski: Tracheotomia z powodu ciała obcego w tchawicy.

— *Tygodnik lekarski* Nr 51. Kośmiński (dok.). — Nr 52. Piasecki: Nowy pulpit zdrowotny

— *Časopis lékařův českých* Nr 51. Jerie (dok.). Honl (c. d.). Dvořak (dok.). Šindelař Osm případů akutní obstrukce střevní atropinem vyléčených.

— *Presse médicale* Nr 101. Ravaut: Wpływ nakłucia lędźwiowego na niektóre objawy skórne. Rey: Higiena oświetlenia (mieszkań).

— *Semaine méd.* Nr 51. Noica i Sakelaru: Objaw Babińskiego pod względem fizyologicznym i fizyo-patologicznym.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 51. Török: Nauka o nerwicach naczyniowych, a zapalenie skóry pochodzące ze krwi. Mager: Objaw twarzowy przy opadnięciu trzew. Rudnik: W sprawie stosowania i skuteczności surowicy przeciwczerwonkowej. Karliński: O leczeniu czerwonki surowicą. Ranzi: O odchyleniu komplementu przez surowicę i narządy. Eitner: O wykryciu niweczników w surowicy trędowatego zapomocą odchylenia komplementu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 51 (poświęcony prof. Bergmannowi). Hildebrand: O wolu i jego leczeniu. Oppenheim i Krause: Operacyjnie wyleczony guz płatu potylicznego. Ascoli: O rozpoznawczem nakłuciu mózgu. Senger: Mały przyczynek do chirurgii mózgu. Johnsen: Olbrzymi kamień nerkowy, wydobyty przez operacyę. Stern i Dolan: Przyczynek kazuistyczny do chirurgicznego leczenia uszkodzeń brzucha, wywołanych przez tępy uraz. Korff: O uśpieniu skopolaminowo-morfinowem Korffa. Eichler: Modyfikacya przyrządu Bier-Klappa w celach serodyagnostycznych. Lessing: O przepuklinach. — Nr 52. Fränkel: Rozwój nauki o ozenie. Schütze: O sądowolekarskiem znaczeniu odchylenia komplementu wedle Neisser-Sachsa. Bing: O mierzeniu parcia krwi u człowieka. Schulze: W sprawie rzekomych krętków w tkankach srebrzonych. Lublinski: Leczenie gruźlicy krtani milczeniem.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr 51: Barth: Różniczkowo-rozpoznawcze znamiona zapalenia otrzewnej. Haberern: Rozpoznawcze trudności w uwięzniętych przepuklinach udowych. Franck: O intubacyjnem zwężeniu krtani po tracheotomii wtórnej. Opitz Przepłukiwanie pochwy i odkażanie rąk. Offergeld: Przypadek prawdziwej rwy kulszowej, wywołanej przez tyłozgięcie macicy. Gomperz: O sztucznych błonach bębenkowych z parafiny i srebra. Schindler: W sprawie leczenia wiewiórowego zapalenia najądrza. Klug: Viscolan, nowa podstawa maści. Uhlenhuth: Odchylenie komplementu a rozróżnianie białka krwi. Klose. O wikłających płonicę skazach krwotocznych z uwagami o leczeniu zapomocą żelatyny. Durante (dok.).

— *Münchener mediz. Wochenschrift* Nr 51. Schöne: Badania nad odpornością na raka u myszy. Schwab. Zakrzep żył, a krzepliwość krwi. Martin: O wpływie słońca podzwrotnikowego na bakterye. Franke: W sprawie chirurgicznego leczenia zapalenia okątniczego i jego skutków. Herz: Chirurgiczne leczenie porażnych stawów cepowych. Pribram: O zachowaniu się aglutynınów w biernie uodpornionym ustroju. Hoeflmayr: 3 przypadki rwy językowej. Reichert: O nowym kondensorze lusterkowym dla uwidocznienia cząsteczek ultramikroskopowych. Kuhn: Tiul przy przeszczepianiu. Stalewski: Spinka do opatrunków. Wrzosek: Uwagi o hodowaniu bezwzględnych beztlenowców przy dostępie powietrza. Kopp: W sprawie Erbowskiej statystyki wiewióra u mężczyzn i jego skutków dla mężatek. Kossmann: W sprawie statystyki wiewióra. Hoffmann, Fränkel: O chorobie Moeller-Barlowa. Vierordt (dok.). Knauer: Rozpoznanie ujemne.

Redakcya otrzymała: Janowski: Odróżnianie płynów wysiękowych od przesiękowych zapomocą próby z bardzo słabym roztworem kwasu octowego. — Maliniak: Kilka uwag o kryoskopii wysięków i przesięków. — Ettinger: Przypadek nagłego ucisku klatki piersiowej i brzucha z następczymi wylewami krwi, obrzękiem i sinicą twarzy i szyi. — Gantz: W sprawie porażenia nerwu zwrotnego lewego przy wadach serca. Odbitki z „Medycyny“. — Żeleński: Premie dla matek. Kraków 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163

172

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ"

PIOTRA MIKOLASCHA we LWOWIE

wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy

i

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności **zupełnie identyczny z Siroliną** firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.

O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2·00 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca:

ustalonej sławy

WINA LECZNICZE

przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy.

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajowych i zagranicznych.

Każda flaszka zaopatrzona w znaczek receptowy Tow. samopom. lek.

Wydaje się tylko na przepis lekarza!

SYRUP THYMOSULFOGUAJAKOLOWY

wyrobu

KAZIMIERZA ARMATYSA

aptekarza

w STANISŁAWOWIE

dozwolony do obrotu i rozpowszechnia reskryptem Min. spraw wewn. z dnia 14 sierp. 1906 l. 26556 **polecony** przez Świetną Komisyę przemysłowo-lekarską w Krakowie. **zastępuje droższe wyroby obcokrajowe jak Syrolina, Sorisina, Pertusina i inne.**

Cena jednej flaszki objętości 150 gr. 1 K 80 h.

Dawka dzienna dla dorosłych 2—4 łyżeczki na dzień, dla dzieci 1—2 łyżeczek na dzień.

Zawiera o 3% więcej Kalii sulfoguajacolici z dodatkiem sterylizowanego wyciągu thymianowego.

Rp. Syrupi thymosulfoguajakolici
fabric. Armatys 176
lag.

Krajowy przetwór leczniczy.

Wydaje się tylko na przepis lekarza.

Każda flaszka zaopatrzona w znaczek receptowy Tow. samopom. lek.